



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur de soins

Promotion 2002

**De l'articulation lieu de soins, lieu de vie dans un
établissement de santé :
comment construire un lien interprofessionnel au bénéfice
de l'utilisateur ?**

Gérard MOLEINS

Sommaire

Introduction : 1

1^{ERE} PARTIE

LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL : UNE RENCONTRE COMPLEXE.

1- De l'évolution des modèles de prise en charge..... 3

1-1 Histoire et concepts 3

1-1-1 Evolution de la psychiatrie3

1-1-2 Le médico-social: enjeux et obstacles.....6

1-2 L'évolution du dispositif réglementaire..... 10

1-2-1 Le cadre réglementaire dans le champ du sanitaire 10

1-2-2 La réforme de la loi de 1975, une distinction faite de similitudes..... 15

2- La prise en charge..... 17

2-1 Quelles structures pour quelle population? 17

2-1-1 Les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'Accueil Médicalisés..... 17

2-1-2 Les "oubliés" de l'hôpital psychiatrique 20

2-2 Les pratiques professionnelles..... 22

2-2-1 Lieux de vie, lieux de soins..... 22

2-2-2 La pluridisciplinarité, l'articulation des rôles respectifs 24

2^{EME} PARTIE

Enquête de terrain auprès de trois établissements
psychiatriques ayant mis en place des structures médico-
sociales.

<u>1 – Méthodologie de l'enquête</u>	29
<u>1- 1 – Présentation des établissements</u>	29
<u>1.1.1 Historique de l'implantation des services</u>	29
<u>1.1.2. Fonctionnement des services</u>	31
<u>1 - 2 - PRESENTATION DES ENTRETIENS</u>	35
<u>1.2.1 La grille d'entretien pour l'encadrement</u>	35
<u>1.2.2 La grille d'entretien pour les professionnels du terrain</u>	36
<u>2 – EXPLOITATION</u>	37
<u>2-1 Le contenu des entretiens avec les cadres</u>	37
<u>2-1-1 Organisation pour une prise en charge pluridisciplinaire</u>	37
<u>2-1-2 Les éléments sous-tendant la motivation</u>	39
<u>2-1-3 La place d'un regard extérieur</u>	41
<u>2-2 Le contenu des entretiens avec les professionnels du terrain</u>	43
<u>2-2-1 Les pratiques professionnelles</u>	43
<u>2-2-2 la place de l'initiative pour les professionnels</u>	46
<u>2-2-3 La délégation au sein de l'équipe pluri-professionnelle</u>	49
<u>2-2-4 Le bilan par les professionnels</u>	51

3^{EME} PARTIE

Les pistes d'animation et d'organisation pour le directeur de soins.

<u>1- La participation à la stratégie de l'établissement</u>	57
<u>2- la continuité des liens avec la direction des soins</u>	59
<u>conclusion :</u>	61
<u>Bibliographie</u>	62

LISTE DES SIGLES UTILISES

M.A.S.: Maisons d'Accueil Spécialisées.

F.D.T. : Foyer à Double Tarification.

Inf. : Infirmier.

A.S. : Aide soignant.

A.M.P. : Aide Médico-psychologique.

M.E. : Moniteur Educateur.

INTRODUCTION :

La chronicité est une qualification qui rend compte de l'état d'évolution d'une maladie. Les effets insidieux de cette évolution ont des conséquences sur la personne atteinte et sur l'environnement qui la reçoit et l'accompagne.

La psychiatrie, plus que toute autre discipline médicale, est un champ dans lequel la maladie, l'évolution déficitaire de nombreuses pathologies, conduisent à accompagner des trajectoires de vie en ayant à être pertinent quant aux risques et aux pièges inhérent à cette chronicité.

Historiquement, la psychiatrie a été traversée par des courants de pensée opposant la notion de soin actif voire aiguë et l'accompagnement psychosocial des conséquences déficitaires de la psychose oscillant entre une volonté d'intégration en extra et en intra hospitalier.

De nombreux rapports jalonnent cette histoire. Ils ont influencé l'élaboration du cadre légal et réglementaire qui définit l'organisation de notre système de soins en psychiatrie. Ils marquent des césures dans le développement des pratiques en valorisant des besoins nouveaux de santé publique et la nécessité d'adaptation des structures dévolues à ces missions.

Le terme d'inadéquation fut utilisé pour marquer des champs différents de compétence entre le soin « actif » et les besoins d'accompagnement et d'hébergement. C'est dans cet esprit que des établissements ont entrepris, souvent faute de pouvoir s'appuyer sur les structures médico-sociales externes, la mise en place de Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.) et de Foyers à Double Tarification (F.D.T.)

1^{ERE} PARTIE

LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL :

UNE RENCONTRE COMPLEXE.

1 - DE L'EVOLUTION DES MODELES DE PRISE EN CHARGE.

1-1 HISTOIRE ET CONCEPTS

1-1-1 Evolution de la psychiatrie.

Sans prétendre remonter à des temps ancestraux dans l'histoire de la psychiatrie, il est à noter que celle-ci s'est instituée autour du mouvement allant de la notion d'enfermement, d'isolement, de mise à l'écart du corps social, à celle d'une projection, ces cinquante dernières années, dans une logique de réintégration du contexte social comme élément dynamique du soin.

De nombreux rapports jalonnent cette histoire récente. Ils ont influencé l'élaboration du cadre légal et réglementaire qui définit l'organisation de notre système de soins en psychiatrie. Ils concourent à cerner les réalités fondamentales, comme les besoins d'évolution et ainsi que le souligne le Docteur MASSE¹, ils ont en commun la volonté unanimement partagée, quelque soit la majorité gouvernementale, de voir réformer le système.

La sectorisation en psychiatrie, définie par la circulaire du 15 mars 1960, est dans l'histoire de la psychiatrie française, un élément fondateur des interventions. Son principe, bien que malmené par une légalisation tardive, repose sur des objectifs de continuité du soin entre les phases de prévention, de soins et de post-cure et de réinsertion par l'action au plus près du milieu social du patient. Cependant les constats réalisés à propos de son développement, dénotent des déséquilibres durables.

En 1980, le rapport BARROT, sous le gouvernement de Monsieur R. BARRE, constate que le développement des structures extra-hospitalières ne s'accompagne d'aucun effort de réduction du nombre de lits hospitaliers et apparaît comme « plaqué » sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles. Une des propositions de ce rapport relève la

¹ MASSE Gérard, « Rapport de la mission confiée par Monsieur Bruno DURIEUX, ministre de la santé, 1992

nécessité de mener une réflexion quant au caractère formel de la distinction établie entre établissements sanitaires et sociaux.

En 1982, le rapport DEMAY², préconise de nouveaux principes d'organisation et de gestion en donnant au secteur le statut d'établissement public autonome. Il proposait de décentrer les instances décisionnaires sur les organes extra-hospitaliers, en lien avec les collectivités territoriales, les autorités de tutelles et les acteurs sociaux. L'évolution des institutions est envisagée sous la forme d'une « *stratégie de dépérissement* », censée aider à la transformation progressive des pratiques et des lieux vers la communauté sociale. Appuyant la réflexion sur la fonction sociale du fou, du déviant, de la peur qu'il inspire, il reprend les critiques des psychiatres sur la loi de 1975³ et son esprit ségrégatif, au motif que tout trouble mental est évolutif.

En 1986, le rapport ZAMBROWSKI⁴ plaide pour une modernisation et une meilleure coordination de la psychiatrie privée et l'amélioration de ses modes de coopération avec la psychiatrie publique. Mais aussi pour une amélioration du statut et des conditions d'hospitalisation, les droits des malades. Le développement de la psychiatrie à l'hôpital général fait l'objet de propositions précises. D'autres propositions sont avancées en matière de réadaptation des malades mentaux marginalisés du fait de leurs troubles ou d'une longue hospitalisation et visant à prévenir ou réduire le handicap qui peut en résulter.

En 1988, le rapport PEIGNE⁵ insiste sur la nécessité de trouver des solutions pour développer l'extrahospitalier. La politique de sectorisation doit permettre la restructuration des centres hospitaliers spécialisés à moyens constants en personnel et en équipement en structures légères, intégrés dans la cité et s'appuyant sur l'hôpital général pour l'accueil des urgences. Le rapport regrette que ce rapprochement se heurte à des obstacles qui tiennent à une conception souvent trop étriquée de la discipline.

² DEMAY Jean, et coll. « une voie française pour une psychiatrie différente. » Rapport à la demande de Monsieur Jack RALITE, ministre de la santé, 1982.

³ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁴ ZAMBROWSKI François, « moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française. » Rapport à la demande de Madame Michèle BARZACH, ministre chargée de la santé, 1986.

⁵ PEIGNE Francis, « notre système hospitalier et son avenir » Rapport à la demande de Monsieur Claude EVIN, ministre de la Solidarité et de la protection sociale, 1988.

En 1992, le rapport MASSE s'attache à faire un bilan qualitatif des inégalités de développement de la sectorisation, de la difficulté des restructurations reposant essentiellement sur les hôpitaux spécialisés. Le rapport défend l'objectif d'implantation des secteurs à l'hôpital général comme la moyen le plus propice à transformer le dispositif de psychiatrie publique en structures ouvertes. Le redéploiement, le « *passage de la structure repliée à la structure semi-ouverte* » passe par la nécessité de rendre l'hôpital à sa fonction de soins. Donner des moyens à l'extrahospitalier passe par une régulation des investissements financiers fortement consacrés dans l'intra hospitalier à la composante hôtelière. Les articulations avec le médico-social sont pointées comme nécessaires pour que le glissement du sanitaire vers le social ne se traduise pas par un désengagement. L'alternative sociale doit être conçue de manière créative, dans un cadre collaboratif et en continuité sur la base d'un partenariat. L'ampleur du problème est à prendre en compte, notamment pour les arriérés et les psychotiques stabilisés. La Cour des Comptes, concernant les taux d'inadéquation variables selon les départements étudiés, note des écarts pouvant aller de 4% à 45% selon les établissements.

Ce rapport préconise la mise en place d'une mission d'appui, susceptible d'intervenir sur les situations locales et de proposer des solutions, de dénouer les conflits, de motiver les acteurs et les tutelles, leur suggérant la juste mesure des objectifs et des moyens. Une partie de ces interventions portant sur les stratégies de réponses à la chronicité dans les services de psychiatrie a permis la constitution du « guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale »⁶.

En 1995, le rapport CLERY MELIN⁷, à partir d'un recensement des réalisations effectives, fait le constat des grandes inégalités d'évolution des pratiques et de dotation en moyens. Il souligne l'absence de coordination entre les structures publiques, privées et associatives, ainsi qu'entre le sanitaire et le social. Il plaide avec force pour le développement des structures alternatives gageant que les progrès prévisibles à moyen terme viendront davantage de la restructuration des institutions, que de la recherche médicale elle-même. Une part notable de ces travaux est consacrée à la question de la réadaptation, comme étape complémentaire nécessaire, mais distincte des actions de soins.

⁶ Guide Méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale. Ministère de l'emploi et de la solidarité, janvier 2001.

⁷ Mission CLERY MELIN, « rapport d'orientation des alternatives à l'hospitalisation, pour des soins diversifiés en psychiatrie » janvier 1995

En 2001, le rapport PIEL ROELAND⁸ marque une rupture en se situant d'emblée dans le registre de la santé publique plus que dans celui des soins. Il s'agit encore de s'appuyer sur les valeurs fortes de la sectorisation : proximité, continuité, citoyenneté, lutte contre la stigmatisation ; en développant une diversité de réponses soignantes, individualisables, sans les confondre avec une sorte de traitement social de la folie.

L'abord de ces rapports permet de dégager certaines réflexions. La sectorisation reste le principe fort de toute démarche. Le développement de l'extrahospitalier a eu à pâtir de paradoxes relevant tant des moyens financiers, institutionnels, que de la volonté de nombreuses équipes. Plus récemment, la psychiatrie doit dans un même mouvement faire face à un ensemble d'attentes nouvelles à propos des problématiques sociales notamment, l'exclusion les toxicomanies et restructurer voire déplacer son organisation hospitalière. Tous ces efforts sont constatés, en même temps que la persistance de profonds déséquilibres. La notion de clivage du sanitaire et du social s'exprime encore à travers ces déséquilibres. Le moratoire sur les investissements matériels et humains concernant les hôpitaux spécialisés, proposé dans ce dernier rapport n'est-il plus que le constat déjà fait lors du rapport MASSE sur l'avenir de la psychiatrie : « *la psychiatrie a autant à craindre d'elle-même et on peut faire le pari que si beaucoup de l'extérieur ne demandent qu'à être convaincus, d'autres de l'intérieur ne veulent surtout pas l'être.* »

1-1-2 Le médico-social : enjeux et obstacles.

A ce jour, le clivage entre sanitaire et social est soumis à questionnements. Des positionnements moins hégémoniques des partenaires sont de plus en plus sollicités à travers notamment la question des réseaux qui visent à fédérer tant à l'intérieur du sanitaire, que les interactions avec le social. La question des droits des patients a induit, avec force, chez les professionnels, cette culture d'une relation de transversalité. Tel ne fut pas toujours le cas. Suite à l'adoption, sur la pression des associations familiales, des deux lois de 1975⁹, des psychiatres ont vivement dénoncé le clivage introduit par ces textes. Comme le note J.

⁸ PIEL Eric, ROELAND Jean Luc, « de la Psychiatrie vers la Santé Mentale », rapport de mission, ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, juillet 2001.

⁹ Loi n°75 534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, Ed. JO du 1^{er} juillet 1975 & Loi n°75 535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, Ed. JO du 1^{er} juillet 1975.

PERRET « *la problématique de l'époque se cristallisait autour de la question des rapports entre maladie mentale et handicap : la séparation radicale entre l'une et l'autre trouve sa traduction législative dans cette loi d'orientation qui établit une disjonction entre maladie et handicap de laquelle découle une séparation entre domaines sanitaire et social.* »¹⁰

Témoigner de ces positions, n'est pas rechercher des arguments sensationnels afin d'étayer notre propos. Cette position fut, dans ce proche passé, l'expression d'une reconnaissance difficile des besoins dus aux équipes de soins, du sentiment de déni de leurs actions. Ainsi J. AYME, Président du Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux, en donne son interprétation. « *le handicap introduit dans le champ du médico-social, entraîne des dispositions aberrantes et régressives avec des conséquences non intentionnelles mais objectivement anti-médicales, voire antipsychiatriques.*¹¹ » Il évoque par la suite, le travail issu de la psychothérapie institutionnelle, la politique de secteur et leurs actions réformistes sur la loi du 30 juin 1838 pour oser cette formule lapidaire « *la loi du 30 juin 1838 isolait la folie et sa dangerosité, la loi du 30 juin (elle aussi) 1975 crée l'enferment dans une étiquette.*¹² » M. AUDISIO se revendique du même esprit critique : « *il est un fait qu'en psychiatrie tout est à changer* » mais ce changement qui lui est souhaité n'a rien de commun avec « *le monde de l'assistance, qui la mieux intentionnée soit-elle, reste celui de l'incurabilité, de la résignation et du désespoir* » ou encore cette autre formule « *traiter du handicap, c'est parler d'un domaine étranger à la vie, parce qu'étranger aux soins*¹³ ». Lors d'une conférence de presse le 23 novembre 1981, il donne une définition pour le moins militante du handicap mental : « *C'est en fait la chronicisation des maladies mentales qui devient un risque majeur quand les moyens de soins et d'aide sont insuffisants.*¹⁴ »

D'autres approches, plus analytiques, permettent un regard différent sur cette fracture. Conséquence de l'histoire de la psychiatrie, Gladys SWAIN¹⁵ présente cette

¹⁰ PERRET J « SANITAIRE ET SOCIAL, entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle : une articulation cohérente des compétences. », L'information psychiatrique, n°8, octobre 1995.

¹¹ AYME J., « la loi d'orientation en faveur des handicapés, positions syndicales. », L'information psychiatrique, Vol. 58, n°3, mars 1982, pp 377, 381.

¹² AYME J., op. cit., p 378.

¹³ AUDISIO M., « Le service public de psychiatrie face au problème de la réhabilitation sociale et professionnelle des malades mentaux. », L'information psychiatrique, Vol. 58, n°3, mars 1982, pp 385, 394.

¹⁴ AUDISIO M, « le service public de psychiatrie face à la loi du 30 juin 1975 », conférence de presse du 23 novembre 1981, l'information psychiatrique, vol 58, n° 3, mars 1982, p 477.

¹⁵ SWAIN Gladys, « dialogue avec l'insensé », Paris, Gallimard, 1994.

situation comme les « *deux vieux problèmes de la psychiatrie* », à savoir les oscillations récurrentes entre une « *tentation médicale* » et une « *tentation sociale* ». Complétant cette position, Marcel JAEGER¹⁶ propose de l'envisager sous la forme de deux échecs. D'une part, l'échec de la tentation médicale, « *celle de l'appartenance de la psychiatrie à la médecine* » qui s'appuie sur l'opposition conceptuelle « *entre les tenants de la psychogenèse et ceux de l'organogenèse des maladies mentales* ». D'autre part, l'échec de la tentation sociale, qu'il présente comme « *la réduction de l'espérance thérapeutique à l'objectif de socialisation* ». Ce courant de pensée s'appuie sur le constat de la chronicité et les formes multiples de désaffiliation sociale de la maladie mentale. Deux effets pervers sont attachés à cette dernière approche : « *la recherche d'une socialisation à l'intérieur des institutions, conçues comme des micro-sociétés dont il serait vain d'envisager la sortie, ou bien l'externalisation forcée de patients qui risquent de basculer, en fait, dans l'inadaptation sociale* ». Faute de n'avoir su « *céder à l'illusion de la maîtrise de la folie par une option théorique ou technique donnée pour la meilleure*¹⁷ », la psychiatrie n'a pas pu occuper une place tierce dans cette dialectique. De n'avoir pu résoudre cette dialectique en son sein, elle se trouve confrontée à ce qui a été pris de son champ pour être institué par le secteur social. Pour autant, la psychiatrie a représenté une préfiguration du modèle médico-social dans la mesure où elle postulait à une prise en charge globale. Cette dualité trouve une expression tout à fait particulière à travers des enquêtes démontrant que dans certains établissements psychiatriques 80% des patients étaient présents du début jusqu'à la fin de l'année. Des taux d'inadéquation supérieurs à 30% sont avancés à travers des enquêtes du contrôle médical de l'assurance maladie. Comme le propose Patrice LEGRAND¹⁸ « *en terme de placement les rapports entre la psychiatrie et le médico-social évoluent, des inadéquations croisées aux adéquations concurrentes* ».

