



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes Adultes Handicapées

**RÉORIENTER LA FONCTION D'ACCOMPAGNEMENT : UNE
STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE L'USURE
PROFESSIONNELLE EN MAS**

**POUR UNE ÉTHIQUE DE L'ACCUEIL ET DU SOIN AU BÉNÉFICE DE LA
PERSONNE GRAVEMENT HANDICAPÉE**

Patricia BESANGER

REMERCIEMENTS.

Je remercie très affectueusement Julie et Salomé mes filles pour les encouragements constants qu'elles m'ont prodigués, et surtout pour la grande patience, dont elles ont fait preuve vis à vis de mon manque de disponibilité, durant tout ce parcours de formation.

Je remercie Christian Cavalière qui fut directeur de l'institution pendant longtemps pour tout ce qu'il m'a appris.

Je remercie Sylvie Pandelé ma Directrice de mémoire pour les conseils précieux qu'elle m'a apporté dans ce travail de recherche.

Je remercie très cordialement Éric Berguio directeur adjoint d'Héliodore, Florence Mathieux, comptable, pour leur disponibilité attentive et l'aide efficace apportée sur le plan de la réalisation technique finale.

Je remercie Agathe qui m'a largement pourvue en éléments bibliographiques.

Un grand merci également à Claudette Decobert et Delphine Large qui m'ont aidée, pour certains outils statistiques et à Mireille Derouault qui a donné de son temps pour une lecture critique de mon travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION GENERALE.....	1
UN ETABLISSEMENT PORTE PAR UN "ELAN FONDATEUR" QUI S'ERODE À L'EPREUVE DU TEMPS.....	4
<i>Introduction de la première partie.....</i>	<i>4</i>
1.1 LES "MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES" : CARACTERISTIQUES GENERALES.	4
1-1-1 <i>Cadre juridique.....</i>	<i>5</i>
A) Textes de référence.....	5
B) Vocation et statut.....	5
C) Fonctionnement.....	6
1-1-2 <i>Analyse critique des textes fondateurs : La MAS comme espace impensable.....</i>	<i>6</i>
1-1-3 <i>"Les personnes gravement handicapées".....</i>	<i>8</i>
A) Un concept qui subsume des pathologies très hétérogènes.....	8
B) Les besoins des personnes gravement handicapées.....	9
1.2 PRESENTATION DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE "HELIODORE".....	10
1-2-1 <i>Positionnement de l'établissement au sein du territoire médico-social.....</i>	<i>10</i>
A) Les adultes handicapés dans les établissements d'hébergement médico-sociaux d'Aquitaine, quelques éléments statistiques.....	10
B) L'accueil des personnes gravement handicapées en Dordogne.....	11
1-2-2 <i>Un établissement qui s'inscrit dans une filiation associative.....</i>	<i>12</i>
A) L'association gestionnaire.....	13
B) Une configuration architecturale spécifique.....	17
1-2-3 <i>Une population en situation de grande vulnérabilité.....</i>	<i>19</i>
1.3 POSITIONNEMENT DU PROBLEME	21
1-3-1 <i>Un établissement qui a des atouts.....</i>	<i>22</i>
A) Des moyens matériels et humains qui permettent une organisation adéquate.....	22
a) Les moyens financiers.	22
b) Une équipe d'intervention professionnalisée.....	22
B) Un projet institutionnel qui a permis l'élaboration d'une culture de référence.....	23
1-3-2 <i>Un établissement qui présente néanmoins des dysfonctionnements.....</i>	<i>25</i>
A) Des indicateurs de dysfonctionnement repérables sur la scène du quotidien.	25
B) Des signaux d'alerte relatifs aux professionnels.....	26

<i>Conclusion de la première partie. Problématique et hypothèses de travail.....</i>	28
COMPRENDRE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL, POUR PENSER UNE ETHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	30
<i>Introduction de la deuxième partie.....</i>	30
2-1 DES PROFESSIONNELS A L'EPREUVE D'UN "QUOTIDIEN ", MARQUE AU SCEAU DE LA GRANDE DEPENDANCE, DU DEFICIT ET DE LA VIOLENCE.	31
2-1-1 <i>La situation de grande dépendance.....</i>	32
A) "L'emprisonnement "dans une relation primaire, à durée illimitée".....	32
B) Le corps "dans tous ses états".....	33
a) Le rapport à la sexualité.....	33
b) La souillure.	34
2-1-2 <i>La confrontation à la violence.....</i>	36
A) La violence agie.....	37
B) La violence qui érode et qui tараude.	38
2-1-3 <i>Les troubles de la communication et de la relation.....</i>	39
2-2 L'USURE PROFESSIONNELLE.....	40
2-2-1 <i>Le concept du "burn-out" ou syndrome d'épuisement professionnel.....</i>	40
2-2-2 <i>Un faisceau d'indicateurs qui affectent prioritairement l'acteur, mais impactent néanmoins l'environnement contextuel.....</i>	43
2-2-3 <i>Une tentative de clarification des causes de l'usure professionnelle, en référence à la psychodynamique du travail.....</i>	45
A) Les notions de travail prescrit, travail réel.	46
B) L'inscription du travail dans le réel du monde social.	47
a) "Travailler: c'est aussi et toujours vivre ensemble".	47
b) La reconnaissance, moteur de la formation de la volonté collective.	48
2-3 LA FONCTION D'ACCOMPAGNEMENT.....	50
2-3-1 <i>Une fonction essentielle à la mise en œuvre de la participation des usagers.....</i>	50
2-3-2 <i>Accompagnement et éthique.....</i>	52
<i>Conclusion de la deuxième partie.....</i>	54
LUTTER CONTRE L'USURE PROFESSIONNELLE, UN PROJET DE DIRECTION PARTAGE.....	55
<i>Introduction de la troisième partie.....</i>	55
3-1 LA SPECIFICITE DE LA FONCTION DE DIRECTION EN MAS.....	56
3-1-1 <i>Prendre la mesure de contraintes spécifiques.....</i>	56
3-1-2 <i>Manager l'équipe d'intervention.....</i>	59
3-2 DIMINUER LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL POUR FAVORISER UNE REELLE ETHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DU SOIN EN FAVEUR DES USAGERS.	61

3-2-1 Optimiser les conditions de travail.....	61
A) La gestion des plannings du personnel.....	61
a) Organisation des plannings.....	62
b) Gestion des remplacements.....	63
c) Pérennisation d'un poste "emploi-jeune "en charge de la gestion administrative du personnel et de la gestion informatisée des plannings.	63
B) Fonder une cohérence interne en favorisant la communication et la coordination inter et intra services.....	64
a) La fonction de coordination.....	65
b) Le dispositif de réunion.....	65
c) Favoriser l'articulation de la fonction accompagnement et de la fonction soin, en réorganisant le service infirmier.....	67
C) La formation.....	69
a) L'utilisation des fonds de formation continue.....	69
b) L'utilisation de la ligne budgétaire travaux et recherche.....	71
3-2-2 Un comité d'éthique institutionnel.....	71
3-3 REORIENTER LA FONCTION D'ACCOMPAGNEMENT, EN PRENANT APPUI SUR L'OPPORTUNITE DE LA REACTUALISATION DU PROJET INSTITUTIONNEL.....	72
3-3-1 Les finalités opérationnelles du projet.....	72
3-3-2 Le mode opératoire.....	73
A) Le choix du recours à un prestataire.....	73
B) Les préalables à la démarche de méthodologie de projet.....	74
a) Présentation du projet à l'association gestionnaire.....	74
b) Présentation du projet aux instances représentatives du personnel.....	74
c) Présentation du projet aux salariés.....	74
d) Présentation du projet au Conseil d'établissement.....	75
e) Financement du projet.....	75
f) Validation de l'action par PROMOFAF.....	76
C) Les instances de mise en œuvre et de conduite de la démarche projet.....	76
a) Une démarche dont la responsabilité incombe à la direction.....	76
b) Le "groupe projet".....	76
c) Les groupes transversaux de travail.....	77
d) Plan d'action - Calendrier.....	77
3-4 Les indicateurs de réussite du projet d'action.....	78
Conclusion de la troisième partie.....	79
CONCLUSION GENERALE.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	83

LISTE DES SIGLES UTILISES

ADAPEI	Association Départementale de Parents et Amis d'enfants Inadaptés.
APEI	Association de Parents et Amis d'enfants inadaptés.
CAT	Centre d'Aide par le Travail.
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé.
CIF	Congé Individuel de Formation.
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
CREAHI	Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations.
CTNERHI	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.
ETP	Équivalent Temps plein.
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé.
FDT	Foyer à Double Tarification.
GFEP	Groupe Français d'Épidémiologie Psychiatrique
GPSO	Groupe Polyhandicap Sud-Ouest.
GREAP	Groupement de Réflexion des Établissements d'Adultes Polyhandicapés.
IME	Institut Médico Éducatif.
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agrée.
PAUF	Programme Annuel d'Utilisation des Fonds.
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques.
UDAPEI	Union Départementale des Associations de Parents de Personnes Handicapées mentales et de leurs amis
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents de Personnes Handicapées mentales et de leurs amis.
URAPEI	Union Régionale des Associations de Parents de Personnes Handicapées mentales et de leurs amis.

INTRODUCTION GENERALE.

Instituées par le législateur en 1975, les Maisons d'accueil spécialisées entendaient proposer une alternative d'accompagnement et de soins aux personnes gravement handicapées qui ne trouvaient jusqu'alors, pas de réponses satisfaisantes dans le dispositif existant et relevaient pour l'essentiel des services de défectologie des hôpitaux psychiatriques ou de prises en charge familiales. Nés de la pression du mouvement parental appuyé par quelques professionnels particulièrement sensibilisés à cette problématique, ces établissements de facture totalement novatrice se sont ainsi depuis développés dans le champ du médico-social.

La maison d'accueil spécialisée "Héliodore" dont la direction nous est confiée depuis le 1^{er} septembre 2003, est située en Dordogne, à proximité immédiate de la ville de Périgueux, établissement de statut associatif géré par une association de parents et d'amis. Ouverte depuis le 16 octobre 1989, elle accueille 44 adultes très lourdement handicapés, dont la moyenne d'âge se situe autour de 35 ans.