Derrière ces oppositions, nous retrouvons l'antagonisme entre ce qui est présenté comme un concept dynamique, la maladie mentale, et le handicap mental comme substitut économique de la chronicité. En effet, la maladie peut se définir comme : « *des entités caractérisables, possédant des causes, se manifestant par divers signes ou symptômes, ayant une évolution et, ou le médecin peut évaluer le pronostic, établir une thérapeutique*¹⁹ ». Le concept de handicap mental est une notion tellement peu précise que

¹⁶ JAEGER Marcel, « l'articulation du sanitaire et du social. » Travail Social et Psychiatrie, Dunod, 2000, p 172.

¹⁷ Toutes ces citations : JAEGER Marcel, op. cit., pp 22 à 24.

¹⁸ LEGRAND Patrice, « le secteur médico-social » Berger Levrault, 1995, 310 p.

¹⁹ LIBERMAN Romain, « handicap et maladie mentale » P.U.F., que sais-je, n° 2434, 128p.

la loi du 30 juin 1975 qui organise le secteur handicapés en propose le repérage suivant : est considéré comme handicapé toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales (Commission Départementale de l'Education Spéciale, Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel). La classification de WOOD, reprise par l'Organisation mondiale de la Santé, réintroduit une démarche dynamique qui va à l'encontre de la manière habituelle de penser en terme binaire. La maladie et le handicap ne sont plus envisagés sur le mode de leur exclusion mutuelle. « *Le handicap devient la combinaison et l'interaction de quatre composantes :*

- *le processus morbide défini par le diagnostic ;*
- *l'altération des fonctions et des organes qui peut en découler, appelée déficience ;*
- *la limitation des gestes et des actes élémentaires de la vie ordinaire, appelée incapacité ;*
- *les limites dans l'accomplissement d'un rôle dans la société, considéré comme normal, définies comme un désavantage social.*²⁰ »

Cette conception envisage la personne dans son ensemble et en situation. C'est un modèle dynamique dans lequel l'évolution de l'une des composantes peut avoir un effet direct sur un ou plusieurs plans. Son dynamisme repose sur le décloisonnement des actions menées autour du sujet, la prise en charge peut se conjuguer avec « *en contrepoint d'un projet de soins un véritable projet de vie, d'animation, de socialisation*²¹ ».

De l'évolution de ces concepts, les innovations en terme de pratique vont opposer de nouveau les professionnels de la psychiatrie, entre les tenants d'un travail exclusivement basé sur la notion de réseau et les tenants de l'évolution institutionnelle. Les premiers défendent l'idée que la psychiatrie publique n'a pas à se substituer aux institutions sociales pour offrir à leurs patients l'hébergement et l'aide à la vie quotidienne, évoquant le « *vieux démon de l'institution totalitaire : pour résoudre les problèmes d'articulation entre les deux éléments, on supprime l'un d'eux*²² ». Les seconds s'appuient sur les constats portant tant sur les inadéquations et l'adaptation des institutions qu'au sujet des « *patients tenus à*

²⁰ BAUDURET Jean François, « l'explication des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale », Technologie SANTE, n° 38, septembre 1999, pp 32 à 39.

²¹ BAUDURET Jean François, op. cit., p 36.

²² PERRET J., op. cit., p 762.

*l'écart du développement extra-hospitalier et contraints par l'insuffisance de places*²³» hors des structures médico-sociales. L'institution psychiatrique, en transformant « *des capacités en lits encore surdimensionnées, complètes par des alternatives médico-sociales à l'hospitalisation les structures alternatives purement sanitaires décrites dans l'arrêté du 14 mars 1986*²⁴». Des critères qualitatifs de ces nouveaux modes de gestion sont rassemblés dans le Guide Méthodologique édité par le Ministère en janvier 2001, afin d'éviter impérativement « la rentabilisation des pavillons de psychiatrie en perte de vitesse²⁵».

1-2 L'EVOLUTION DU DISPOSITIF REGLEMENTAIRE.

1-2-1 Le cadre réglementaire dans le champ du sanitaire.

Ce développement des idées et des pratiques fut accompagné diversement à l'appui de textes réglementaires de forces différentes, laissant place à une large hétérogénéité des institutions psychiatriques. Plus récemment, c'est sous le besoin impérieux de la maîtrise des dépenses de santé que se fixe un cadre permettant aux institutions d'opérer leur adaptation. Ces textes ont consacré la rupture du sanitaire et du social pour mieux formuler la nécessaire articulation entre ces deux champs.

En tout premier lieu, nous pouvons citer la circulaire 148 du 21 août 1952, consacrée au fonctionnement des hôpitaux. Elle s'inscrit dans une volonté d'humanisation, proscrivant tant les survivances symboliques du passé où le gardiennage supplantait le soin que les termes d'asile et d'aliéné.

La circulaire du 15 mars 1960²⁶ définissant la politique de secteur est le texte originel relatif à la sectorisation jusqu'en 1985 où plusieurs lois posent la base juridique du secteur suivi en 1986 de l'unification des financements. Cette légalisation fixe la reconnaissance juridique du secteur psychiatrique en le définissant dans sa double

²³ LAURET T., « prise en charge et orientation des malades mentaux chroniques lourdement dépendants », NERVURE, tome X, n°2, mars 1997, pp 51 à 59.

²⁴ BAUDURET Jean François, op. cit., p 36.

²⁵ BAUDURET Jean François, op. cit., p 37.

²⁶ Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

dimension intra et extra-hospitalière, en complétant l'organisation et la planification par la mise en place du Conseil Départemental de Santé Mentale²⁷, ainsi que l'intégration à la carte sanitaire générale²⁸ et enfin l'unification des financements qui met fin aux cloisonnements antérieurs entre les activités intra et extrahospitalière²⁹. Le dispositif, les missions³⁰ ainsi que les équipements³¹ de lutte contre les maladies mentales se trouvent précisés.

L'ensemble de cette législation porte une reconnaissance du travail effectué par les équipes de terrain qui ont marqué l'évolution du système de prise en charge en mettant en œuvre des réponses variées et adaptées aux besoins de la population. Pour autant, le constat s'impose dès la fin des années 1970, que la mise en place ne peut plus entraîner de dépenses nouvelles mais doit résulter d'un redéploiement vers l'extrahospitalier, des moyens affectés le plus souvent d'une façon prépondérante à l'intra-hospitalier. Ces années, verront en parallèle, l'essor dans chacun de leur domaine des structures de soins et d'assistance. Bien qu'œuvrant chacune pour la dés-institutionnalisation « *ces deux mondes professionnels, riches de compétences et de pratiques différentes, en l'absence d'un discours fort sur l'intérêt dynamique de l'articulation des deux démarches, chercheront à marquer leur territoire*³² ».

Ce clivage sanitaire et social a été marqué dès 1970 par la réforme hospitalière³³ et le caractère exclusivement sanitaire voulu pour tout établissement hospitalier. Les propos de Monsieur BOULIN, Ministre de la santé de l'époque explique la séparation en ces termes : « *Désormais, l'hôpital public est ouvert à tous ; il doit mener des actions de prévention, de soins, d'enseignement et de recherche.* » - « *Il y a désormais dans nos hôpitaux un plateau technique* », à côté de celui-ci « *et c'est ce qui complique considérablement la gestion hospitalière* » « *séjourner des malades qui encombrant, puisqu'ils subissent des cures de longues durées ou y sont traités pour des affections chroniques. Ils n'ont pas leur place dans ces établissements de pointe.* » « *une bonne*

²⁷ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur.

²⁸ Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique

²⁹ Loi n° 85-1403 du 30 décembre 1985, relative à la loi de finance pour 1986.

³⁰ Décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

³¹ Arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

³² LEGUAY Denis, « le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives » Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue française, Mulhouse, juin 2002.

³³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

*méthode de gestion consiste donc à séparer ces deux éléments*³⁴ ». L'évolution et l'adaptation des institutions psychiatriques apparaissent de plus en plus incitatives. En témoigne le Guide de Planification en Santé Mentale³⁵ qui définit quelques principes pour aborder la planification avec notamment :

- une étude des transformations dans la globalité de leurs incidences, tant au niveau des personnels que des équipements, des investissements que des dépenses de fonctionnement, en psychiatrie comme dans l'ensemble du champ sanitaire et du secteur médico-social.
- réaliser une véritable « planification de reconversion ». En effet, il s'agit d'inverser les tendances à l'hospitalo-centrisme et de restructurer un pôle d'hospitalisation surdimensionné par rapport aux besoins réels.

Tout aussi incitative est la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de Santé Mentale. Les orientations énoncées mettent entre autres l'accent sur la prévention des effets indésirables et notamment la perte d'autonomie, pour pallier les conséquences des problèmes de santé mentale en participant à l'insertion sociale, coordonner les interventions dans les structures sociales et médico-sociales. Dans le même sens, il faut évoquer la loi du 27 juin 1990³⁶ qui est un texte novateur sur les droits du patient même si pour des raisons ayant plus à voir avec une "tranquillité" d'organisation qu'avec une éthique, nombre de patients, situés au cœur de la problématique que nous abordons, étaient maintenus à temps plein, en hospitalisation libre.

Ce mouvement de passage de la psychiatrie à la santé mentale s'organise dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé des années 1990 et s'est vu confirmer à travers la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 où la psychiatrie est intégrée aux disciplines de court séjour.

³⁴ Débat relatif au projet de loi portant réforme hospitalière, 74^{ème} séance du 3 décembre 1970, au J.O. de la République Française, Débats Parlementaires, Assemblée Nationale, p 6101 à 6122.

³⁵ Circulaire n° 57-80 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.

³⁶ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

Malgré tout, certains malades mentaux restent à l'écart de cette évolution. Le législateur apporte une correction en 1994³⁷ notamment à travers les articles 37 et 39. Le premier autorise la création et la gestion d'établissements pour personnes âgées tels que mentionnés au 6^{ème} alinéa de l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975. Le second, permet aux établissements publics de santé de créer une institution régie par la loi du 30 juin 1975, dans le cas où il aurait constaté une baisse d'activité qui entraînerait la suppression d'un service. L'établissement dispose alors de six mois pour proposer un projet de reconversion. La loi demeure cependant évasive puisque cet article introduit surtout la question d'une décision de retrait d'activité. Une proposition de loi déposée à l'assemblée nationale le 5 juillet 1994 préconise d'étendre les dispositions de l'article 37 aux adultes handicapés. Cette extension aurait permis, comme l'indique ce commentaire, « *l'économie du coût lié à la création d'un nouvel établissement de santé au sein d'un même ensemble géographique et en offrant aux patients concernés le bénéfice de la prise en charge d'un personnel qualifié.* »³⁸ Cependant ce texte n'a pas été voté par les deux Assemblées.

L'ordonnance du 24 avril 1996³⁹, dans son article 51, revient sur cette question en autorisant clairement la création ou la gestion de tout type d'établissements médico-sociaux par les établissements de santé. L'article L.6111-3 du code de santé public en fixe ainsi l'énoncé : « *les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L.312-1 (alinéa 7°) et L.344-1 du code de l'action sociale et des familles. Les services et établissements créés (...)doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncés par le code susmentionné.* »

Ce qu'ordonne le texte, n'arrête pas la réflexion sur la place de la psychiatrie, en témoigne ce questionnement que nous propose le Docteur LAZARUS : « *quoi qu'il en soit, mieux articuler le sanitaire et le social dans le champ de la santé mentale interpelle sur le fond ce qu'il en est aujourd'hui de la psychiatrie. Est-elle ou non capable de continuer à se définir dès lors que sans oublier sa dimension de soins aux malades mentaux, elle intégrerait aussi dans sa définition une mission d'intervention plus élargie dans*

³⁷ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

³⁸ TAIEB Jean Claude, « le redéploiement du sanitaire vers le médico-social : contraintes et opportunités pour le centre hospitalier de Pierrefeu du Var », Mémoire Elèves Directeurs d'Hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1996.

³⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

*l'environnement social.*⁴⁰ » Ce qu'il traduit un peu plus loin, au cours de son allocution, en ces termes : « *Pourquoi veut-on mieux articuler le social et le médical ? Est-ce pour mieux soigner une phase aiguë et sa retombée ? Est-ce pour mieux réduire ou mieux éduquer une déficience ou un retard ? Est-ce tout simplement parce qu'il relève d'un droit à être assisté dans sa trajectoire de vie, jusqu'au bout ?*⁴¹ »

Sans y voir contradiction absolue, il n'en demeure pas moins que les rédacteurs du guide méthodologique⁴², s'appuyant sur des principes de solidarité et de responsabilité, peuvent y voir une démarche innovante pour la psychiatrie. « *Il ne s'agit, en aucun cas, d'un abandon de la prise en charge par un établissement de santé, mais de sa poursuite, selon d'autres modalités, permettant de compléter le dispositif. (...) Il s'agit de raisonner en termes d'insertion pour des adultes dont les troubles sont relativement stabilisés, l'insertion étant alors définie comme une place reconnue à une personne au regard de ses possibilités.* »

Quoiqu'il en soit, le cadre ainsi fixé permet aux établissements de mettre en œuvre parmi un ensemble d'autres structures, des Maisons d'Accueil Spécialisées ainsi que des Foyers d'Accueil Médicalisés⁴³. Comment penser que l'enjeu n'est pas d'importance tant pour la psychiatrie que pour les Centres hospitaliers spécialisés ? Paul LEFEBVRE⁴⁴ apporte la réponse à cette question qui nécessite d'interroger les trois zones de la volonté :

- le désir de l'institution : « *il faut en effet se méfier qu'une volonté excessive d'investir le médico-social ne serve de déguisement à une vraie absence de volonté de répondre correctement à la mission première de santé mentale afin d'échapper aux difficultés résultantes des restructurations qui s'y attachent.* »

⁴⁰ LAZARUS Antoine, « mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie », Conférence inaugurale aux 26^{ème} journées TNH, Technologie SANTE, n°38, septembre 1999, pp 23 à 31.

⁴¹ LAZARUS Antoine, op. cit., p 26.

⁴² Guide Méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale. Ministère de l'emploi et de la solidarité, janvier 2001, p 9.

⁴³ Le Foyer d'Accueil Médicalisé est l'appellation modifiée, par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le législateur a mis fin à la dénomination des Foyers à Double Tarification qui n'avait pas de statut légal et dont l'histoire permet de penser qu'il portait dans sa dénomination, son existence difficile.

⁴⁴ LEFEBVRE Paul, « Propos de vérités », pluriels, la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale, février 1997, n°8, p 1 et 2.

- les possibilités : « *rien ne sert d'avoir la volonté de créer et gérer des activités médico-sociales sans la possibilité de les développer correctement, c'est à dire avec le souci de qualité qu'elles exigent.* »
- la nécessité : « *celle des besoins de la population* » en s'appuyant sur une analyse systématique des ressources externes et internes, gage d'une « *réponse adaptée à la connaissance de besoins qui peuvent être évolutifs, voire temporaires.* »

Une circulaire explicative de 1997⁴⁵ précise les conditions auxquelles sont soumises les établissements de santé lors de la création de structures médico-sociales :

- respecter les normes techniques de fonctionnement en vigueur dans ce secteur ;
- recruter des personnels sociaux et médico-sociaux répondant « *aux exigences de formation et de qualifications prévues par les textes statutaires dont ils relèvent* » ;
- installer un conseil d'établissement permettant aux usagers et à leur famille de participer à la vie de la structure ;
- élaborer un règlement intérieur ;
- individualiser le coût de la structure en budget annexe ;
- faire l'objet d'un avis préalable des sections sociales des CROSS.

1-2-2 La réforme de la loi de 1975, une distinction faite de similitudes.

Cette réforme, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, concerne une seule des deux lois de 1975, plus précisément la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux structures sociale et médico-sociale et non la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Madame Dominique GILLOT, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, rappelait le besoin d'une actualisation de ce dernier texte en ces termes « *Conscient de la nécessité d'appréhender le problème de manière générale, le Gouvernement a également décidé de réformer "l'autre loi" du 30 juin 1975. Cette dernière réforme, que j'ai annoncée au Conseil national des*

⁴⁵ Circulaire DAS/TS3/DH/EO4 n°97-133 du 20 février 1997 relative aux conditions de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux par des établissements de santé.

personnes handicapées du 25 janvier dernier, devra elle aussi faire l'objet d'une concertation exemplaire avec l'ensemble des partenaires concernés.⁴⁶ »

La nécessité de refondation atteint le secteur, car il s'agit d'adapter les structures aux réalités d'aujourd'hui. Pendant les vingt cinq ans, la loi de 1975, a été plusieurs fois modifiée, notamment en 1983 et en 1986, pour tenir compte des lois de décentralisation. *«Le programme assigné à cette loi qui fut nommée "sociale", était d'être le pendant de la loi "sanitaire" du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière⁴⁷. »* Cette loi a précisé la séparation des deux domaines. Elle a surtout permis le développement d'établissements et de services dédiés à l'enfance en danger, à la protection de la famille, aux enfants et adultes handicapés, aux personnes âgées ainsi qu'à tous ceux qui vivent en situation de grande précarité ou d'exclusion. Les données chiffrées montrent l'importance du secteur, avec 24500 institutions qui comportent 1,05 millions de lits et qui emploient 400 000 professionnels pour répondre aux besoins rencontrés. Le montant des financements publics consacrés au secteur médico-social s'élève à 84 milliards de francs provenant de la collectivité publique (42 milliards de l'assurance maladie, 33 milliards des départements et 9 milliards de l'Etat⁴⁸).