Cette institution présente somme toute, une histoire semblable à de nombreuses structures de même nature, soit, celle d'une fondation portée par le combat de parents qui souhaitaient qu'une solution d'accueil puisse être proposée à leurs enfants qui quittaient le dispositif de l'enfance inadaptée. Durant quatorze années elle sera dirigée par le même directeur, "père fondateur charismatique" qui s'engagera activement dans la création et l'organisation de l'établissement, appuyé par un personnel au départ non qualifié qui, au fil du temps se professionnaliserà grâce à une politique institutionnelle très volontariste à cet égard

A l'ouverture de la MAS, aucun de ses acteurs professionnels ne pouvait se prévaloir d'une expérience antérieure dans le champ de la grande dépendance, mais l'élan fondateur va contribuer à fédérer le collectif, dans une démarche de découverte et de recherche, qui favorisera l'émergence d'un projet institutionnel foisonnant et riche, mais générera aussi une forme d'utopie collective qui confrontée à l'épreuve du temps tendra à s'éroder progressivement.

La démarche qu'il nous appartenait de conduire dans le cadre de ce mémoire est intervenue simultanément à notre arrivée à la direction de l'établissement, conjonction de deux opportunités qui a sans nul doute optimisé les conditions de notre prise de fonction et utilement contribué à orienter plus efficacement les premiers axes de notre projet de direction. En effet, elle nous a permis rapidement d'entrer, dans un processus de diagnostic destiné à repérer les principaux dysfonctionnements susceptibles de porter atteinte à la qualité de l'offre de service proposée par l'établissement; d'élaborer des hypothèses de traitement au regard de la problématique principale que nous avons identifiée; de déterminer une stratégie de direction à partir des divers éléments d'analyse

mis en évidence, cheminement que nous aurions dû certes suivre mais vis à vis duquel sans l'opportunité du mémoire, nous aurions en toute vraisemblance davantage tâtonné.

L'état des lieux que nous avons dressé dans le cadre du diagnostic, fait principalement apparaître les constats suivants : la MAS "Héliodore" est un établissement qui présente d'indéniables atouts, qui s'adosent principalement à un socle culturel et organisationnel, façonné au fil du temps par un collectif professionnel qui s'est montré très impliqué. Concomitamment, nous repérons cependant de graves dysfonctionnements qui se traduisent au travers de deux symptômes institutionnels dont la fréquence et la récurrence tendent à nous questionner. Nous repérons en effet des atteintes à la qualité des prestations dispensées aux usagers, au travers d'actes professionnels inadéquats voire maltraitants et un accroissement significatif de troubles d'ordre physique ou psychique qui affectent les salariés et provoquent un absentéisme important.

Ces manifestations délétères qui altèrent significativement l'accompagnement et les soins apportés aux résidents et portent préjudice aux femmes et aux hommes qui composent la clef de voûte du dispositif institutionnel, réclament de notre part une attention toute particulière. Nous inclinons à penser qu'elles signent l'existence d'une usure professionnelle et postulons par ailleurs, que le contexte spécifique du travail en MAS qui expose au frayage permanent avec le handicap profond et la grande dépendance, induit peut-être quasi inéluctablement à terme, cette érosion de l'engagement professionnel des salariés.

En MAS en effet, les professionnels sont partie prenante d'accompagnements au "long cours", de personnes affectées de troubles physiques et psychiques très importants et pour lesquelles les processus d'évolution sont ténus voire inexistant. Cette particularité confronte inéluctablement les équipes à des sentiments d'impuissance voire les conduit parfois à une auto-déqualification de leurs actes professionnels. L'articulation entre le domaine de l'accompagnement à la vie quotidienne qui est essentiel, car il ressortit au registre des besoins vitaux et le domaine des soins, se doit d'être particulièrement adéquate, or, cela suppose une efficience de la communication et de la collaboration entre les différents groupes professionnels, qui ne va pas toujours de soi. Ces invariants spécifiques selon nous à l'institution MAS, exposent inévitablement le personnel à la question itérative et jamais résolue du sens de leurs actions, qui s'avère sans doute encore davantage complexifiée, par l'intemporalité dans laquelle elles s'inscrivent.

Nous avons la conviction que redonner du sens aux pratiques professionnelles peut permettre de lutter contre les phénomènes d'usure professionnelle et croyons pouvoir utilement nous appuyer pour cela :

- sur un management adapté soucieux d'animer le collectif professionnel,
- sur la commande que nous adressée l'association gestionnaire, d'une mise en conformité de l'établissement avec les dispositions initiées par la loi 2002-2 du 2 janvier

2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et notamment de procéder à la réactualisation du projet institutionnel.¹

¹ Au sein de l'institution, le projet d'établissement est appelé projet institutionnel, nous conserverons cette appellation dans notre propos.

UN ETABLISSEMENT PORTE PAR UN "ELAN FONDATEUR" QUI S'ERODE À L'EPREUVE DU TEMPS.

Introduction de la première partie.

Dans la phase préalable de cette démarche de recherche, nous allons nous attacher à définir le champ d'investigation retenu, au moyen premièrement, de la caractérisation de notre sphère d'exercice professionnel et secondairement de l'identification et de la problématisation de la question, que nous avons identifiée comme pertinente à traiter à l'occasion de ce travail.

Dans un premier point, nous examinerons les données qui nous apparaissent les plus susceptibles de caractériser au plan général, "l'institution MAS". Dans un second point nous investiguerons le contexte particulier de la MAS "Héliodore". Nous spécifierons la nature, l'utilité, le positionnement, l'environnement, le réseau relationnel de l'établissement, sa méthodologie générale de fonctionnement et d'organisation, les modes d'utilisation des ressources humaines et matérielles qu'il a instaurés. Nous dresserons enfin un constat de ses atouts et de ses faiblesses, afin d'identifier d'éventuels écarts entre le service qu'il offre et la pertinence de ce service à l'adresse d'une population clairement identifiée quant à ses besoins et ses caractéristiques. A l'issue de ce diagnostic, nous dégagerons la problématique primordiale à laquelle, il conviendra selon nous, d'apporter une attention approfondie en terme d'analyse, puis de traitement correctif.

1.1 Les "Maisons d'accueil spécialisées" : Caractéristiques générales.

Jusque dans les années 1970, la réglementation ne prévoyait aucune possibilité de prise en charge institutionnelle spécifique pour les sujets adultes gravement handicapés mais l'influence conjointe des avancées de la neuropsychiatrie infantile, les actions menées par les associations de parents et familles, la mobilisation de certains acteurs professionnels vont conduire le législateur à combler cette lacune et à véritablement prendre en compte la gestion de la déficience, par opposition à l'enfermement asilaire.

La loi du 30 juin 1975 va ainsi créer, en sus des ateliers protégés et des centres d'aide par le travail, des modalités d'accueil novatrices, complémentaires, et spécifiques à l'adresse d'une population en situation de grande dépendance à laquelle le dispositif existant ne proposait pas jusqu'alors, de réponse adaptée.

1-1-1 Cadre juridique.

A) Textes de référence.

C'est l'article 46 de la loi 75-534 du 30 juin, lequel stipule : *"Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés 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 "*, qui constitue l'acte de naissance des MAS.

Le décret 78 -1211 du 26 décembre 1978 et la circulaire 62 - AS du 28 décembre 1978 portant application de la dite loi, viendront trois ans plus tard, respectivement établir le fondement juridique de ces établissements et définir leurs modalités de fonctionnement.

Les dispositions de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'appliquent aux MAS, qui se doivent ainsi de mettre en œuvre l'ensemble des mesures initiées par le texte, lesquelles ont pour objet essentiel, de permettre une meilleure prise en compte des usagers et de leurs besoins.

Parmi ces dispositifs, divers outils, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, Conseil de la vie sociale, Charte des droits et liberté de la personne accueillie doivent contribuer avec le projet d'établissement à la définition d'un fonctionnement de qualité. Le projet d'établissement a l'obligation de prévoir et de définir les objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. La loi prévoit en outre l'obligation d'une évaluation qui revêt deux modalités distinctes:

- une évaluation interne destinée à l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations délivrées, notamment sur la base de recommandations de bonnes pratiques, validées par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, et dont les résultats doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

- une évaluation externe pratiquée tous les sept ans par des organismes habilités, sur avis de ce conseil national, selon une méthodologie qui sera validée par le dit conseil.

Les MAS sont soumises aux procédures de pilotage en ce qui concerne la planification (schémas d'organisation médico-sociale), les autorisations, qu'il s'agisse d'une création, d'une extension, d'une transformation, et aux procédures de contrôle exercées par l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elles sont par ailleurs assujetties au respect des règles définies par le décret budgétaire comptable et financier N° 2003-1010 du 22 octobre 2003, pris en application de la loi 2002-2.

B) Vocation et statut.

Les MAS sont donc des établissements médico-sociaux, financés par l'assurance maladie recevant des personnes adultes handicapées qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins

Les soins constants ne sont pas des thérapeutiques actives, ni des soins intensifs qui ne pourraient être dispensés que dans un établissement de soins. Il s'agit essentiellement

d'une surveillance médicale régulière avec recours au médecin en cas d'urgence et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien, des soins de maternage et de nursing requis par l'état des personnes accueillies.

Les MAS constituent des unités de vie apportant aux pensionnaires, l'aide constante pour compenser l'absence d'autonomie imputable à leur handicap. Leur sont également proposées des activités occupationnelles et d'éveil et une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis et prévenir leurs régressions.

C) Fonctionnement.

Les MAS fonctionnent en général en internat complet pendant 365 jours par an. Elles peuvent offrir pour un nombre limité de places, un accueil de jour ou temporaire. Compte tenu de la lourdeur du handicap, le taux d'encadrement dans ce type d'établissement est de un pour un. Il comprend du personnel médical et para – médical permettant d'assurer la surveillance médicale, du personnel nécessaire pour les aides et les soins quotidiens d'entretien et de rééducation, ainsi que du personnel d'animation pour les activités occupationnelles et d'éveil.

1-1-2 Analyse critique des textes fondateurs : La MAS comme espace impensable.