En complément des moyens mis à disposition, la loi de 1975 a participé à la reconnaissance et l'évolution des demandes des populations concernées. Comme le rappelait la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés : *«l'aspiration à une meilleure intégration a formidablement progressé chez les personnes vulnérables, les handicapés et les exclus. La volonté de se prendre en charge et de devenir responsable de son destin s'est affirmé.⁴⁹ »*

Des principes forts ont guidé le législateur pour cette réforme ; la garantie des droits des usagers, la promotion de l'innovation sociale et médico-sociale, l'institution de procédures de pilotage du dispositif ainsi que la rénovation du lien existant entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination. Ce que nous retrouvons dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 avec comme orientation principale :

⁴⁶ 1^{ère} séance du mercredi 31 janvier 2001, Assemblée Nationale, site Internet, <http://www.assemblee-nationale.fr/cra/2000-2001/2001013115.asp>

⁴⁷ 2881-Rapport de M. Francis HAMMEL sur le projet de loi (n°2559) rénovant l'action sociale et médico-sociale, site Internet, <http://www.assemblee-nationale.fr/rapports/r2881.asp>

⁴⁸ Rapport de M. Francis HAMMEL, op. cit. p 8.

⁴⁹ 1^{ère} séance du mercredi 31 janvier 2001, op. cit. p 8.

- l'affirmation et la promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage.
- L'élargissement des missions ainsi que la diversification de la nomenclature et des interventions des établissements et des services.
- L'amélioration des procédures technique de pilotage du dispositif ainsi que la mise en œuvre de procédure qualité.
- L'institution d'une réelle coordination des décideurs, des acteurs et l'organisation clarifiée de leurs relations.

Si les deux champs du sanitaire et du médico-social sont bien conçus dans une distinction structurante, il est notable d'observer les similitudes dans les modèles d'organisation. Cette démarche mettant en œuvre des concepts similaires est un facteur significatif de la complémentarité à construire.

2 - LA PRISE EN CHARGE.

La présentation de l'évolution des textes nous permet d'aborder la mise en œuvre de ces projets dans le cadre d'établissements de santé et d'approcher les pratiques professionnelles visant à répondre aux besoins d'une population ciblée.

2-1 QUELLES STRUCTURES POUR QUELLE POPULATION ?

2-1-1 Les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'Accueil Médicalisés.

Le lecteur peut se reporter aux annexes 1 et 2 où sont reproduits des tableaux synoptiques présentant les caractéristiques générales de ces structures. Ces informations sont issues du guide méthodologique⁵⁰. Depuis la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale il faut lire F.A.M. au lieu de Foyer à Double Tarification, la reconnaissance légale de cette structure n'a pas entraînée de changement de les missions.

Les M.A.S ont été prévues par l'article 46 de la loi d'orientation du 30 juin 1975. Elles ont pour vocation de répondre à l'accueil des adultes gravement handicapés.

⁵⁰ Guide Méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale, op. cit., fiche 5 & 6, p 44 à 47.

Leur financement est exclusivement assuré par l'assurance maladie, sur la base d'un prix de journée selon que l'accueil est permanent ou de jour. Cette structure nouvelle est censée représenter une solution alternative pour une population qui jusque là était en hospice, en hôpital psychiatrique, en foyer de vie ou dans leur famille. Les critères définissant la lourdeur du handicap se révèlent très restrictifs, ce que nous rappelle Gérard ZRIBI⁵¹ en citant la circulaire n°365-79 du 26 juin 1979 de la C.N.A.M.T.S. : « *même des handicapés lourd ne pouvant travailler, dont la dépendance n'est pas telle qu'elle exclut toute forme d'autonomie intellectuelle et sociale ne relève pas de M.A.S.* ». L'orientation est arrêtée sur décision de la C.O.T.O.R.E.P. établie au regard de ces trois critères :

- « *La dépendance quasi totale, celle-ci nécessitant le recours constant à une tierce personne pour les actes de la vie courante.*
- *L'incapacité d'accomplir des tâches professionnelles même dans un cadre protégé, ceci n'excluant pas les activités occupationnelles.*
- *Le besoin d'une surveillance médicale et des soins constants (poursuite de traitement ou de rééducation d'entretien, nursing et soins préventifs)⁵² ».*

Les M.A.S. sont des structures de petite capacité allant de 30 à 60 places tel que fixé par la circulaire 62 AS du 26 décembre 1978⁵³. La taille moyenne est de 40 places par structure afin de préserver une dimension humaine à ces lieux de vie. L'ouverture sur la cité doit être recherchée. L'espace architectural interne et externe doit s'adapter aux besoins de groupes de vie de petite taille. La dimension de l'espace privatif doit préserver la sécurité au sein de la collectivité afin de minimiser la promiscuité institutionnelle. Un projet global institutionnel doit être garant des orientations générales de la structure. Le projet de vie personnalisé en est la transcription individuelle, adapté aux besoins de chaque résident et s'articule, dans le sens de « *prendre soin*⁵⁴ », autour d'objectifs de soins, éducatifs et de socialisation. Ces projets, pour lesquels la volonté du résident ou de son représentant légal doit être associée, sont mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, sanitaire et sociale.

⁵¹ Zribi Gérard, « handicapés mentaux graves et polyhandicapés en France », éditions E.N.S.P., 1993, p 46.

⁵² Zribi Gérard, op. cit., p 45.

⁵³ Circulaire 62AS du 26 décembre 1978 relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi 75-534 du 30 juin 1975 dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁵⁴ Guide Méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale, op. cit., p 27.

La responsabilité directe de cette équipe est assurée par un chef de service, cadre infirmier ou cadre socio-éducatif. Il doit associer compétences technique et gestionnaire pour assurer la cohérence des projets collectifs et individuels ainsi que des aptitudes au management d'une équipe pluri-professionnelle. L'établissement est sous la responsabilité d'un directeur d'établissement chargé de mener le projet d'établissement arrêté par le conseil d'établissement⁵⁵. Il est responsable de la bonne marche de la structure et en assure la gestion administrative et financière.

Une procédure d'évaluation externe est introduite portant sur les activités et la qualité des prestations délivrées au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par un Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale⁵⁶.

Les F.D.T. ont été introduits dans un contexte complexe portant sur les compétences respectives, en matière de financement, entre le département et l'Etat. Ce dernier lance en 1986, au moyen d'une circulaire⁵⁷, un programme expérimental de dix expériences financées conjointement par l'assurance maladie et l'aide sociale. Cette expérimentation devait conduire à une réforme générale de la tarification des M.A.S. et des foyers de vie. Faute d'accord sur la responsabilité des financements entre l'Etat et les départements, les F.D.T. se sont peu développés et n'ont un fondement juridique que depuis la loi de rénovation sociale et médico-sociale.

Les besoins que doit couvrir cette structure ne sont guère spécifiques. La circulaire de 1986⁵⁸ n'établissait aucune distinction entre la population des M.A.S. ou des foyers de vie. En 1988⁵⁹, une précision apportée concerne la notion de "besoin d'une tierce personne" auquel peut se substituer le besoin d'être accompagné à travers un soutien et une stimulation constante s'appuyant sur un suivi médical et paramédical régulier, ainsi que la possibilité d'étendre ce programme expérimental aux malades mentaux stabilisés dont l'état

⁵⁵ L'article 10 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit le terme de « conseil de la vie sociale ».

⁵⁶ Article 22, section 5, de l'évaluation et des systèmes d'information, de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁵⁷ circulaire n°86-6 du 14 février 1986 et les extensions du programme avec les circulaires n° 87-MO-74 du 3 juillet 1987, n°243 du 22 avril 1988 et n°89-22 du 15 décembre 1989.

⁵⁸ circulaire n°86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés.

⁵⁹ Lettre ministérielle n°243 du 22 avril 1988 relative à l'application aux adultes handicapés mentaux du programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés.

ne nécessite plus de soins actifs en hôpital psychiatrique. Cette question de la population originaire de la psychiatrie reste sensible comme le montre le rappel fait par la C.N.A.M. en 1990⁶⁰ : « les personnes accueillies en F.D.T. doivent être des handicapés et non des malades relevant de services de psychiatrie ». Le mode de financement est conjoint entre le département et l'assurance maladie. Cette dernière assure un "forfait soins" ne pouvant être supérieur à 45% du total de financement de l'établissement. Toute la dimension de gestion de ces structures est calquée sur le modèle de la M.A.S.

Cette formule innovante aurait pu constituer une des principales alternatives à l'hospitalisation au long court en psychiatrie. Mais comme le notent les psychiatres TYRODE et ALBERNHE⁶¹: « *on constate pourtant que très peu de foyers ont été créés du fait de l'opposition des instances départementales qui y voient un transfert de charge du secteur sanitaire vers le social* ».

2-2-2 Les "oubliés" de l'hôpital psychiatrique.

Le titre de ce chapitre est repris à celui d'une intervention faite par le Docteur BRACONNIER, en 1993 à Grenoble, lors d'un colloque sur l'avenir des enfants autistes, psychotiques, déficitaires. Rappelant ce qu'il estime être un travail de transformation et de création pour les institutions psychiatriques, il faisait ce constat : « *les sujets dont nous parlons ont été pendant très longtemps "oubliés" ; ils peuvent l'être encore et de toutes façons cette menace doit toujours être crainte et peut concerner les meilleures institutions* ⁶² ».

Qui sont donc ces patients ? La chronicité est-elle un élément suffisant pour les définir ? Vraisemblablement non, car bon nombre de patients ont des états de santé marqués par la chronicité tout en étant suivis à partir des structures alternatives du secteur psychiatrique. Ils bénéficient d'une autonomie partielle soutenue par des actions de soins séquentielles. A la notion de chronicité doit se joindre celle de la dépendance et d'état de santé stabilisé. Faisant référence « *aux psychoses majeures schizophréniques et organiques et aux troubles récurrents de l'humeur, pourvoyeur de handicaps à long terme, de besoins*

⁶⁰ CNAM, circulaire du 24 septembre 1990

⁶¹ TYRODE Yves et Thierry ALBERNHE, « législation et santé mentale », tome 2, duphar Upjohn, p 255.

⁶² BRACONNIER A. « les "oubliés" de l'hôpital psychiatrique », Revue de l'infirmière n°3, février 1996, pp 26 à 29.

de dépendance extrême, d'une sensibilité élevée aux stress et de difficultés à faire face aux exigences de la vie quotidienne », R. LIBERMAN⁶³ nous propose cette définition qui a le mérite de se centrer sur les difficultés concrètes de ce type d'usager. Plus précisément, les patients hospitalisés en psychiatrie mais ne relevant plus d'une hospitalisation temps plein ne concernent que quelques cadres nosographiques :

- « *Psychoses chroniques (schizophrénie, délires chroniques) stabilisées, mais aussi nouvelles pathologies également chroniques (états limites, structures abandonniques) ;*
- *Personnes âgées présentant des éléments de détérioration psychique et physique en attente de placement en long séjour ou en maison de retraite ;*
- *Psychoses infantiles et arriérations parvenues à l'âge adulte le plus souvent transférées, il y a fort longtemps, de services de pédopsychiatrie ou plus récemment de structures médico-sociales qui ne les ont pas reprises ;*
- *Polyhandicapés et adultes jeunes dépendant du fait d'une atteinte neurologique à évolution lente avec désocialisation⁶⁴».*

Plusieurs raisons sont identifiées justifiant cette position d'attente conduisant au maintien à l'hébergement en psychiatrie. Parmi celles-ci il ne faut pas négliger le sentiment de dévalorisation attaché tant à l'étrangeté de la maladie mentale qu'à l'image de la psychiatrie et de ses institutions. Les docteurs PIEL et ROELAND évoquent le caractère « *invisible*⁶⁵ » de ce handicap, « *méconnu de la plupart des professionnels dans le champ du handicap* ». Cependant lorsque des placements sont réalisés, le défaut peut venir de la psychiatrie lorsqu'un travail, de secteur, voire de réseaux, n'est pas suffisamment développé avec le champ médico-social. Les institutions médico-sociales, de leur côté, arguent fréquemment de l'absence de place disponible couplée avec une liste d'attente de plusieurs années, ou d'une autre manière, la compatibilité des pathologies présentes dans l'institution. Le CREAI d'Alsace à l'issue d'une enquête sur la région constatait qu'un tiers des résidents en F.D.T. venait Du secteur de psychiatrie. Des particularités en ressortaient : « *si nous pouvons considérer que cette population est stabilisée sur le plan psychiatrique, nous relevons néanmoins comme caractéristiques des tendances auto-*

⁶³ LIBERMAN Romain, « handicap et maladie mentale » P.U.F., que sais-je, n° 2434, 128p.

⁶⁴ MASSE Gérard, « stratégies de réponses à la chronicité dans les services de psychiatrie », pluriel la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, n°8, février 1997,

⁶⁵ PIEL et ROELAND, op. cit., p 22.

destructives ainsi que des difficultés d'intégration, manifestées par une incapacité à participer à une vie collective. Les parents sont souvent décédés et il n'y a aucun contact écrit, ni téléphonique et aucune rencontre avec une hypothétique famille⁶⁶».

Une articulation est plus que jamais à mettre au travail à l'appui de la notion d'éthique, valeur forte de notre époque, afin de nous accorder sur cette place centrale réservée au citoyen qu'il soit usager ou résident.

2-2 LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

2-2-1 Lieux de vie, lieux de soins.

Résider, être reconnu comme établi de manière habituelle dans un lieu : voilà l'enjeu de ces établissements. Dans une structure médico-sociale, *« le projet de vie conduit à ce que l'on habite chez soi, alors que dans le sanitaire, le projet de soins fait que l'on habite chez le médecin⁶⁷ »*. Le lieu de soins n'offre plus cette opportunité de résidence. N'est-il pas entendu aujourd'hui qu'il est préférable d'être soigné au plus près de son lieu de vie, plutôt que de vivre dans un lieu de soins. Mais ne serait-il pas illusoire de croire que le seul changement de statut suffise pour répondre aux besoins d'une population accueillie jusque là dans des *« services de défectologie⁶⁸ »*? S'arrêter un moment sur la psychopathologie peut nous donner quelques pistes pour concevoir l'accompagnement de vie, le "prendre soins", de *« ces êtres humains au schéma corporel dysharmonieux, aux attitudes imprévisibles »* dont le système de communication est composé *« de cris et de sons incompréhensibles »* et qui *« renvoient parfois des images difficiles à soutenir, visions d'horreur pour certains⁶⁹ »*.

Le docteur PAPANICOLAOU rappelle la nécessité de concevoir une approche clinique *« positive »* qu'il définit en premier temps comme *« une décision de non exclusion »*, *« l'expérience a montré que rien ne se fait avec les déficients mentaux s'il n'y a*

⁶⁶ CREAMI d'Alsace, sous la direction de JP MARTY, « la population handicapée dans les FAS/FAGH de la région Alsace » 1991, p 92.

⁶⁷ SELLES Pierre, « Quelle prise en charge pour les patients au long cours de psychiatrie ? : l'exemple de la M.A.S. du Fief Joly de Niort », I.A.S.S. la revue, n°26, septembre 1999, pp 59 à 62.

⁶⁸ PAPANICOLAOU G., « La déficience mentale, un défi pour le soignant. », Revue de l'infirmière, n°3, février 1996, pp 20 à 22.

⁶⁹ BRANDEHO Daniel, « Usure dans l'institution », 2^{ème} édition E.N.S.P., 2000, 170p, p 15.

pas, au départ, cette reconnaissance d'un fait évident pour tout autre patient, à savoir que ce sont des sujets qui ont droit aux soins, droit à l'assistance, droit à ce que des travailleurs qualifiés se penchent sur leur cas et élaborent des stratégies thérapeutiques ». La déficience mentale est, en effet, souvent décrite en termes de manque : absence de langage, absence de contrôle sphinctérien, absence de motricité, absence de vie sociale... Cette description par le déficit doit faire place à une approche d'aide et de soutien visant à modifier les aménagements personnels, la relation à soi et à autrui, « à transformer l'économie de leur fonctionnement mental ». L'évolution des troubles est, selon ce médecin, empreinte d'une dynamique d'alternance « qui fait que la régression de certains aspects typiquement déficitaires s'accompagne de l'émergence d'éléments psychotiques, tout comme la stabilisation des processus psychotiques met en évidence des signes déficitaires ». C'est cette caractéristique de la psychopathologie, associant éléments psychotiques et déficitaires, qui rend nécessaire une approche complémentaire soignante et ré-éducative. La fonction soignante est envisagée alors comme une médiation « entre le sujet malade, caché par sa maladie et le monde humain, le monde social ». Des troubles du comportement marqués par de l'auto agressivité, de l'automutilation, sont associés le plus souvent. Graves, perturbateurs de l'espace relationnel, « ils représentent une forme d'auto stimulation sensorielle, peut-être une façon rudimentaire de s'éprouver soi-même comme vivant et en relation avec un monde environnant énigmatique, mais accessible quant même, comme chez tout être humain, par les voies perceptives⁷⁰ ». Le docteur GABBAÏ⁷¹ à propos de leur complexité pathologique, met en évidence les aspects défensifs « contre l'angoisse psychotique où se mettent en œuvre des processus subtils d'anesthésie de la vie psychique par l'action conjuguée des stéréotypies, des conduites auto sensuelles, du démantèlement perceptif et de l'identification adhésive ». Ces aspects psychopathologiques se développent sur un état de dépendance quasi total de ces personnes : « elles déroutent et exaspèrent tant elles sont imprévisibles, allant mieux, allant plus mal ; elles nous renvoient sans cesse à l'énigme, à l'opacité, au non-sens... ».

Introduisant pour les professionnels le devoir de s'inscrire dans une stratégie d'ensemble, dans une pratique institutionnelle globale, le docteur GABBAÏ nous alerte sur la complexité de la prise en charge : « tout semble se passer comme si, face à ces personnes particulières, nous étions soumis à un véritable bombardement dissuasif, visant à nous écarter activement. Bombardement d'affects archaïques, de conduites insensées, de

⁷⁰ Toutes ces citations tirées de, PAPANICOLAOU , op. cit., pp 20 à 22.