Dans la nomenclature des établissements du champ du handicap, les MAS telles qu'instituées par le législateur, se présentent à la lecture de la circulaire 62 AS, comme des structures nouvelles et spécifiques, puisque expressément destinées à un public cible qui répond aux conditions requises d'admission : existence d'un handicap, âge adulte, absence d'un minimum d'autonomie, besoin d'une surveillance médicale et de soins constants. Le clinicien S Courteix dans sa thèse de doctorat apporte sur ce texte un éclairage, qu'il nous a paru pertinent d'examiner. Ce dernier pose en effet le postulat selon lequel, les orientations telles que définies par le législateur, se font implicitement la traduction de représentations qui légitimaient les référentiels de l'époque. Ainsi en est-il par exemple selon lui, de l'assertion contenue dans la préconisation du titre II de la circulaire, qui enjoint aux COTOREP d'examiner *"en priorité, toutes les autres formes possibles d'accueil notamment dans la gamme des établissements d'hébergement social et médico-social, avant d'envisager une orientation en MAS"* à laquelle il convient de ne faire appel *"que lorsque l'état de la personne en cause le requiert absolument "*; ce qui tend d'emblée à instaurer la MAS, comme lieu de l'ultime, de la dernière chance, et à l'évidence lui confère une connotation particulière. S Courteix forme l'hypothèse selon laquelle, le législateur dans l'impossibilité de déterminer précisément le contour de ces établissements aurait été contraint pour les caractériser de :

- recourir à une *"collusion entre l'habitat, l'habitant, le lieu et ses futurs occupants "*.

"Toute la difficulté à penser, à concevoir, à imaginer le lieu semble ainsi résider, sur la difficile appréhension – car violente et douloureuse- de la réalité du polyhandicap, de la dépendance quasi totale qu'elle suscite". Ce qui distingue les MAS "des autres formes d'accueil social, ce n'est que la spécificité de la population, la MAS est le public accueilli, la MAS est le polyhandicap.

Comment, dès lors affronter cette terrible réalité ? "

- dresser des comparaisons avec les diverses typologies d'établissements.

Les MAS ne "sont pas des établissements de soins intensifs, (...) ne se définissent pas a priori par leur équipement technique et sanitaire, (...) se distinguent des établissements de long séjour pour personnes âgées (...) ne sont pas des instituts médico-éducatifs même spécialisés (...) ne sont en aucun cas des établissements éducatifs (...) ne doivent ni se substituer, ni empiéter sur (...) toutes les autres formules existantes".

Ainsi cette institution, à vocation de réparation de la situation de manque qui préexistait, serait en référence aux différentes caractérisations relevées dans la circulaire, *"quelque chose qui n'existe pas encore, et qui n'est pas tout ce qui existe déjà!"*, mais dont il serait bien difficile néanmoins, de broser une configuration précise. *"La chose MAS"* pour reprendre l'expression utilisée par S Courteix ne pourrait qu'être dépeinte en creux.

"Pour n'être pas simplement établissement de soins intensifs, ni médico-éducatif, ni d'accueil de long séjour de gériatrie ... la MAS n'est-elle pas précisément ni l'un, ni l'autre, mais tous à la fois ? L'impensable de la MAS ne vient-il pas du fait que, pour ne pas dispenser de soins intensifs, y devra être assurée une intensité de soins hors de l'ordinaire... et que n'ayant pas de vocation d'établissement éducatif on devra cependant apprendre et réapprendre inlassablement, à des sujets incapables d'apprentissage... et qu'enfin ne se superposant pas à des établissements de long séjour pour personnes âgées elle doit être (re-)présentée comme établissement d'accueil – pour un séjour indéfini- ou la personne, avant d'être âgée et d'y finir sa vie, y aura été jeune, y ayant parfois commencé sa vie au sortir de l'adolescence ? Le caractère impensable de la MAS, lieu d'accueil des handicaps cumulés, viendrait alors d'une même accumulation des fonctions qu'elle recouvre. La MAS pour n'être ni CHS, ni IME, ni établissement de long séjour... est cette figure monstrueuse et hybride qui comme on l'a vu, affleure dans la dénégation même qui porte sur elle : l'autre du CHS, l'autre de l'IME, l'autre de l'établissement de long séjour, les conjoignant tous sous sa coupe"¹

La confrontation au handicap profond est nous dit S Courteix, la situation paroxystique la plus susceptible d'activer de violentes émotions, dont les effets antagoniques oscillent entre amour, compassion, haine et désespoir. L'examen de la circulaire 62-AS, texte essentiel pour les MAS, en ce sens qu'il en fonde les objectifs et les principes de

¹Courteix S. "Les Maisons d'accueil spécialisées, architecture et représentations d'un lieu utopique de la réparation ". Th. Doct. Université Lumière Lyon II. 2001. Disponible sur Internet:http://theses.univ-lyon2.fr/Theses2001/courteix_s/these_front.html

fonctionnement, nous révèle combien le référentiel global et les référentiels sectoriels porteurs de l'action publique en faveur des personnes gravement handicapées étaient alors traversés par ces représentations.

1-1-3 "Les personnes gravement handicapées".

A) Un concept qui subsume des pathologies très hétérogènes.

Les MAS ont donc été créées par le législateur, à l'attention d'une catégorie de personnes bien particulière, confondues sous l'appellation générique "d'adultes gravement handicapés", désignation qui ne spécifie pas pour autant un groupe homogène. Il y a lieu de constater en effet, tel que le mentionne G Zribi dans son ouvrage que *"plusieurs types de terminologies notionnelles (médico-psychiatriques, psychologiques, administratives) coexistent et sont utilisées différemment selon les organismes, associations, administrations, services statistiques, les professionnels (éducateurs, psychiatres, administratifs...) ou encore selon les approches théoriques."*¹

Se substituant aux vocables antérieurs d'arriération mentale profonde ou d'oligophrénie, lourdement connotés du côté de la défectologie, apparaissent ces vingt dernières années les *"handicaps profonds"*, les *"retards mentaux graves"*, *"profonds"* ou *"sévères"*, puis les *"handicaps associés"* (polyhandicaps, multihandicaps, surhandicaps) et plus récemment, les personnes *"gravement handicapées"*, *"lourdement handicapées"* ou encore *"les plus lourdement handicapées"*².

La classification internationale du handicap conçue par Wood et Bury, pour le compte de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et adoptée en France en 1988, caractérise la situation du handicap grave par :

- des incapacités extrêmement importantes concernant la communication, les soins corporels, la locomotion, l'utilisation du corps dans certaines tâches.
- des désavantages sévères portant sur l'orientation, l'indépendance physique, la mobilité, les occupations, l'intégration sociale, l'indépendance économique.

En référence à cette classification, le groupe d'étude du centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, (CTNERHI) propose pour le polyhandicap la définition suivante:

"association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI<50) entraînant une dépendance importante, à l'égard d'une aide humaine et technique, permanente, proche et individualisée. Cette définition sera retenue par l'Inspection générale des affaires

¹ Sous la direction de G Zribi : "L'accueil des personnes gravement handicapées" ENSP P 19

²Voir supra.

sociales pour réunir le polyhandicap, les psychoses déficitaires, et les associations rares de déficiences graves (la surdité – cécité par exemple), dans la notion plus large de multihandicap."¹

Au-delà des repères classificatoires, et de l'hétérogénité des handicaps nous retiendrons comme caractéristique commune à l'ensemble des personnes concernées, accueillies en MAS, le fait de se trouver en situation de grande dépendance à autrui, pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne, voire pour survivre, dépendance parfois quasi totale, nécessitant le recours à une tierce personne, une surveillance et des soins médicaux constants.

B) Les besoins des personnes gravement handicapées.

Les personnes gravement handicapées accueillies en MAS ont, au regard de la dépendance physique et psychique dans laquelle elles sont généralement placées, des besoins fondamentaux principalement axés autour de l'accompagnement à la vie quotidienne et du soin, qui justifient la mise en place d'une suppléance, dès lors qu'elles n'ont pas par elles-mêmes la capacité de les satisfaire. Cette suppléance s'exerce à différents niveaux, que nous allons détailler en prenant appui sur la classification proposée pour des adultes gravement dépendants en raison d'une pathologie et/ou d'une d fici nce mentale sévère, par un collectif d'experts réuni par le G.F.E.P.², que nous avons trouvée d'un grand intérêt.

Le groupe identifie dans cette typologie une première strate, qui est la *"suppléance aux fonctions parentales "soit ce qui est classiquement couvert par la fonction hôtelière "g te, couvert, hygiène (...) offrir un domicile (...) des possibilités d'accueil temporaire...."*

La seconde suppléance identifiée s'adosse à tous les actes de la vie quotidienne, lever, habillage, repas, toilette, coucher dont l'importance est capitale pour permettre la satisfaction des besoins physiologiques vitaux, mais aussi parce que le champ du quotidien est celui qui offre la plus grande possibilité de réponses aux besoins dits sociaux tel que définis par A Maslow, désirs de relations interpersonnelles, d'appartenance, d'acceptation.

"Le quotidien vivant devient le lieu privilégié de la rencontre. Cela permet d'être avec, parfois de faire avec, et de s'appropri er l'espace et le lieu de vie".

La participation à la vie sociale est repérée par le collectif de spécialistes comme un autre besoin fondamental, en appui sur le *"noyau social de base"*, qu'est le groupe de vie et l'inscription dans *"l'environnement social, économique, culturel, sanitaire et de loisirs "*.

L'inscription dans une filiation, une histoire personnelle et singulière, qui ne se résume pas à une biographie institutionnelle revêt également une grande importance. Les liens

¹ E Zucman : "Accompagner les personnes polyhandicapées ". CTNERHI. 2000. pp 8.9

² Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique.

familiaux chaque fois qu'ils sont possibles, doivent être facilités, car tel que le considère le collectif, ils constituent pour les personnes gravement handicapées un *"atout considérable"*, aussi difficiles fussent-ils parfois, et doivent dès lors être considérés comme tel par les acteurs professionnels. C'est *"une référence pour l'histoire et même pour prendre de la distance"*. L'association des familles au fonctionnement des structures, par le biais notamment des instances représentatives doit par ailleurs être favorisée, et autant que faire ce peut, être alors fondée sur la base de relations de *"confiance et d'égalité"*.

La suppléance aux handicaps physiques, constitue un besoin fondamental qui se décline au travers d'une *"architecture adaptée, des soins: prothèses, rééducations, et grâce à des moyens techniques permettant les déplacements"*.

Le dernier besoin évoqué par la classification que nous avons retenue, est relatif à *"la suppléance aux fonctions mentales"*, nécessaire quand il y a déficience et/ou souffrance psychique.