⁷¹ GABBAÏ Ph., préface du livre de CHAVAROCHE, « aides médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation », mémoire D.S.T.S., 1998, 153 p.

productions corporelles et de gestes étranges, de phénomènes de clivages et d'emprise toutes-puissantes. Nos tentatives de communication, d'actions communes sont sans cesse menacées, sous la pression du non sens, activement mis en œuvre, de l'homogénéisation, de la répétition mortifère, du démantèlement psychique, du discours vide ou délirant. Nos pensées s'y épuisent, nos idées s'y tarissent, nos vocations s'y usent ».

Ces propos, tirés du mémoire de CHAVAROCHE, pour une valorisation de la professionnalisation des Aides Médico-Psychologiques, sont porteurs d'enseignement pour l'ensemble des professionnels. C'est la « *quotidienneté vitale partagée* » qui sera l'élément fort et essentiel de la prise en charge. Les équipes pluridisciplinaires ont à mettre en acte, « *tant il est vrai que le psychotique ne se fie qu'à nos actes pour se moins méfier de nous* ⁷² ».

2-2-2 La pluridisciplinarité, l'articulation des rôles respectifs.

Avec la constitution de projet de type médico-social, la structure psychiatrique va mettre en œuvre une pluridisciplinarité nouvelle. Même si les unités de suivis au long court existaient de longue date, leurs équipes étaient essentiellement composées d'infirmiers auxquels pouvaient être associés quelques aides soignants. Les "avatars" du principe du "cadre unique" ont fortement marqué les représentations des professionnels de la psychiatrie, entraînant des confusions de rôles quant à la notion d'accompagnement. Par ailleurs, la dévalorisation attachée à ce type d'unité se retrouvait quelques fois à travers les décisions affectations d'agents sanctionnés pour leur manque de compétence dans d'autres domaines des soins psychiatriques. D'autres ont, cependant, su développer des savoir-faire riches d'expérience souvent peu reconnus par l'institution elle-même. Conséquence des moyens budgétaires⁷³ alloués, la représentation importante de la catégorie infirmière laisse place à l'émergence d'autres catégories professionnelles avec d'une part la confirmation de la place des aides soignants et d'autre part l'arrivée d'une catégorie professionnelle nouvelle dans le sanitaire, les aides médico-psychologiques.

⁷² Toutes ces citations tirées de GABBAÏ , op. cit., p1 à12.

⁷³ SELLES P., op. cit., « en 1997, le prix de journée moyen en M.A.S. était de 950 F, celui de la psychiatrie était de l'ordre de 1500 F » INFODAS n°64.

Le travail d'équipe, inhérent à l'institution, ne s'improvise pas de lui-même. L'évolution d'une structure de soins en structure médico-sociale implique une nouvelle approche des individus. Des cultures professionnelles vont se confronter en un lieu commun autour de la prise en charge d'une population aux effets relationnels très déstabilisants. Cette mutation ne se fait pas sans heurt. L'expression ultime de ce fait s'exprime souvent à travers des positions professionnelles identificatoires ; la primauté du soin pour la branche soignante et celle de l'activité sociale pour les professions socio-éducatives. L'arrivée en nombre de professionnels relevant d'une formation de niveau V, est souvent présentée par les professionnels en place, comme synonyme de disqualification de la prise en charge. Comment penser, comme le signale le docteur DELION que les A.M.P. « *formés en quelques centaines d'heures* » pourraient réussir là où « *d'autres équipes disposant de davantage de moyen n'avaient pu que modestement accomplir* ⁷⁴ ».

La constitution, l'organisation, l'encadrement des équipes est un élément important de la réalisation de ce type de projet. Si les conditions d'un accompagnement différent ne peuvent émaner de ces équipes nouvelles, le risque est de déplacer le lieu de la chronicité et de créer des espaces lisses où une nouvelle exclusion fera place à celle existante. Les besoins en terme de population ne sont pas à démontrer. La réponse unilatérale des secteurs de psychiatrie a montré ses limites. L'éthique du soin, la place de tout être dans notre société, imposent des réponses innovantes. C'est le droit à cette place que les équipes doivent mettre en œuvre à partir de leurs compétences respectives.

GONNET F⁷⁵, s'appuyant sur les théories d'analyse stratégique et systémique, mises au point par CROSIER et le centre de Sociologie des Organisations, nous donne des éléments d'analyse permettant de comprendre les obstacles que des professions différentes, contraintes à travailler ensemble, peuvent rencontrer.

Dans notre étude, cette complexité des interactions se révèle autour de logiques que les professionnels présentent comme divergentes. Cependant, chacune des logiques a sa pertinence. Les professionnels soignants font valoir la connaissance des pathologies, ils recherchent un accompagnement du résident, en étant très attentifs aux risques d'angoisse massive qui ponctuent régulièrement la relation quotidienne. Ils

⁷⁴ CHAVAROCHE P., « équipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée. », édition Matrice, 1996, 133 p. Citation tirée de la préface du docteur DELION.

⁷⁵ GONNET F., « l'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail », Lamarre, 1992, 359 p.

s'inscrivent dans une notion d'assistance et de suppléance aux manques. Les professionnels éducatifs développent une approche visant la valorisation des capacités mobilisables chez le résident. La démarche globale passe par un soutien à toute production d'apprentissage en devenir, à favoriser toute forme d'intégration à un espace relationnel large et à soutenir cette stimulation à travers des échanges sociaux. Françoise GONNET décrit comment au fur et à mesure, les dépendances augmentent entre les différents acteurs de l'hôpital de nouvelles sources de cloisonnement apparaissent entre les différentes tâches, fonctions et métiers. Elle en détermine deux origines ; l'une liée à la multiplication des métiers aux logiques propres et l'autre à l'insécurité engendrée par la maladie et la mort. Ce deuxième point, nous l'avons vu précédemment, est particulièrement associé par le risque de vide, d'anéantissement, d'échec liés aux tableaux cliniques présents chez les résidents. Elle en conclut que « *si des logiques professionnelles multiples et divergentes se croisent avec une insécurité très grandes, il y a de grandes chances pour que les relations de travail soient complexes et la coopération difficile*⁷⁶ ».

Les pistes de solutions, qu'elle identifie, concernent d'une part, la position des acteurs et leur rapport au travail et d'autre part, les éléments capables de réguler le fonctionnement. Le premier point repose « *sur un exercice quotidien apportant une sécurité psychologique, une concrétisation des résultats de leur travail et une reconnaissance par les partenaires*⁷⁷ ». Trois éléments peuvent y contribuer :

- La maîtrise des compétences : « *antidote puissant* » contre l'insécurité, elle représente un élément de sécurité tant pour le résident que les partenaires et elle constitue un support à une relation plus approfondie.
- Le système de communications et d'informations entre catégories : il doit rendre tangible la contribution et permettre la compréhension des finalités particulières et marquer la participation de chacun à l'objectif global.
- Une identité professionnelles élargie qui s'établit à partir d'une réflexion commune sur les spécificités et les domaines communs à l'intérieur des fonctions soignantes, éducatives, sociales, ouvrant à une prise en charge globale autour du résident.

⁷⁶ GONNET F., « les relations de travail à l'hôpital : entre complexité et insécurité », dans dynamiser les ressources humaines, p 16.

⁷⁷ GONNET F., op. cit. p 19.

Le second point repose sur deux éléments régulateurs du système :

- Une unité à taille humaine : une petite unité permet de développer un sentiment d'appartenance, une connaissance des résidents et des partenaires. Ceci permet de dépasser les logiques catégorielles et de renforcer la logique de travail de l'unité.
- Le cadre infirmier de l'unité : « *pivot stable jouant le rôle de régulation et d'intégration entre les différents acteurs et leurs logiques divergentes* », Il est le garant d'une coopération indispensable tout en respectant les spécificités de chacun. C'est un rôle délicat qui demande une appréciation juste en permanence. C'est un rôle central, interlocuteur de tous dans et hors l'unité, il assure auprès des différents professionnels une dynamique favorisant les rencontres, les compromis, les concessions, le travail en commun.

La coopération au sein d'une équipe est une construction fragile et permanente. Dans les centres hospitaliers, le directeur des soins, pour participer à l'émergence de nouvelles stratégies sociales, de nouvelles logiques institutionnelles, devra soutenir une dynamique de coopération. C'est cette dimension collective du travail que nous interrogerons à partir de cette hypothèse : la complémentarité des approches sanitaires et sociales est un bénéfice pour le résident lorsque l'infirmier général favorise les interactions entre les catégories professionnelles à partir de la reconnaissance des compétences spécifiques et l'élaboration de projets de vie individualisés.

2^{EME} PARTIE

Enquête de terrain auprès de trois établissements psychiatriques ayant mis en place des structures médico-sociales.

Pour confronter notre propos à la réalité des situations, nous avons fait le choix d'aller à la rencontre de professionnels de l'encadrement et du terrain travaillant dans deux M.A.S. et deux F.D.T. . Cette enquête repose sur les informations recueillies sur trois sites hospitaliers et a été réalisée courant mai et juin 2002.

Nous exposerons la méthodologie de l'enquête puis l'exploitation des informations issues des entretiens. L'anonymat des personnes interrogées ainsi que des sites visités, est respecté.

1 – METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Pour relater l'ensemble des points constituant la description de cette enquête, les différents éléments abordés dans cette partie sont successivement présentés dans un ordre identique : le premier établissement comprenant le F.D.T., le second établissement comprenant M.A.S. et F.D.T. et le dernier établissement avec la M.A.S..

1- 1 – PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS

1.1.1 Historique de l'implantation des services.

Ces établissements sont des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Sur les trois sites choisis, un établissement a mis en œuvre successivement une M.A.S. puis un F.D.T.. Pour les deux autres établissements, une seule des structures existe ; le F.D.T. pour le premier que nous décriront et une M.A.S. pour celui que nous présenterons en dernier dans cette partie. Les descriptions qui vont suivre sont le fruit des entretiens complémentaires que nous ont accordé les directeurs de soins ainsi que les chefs de service des unités entrant dans notre enquête. Le déroulement de l'enquête, in situ, a permis de compléter par l'observation, les propos de nos interlocuteurs.

C'est en 1993, que l'établissement a ouvert ce F.D.T. La démarche à l'époque a été la résultante d'une volonté interne et externe. Une étude de la caisse d'assurance maladie sur les "inadéquations", à partir d'une population issue des services d'hospitalisation de pédopsychiatrie, a conduit à la transformation rapide de deux unités d'hospitalisation en F.D.T.. Ce service prend en charge quarante résidents, tous originaires des unités de psychiatrie. Beaucoup n'ont pas changé d'espace de vie, les trois unités de vie distinctes étaient des unités de soins. La modification n'a porté que sur le statut des patients, ainsi que sur le personnel qui était jusque là exclusivement composé d'infirmiers. Des aménagements

sommaires ont été réalisés, mais l'espace architectural que nous avons rencontré lors de notre enquête accrédite la thèse qui nous a été présentée, d'une transformation imparfaite ayant essentiellement permis que des aménagements économiques. Les projets ne font cependant pas défaut dans la forme mais le décalage constaté sur le terrain est flagrant. La volonté d'adapter n'a cependant pas fait défaut à l'établissement. En 1998, lors de la fusion avec un autre établissement psychiatrique, le projet d'un pôle médico-social a été travaillé dans le cadre du projet d'établissement du nouvel établissement. Ce projet prévoyait la remise en conformité architecturale des services médico-sociaux, ainsi qu'une extension avec la création d'une M.A.S.. Or, l'établissement d'origine est situé sur une zone géographique classée « Seveso » n'autorisant aucun autre aménagement. Le projet de restructuration est à ce jour bloqué, laissant en l'état la structure d'origine. Faute d'une perspective d'avenir, l'atmosphère générale morose est émaillée de l'ensemble de ces difficultés. Chacun étant confronté à un sentiment d'impuissance et d'échec.

Le deuxième établissement a réalisé en 1997 l'ouverture de la M.A.S.. le projet mené par l'établissement s'est inscrit dans le cadre réglementaire de l'ordonnance de 1996⁷⁸. La constitution du pôle médico-social s'est faite à partir d'une construction neuve et spécifique. Le principe d'une autonomie d'espace et de lieu a été mis en oeuvre par rapport à l'hôpital, tout en préservant des liens fonctionnels pour certains services comme la restauration, l'entretien et la blanchisserie. Quarante cinq places sont réparties en deux unités de vie. La population accueillie est essentiellement issue des unités de psychiatrie. Un accueil séquentiel de deux places permet de s'ouvrir à un public extérieur. Dans un second temps, l'établissement a soutenu l'ouverture d'un F.D.T. . C'est en 1999, que ce service a été créé dans une unité de soins réaménagée spécifiquement à cet effet. Proche de la M.A.S., elle bénéficie des mêmes conditions d'ouverture sur l'extérieur, ainsi que des services fonctionnels de l'établissement. Quarante cinq places sont proposées, l'origine des patients est exclusivement celle des unités de psychiatrie.

La dernière structure a le statut de M.A.S. depuis une année. Précédemment à cela, l'établissement avait constitué un service intersectoriel, dégageant du site hospitalier des lits "embolisés" par des patients adultes et enfants n'ayant pas de possibilité de sortie. Le transfert a été réalisé sur un site distant, la philosophie du projet s'apparentait aux M.A.S. mais restait marquée par une forte prédominance du sanitaire dans sa fonction la plus stricte de l'organisation. La réflexion autour du changement de statut s'est élaborée à partir de

⁷⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Article 51.

l'ouverture introduite par les ordonnances de 1996 pour aboutir en 2001 à la transformation en M.A.S. gérée par le C.H.S.. C'est à ce jour cent soixante places de M.A.S. qui sont réparties sur huit unités de vingt lits.

Tous ces établissements et quelque soit le moment choisi pour la transformation d'une partie de leur activité, ont eu à gérer de fortes pressions sociales soutenues par des craintes allant de la perte de statut pour les agents hospitaliers, au retour du gardiennage, à la disqualification des personnels, jusqu'au besoin de préserver l'emploi dans le cadre général des restructurations hospitalières.

1.1.2. Fonctionnement des services.

Ces établissements sont gérés de manière semblable, à savoir sous forme de budget annexe de l'hôpital. La direction est dévolue à un directeur adjoint de l'établissement qui, responsable de la bonne marche de la structure, est chargé d'assurer la gestion administrative et financière. Il élabore, en liaison avec l'équipe soignante et éducative, le projet de service (projet vie institutionnel) qui est entériné par le conseil d'établissement. La responsabilité médicale est assurée par un psychiatre de l'établissement chargé, dans le cadre du projet de vie, de superviser les projets de soins déterminés pour les résidents. Un médecin généraliste a en charge l'organisation des soins somatiques.

Le chef de service, ou responsable de pôle est chargé de mettre en œuvre le projet de vie institutionnel. Cette fonction requiert des compétences techniques (soignante, éducative et de management) et une rigueur financière pour suivre tant les projets collectifs qu'individualisés pour les résidents. Dans le premier établissement, ce rôle est tenu par un cadre socio-éducatif. Dans les deux autres établissements, un cadre infirmier supérieur assure cette fonction, secondé par un cadre infirmier par structure. Dans un de ces établissements le cadre infirmier supérieur assure une mission transversale de "responsable qualité" pour le centre hospitalier. Dans le second, ce sont les cadres d'unité qui sont chargés de missions transversales concernant la M.A.S. afin d'avoir une vision globale de la démarche, plus étendue que la seule connaissance de leur unité.

Chaque établissement dispose d'un projet de vie institutionnel, d'un règlement interne. Une concertation élargie, a dans deux établissements sur trois, conduit à l'élaboration de ces documents. La forme proposée au personnel pour réaliser ce travail a été soit le choix de "formations actions" et pour le dernier établissement dont la mutation est

plus récente, ceci a été complété par des groupes de travail associant des représentants des familles et des professionnels faisant un travail de synthèse sur les constats du terrain collectés à partir de questionnaires. Les projets individualisés sont réalisés et actualisés. Ils se formalisent et s'enrichissent des éléments quotidiens échangés lors des relèves d'équipes repris en réunion de synthèse mensuelle. Un agent ou deux est institué dans une position de référent du résident. L'objet de cette fonction est d'être la "mémoire active" de l'histoire du résident. Un dossier individualisé du résident est tenu, reprenant la forme du dossier de soins utilisé par le centre hospitalier. Des fiches de poste sont définies et concernent les cadres d'unités ainsi que les personnels soignants et éducatifs.

L'organisation générale des unités se répartit selon deux grandes dimensions de la prise en charge, arrêtées dans le projet de vie institutionnel. Ceci se traduit de façon commune de la manière suivante :

- Une équipe consacrée au fonctionnement du lieu de vie. La composition est mixte avec des infirmiers, des A.S., des A.M.P. et des moniteurs éducateurs.
- Une équipe prenant en charge les activités collectives et individuelles. Celle ci est soit essentiellement éducative, les autres membres de l'équipe peuvent y être jointe selon des modalités différentes selon le projet d'établissement.

Dans le premier établissement, les équipes pour l'unité de vie sont composées d'infirmiers, d'A.S., des A.M.P. et des A.S.H. Les infirmières sont "volantes" sur les trois structures. Les A.S. et les A.M.P. et selon que de besoin les A.S.H. assurent les tâches de nursing, la suppléance des actes de la vie quotidienne, la permanence de la surveillance de la vie quotidienne ainsi que l'entretien des locaux. Des activités de type ludique ou de sortie sont présentées comme possibles. Mais un fort taux d'absentéisme conduisant régulièrement à une présence minimum de deux agents par groupes de quinze à dix huit résidents, laisse peu de place à l'exploitation de cette dynamique. La vie des unités est rythmé autour de tâches présentées comme nécessaires et suffisantes. Une convention assure l'aide médicale d'un psychiatre, les consultations ont lieu le plus souvent hors unité. Aucune proposition de ré-hospitalisation n'a été proposé pour un résident quelque soient les attentes de l'équipe notamment pour réguler certaine prise en charge entraînant de la violence. Les activités socio-éducatives sont prises en charge par une équipe éducative, qui fonctionne à la journée pendant la semaine, dans des locaux annexes aux unités. Un quart des résidents bénéficie de prise en charge allant de quelques heures par jour à plusieurs jours dans la semaine. Les critères sont basés sur les capacités du résident, l'intérêt

manifesté par le résident, et la notion de progression. Est-il utile de préciser que les deux structures fonctionnent sur le mode du clivage. Chacun justifiant de la justesse de ses interventions. Des vécus péjoratifs sont renvoyés mutuellement sur les fonctions opposant le “sale boulot” du quotidien face au travail “noble” fait auprès des “éducables”. Un état des lieux a été mené en début de cette année en vue de réduire l'ensemble des insatisfactions croissantes des personnels. Réalisé à la demande de la direction par un cadre soignant de l'hôpital, il a conduit à proposer la ré-affectation d'une partie des postes éducatifs au sein des unités de vie en soutenant un projet global autour des résidents, recentré sur les unités de vie. Les éducateurs concernés par ces modifications ont dans un premier temps fait valoir leurs missions spécifiques à l'appui de leur fiche de fonction. Dans ce climat s'en est suivi trois démissions. La position tenue étant celle du refus de la confusion des rôles. Au jour de notre enquête, il ne restait de cette équipe de quatre agents, qu'un éducateur et un emploi jeune. La problématique non résolue laisse place à un sentiment général d'abandon, parallèlement une dépendance de plus en plus accrue des résidents s'est instaurée.

Pour le second établissement, tant pour la M.A.S. que pour le F.D.T., ce sont les équipes qui prennent en charge les activités de vie quotidienne et les activités de dimension socio-éducative. Des lieux distincts sont réservés pour les activités (ex : balnéothérapie), mais l'intérieur du lieu de vie est investi comme support d'activité collective (ex : décoration de l'espace collectif et privé, groupe musical...). Les équipes sont composées d'infirmiers, d'A.S., de moniteur éducateur, d'A.M.P., et d'A.S.H.. A l'ouverture de la M.A.S. l'équipe incluait des éducateurs. Le responsable de la structure était cadre socio-éducatif. Un conflit dans le personnel à propos d'un réaménagement des horaires de travail du personnel A.S. et A.M.P., s'est soldé par le départ du personnel éducatif. Ces changements d'horaire devaient concentrer la présence des agents sur la journée, valorisant la dimension “activité quotidienne”. La réaction des personnels soignants, majoritaire en nombre, fut de s'arquer bouter sur les besoins de soins, notamment de nursing et sur le côté illusoire des propositions d'activité justifiant ce transfert d'horaire. Ils s'érigèrent en “défenseur du résident” pour que soit respecté le rythme de vie bien intériorisé, issu de longues années d'hospitalisation. Lors de l'arrivée du nouveau cadre soignant, une réflexion s'est ouverte et a conduit à définir les deux unités de vie selon le niveau de dépendance des résidents. Nombres d'A.S. ont fait le choix d'un travail autour de la dépendance, l'autre unité regroupe plus d'A.M.P.. Lors de la création du F.D.T. les équipes soignantes et éducatives ont participé à une formation action. Lors de ces échanges, les professionnels ont redéfini le cadre de leurs interventions, les liens et leur traduction en projet de vie pour les résidents. Chaque professionnel, sur la base du volontariat, a choisi un support d'activité en fonction de ses capacités. Des réunions hebdomadaires permettent de favoriser l'organisation de ces

temps d'activité et de faire le point sur l'évolution et les besoins des résidents. Le médecin psychiatre intervient pour superviser les orientations proposées au résident. La notion d'un binôme référent du dossier individualisé du résident est instituée pour tous les membres de l'équipe. Un travail conséquent est entrepris sur les notions de reprise de lien avec les familles.

Le dernier établissement, dont la transformation en M.A.S. est plus récente, a proposé une large réflexion pendant un année, afin d'accompagner le changement. Une volonté commune de la direction administrative et soignante a permis de lancer ce travail. La reconnaissance du principe de valorisation de l'innovation, de la nécessité d'être attentif à la prise en charge de ce type handicap, et de prendre la mesure d'un lieu où l'on s'intéresse à la qualité de vie du résident et non à la pathologie d'un patient, ont soutenu et aidé à dissiper les inquiétudes du personnel face au changement. La dimension socio-éducative ne fait pas obstacle à la dimension des soins. Le projet de vie met l'accent sur la place faite au résident en unissant un certain nombre de positions satellisées. Le soin s'inscrit dans un mouvement d'intensité égale au plaisir de vivre, à la dynamique du cadre de vie, à l'investissement social. L'élaboration des fiches de poste, à partir d'un travail de groupe a permis de rationaliser les craintes de transformation de certains métiers, la peur d'être évincé. Celui-ci a permis de clarifier les territoires de compétence, à sortir de la confusion des tâches en découvrant les plus values amenées par les compétences spécifiques. Du fait de l'origine du lieu, les équipes sont essentiellement composées de soignants à ce jour, les A.M.P. ne représentent que dix pour cent des effectifs. Une répartition des charges de travail liées à la dépendance a permis de redistribuer les places des résidents dans les groupes afin de permettre un travail équilibré. La prise en charge se développe sur trois axes. Le travail de l'unité en est la base. C'est à ce niveau que s'élabore et qu'est mis en oeuvre le projet de vie individualisé associant état de santé et centre d'intérêt du résident. Les objectifs recherchés sont d'animer, d'introduire du mouvement, de la parole, de rythmer la journée, de structurer le temps et l'espace, de solliciter et stimuler les ressources de chacun. Ce travail se continue, à l'extérieur, par le biais d'un espace animation. Un agent éducatif en assure la permanence. Les activités individuelles ou de groupe sont assurées avec des agents venant des unités de vie. Sur la base du volontariat des formations à des techniques d'animation sont proposées aux agents. En retour, ces agents d'origines professionnelles différentes, assurent le déroulement d'une activité ouverte à tout résident dans cet espace animation. Vingt pour cent de leur travail est dégagé pour en permettre la réalisation. La dernière dimension mise en valeur est l'inscription dans le tissu social. Toute sortie est valorisée et facilitée dans sa réalisation. L'insertion dans le tissu associatif local est l'occasion de

multiplier les expériences, d'éveiller le désir. Les espaces de vie sont largement ouverts aux familles naturelles comme aux familles d'accueil.

1 - 2 - PRESENTATION DES ENTRETIENS.

Pour mener cette enquête nous avons choisi de réaliser des entretiens tant avec l'encadrement qu'avec les agents des professions soignantes et éducatives. Ce double point de vue sur une pratique permet de mettre en relation ce que projette l'encadrement concernant la notion d'un travail pluridisciplinaire et la réalité perçue par les professionnels qui vivent au quotidien ces échanges.

1.2.1 La grille d'entretien pour l'encadrement.

Les questions portent sur la conception des activités, la politique en matière de décloisonnement, de coopération, la mise en œuvre du travail pluridisciplinaire, les profils de poste, les outils, la formation, la place de la famille et par extension l'ouverture sur l'extérieur.

Les entretiens se sont structurés autour d'une série de cinq questionnements que l'on peut présenter selon trois axes :

- Le premier vise à poser les principes et les organisations de l'action des professionnels d'origine différentes. Il s'agit des questions n°1 et 2 :
 1. Quels sont les critères qui semblent pertinents pour rendre effectif un travail pluridisciplinaire ?
 2. Quels sont les outils que vous avez mis en place pour gérer une équipe « médico-sociale » ?
- Le second axe cherche à discerner des éléments permettant de favoriser les motivations. Il s'agit des questions n°3 et 4 :
 3. Quelle place laissez-vous à l'initiative individuelle du personnel soignant et éducatif ?
 4. La formation permanente est-elle une expérience de progrès dans ce type d'unité ?

- La dernière question vise à interroger les capacités d'ouverture des structures sur un regard extérieur. Il s'agit de la question n°5 :

5. De quelle manière dans l'organisation du service est pris en compte la place des familles ?

Cette première série de huit entretiens a concerné :

- Dans le premier établissement : le directeur des soins et le chef de service, cadre supérieur socio-éducatif du F.D.T.
- Dans le second établissement : le chef de service, cadre supérieur soignant et les cadres de la M.A.S. et du F.D.T.
- Dans le dernier établissement : le chef de service, cadre supérieur soignant et deux cadres de la M.A.S.

1.2.2 La grille d'entretien pour les professionnels du terrain.

les questions portent sur le travail au quotidien en ayant pour objectif de préciser les appréciations personnelles portées sur les relations de travail. Les sept questions proposées pourront être étudiées selon quatre axes :

- le premier porte sur la nature du travail réalisé au quotidien et le positionnement des agents en fonction de leur profession. Il s'agit des questions n°1 et 2.

1. Quelles sont les activités effectuées quotidiennement ?
2. Quelles sont les activités qui semblent devoir être privilégiées par rapport à votre formation ?

- Le second aborde les marges d'autonomie existant dans l'organisation collectives. Il s'agit des questions n°3 et 4 :

3. A qui rendez vous compte de votre activité quotidienne ?
4. De quelle autonomie bénéficiez-vous pour organiser votre activité ?

- Le troisième permet d'évoquer les liens existant entre les différents professionnels. Il s'agit des questions n°5 et 6 :

5. Quel professionnel, dans l'équipe médico-social, vous délègue des activités ?

6. Avec quel professionnel dans l'équipe médico-sociale travaillez-vous de concert ?

- Le dernier point, proposé sous forme de bilan, cherche à aborder la cohésion entre une position personnelle et la dimension de projet soutenu par une équipe. Il s'agit de la question n°7 :

7. Quelle évaluation faites vous du travail qui est réalisé dans votre unité ?

Cette seconde série de quinze entretiens a concerné :

- Dans le premier établissement : 1 infirmière, 1 A.S. et 1 A.M.P.
- Dans le second établissement : 2 infirmières, 2 A.S., 2 A.M.P. et 1 M.E.
- Dans le dernier établissement : 1 infirmière, 2 A.S., 1 A.M.P. et 1 M.E.

2 – EXPLOITATION

2-1 LE CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LES CADRES

L'ordre dans la présentation des établissements est partisan. Pour les deux questionnaires, cet ordonnancement des réponses est le même. Celui-ci repose sur le choix de faire valoir les réponses dans un sens croissant de qualité et d'organisation.

2-1-1 Organisation pour une prise en charge pluridisciplinaire

Question n°1 : Quels sont les critères qui semblent pertinents pour rendre effectif un travail pluridisciplinaire ?

Les réponses font appel pour l'ensemble des interlocuteurs aux fiches de poste, à la notion de projet de service.

- Etablissement 1, les réponses sont : *le besoin d'adapter les qualifications aux besoins des résidents. Les profils de postes sont évoqués, ainsi que la nécessité d'adhérer au projet spécifique de la structure. la mobilité interne est évoquée comme pouvant être considérée, par les soignants, comme le moyen de "fuir" des contraintes de travail considérées plus "lourdes" en unité d'hospitalisation.*
- Etablissement 2, les réponses sont : *rechercher l'implication et favoriser les échanges de pratique, au quotidien et en réunion. S'appuyer sur les définitions de fonctions, avoir une connaissance des cursus de formation permettant de mettre en évidence les apports différents, et mieux envisager les articulations entre professionnels. Les critères de recrutement sont importants, en plus de compétences techniques, des notions de valeurs et de motivations des candidats sont à rechercher associant, qualités humaines, ouverture d'esprit et respect des décisions du groupe.*
- Etablissement 3, les réponses sont : *faire du projet de la structure la construction dynamique d'une communauté de pensée. Les fiches de poste sont le moyen d'identifier des zones de compétences spécifiques et de définir des relations avec les autres professionnels. Définir le sens de la délégation vient compléter les attributions des personnels en inscrivant volontairement les notions, d'étayage, de soutien aux initiatives, par exemple des infirmiers envers les A.S. et les A.M.P.. Savoir construire un collectif basé sur des valeurs favorisant l'écoute, les échanges de parole, une capacité à interpeller. La parole est une réponse à l'usure des professionnels face aux prises en charge lourdes. Le rôle du cadre est prépondérant. C'est lui va introduire et soutenir cette dynamique entre les partenaires de l'équipe.*

Question n°2 : Quels sont les outils que vous avez mis en place pour gérer une équipe « médico-sociale » ?

Un grand nombre d'éléments de réponses sont communs. Il s'agit du Dossier individualisé du résident, des réunions institutionnelles, des relèves entre équipes. Ce dispositif se complète de la manière suivante :

- Etablissement 1: *la désignation par tirage au sort de deux référents du dossier individualisé du résident. Il s'agit d'un binôme soignant / éducateur. Ils sont chargés de constituer l'anamnèse, le profil psychopathologique et la présentation du résident (habitude de vie, rituel, centre d'intérêt). Ce travail sert de base aux objectifs fixés par*

la prise en charge. Le psychologue assiste les équipes trois fois par semaine lors des relèves dans une fonction de soutien de l'équipe.

- *Etablissement 2 : le suivi des protocoles institués dans l'établissement hospitalier. La notion de co-référent, éducatif et soignant. Les agents se désignent eux mêmes en fonction d'un nombre de dossier répartis entre tous. Ils sont chargés de la responsabilité de la tenue du dossier et de l'évaluation des plans d'action. Le rappel quotidien des activités et des besoins spécifiques des résidents est visualisé à partir d'un outils méthodologique : le planning mural. Les réunions d'expression des personnels qui sont l'équivalent du conseil de service.*
- *Etablissement 3 : le conseil de la M.A.S. est une instance de proposition qui réunit la direction, les cadres, le médecin responsable, les représentants des différentes professions. C'est un lieu d'information et d'échanges qui permet de prévenir le risque d'un discours cacophonique des équipes pluridisciplinaires. Le recours au groupe de travail est communément adopté pour toute réflexion engageant le devenir de la structure. Le passage du sanitaire au médico-social a été l'objet d'une redéfinition du projet de vie institutionnel qui repose sur des principes ; se positionner à propos du bien être du résident et développer un état d'esprit tourné vers la quotidienneté, en tenant compte de la grande vulnérabilité psychique des résidents.*

Si des outils sont nécessaires à la quotidienneté de l'action, être vigilant à poser les principes de cette action est une manière de guider les équipes en leur laissant le soin d'adapter leur pratique individuelle et collective à ces principes fondateurs.

2-1-2 Les éléments sous-tendant la motivation.

Question n°3 Quelle place laissez vous à l'initiative individuelle du personnel soignant et éducatif ?

Les réponses manifestes ont la même ligne directrice de la reconnaissance d'une capacité à l'initiative, mais cette notion est soutenue diversement.

- *Etablissement 1 : je leur laisse l'entière liberté de gérer leur projet dans le respect des règles de l'établissement. Je fais confiance aux agents, je réponds à toute demande, nous avons les budgets nécessaires.*

- Etablissement 2 : *les initiatives sont possibles mais elles ne sont pas trop recherchées. A l'intérieur, on laisse une certaine liberté à l'autonomie. A l'extérieur, à cause de la responsabilité de l'établissement, il est nécessaire de respecter le fonctionnement réglementaire de l'hôpital. Chaque projet doit s'inscrire dans la continuité. On ne réagit pas aux besoins d'organisation spontanée.*
- Etablissement 3 : *avant la M.A.S., la peur de la faute paralysait toute initiative. Il faut rendre un caractère positif à la responsabilité. Etre créatif est une valeur du projet de vie. Cela part d'une démarche personnelle qui doit être validée par le collectif. C'est un des rôles majeur du cadre auprès de l'équipe. Il doit soutenir, porter intérêt, médiatiser, informer, favoriser. Cette élaboration permet à chacun d'avoir des idées, de pouvoir les exposer et les exploiter. Le métier est difficile, la dépendance est importante, les résidents sont là pour la vie. Ce qui est attendu des professionnels, c'est d'être attentif au petit rien de la vie quotidienne, se nourrir de tout cela.*

L'initiative est porteuse de vie dans l'institution. Mais, si chacun semble en reconnaître le besoin, le soutien en est radicalement différent. Introduire l'initiative comme élément de la dynamique de vie nécessite tant le contrôle que la réactivité pour la mise en œuvre. Garantir une mobilisation des agents, relève du management de proximité du cadre.

Question n°4 La formation permanente est-elle une expérience de progrès dans ce type d'unité ?

La formation est considérée comme nécessaire, mais les constats divergent.

- Etablissement 1 : *elle devrait mais les agents ne sont pas convaincus. Face au "non changement" des résidents, ils n'ont pas de question à se poser. Les formations institutionnelles sur l'agressivité, le stress sont appréciées.*
- Etablissement 2 : *c'est une source de progrès mais pas forcément une remise en cause. Elles sont discutées avec l'agent lors des entretiens de progrès. Des priorités sont définies pour la structure ; les gestes d'urgence, l'incendie, la formation à la sémiologie en psychiatrie. Les faibles ressources des résidents ont conduit à former un agent qui intervient dans une activité d'esthétique.*
- Etablissement 3 : *il faut une véritable politique de formation. La formation est une bouffée d'oxygène qui permet de se ressourcer de faire le break. Sur le plan*

institutionnel avec la réalisation de journées à thème afin de favoriser l'échange, l'information, l'accompagnement d'une évolution des structures et les formations actions pour référent d'activité. Sur l'extérieur, valoriser les échanges sur les pratiques, s'ouvrir à des positions éthiques, connaître des fonctionnements, confirmer la particularité du "prendre soin" et informer en retour les collègues de l'institution. Le plan de formation est arrêté après analyse des demandes formulées lors de l'entretien annuel d'évaluation .

La formation est nécessaire, surtout lorsqu'elle alimente la réflexion personnelle. La valoriser de surcroît par les échanges qu'elle peut continuer de susciter au sein d'un collectif de travail. Créer du lien est dans ce type d'institution une des manières de répondre à l'usure, à la charge psychologique qui accompagne le quotidien des professionnels. C'est un élément porteur de la vie institutionnelle.

2-1-3 La place d'un regard extérieur.

Question n°5 : De quelle manière dans l'organisation du service est pris en compte la place des familles ?

Beaucoup de résidents n'ont pas de liens familiaux. La représentation des familles existent de part leurs places au sein du conseil d'établissement.