Cette suppléance s'appuie principalement sur *"l'accompagnement psychique dans le quotidien et le développement de la capacité à communiquer (...) des soins psychiques directs"* par le biais qu'offre l'excellent médiateur qu'est *"le quotidien source d'observation"* et bien sûr la nécessaire *"articulation avec le réseau spécialisé"*.¹

L'efficacité de ces divers soutiens est implicitement sous-tendue par les compétences, les savoir-faire, les savoir-être, l'engagement des professionnels de la relation d'aide, qui doivent obligatoirement bénéficier d'étayages institutionnels.

1.2 Présentation de la Maison d'accueil spécialisée "Héliodore".

1-2-1 Positionnement de l'établissement au sein du territoire médico-social.

A) Les adultes handicapés dans les établissements d'hébergement médico-sociaux d'Aquitaine, quelques éléments statistiques.

Une étude statistique², recensant les établissements médico-sociaux d'hébergement, pour adultes handicapés, en région Aquitaine (situation arrêtée au 31 décembre 2001), fait apparaître, un total de 5400 places, toutes catégories d'établissements confondus.

Au sein de cette offre médico-sociale globale, les foyers d'hébergement et occupationnels représentent la plus forte capacité d'accueil, soit respectivement 43 % et 39 % du volume

¹ Beyer-Zilliox H., Clère D., Duchamp A. et al: " Oui, ce sont des hommes et des femmes ". l'Harmattan. 2003. pp 34.35.

² cf. Info.Stat. DRASS Aquitaine.N°79.Décembre 2003

régional, tandis que les MAS et les FAM¹ nettement moins nombreux, représentent pour leur part 13 et 5 % de ce même volume.

Le taux d'équipement s'établit à 3,46 places pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, soit un taux supérieur au taux d'équipement observé en France qui est de 3,08 places pour 1000 habitants. Le département de la Dordogne apparaît dans cette étude comme étant le mieux doté, présentant des taux nettement supérieurs à la moyenne régionale, pour chaque catégorie d'établissements, si l'on excepte les FAM.

Ces divers établissements accueillent majoritairement des personnes originaires de la région: 70% sont originaires du département dans lequel l'établissement est implanté, 8 % d'un département limitrophe aquitain et 2% d'un autre département aquitain. C'est en MAS que la part des adultes originaires du département est établie comme étant la plus importante, soit 80%.

L'étude détermine un âge moyen des personnes accueillies plus faible pour les hommes que pour les femmes: 37 ans et demi contre 39 ans et deux mois. C'est en MAS que les personnes accueillies sont les plus jeunes (37 ans)

Ce sont les déficiences intellectuelles qui affectent principalement les personnes accueillies en établissement. L'étude objective un pourcentage total de 62 %, étant précisé que dans 46 % des cas il s'agit d'un retard mental moyen, et dans un tiers des cas d'un retard mental profond.

Un adulte sur cinq présente des déficiences du psychisme, dont plus de la moitié, des troubles psychiques graves. Les autres déficiences les plus fréquemment citées sont les déficiences motrices (8%), le polyhandicap (3%), les déficiences sensorielles (1,6%), et le pluri-handicap (1,5%).

Le type d'établissement fréquenté varie en fonction des déficiences principales qui affectent la personne, les MAS en aquitaine accueillant pour leur part essentiellement des adultes, souffrant de retard mental profond (45%) ou de polyhandicaps (52%)

B) L'accueil des personnes gravement handicapées en Dordogne.

Le département de la Dordogne présente une situation particulière, qu'il convient de préciser afin de nuancer les données statistiques qui le font apparaître comme étant sur-doté sur le plan des équipements médico-sociaux. Si l'on prend en compte le nombre de

¹ "Foyers d'accueil médicalisés ", appellation qui depuis la promulgation de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, a remplacé la dénomination antérieure "Foyers à double tarification " (FDT). Ces établissements créés au départ à titre expérimental par une circulaire, seront ensuite généralisés, afin de tenter d'apporter une solution aux conflits de compétences qui en 1985, 1986, divisaient l'Etat et les départements avant que n'entrent en application, leurs responsabilités respectives secondairement à l'institution des lois de décentralisation. Les "FAM " sont des établissements qui sont financés par les conseils généraux pour la partie hébergement et dépendance, et par l'assurance maladie pour la partie soin.

places installées pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, il atteint quasiment en effet la barre des 7 places, ce qui au regard de la moyenne nationale, (pour mémoire 3,08 / 1000) paraît complètement démesuré. Les quotas sont en fait faussés du fait de la présence sur le territoire départemental de la Fondation John Bost.

Cette institution fondée en 1948, est une œuvre privée protestante à but non lucratif qui concourt à une mission d'intérêt général et d'utilité sociale et au service public hospitalier, qui est actuellement implantée dans quatre régions de France. Son site en Dordogne principalement situé à La Force, petite commune du Bergeracois, est subdivisé en quatre départements, 18 pavillons qui accueillent, secteur sanitaire et médico-social confondus, un total de 951 personnes. La fondation John Bost a subi au cours de ces dernières années une transformation de nombre de ses lits sanitaires, en lits médico-sociaux, sans que cela ne se traduise bien sûr, par une augmentation de sa capacité d'accueil et que cela puisse offrir des possibilités d'admission pour des personnes du département en attente de solution.

La fondation a un recrutement national. Les personnes qu'elle accueille sont pour la plupart admises de longue date dans les différents services et demeureront au sein de l'institution toute leur vie durant.