- *Etablissement 1 : les liens avec les familles étaient distendus du temps de l'hospitalisation. Un quart des résidents ont aujourd'hui des liaisons qui vont de une à deux fois l'an et de rare cas une fois la semaine. Les parents sont représentés au conseil d'établissement. A ce titre ils sont consultés sur les projets mais ne sont pas vraiment associé aux démarches.*
- *Etablissement 2 : les liens sont distendus avec les familles. Cependant, un travail conséquent est institué pour retisser des relations. Le travail se fait au rythme du résident et de la famille. on doit tenir compte de la position de retrait constatées dans certaines familles. (secret de famille, la peur de ce parent, le souvenir de moments traumatiques pour les enfants...) Les familles sont sollicitées autour de spectacle, d'anniversaire. Peu se déplacent. Le studio des familles de la M.A.S. n'a pas encore eu l'occasion d'être utilisé à cet effet. Les représentants des familles font parti du conseil d'établissement, ils sont positifs sur le travail fait dans la structure. Lors de*

chaque nouvel accueil, nous informons, une documentation leur est disponible pour consulté le projet d'établissement et sa démarche générale. Un travail de soutien psychologique peut leur être proposé avec la psychologue de l'unité. Il s'agit souvent d'un travail de déculpabilisation.

- *Etablissement 3: les familles sont présentes au travers de leur participation au conseil d'établissement, mais aussi par leur participation à des groupes de travail. Des contacts importants sont maintenus avec des associations de parents, nous participons régulièrement à leurs réunions. Des espaces collectifs permettent de prendre des repas et des collations. Les unités de vie sont librement ouverte aux familles. Elles peuvent pénétrer dans les chambres. Des achats peuvent être discutés et confiés aux familles en lien avec un professionnel. Des cahiers de liaisons ont été mis en place entre l'unité et les familles. Les familles savent ainsi ce qui s'est passé dans la semaine, en retour le temps du week-end peut être évoqué. Tous les parents ne sont pas présents. La douleur est très vive pour certain. L'équipe sait qu'elle ne doit pas forcer, mais cherche à accompagner, à valoriser le côté humain. Il nous faut éviter de cliver les positions sur la culpabilité. Il est nécessaire d'avoir une approche philosophique de la vie et de reconnaître la douleur des familles.*

Les liens avec les familles sont certes difficiles tant en raison de la distanciation des relations que de la culpabilité ressentie. Pour autant ce regard extérieur et particulier peut être une aide dans la relation résident / professionnel. Il est aussi l'amorce d'une reconnaissance professionnelle, le point d'encrage d'un avenir si souvent impossible à imaginer pour la famille et que les professionnels doivent construire au quotidien. Là encore la force d'un projet, les valeurs qui le sous-tendent, sont le gage d'un fonctionnement dynamique et non mortifère.

2-2 LE CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DU TERRAIN

2-2-1 Les pratiques professionnelles.

Question n°1 : Quelles sont les activités effectuées quotidiennement ?

La seule particularité de travail existant entre les professionnels dans ce type d'unité concerne le personnel infirmier à travers son rôle d'exécution de prescription médicale. La dimension de soin d'hygiène et relationnel est importante. Le rôle propre est majeur. Les autres professionnels y sont pleinement associés. Le travail de l'unité est très souvent ritualisé autour des besoins de la vie quotidienne. Les activités dans les unités viennent combler des temps laissés libres de l'organisation. La dimension relationnelle est majeure, le non verbal y occupe une position prépondérante. Connaître le résident passe par l'observation de tous les signes qu'il renvoie aux soignants à travers les multiples situations issues de la vie quotidienne et de leur position de dépendance.

- Etablissement 1 : **Inf.** : *Les soins de nursing, on est proche du résident, on peut se rendre compte de ce qui se passe pour lui. C'est une relation faite d'un peu de parole mais aussi de signe de rictus. En tant qu'infirmier nous faisons les soins spécifiques, les prescriptions, on adapte les « si besoins » en fonction des troubles du comportement. A.S. : le nursing, la surveillance des problèmes de santé. Dans l'unité il y a peu d'activité du fait des problèmes de dépendance, on les associe sous forme de présence. On se contente de peu de chose, on apprend à observer, à reconnaître tous les petits signes, à savoir être proche d'eux, le non verbal est très important. On établit de véritables relation, on connaît leur satisfaction, ce qui leur fait plaisir. A.M.P. : le nursing, on est à leur écoute ,on répond à leur demandes. Tout passe par l'accompagnement dans les gestes et les besoins issus du quotidien.*
- Etablissement 2 : **Inf.** : *la prise en charge de l'ensemble des besoins du résident qui nécessite une intervention infirmière. La prise en charge est globale. La dimension relationnelle est d'être à l'écoute, de formuler des projets avec eux. Nous avons une responsabilité particulière par rapport aux autres, nous devons toujours tout savoir, on doit apporter une réponse sur tout, c'est une exigence de l'institution. Les soins de nursing complète l'approche du résident. On coopère avec les autres membres de*

*l'équipe. Notre travail avec les autres professionnels est complètement commun. **A.S.** : notre travail est d'assurer les soins d'hygiène de vie des résidents à partir des activités quotidiennes, les soins de nursing, les accompagnements autour des besoins quotidiens. On aide l'infirmier pour la réalisation de certains soins. Des activités sont possibles. A l'hôpital le travail se limitait au nursing, ici les activités donnent un plus. On se sert de la vie quotidienne, les activités de balnéothérapie permettent une approche individuelle. On participe aux activités faites hors l'unité **A.M.P.** : notre travail est le même que celui des A.S.. la vie quotidienne fournit de nombreuses occasions de sollicitation. Les activités proposées dans l'unité remplissent les temps libres, principalement l'après midi. **M.E.** : le fonctionnement est hospitalier, les protocoles, la "paperasse". Le travail est essentiellement soignant, nursing, toilette. L'après midi on peut faire des promenades, on agrmente l'unité. La population est lourde, faire avec eux n'est pas toujours évident.*

- *Etablissement 3 : **Inf.** : en tant qu'infirmier, ce qui est à part, ce sont les médicaments, les prises de sang. Au quotidien, l'activité de nursing est importante et prend beaucoup de temps. Ce travail est commun avec les A.S.. nous associons l'approche individuelle, l'hygiène, l'écoute, la parole autour des actes, l'attention aux signes qui nous sont renvoyés par le résident. **A.S.** : maintenir les acquis sur les notions de toilettes, de repas, d'attention à l'environnement. On fait le point avec l'infirmier sur nos observations pour aider à préparer la visite avec le médecin. **A.M.P.** : Les activités à partir de l'unité sont privilégiées. On essaie d'égayer l'unité. **M.E.** : le nursing, la vie quotidienne réclament de notre part un état de disponibilité, nous devons être attentifs aux signaux non verbaux. Les activités manuelles me plaisent, alors je profite des temps libres pour proposer un travail collectif pour animer la maison, créer de la relation, apporter de la vie. Pour beaucoup on est le seul lien avec l'extérieur. Ma priorité est le bien être, que l'on soit là pour recevoir la souffrance, apaiser les angoisses, être rassurant, avoir d'eux une image valorisée.*

Il s'avère que dans une organisation plus structurée, chaque professionnel y compris, s'il existe une zone de tâches communes, intervient de façon spécifique et en tant que professionnel reconnu.

Question n°2 : Quelles sont les activités qui semblent devoir être privilégiées par rapport à votre formation ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : *ce qui est important c'est l'accompagnement de la personne, le nursing du fait de la grande dépendance* **A.S.** : *les soins d'hygiène, la surveillance des téguments, les constantes et la surveillance des comportements.* **A.M.P.** : *le maintien de l'autonomie, accompagnement autour des gestes du quotidien, de la vie collective. Être à l'écoute des demandes.*
- Etablissement 2 : **Inf.** : *que la personne soit bien physiquement, de repérer tout problème d'ordre somatique, d'organiser les soins. Les soins sont sur la base du relationnel, les activités sont dans un deuxième temps* **A.S.** : *le travail de l'hygiène, l'environnement de la chambre, le bien être des résidents pour tous les actes de la vie quotidienne.* **A.M.P.** : *privilégier l'autonomie, ici je suis plus reconnue comme une A.S., j'ai le sentiment que l'on ne pense pas à l'avenir du résident mais on s'agite sur le quotidien* **M.E.** : *accompagnement de la personne, faire avec le résident pour qu'il soit le mieux possible. Les activités se font souvent avec les A.M.P.. Mon travail est très proche de celui de l'A.S., il n'y a pas de grandes différence entre nos fonctions.*
- Etablissement 3 : **Inf.** : *Rendre les gens vigilant par rapport à l'observation, l'écoute, les attitudes à adopter, les démarches à suivre. On apprend sur le tas, toute la vie, on est éducatif avec eux mais de temps en temps c'est eux qui nous donne des leçons. Nécessité pour nous de se former en continu, faire des rencontres à thème, échanger dans l'institution et aussi à l'extérieur, ouverture à partir de l'expérience des autres.* **A.S.** : *Nous n'abordons pas l'animation, les activités, dans la formation initiale. On découvre sur le terrain. C'est un abord très personnel, et on s'appuie sur les pratiques de l'équipe. Ça fait partie de ce que l'on attend de nous. Le travail nous est présenté, on sait que l'on va devoir participer aux activités. C'est une partie importante de notre travail. Essayer qu'ils soient le plus autonome à travers le nursing, pour aller vers l'extérieur. Le service inter pavillonnaire : l'objectif est qu'ils apprennent à rencontrer l'autre, toucher, apprendre à écouter, suivre un rythme.(on obtient des résultats, un psychotique qui danse avec un autiste, des acquis nouveaux) On peut en discuter avec l'équipe de l'unité et de l'inter pavillonnaire. Notre approche de base c'est le nursing ; les activités sont choisies en fonction de nos goûts ; mais bien sûr, on peut demander des formations.* **A.M.P.** : *Je m'adapte à la population que j'ai en face de moi. Je pense qu'il est important de construire des règles, mon activité tient compte de l'âge, des*

*caractéristiques de la population. Mon activité générale est tournée vers le bien être de la personne. La relation, le travail sur l'écoute, leurs attentes. Tout cela ce fait sur une base importante d'observation, de stimulation. Je cherche à rentrer en communication, il nous faut aller vers la personne. Tout cela pour être attentif à ce que certains ne savent pas dire. Je n'ai pas l'impression d'avoir fait mon boulot si je ne fais pas une activité. La journée prend une toute autre tournure pour eux. Le travail se répartit en fonction des capacités de chacun. La tendance change, chacun participe aux activités. J'ai l'impression qu'à l'embauche on tient compte du besoin d'activité. Nous avons écrit le profil de poste de l'A.M.P. **M.E.** : Notre travail nous amène à des activités multiples du faits des besoins du résident. Le bien être est recherché à travers les soins du corps, c'est un regard particulier fait de confiance réciproque. Sans vouloir faire de la suractivité, je pense qu'il est important de connaître la fatigue d'une journée.*

Les besoins primaires des résidents mobilisent tous les acteurs. Cependant, si les soins de nursing sont la préoccupation centrale et renvoie à une fonction stricto sensu du soin, il est à noter que la fonction éducative est différenciée même s'il existe des zones d'intervention communes. Ceci renvoie à la fois à une tentative d'intervention disciplinaire et des origines professionnelles dont il est fondamental, pour tout un chacun préserver son identité.

2-2-2 la place de l'initiative pour les professionnels.

Question n°3 : A qui rendez vous compte de votre activité quotidienne ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : *Sur le dossier de soins : on note le bilan des séances, les appréciations, le retrait. Les transmissions orales en inter-équipe **A.S.** : Avec les collègues, la surveillante, par écrit, équipe pluridisciplinaire transmission orale, lors des réunions.. **A.M.P.** : le D.I.R. Les transmissions orales en inter-équipe. Connaissance et continuité pour l'équipe.*
- Etablissement 2 : **Inf.** : *Transmissions aux collègues, si difficulté ; surveillante ou médecin. La réunion tous les 15 jours, à la psychologue du service pour des conseils, surtout les contacts entre collègues afin de garantir la cohérence des réponses. **A.S.** : En général on est toujours deux à encadrer. On résume dans le dossier de chaque*

résident. Ça arrive que l'on constate que le résident n'a plus d'intérêt, alors on en discute en réunion avec le psychiatre, pour voir ce que l'on fait, et comment on propose les activités pour ce résident, une solution est toujours trouvée par le groupe. Avec l'équipe, lors des transmissions orales, par écrit sur le dossier de soins, sur la feuille de suivi des activités. On fait le point lors des réunions. **A.M.P.** : Le D.I.R., suivi par les diagrammes, l'interlocuteur en cas de problème c'est l'infirmier. **M.E.** : aux collègues en participant aux transmissions d'équipe, si des questions touchent aux soins c'est à l'infirmier que nous en parlons.

- Etablissement 3 : **Inf.** : Au niveau de réunions inter-équipes c'est souvent l'infirmier qui fait la transmission, mais chacun participe. Cela permet une complémentarité des approches. L'infirmier ne voit pas tout ce qui se passe pour tout le monde. On doit échanger, je continue de dire que la parole devrait même être plus importante de la part des A.S. et des A.M.P. . Certain ne s'autorise pas encore à écrire. Je rend compte au psychiatre et au médecin généraliste. Ça, autant que de besoin. Tous les 15 jours nous faisons un synthèse avec le psychiatre, on revoit l'histoire, les problèmes antérieurs, les comportements de la personne. L'inter-pavillonnaire permet une rencontre avec d'autres. Le poste infirmier est bloqué dans le service. Au niveau responsabilité, les A.S. et les A.M.P. aime bien qu'il y ait un infirmier dans le service. Maintenant, on peut s'absenter 1 ou 2 heures, mais les habitudes professionnelles ne se change pas aussi facilement. **A.S.** : Ici, pour les A.S. ça n'a pas changé grand chose, c'est la continuité du travail. On s'appuie beaucoup sur les infirmiers. Le surveillant nous sollicite beaucoup pour savoir ce que l'on fait. **A.M.P.** : on rend compte à l'équipe avec les transmissions orales et écrites. Cela permet la cohérence de l'équipe. Au résident, en lui expliquant la démarche qui lui est proposée, est importante pour lui. **M.E.** : il y a des échanges constants avec les collègues de travail. Lors des réunions nous pouvons expliquer plus longuement nos constats ou nos préoccupations.

Le rendre compte renvoie aux fonctions et aux liaisons hiérarchiques de chaque professionnel. Il semble que peut émerger du fait d'une reconnaissance par l'ensemble des professionnels intervenants, une qualification plus spécifique et donc plus opérante, que l'infirmier est un référent institutionnel. Objectivement l'évidence est que les problématique des patients sont plus de l'ordre dans leur prise en charge d'une fonction première infirmière et d'une fonction seconde centrée sur l'éducatif au sens large du terme.

Question n°4 : De quelle autonomie bénéficiez-vous pour organiser votre activité ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : *L'organisation du service est réglée, on fait tous les jours la même chose. La vie quotidienne s'impose toujours, les activités sont suivies en fonction des aléas des plannings et des présences. Il y a les activistes, elle consacre leur temps à cela. **A.S.** : Pour l'instant, l'activité n'est pas trop organisée, les moyens manquent. L'initiative est possible par petite touche, mais pas de conception générale. **A.M.P.** : Tout se discute en équipe. On présente le projet, si accord de la hiérarchie, on prend en charge l'organisation. Au retour on rend compte. On nous fait confiance.*
- Etablissement 2 : **Inf.** : *Autonomie totale, sauf que tout doit être prévu. Pas de possibilité de s'organiser à la dernière minute. **A.S.** : Il nous faut du temps, quelque fois il nous manque du personnel et des moyens. Les projets doivent être en béton, pour obtenir quelque chose de positif, il pense que c'est pour nous et pas pour les résidents. **A.M.P.** : Pour les activités on a énormément de possibilités, on peut accéder à beaucoup de choses, mais tout doit être prévu assez longtemps à l'avance. **M.E.** : on est autonome pour faire les activités que l'on veut à l'intérieur. Tout ce qui est à l'extérieur, nécessite des autorisations, l'organisation n'est jamais instantanée.*
- Etablissement 3 : **Inf.** : *Les activités sont discutées avec l'équipe et le surveillant. « je suis jeune, j'ai beaucoup de choses à apprendre, je ne sais pas tout évaluer. Pour moi c'est important d'échanger sur le fond de l'organisation de l'activité, de recueillir les avis de tous les collègues. Grande initiative à l'aide du planning des activités de la semaine. On peut proposer des choses pour le jour même, si les conditions matérielles sont possibles, (véhicule, argent) on y va. Ça permet de réagir très vite, et d'être dynamique. Ça facilite les initiatives et le résidant en profite toujours. **A.S.** : Beaucoup d'initiative, on peut s'adapter plus rapidement. L'expérience du retour « au sanitaire » a été démobilisatrice. Aujourd'hui on nous demande de reprendre de l'initiative. **A.M.P.** : Dès que l'on a une idée on en parle avec la surveillante qui nous débloque les moyens. L'équipe décide du choix des résidents qui peuvent profiter ou non, les listings sont faits ensemble. On en parle aussi lors de la réunion du service. **M.E.** : tout est fait pour nous faciliter les projets que nous présentons. Nous on propose, si l'équipe est d'accord, la surveillante nous assure la sortie.*

Les questions d'autonomie, d'initiative et d'organisation ne sont pas clairement identifiées d'autant plus que ce rajoute dans le discours la notion de mise en œuvre et de qualité. Les professionnels restent dans une conception peu évolutive de la notion d'autonomie. Elle est soit référée à quelque chose de l'ordre de l'incongrue soit à une rationalisation du discours autour de la notion de projet, de consensus et l'aval du système hiérarchique.

2-2-3 La délégation au sein de l'équipe pluri-professionnelle.

Question n°5 : Quel professionnel, dans l'équipe médico-social, vous délègue des activités ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : *Nous on travaille avec tout le monde. Les autres professionnels attendent de nous des autorisations, même si c'est leur activité. Nous on donne notre avis sur les résidents qui peuvent profiter des activités, on connaît bien leurs comportements. A.S.* : *Surtout l'infirmier pour des soins, la planification. A.M.P.* : *On s'aide entre nous, avec les infirmiers c'est selon les équipes, pas d'obligation. Mais quand il faut faire les « courses », aller au labo. Il y a de l'entraide dans l'équipe.*
- Etablissement 2 : **Inf.** : *Personne, on laisse à l'initiative de chacun, les propositions se font en fonction des possibilités du personnel. La présence d'une infirmière est obligatoire pour toute sortie, pour les médicaments personne d'autre ne les donne. A.S.* : *Des petits soins délégués par l'infirmière. Les décisions sur les modalités d'approche du résident sont discutées en réunion. Quand on a fait le point sur ce qui nous semble le mieux pour le résident, chacun adopte cette réponse. Des réunions associent les activistes, on suit la participation des résidents aux activités. A.M.P.* : *Pas de délégation. On échange autour des réunions. Le travail de l'A.M.P. est basé sur la discussion dans l'équipe. L'attente des infirmiers est que tout soit discuté, le travail n'est pas individuel, besoin de repère de la population, c'est le respect d'un cadre, ça n'est pas de la rigidité. M.E.* : *les activistes nous demandent de l'aide pour l'organisation de certaines activités.*
- Etablissement 3 : **Inf.** : *Il n'y a pas de délégation, on essaie de réguler sur l'ensemble de l'équipe. Chacun se détermine, on s'appuie sur l'organisation du service (5 le matin, 4 l'après midi), on respecte le choix d'agents à ne pas participer à certaines activités, on arrive à équilibrer sur l'ensemble de l'équipe. On en parle dans les réunions, en inter-équipe ou pendant les pauses. A.S.* : *Sur l'activité au centre d'animation, nous devons rendre compte de ce qui est fait suite à la formation. Dans l'unité, nous nous programmons sur la semaine en fonction des équipes présentes. Les référents de*

*certaines activités, nous demande de continuer quand ils sont absents, on échange en les aidant sur leur activité, on en discute, les informations sont données lors des moments de rencontre en inter-équipe. **A.M.P.** : Ce que l'un ne peut faire un autre essaie de le réaliser avec le résident. Le travail d'équipe est basé sur la coopération pour le bénéfice du résident. Si la cohérence de l'équipe n'est pas préservée, la population le comprend très vite. La réunion hebdomadaire est un souhait fort de l'équipe. Là on s'est organisé, ordre du jour, prise de note, animateur et compte rendu pour l'information de toute l'équipe. Le but est d'avoir une même ligne de conduite pour participer à une prise en charge optimale. Richesse de la rencontre des équipes, on peut partager nos inquiétudes. On n'a pas forcément la réponse pour tout, mais ça nous aide de pouvoir évoquer des problèmes qu'on a par rapport à certains patients. Ça nous aide à avoir moins d'appréhension tout en connaissant le risque. **M.E.** : le travail fait qu'il n'y a pas de délégation. Les idées sont discutées par l'équipe, c'est plus en rapport avec une coopération selon les projets et notre présence.*

La délégation renvoie à la fois à la question de l'autonomie et de l'initiative et à celle de régulation, le critère déterminant étant la notion d'organisation du service.

Question n°6 : Avec quel professionnel dans l'équipe médico-sociale travaillez-vous de concert ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : Avec tous. **A.S.** : Le travail avec les A.M.P. car nous faisons la même chose. Au départ deux métiers différents mais en fait on a les mêmes activités. **A.M.P.** : Avec l'ensemble des collègues. On a un rôle identique dans les unités.
- Etablissement 2 : **Inf.** : En tant qu'infirmier, il n'y a pas de personnel avec qui on travaille le plus. Il est forcément l'interlocuteur privilégié du médecin. **A.S.** : Plutôt avec le domaine médical, avec les éducateurs on a pas toujours le même point de vue. Par exemple pour l'hygiène, les éducateurs les laissent faire. Ils sont trop en attente de ce que veut faire le résident, nous on est plus dirigiste. **A.M.P.** : on travail avec tous les collègues. Les soins sont pour les infirmiers, mais on aide en cas de besoins. Pour le travail avec le résident, l'activité est la même pour tous. Nous sommes peut-être plus laxistes, plus aventuriers alors que les soignants sont plus stricte sur le suivi d'un protocole. **M.E.** : on est amené à travailler avec tous les membres de l'équipe. Certains sont plus enfermés que d'autres.

- Etablissement 3 : **Inf.** : *Ce que j'apprécie c'est qu'il n'y a pas d'opposition au niveau hiérarchique, le travail est coordonné, on le fait en commun sauf sur le rôle infirmier sur prescription. Moi, j'apprécie qu'on soit tous au même niveau, chacun dit ce qu'il a à dire sur les situations. **A.S.** : Nous travaillons avec l'ensemble de l'équipe. Chacun, à partir du mode d'organisation de l'unité, s'occupe du bien être du résidant en s'adaptant aux différents moment qui rythme la journée. **A.M.P.** : Avec l'ensemble de l'équipe. On a tous le même rôle en grande partie, on collabore autour d'activité commune. On connaît chacun nos compétences, nos capacités à faire plutôt telle ou telle activité. Seule l'infirmière par rapport au soin. C'est un travail d'aide mutuelle. **M.E.** : tous les professionnels de la M.A.S. Le médecin, qui nous demande notre avis sur le comportement du résident.*

La question du travail dans l'équipe est analysé comme devant être du ressort du référentiel professionnel. La notion de commun n'est pas clairement identifiée si ce n'est dans la perspective du sujet qui est pris en charge, cependant est toujours prégnante la question du soin et sa prééminence même si la communauté d'intervenant à un projet commun : la prise en charge du résident.

2-2-4 Le bilan par les professionnels.

Question n°7 : Quelle évaluation faites vous du travail qui est réalisé dans votre unité ?

- Etablissement 1 : **Inf.** : *On pourrait prendre plus de temps avec les résidents. Pas de hiérarchie dans l'équipe, pour moi chacun amène un élément spécifique qui est repris par l'équipe. Il y a beaucoup d'écriture ; on est à l'intérieur de l'hôpital, on fait mal la différence entre l'hôpital et le lieu de vie. On est dépendant de l'organisation de l'hôpital. Le travail de l'équipe est important, c'est la cohérence et cela permet une bonne régulation de la vie dans l'institution. **A.S.** : Il n'y a pas de projet écrit sur l'unité, pas de réécriture depuis les changements dans le service. **A.M.P.** : Beaucoup de chose ont été mis en place. On arrive à une certaine routine sur la vie de la journée, chaque chose à son moment. Peut-être que l'on ne voit plus certaines choses, j'ai coulé dans le moule. On connaît des périodes difficiles dans l'unité, beaucoup de violence, tous les jours des rapports d'incident. A quoi c'est du ? un effet boule de neige. On est impuissant, même si on essaie de mettre en place des choses.*

- Etablissement 2: **Inf.** : Une bonne cohésion de l'équipe que nous obtenons grâce aux réunions de prise en charge. Un problème est évoqué, nous analysons ensemble, une solution est adoptée, la règle pour l'équipe est que chacun se soumet à la solution jusqu'à une prochaine proposition. Le résident est tout de suite informé. On fait un peu « la police » avec les résidents. **A.S.** : On est resté un service d'hospitalisation, pas vraiment un foyer mais il y a un certain confort. On devrait plus inclure les résidents, mais il faut pas leur donner l'impression que tout leur est dû. Par exemple avec le linge ; on devrait utiliser la vie quotidienne comme une force de participation. Le résident est bien suivi au niveau du nursing. Avant dans l'hôpital, il y avait trop de mélange dans les services, les patients étaient délaissés. Là on prend le temps de s'occuper d'eux. Peu de familles sont présentes, nous les avons relancées, mais peu de résultats. **A.M.P.** : Ça dépend. A certain moment tout va bien et à d'autres les problèmes de certains résidents nous obligent à nous adapter. La rigidité choque par rapport à un lieu de vie. S'occuper plus du résident que de la décoration. S'occuper plus de lui-même, pas assez d'écrit par rapport au foyer où j'étais avant. **M.E.** : il y a une bonne communication, l'équipe suit bien les décisions, on cherche à être cohérent. Pour que le résident soit le mieux possible, il faut se remettre en question.
- Etablissement 3 : **Inf.** : On essaie de travailler en pensant au résident. Les soins sont adaptés aux besoins des résidents. Les activités sont un bon support à la vie de l'unité. On peut en faire le plus souvent. Seuls quelques problèmes d'effectif peuvent entraîner une diminution. On parle beaucoup de nos constats sur les résidents, on ne travaille pas pour notre seul désir. Il y a le désir du soignant, mais on met en avant le besoin du résident. Le rôle du médecin psychiatre est important. Notre observation porte sur le comportement du résident, nous écrivons nos constats et on en discute tous les quinze jours lors de la réunion clinique. C'est une approche du quotidien, il ne nous donne pas d'indication, on réfléchit ensemble sur les problèmes et les solutions que nous pouvons imaginer. Ça nous permet d'évacuer nos difficultés et surtout d'adapter une réponse la plus cohérente pour nous tous. J'apprends plein de choses. Ce qui est bien c'est la mobilité interne, (tous les 3 ans) nous changeons par tiers tous les ans. Ça rompt les habitudes, on réapprend à fonctionner ensemble, les expériences se modulent entre nous. **A.S.** : Notre objectif est de leur permettre de vivre le mieux qu'ils puissent. Pour cela, les relations inter-équipes sont basées sur l'échange, la tolérance, le dynamisme. Le projet M.A.S. est la mise en évidence que l'on fonctionnait bien. C'est difficile de se re-mobiliser avec le temps. Depuis un moment ça bouge pas mal, on nous incite à faire le plus de sortie, c'est pratiquement

*tous les jours. **A.M.P.** : C'est un bon travail d'équipe. Moi, j'ai tendance à m'adapter, m'appuyer sur la connaissance des autres notamment en psychiatrie. Ma compétence éducative est de ne pas faire à la place, les règles de vie sont respectueuses des résidents, elles sont un bon support dans notre relation avec lui. Il y a un travail général fait sur l'estime de soi, l'équipe cherche à valoriser cette approche. Ici, on ne nous dit pas que c'est ne rien faire lorsque l'on discute avec les résidents. La communication est importante dans l'équipe. Lorsque l'on rencontre un problème, on trouve toujours un collègue à qui on peut en parler. **M.E.** : je me sens bien dans ce que je peux faire aujourd'hui. c'est un travail de rencontre, un rythme de vie qui semble convenir.*

La question de l'évaluation est corrélée à celle d'un vécu subjectif autour de la question de la prise en charge. Pointent, avec des formulations différentes la question du burn-out des travailleurs sociaux et les difficultés récurrentes de prise en charge, rencontré en psychiatrie concernant la prise en charge des psychotique au long court (la place de la famille, et la gestion du quotidien sans perspective de changement). Les notions de communication, de désir du soignant, ainsi que celle d'une éthique de prise en charge semble être des lignes de progrès permettant que la notion d'évaluation dans un tel contexte mortifère ne soit pas désincarné et renvoie à une notion de qualité modulable en fonction des objectifs d'une équipe.

Le travail sociologique de F. GONNET, nous a fourni des éléments de compréhension pour appréhender l'articulation des relations entre les professionnels d'un lieu de soins.

Sur la question de la maîtrise des compétences, les professionnels se sont exprimés de manière de plus en plus explicite tout au long de cette présentation successive des établissements sur leur capacité à construire un discours à propos des besoins du résident et les réponses à y apporter. Cette sensibilité n'est pas l'apanage d'une profession, sa constitution, comme nous le montre le dernier établissement, est collective et englobe les spécificités des professionnels. Au delà de la notion de collaboration c'est celle de la coopération qui prévaut entre professionnels.

Le système de communication et d'information entre catégorie est un élément de la prise en charge. L'organisation introduit ce lien par la parole ; sommaire et informatif lors des échanges informels et la relève d'équipe, évacuatrice et constructive lors des

réunions. Sans pouvoir juger ici d'une qualité, cette communication formalisée est un support de la constitution des projets de vie individualisés.

Une prise en charge holistique est recherchée. Lorsque la coopération est rendue possible entre professionnels, la notion d'identité professionnelle élargie supplante le sentiment de confusion des fonctions. La capacité de se joindre dans la pratique fait que les particularités se cumulent au bénéfice d'une prise en charge dynamique.

Les éléments régulateurs sont présents. L'unité de petite taille est communément mis en œuvre, même si les lieux visités ont montré diversement un manque d'adaptation tant aux besoins des résidents qu'à l'ergonomie de travail qu'ils proposent.

La fonction cadre est centrale pour l'organisation. elle est garante du respect du projet de vie institutionnel et de la gestion des personnels au regard de ce projet. Elle régule le travail de la collectivité en mobilisant et valorisant les individualités. Elle introduit un travail collectif d'élaboration dans lequel les acteurs sont capables d'avoir des échanges partenariaux.

3^{EME} PARTIE

Les pistes d'animation et d'organisation pour le directeur
de soins.

Les orientations en matière d'animation et d'organisation qui sont dévolues au directeur des soins reposent sur le cadre défini pour la fonction par le décret portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, dans son article 4 situe le directeur des soins comme membre de l'équipe de direction et précise la fonction de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est chargé dans ce cadre :

- D'organiser et d'assurer l'animation et l'encadrement de la mise en œuvre des activités de soins.
- D'élaborer le projet de soins, avec les professionnels concernés et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de favoriser le développement de la recherche.
- De participer à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques.
- De participer à la gestion des personnels des activités de soins et contribuer à l'élaboration des programmes de formation.
- De rendre compte du fonctionnement du service de soins à partir d'un rapport annuel remis au directeur d'établissement.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction est l'un des acteurs qui participe à l'élaboration de la réflexion stratégique et de la politique d'établissement. Responsable de la direction des soins infirmiers, il définit les orientations en ce qui concerne la gestion du service des soins infirmiers ainsi que l'organisation des soins. Dans le cadre du passage d'une structure sanitaire à une structure médico-sociale, il est amené à apporter son concours à l'élaboration du projet de l'établissement et à accompagner le changement auprès des équipes tant dans le domaine de la gestion, de l'organisation et de la formation.

Cette partie s'attache à présenter les éléments mis en œuvre par la direction des soins pour accompagner l'évolution d'une modalité de prise en charge dans sa conception générale de stratégie et de projet d'établissement. Dans un second temps, nous aborderons les liens nécessaires à maintenir avec ces structures pour permettre de développer une prise en charge de qualité.

1- LA PARTICIPATION A LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT.

L'étude menée sur les structures mises en places par des établissements publics de santé montre l'importance pour l'établissement de consacrer du temps, de l'énergie et de la réflexion au projet institutionnel. Il s'agit, en effet « *de veiller à ne pas créer un nouveau type de structures asilaires et fermées* » les M.A.S. et les F.D.T. « *doivent être des lieux d'accueil ouverts, le plus proche possible des familles et de la vie sociale* ⁷⁹.»

- La constitution du projet de vie institutionnel.

Mené sous la responsabilité du chef d'établissement, ce type de projet repose en tout premier lieu sur une étude externe, s'appuyant sur les services de la tutelle administrative, afin de valider la notion de besoins en place au regard de l'existant. L'inscription dans le projet d'établissement est une recommandation stipulée par circulaire : « *il est tout à fait souhaitable que les missions spécifiques et les modes de fonctionnement propres à la dite structure soient prise en compte dans le cadre du projet d'établissement, prévu à l'article L.6143-1 et L.6143-2 du code de la santé publique*⁸⁰. » Ce processus fondateur marque la volonté de l'établissement. Il est la résultante d'une concertation large des partenaires internes de l'institution auxquels il convient d'associer les représentants des familles.

- La concertation en interne.

En effet comme nous avons pu le constater lors de l'enquête, le changement de statut entraîne des réticences que seule une large concertation peut tenter d'aplanir.

Au premier rang de ces acteurs, il faut recueillir l'assentiment du corps médical. Passer du soin au médico-social induit des changements de position. C'est accepter que la notion de soins au long court peut être supplanté par un projet fixant le résident et que l'objet du suivi devient l'accompagnement du déficit d'intégration sociale. Cependant le soin n'est

⁷⁹ Circulaire 60 AS du 28 décembre 1978, relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi n°75-535.

⁸⁰ Circulaire DAS/TS3/DH/EO4 n°97-133 du 20 février 1997, relative aux conditions de création d'établissement et de services sociaux et médico-sociaux par des établissements de santé (non paru au J.O.).

pas exclu et le besoin de convention entre les services de psychiatrie et la future structure sont à formaliser.

La concertation avec les partenaires sociaux, à travers le comité d'établissement est l'un des autres temps forts de la démarche. Ce type de projet soulève de nombreuses inquiétudes au niveau du personnel. Celles-ci sont souvent exprimées en terme de déqualification pour les professionnels et de réduction de moyens.

Dans cette phase de constitution du projet, c'est au directeur d'établissement de situer le niveau de responsabilité des partenaires internes dans l'élaboration de ce projet. Afin d'aider à l'élaboration du dossier et d'apporter sa contribution pour les concertations nécessaires, le directeur de soins doit fournir des éléments d'analyse.

- Le directeur des soins, acteur dans la démarche de changement.

Dans le cadre de la direction des soins, en liaison avec les cadres surveillant-chefs de secteur, il élabore et mène des études visant à évaluer la prise en charge et la qualité des soins dans leur dimension technique et pratique. Des études de la charge de travail qui tiennent compte du degré de dépendance des patients sont un excellent moyen d'approcher les pratiques professionnelles existantes et de faire des projections sur la gestion et les besoins d'effectif de la future structure. La mise en évidence des niveaux de soins dispensés à la population considérée, sont autant d'arguments aidant à percevoir le lien entre le projet de soins, les besoins d'accompagnement à la vie quotidienne et les activités éducatives. La configuration des équipes nouvelles n'en est que plus explicite. Les arguments de déqualification n'ont plus leur prégnance, l'institution marquant ses orientations qu'en à la qualité du travail attendu. L'étude des fonctions, l'intégration de personnels nouveaux, ouvre à l'élaboration de fiche de poste.

En lien avec le service socio-éducatif, il initie des réunions avec les cadres afin de poser les bases du projet de vie de la structure à venir. Ce travail d'élaboration des grandes lignes porteuses du projet peuvent se compléter de visites d'institutions existantes, de participation à des colloques, afin d'alimenter la réflexion collective des personnels d'encadrement. Les valeurs humaines et professionnelles sont des éléments forts de la réalisation de ce type de projet.

Ces travaux préparatoires permettent de recueillir les observations et les opinions des personnels et de mieux mesurer les réticences, et aider à repérer les situations

possibles de blocages. Cette approche permet de fixer les besoins d'information et voire de formation sur le thème de ce changement.

En liaison avec la direction des ressources humaines, le directeur des soins participe à arrêter les postes nécessaires tant sur la forme du redéploiement que la création des postes nouveaux. Un plan de formation professionnel est à élaborer. Dans un premier temps son objectif doit viser les besoins d'adaptation à l'emploi ainsi que des formations actions. Celles-ci ont pour but de permettre à la future équipe d'échanger et de construire sur les dynamiques de travail qu'ils auront à mettre en œuvre. Ces formations doivent concourir à la recherche d'une adhésion collective au projet. Le médecin psychiatre de la structure ou un représentant du corps médical suivant le développement du dossier, sera consulté et informé pour l'ensemble des démarches touchant au personnel et particulièrement pour le plan de formation. La position du cadre, chef de service, nécessite la formalisation d'une délégation afin de lui permettre de diriger la structure médico-sociale. Le rôle prévalent de gestion des ressources humaines due à la fonction de ce cadre doit mettre en avant une capacité à la conduite d'un projet, des capacités de dialogue, une ouverture d'esprit et des capacités à la conduite de réunion.

En liaison avec les directions économique et des finances, le directeur des soins donne son avis d'expert quant aux besoins des résidents pour la conception des espaces de vie ainsi que les besoins en travaux et équipement. La projection architecturale est importante pour mobiliser les équipes autour du projet. Il doit se faire le porte parole de l'état d'avancement et de la conception du projet architectural tant auprès des cadres que des personnels. La conception du projet de vie a une traduction architecturale, sa mise en valeur participe de l'information et de la reconnaissance de la qualité de l'accueil.

2- LA CONTINUITÉ DES LIENS AVEC LA DIRECTION DES SOINS.

La structure étant installée, l'autonomie prévue au fonctionnement de la structure, ne doit pas se résoudre par un clivage des deux entités juridiques. L'attention nécessaire à porter aux personnels, doit être pour la direction des soins une raison suffisante de maintenir des liens entre la structure médico-sociale et l'établissement de soins. Par ailleurs, le

partage de prestations techniques (linge, restauration, entretien) peuvent nécessiter des adaptations facilitées lors de l'intervention de la direction de soins. Les conséquences de ces interventions peuvent être perçues par les professionnels comme une véritable reconnaissance de l'intérêt porté à leur fonction. Favoriser la dynamique du lieu de vie, ne pas faire obstacle par une organisation d'autorisation complexe. Cela ne signifie en rien favoriser le laxisme en oubliant les responsabilités de l'établissement. Mais c'est participer activement à une dimension que nous attendons des professionnels ; la capacité d'innovation, d'imagination. Animer, c'est introduire du mouvement, de la parole, des ruptures dans la vie quotidienne. S'ouvrir sur l'extérieur doit prendre une forme active, l'établissement se rendant disponible.

S'agissant du cadre, chef de service, le directeur de soins qui n'est pas forcément son supérieur hiérarchique, peut proposer des rencontres afin de réfléchir en commun sur des problématiques mises à jour dans le déroulement de l'activité. C'est une position d'aide bienveillante, sous-tendue par une compétence technique qui peut-être le consensus suffisant à la rencontre. La difficulté inhérente aux prises en charge, l'usure des personnels, peut trouver des solutions à travers la mobilité des agents. La conception d'un projet dynamique, soutenu par les responsables de l'encadrement permet une réelle disponibilité des agents qui par le biais de la mobilité peuvent accumuler des expériences professionnelles riches en savoir relationnel et constituant les facettes multiples d'une carrière professionnelle.

Depuis la promulgation de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale⁸¹, le conseil d'établissement est remplacé par le conseil de la vie sociale. Le directeur des soins doit en être membre. Cette instance délibère sur le projet institutionnel de vie où sont transcrits les objectifs de la structure notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Cette même loi introduit une démarche similaire aux textes régissant les établissements publics de santé. Confirmant la notion de droits des usagers, elle introduit l'évaluation des activités et la qualité des prestations fournies. La présence importante de la représentation des familles peut être une ressource à intégrer pour aider à la formulation et la validation des critères de qualité mis en avant par la structure. La compétence technique du directeur des soins représente pour ce travail une force de discussion et de formulation des objectifs à atteindre, en initiant des groupes de travail où pourront se côtoyer professionnels et familles.

⁸¹ loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

CONCLUSION :

« La maladie mentale est-elle soluble dans le handicap ? » cette interrogation résume, de manière concise, les années de clivage opposant la psychiatrie et le médico-social. la question peut-elle être tranchée ?

Le développement de la notion de secteur, les effets de la psychothérapie institutionnelle, ont permis de déplacer les capacités d'aide et de réinsertion au bénéfice de la population, vers l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.

Pour autant, une partie des patients sont restés en marge de cette évolution. Les conditions de prises en charge au long cours dont ils bénéficient dans des services de psychiatrie, s'apparentent parfois à des services de « défectologie ».

L'ordonnance de 96⁸², par son article 51, met un terme à la séparation du sanitaire et du social, en donnant aux établissements publics de santé, la possibilité de gérer une structure à caractère social ou médico-social. L'enjeu, tant pour les établissements que pour la discipline qui s'y exerce, est de réussir cette conversion d'une partie de leur activité dans un moment de restructuration générale du domaine sanitaire.

L'enquête de terrain, menée auprès de trois établissements s'étant engagés dans cette démarche, montre que les conditions d'une transformation repose sur la volonté de l'établissement à s'engager dans un projet novateur articulant « *le social, l'institutionnel et la clinique, sans les confondre mais sans en lâcher aucun* »⁸³. Le projet de vie doit traduire la volonté de ne plus caractériser la personne polyhandicapée dans ces déficiences, mais de développer des réponses qui tiennent compte des capacités, des aspirations ainsi que des refus du résident. L'articulation des professionnels, sanitaire et éducatif, bénéficie d'une reconnaissance des capacités de chacune des fonctions et de la coopération mise en œuvre largement autour des actions d'animation de la vie quotidienne. Oser l'ouverture sur l'extérieur est un élément dynamique structurant. L'encadrement occupe une position centrale dans la qualité du développement de ce type de projet.

⁸² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

BIBLIOGRAPHIE

AUDISIO M., « Le service public de psychiatrie face au problème de la réhabilitation sociale et professionnelle des malades mentaux. », L'information psychiatrique, Vol. 58, n°3, mars 1982, pp 385, 394.

AUDISIO M, « le service public de psychiatrie face à la loi du 30 juin 1975 », conférence de presse du 23 novembre 1981, l'information psychiatrique, vol 58, n° 3, mars 1982, p 477.

AYME J., « la loi d'orientation en faveur des handicapés, positions syndicales. », L'information psychiatrique, Vol. 58, n°3, mars 1982, pp 377, 381.

BAUDURET J-F, « L'explication des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale », Technologie SANTE, septembre 1999, n°38, pp 32-39.

BOBIN R, « L'infirmier général en santé mentale a-t-il une spécificité ? » Santé Publique 1991, 3^{ème} année, n°5, pp 27-30.

BRACONNIER A. « les "oubliés" de l'hôpital psychiatrique », Revue de l'infirmière n°3, février 1996, pp 26 à 29.

BRANDEHO D., « Usure dans l'institution. », 2^{ème} édition ENSP, 2000, 170 p.

CHAVAROCHE, « aides médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation », mémoire D.S.T.S., 1998, 153 p.

CHAVAROCHE, « Equipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée », édition Matrice, 1996, 133 p.

CREAI d'Alsace, sous la direction de JP MARTY, « la population handicapée dans les FAS/FAGH de la région Alsace » 1991, p 92.

⁸³ ROUZEL Joseph, « le travail de l'éducateur spécialisé. », édition Dunod, 1997.

DEMAY Jean, et coll. « une voie française pour une psychiatrie différente. » Rapport à la demande de Monsieur Jack RALITE, ministre de la santé, 1982.

DUCALET P. & M. LAFORCADE, « penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes. », Seli Arslan, 2000, 272 p.

GONNET F., « les relations de travail à l'hôpital : entre complexité et insécurité », dans dynamiser les ressources humaines, pp 1-29.

GONNET F., « l'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail », Lamarre, 1992, 359 p.

JEAGER M., « Les résistances respectives du secteur sanitaire et du secteur médico-social », Technologie SANTE, septembre 1999, n°38, pp 51-56.

JEAGER M., « l'articulation du sanitaire et du social », Dunod, 2000, 172 p.

JOVELET G, « Demain, la psychiatrie », L'information psychiatrique, juin 2000, n°6, pp 665-672.

LAURET T., « prise en charge et orientation des malades mentaux chroniques lourdement dépendants », NERVURE, tome X, n°2, mars 1997, pp 51 à59.

LAZARUS A., « Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie », Technologie SANTE, septembre 1999, n°38, pp 23-31.

LEFEBVRE Paul, « Propos de vérités », pluriels, la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale, février 1997, n°8, p 1 et 2.

LEGUAY Denis, « le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives » Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue française, Mulhouse, juin 2002.

LEGRAND Patrice, « le secteur médico-social » Berger Levrault, 1995, 310 p.

LIBERMAN Romain, « handicap et maladie mentale »P.U.F., que sais-je, n° 2434, 128p.

MASSE G, « Un partenariat nécessaire entre la psychiatrie et le médico-social », IASS la revue, septembre 1999, n°26, pp 53-54.

MASSE G., « La recherche des inadéquations et ses conséquences en termes d'organisation dans la filière de soins », Technologie SANTE, septembre 1999, n°38, pp 41-50.

MASSE Gérard, « stratégies de réponses à la chronicité dans les services de psychiatrie », pluriel la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, n°8, février 1997,

MASSE Gérard, « Rapport de la mission confiée par Monsieur Bruno DURIEUX, ministre de la santé, 1992

Mission CLERY MELIN, « rapport d'orientation des alternatives à l'hospitalisation, pour des soins diversifiés en psychiatrie » janvier 1995

PAPANICOLAOU G., « La déficience mentale, un défi pour le soignant. », Revue de l'infirmière, n°3, février 1996, pp 20 à 22.

PEIGNE Francis, « notre système hospitalier et son avenir » Rapport à la demande de Monsieur Claude EVIN, ministre de la Solidarité et de la protection sociale, 1988.

PERRET J « SANITAIRE ET SOCIAL, entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle : une articulation cohérente des compétences. », L'information psychiatrique, n°8, octobre 1995.

PIDOLLI Alain, « Santé mentale : des dispositifs adaptés mais insuffisamment développés » Revue Hospitalière de France, mai juin 2000, n°3, pp 53-54.

PIEL Eric, ROELAND Jean Luc, « de la Psychiatrie vers la Santé Mentale », rapport de mission, ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, juillet 2001.

RICARD J, « une division structurante des pratiques sanitaires et sociales : (l')être sujet ou individu » Santé Publique 1991, 3^{ème} année, n°5, pp 69-71.

ROUSSET C., « L'articulation du sanitaire et du médico-social en psychiatrie : Pourquoi et comment ? », IASS la revue, septembre 1999, n°26, pp 55-58.

SELLES P., « Quelle prise en charge pour les patients au long cours de psychiatrie ? L'exemple de la M.A.S. du Fief Joly de Niort », IASS la revue, septembre 1999, n°26, pp 59-62.

SWAIN Gladys, « dialogue avec l'insensé », Paris, Gallimard, 1994.

TAIEB Jean Claude, « le redéploiement du sanitaire vers le médico-social : contraintes et opportunités pour le centre hospitalier de Pierrefeu du Var », Mémoire Elèves Directeurs d'Hôpital de 3^{ème} classe, E.N.S.P., décembre 1996.

TYRODE Yves et Thierry ALBERNHE, « législation et santé mentale », tome 2, duphar Upjohn, p 255.

VILBROD, « les fondements de l'identité professionnelle. », Information sociale, n°94, pp 42-50.

ZAMBROSKI François, « moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française. » Rapport à la demande de Madame Michèle BARZACH, ministre chargée de la santé, 1986.

Zribi Gérard, « handicapés mentaux graves et polyhandicapés en France », éditions E.N.S.P., 1993, p 46.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi n°75 535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, Ed. JO du 1^{er} juillet 1975

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n° 85-1403 du 30 décembre 1985, relative à la loi de finance pour 1986.

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

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Guide Méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale. Ministère de l'emploi et de la solidarité, janvier 2001.

Débat relatif au projet de loi portant réforme hospitalière, 74^{ème} séance du 3 décembre 1970, au J.O. de la République Française, Débats Parlementaires, Assemblée Nationale, p 6101 à 6122.

Circulaire n° 57-80 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.

Liste des annexes

Maison d'accueil spécialisée : fiche tirée du guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé. Janvier 2001.

Foyer à double tarification : fiche tirée du guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé. Janvier 2001.

Maison d'accueil spécialisée

Caractéristiques générales

DÉFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement de soin destiné à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants (recours à une tierce personne).
TEXTES DE RÉFÉRENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Lois n° 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975. • Décret n° 78.1211 du 26 décembre 1978. • Circulaire n° 62/AS du 28 décembre 1978 • Instruction n° 403 du 28 décembre 1990.
PROCÉDURE DE CRÉATION	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Décret n° 95.185 du 14/02/95 sur la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements, services sociaux et médico-sociaux.
FONCTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Internat (365 J/an) ou semi-internat (accueil de jour ou temporaire)
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % assurance maladie. Régime général 1995: 2,9 MF
SITUATION DES PERSONNES ACCUEILLIES	<ul style="list-style-type: none"> • Admission sur décision COTOREP (personnes handicapées adultes qu'un handicap moteur ou somatique grave ou qu'une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence, et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants). • Sont exclus les malades mentaux dont l'état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique.
SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET CONCEPTION ARCHITECTURALE	<ul style="list-style-type: none"> • Conçu en principe en petites unités de vie avec implantation en milieu urbain ou rural (à proximité d'un centre urbain). • L'établissement doit être bien desservi par les transports en commun.

CATÉGORIES DE PERSONNEL			
	Chiffres Ministère 1998		
	Nbre total d'emplois	Total ETP	Encadrement moyen pour 100 places
Personnel de direction, de gestion et d'administration	1 132	756,5	6,43
Personnel des services généraux	3 332	2 487,1	21,12
Personnel d'encadrement	333	284,8	2,42
Personnel éducatif, pédagogique et social			
• enseignement	16	11,3	0,10
• travail	53	48,2	0,41
• éducation spécialisée	5 444	5 034,1	42,76
• famille et groupe	104	77,4	0,66
• autre personnel éducatif, pédagogique, social	419	334,9	2,84
Psychologue	203	77,4	0,66
Personnel médical	483	102,8	0,87
Personnel paramédical	3 962	3 337,1	28,34

Foyer à double tarification

Caractéristiques générales

DÉFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des personnes lourdement handicapées, souffrant de dépendance totale ou partielle, inaptes à toute activité professionnelle, et qui ont besoin de l'assistance, au moins partielle, d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie. Leur état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
TEXTES DE RÉFÉRENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Issu d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés (circulaire n° 86-6 du 14 février 1986). • Extension du programme par circulaire n° 87-MO-74 du 3 juillet 1987, n° 243 du 22 avril 1988 et n° 89-22 du 15 décembre 1989.
PROCÉDURE DE CRÉATION	<ul style="list-style-type: none"> • Identique à celle relative aux M.A.S. avec autorisation du Conseil Général.
FONCTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • La formule expérimentale des FDT vise à réduire la distinction entre le foyer de vie ou occupationnel et la M.A.S. (population souvent similaire sur le plan des capacités d'autonomie). • Engagement simultané des compétences de l'Etat et du Conseil Général - arrêté conjoint du Président du Conseil Général et du Préfet (Prix de journée).
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Double tarification et double financement. • Aide sociale départementale (via un prix de journée-hébergement). • Assurance maladie (forfait soins comprenant les charges de personnel paramédical et les médicaments).
SITUATION DES PERSONNES ACCUEILLIES	<ul style="list-style-type: none"> • La dépendance doit être constatée par la COTOREP (admission sur décision de la COTOREP). • Aucune participation des usagers n'est demandée pour le forfait soins, mais seulement pour l'hébergement. • L'accueil des malades mentaux stabilisés a été rendu possible par la circulaire n° 243 du 22 avril 1988, dès lors que leur état ne nécessite plus de soins actifs en établissement psychiatrique.
SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET CONCEPTION ARCHITECTURALE	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité limitée à 40 places. • Organisation en petites unités de vie de 7 à 8 personnes. • Personnel en majorité composé d'AMP.

CATÉGORIES DE PERSONNEL			
	Chiffres Ministère 1998		
	Nbre total d'emplois	Total ETP	Encadrement moyen pour 100 places
Personnel de direction, de gestion et d'administration	571	382,97	5,96
Personnel des services généraux	1 647	1 266,92	19,71
Personnel d'encadrement	178	152,18	2,37
Personnel éducatif, pédagogique et social			
• enseignement	24	16,96	0,26
• travail	71	66,10	1,03
• éducation spécialisée	2 323	2 100,10	32,68
• famille et groupe	85	55,93	0,87
• autre personnel éducatif, pédagogique, social	114	88,01	1,37
Psychologue	116	45,73	0,71
Personnel médical	256	52,30	0,81
Personnel paramédical	2 084	1 707,48	26,57

Le taux moyen d'encadrement pour 100 places est inférieur de 11 % à celui observé en MAS. Cette différence est due essentiellement au personnel éducatif, pédagogique et social, plus élevé en MAS. (aide médico-psychologique et moniteurs éducateurs, en particulier).