Concernant l'accueil des personnes gravement handicapées, le département de la Dordogne dispose de deux MAS qui offrent 180 places d'accueil permanent et 4 places d'accueil de jour, et de quatre FAM qui totalisent pour leur part 287 places d'internat et 33 places de semi-internat.

Antérieurement à la promulgation de la loi 2002-2 qui rend obligatoire la mise en œuvre de l'analyse des besoins et de la programmation des actions dans le cadre des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, le département de la Dordogne en application de l'article 2-2 de la loi 75 -735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée par la loi du 6 janvier 1986, s'était doté d'un schéma départemental des personnes handicapées (période 1997-2003), lequel a permis la création de 74 places en FAM. Le lancement d'un nouveau schéma pour la période 2004-2009, vient juste d'être initié.

1-2-2 Un établissement qui s'inscrit dans une filiation associative.

Créée à l'initiative d'une association de parents et d'amis d'enfants inadaptés, l'APEI de Périgueux, la MAS "Héliodore" a ouvert ses portes le 16 octobre 1989¹. Elle est implantée sur la commune d'Atur, petite bourgade péri-urbaine de 1491 habitants, en proximité

¹Pour optimiser notre analyse de l'histoire de la création de l'établissement, nous nous sommes référés à nouveau au travail de S Courteix. Cf : Annexe 1. La MAS comme "espace utopique de réparation".

directe de la ville de Périgueux. Elle compte au nombre des 2 MAS du département, la seconde étant précisément l'un des services de la fondation John Bost.

A) L'association gestionnaire.

L' ADAPEI¹ de la Dordogne, dont l'APEI est une émanation, constitue la première entité dans le département du vaste mouvement associatif qui, à compter des années 60, va s'attacher à promouvoir le développement d'établissements d'éducation et de soins en faveur des enfants dits inadaptés. Déclarée le 12 janvier 1961 à la préfecture de la Dordogne, elle est née, à l'instar de nombre de mouvements de même nature dans le contexte de l'époque, de la volonté farouche d'un petit groupe de militants qui, au regard de l'absence d'établissements ou de services avait estimé qu'il était possible et nécessaire d'agir.

Dans sa dimension d'origine, l'ADAPEI avait une vocation départementale, jusqu'à ce qu'elle s'organise en 1967 en quatre sections locales respectivement implantées à Bergerac, Périgueux et Sarlat, lesquelles au fil du temps seront appelées à se constituer en associations autonomes. L' "Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés "section de Périgueux, sera ainsi créée en janvier 1970. A diverses reprises l'association modifiera son intitulé, elle est aujourd'hui identifiée sous l'appellation: "Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales", dont provient le sigle "APEI de Périgueux".

En liaison avec l'UDAPEI de la Dordogne, l'URAPEI d'Aquitaine dont elle fait partie et avec l'UNAPEI à laquelle elle adhère, l'APEI de Périgueux s'est donné pour but :

- d'apporter aux familles ayant un enfant, adolescent ou adulte handicapé mental, l'appui matériel et moral dont elles ont besoin, de développer entre elles un esprit d'entraide et de solidarité, de les amener à participer activement à la vie associative.
- de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au plein épanouissement, au mieux-être et à l'insertion sociale des personnes handicapées mentales et d'accompagner celles-ci depuis le plus jeune âge jusqu'à la fin de leur vie.
- de défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes handicapées mentales auprès des pouvoirs publics, des élus, des organisateurs publics ou parapublics, des commissions diverses, des autorités de tutelle.

L'APEI de Périgueux a, en principe, vocation à exercer son action sur l'arrondissement de Périgueux, mais le nord du département étant dépourvu de représentation associative, elle y élargit son champ d'intervention. Elle regroupe en son sein 250 adhérents, est administrée par un conseil d'administration composé de 27 membres, parmi lesquels 14 élus forment le bureau.

¹ "Association Départementale des parents et amis d'enfants inadaptés " Voir statuts annexe n°3.

Au 1^{er} janvier 2004, l'APEI dispose d'un nombre total de 417 places agréées, et accueille ou exerce un suivi auprès de 310 personnes handicapées¹. En sus de sa MAS, l'association gère deux ateliers protégés, un centre d'aide par le travail constitué de plusieurs structures éclatées, un foyer d'hébergement pour travailleurs de CAT, composé de plusieurs sites et doté d'un service d'accompagnement à la vie sociale, un foyer de vie. L'association emploie 212 salariés, et gère un budget annuel de 13 millions d'euros. Elle possède un siège social.

L'APEI à l'instar de nombre d'associations paires est confrontée à la nécessité d'un changement afin d'adapter son action à un environnement en totale recomposition. Pour mieux appréhender ses modes de fonctionnement actuels nous avons jugé utile de prendre appui sur les travaux de J Haeringer et F Traversaz qui se risquent à une proposition de modélisation du fait associatif. Pour ces chercheurs, l'association se définit avant tout comme un *"construit complexe, de logiques multiples articulées autour de l'une d'elle"* qualifiée par eux *"d'institutionnelle"* en ce sens *"qu'elle désigne un bien commun, légitimant l'action collective dans l'espace public, la coopération à travers la figure"* de ce *"bien commun"*, dont elle *"assure la continuité malgré les aléas de l'histoire"*.

La logique institutionnelle² *"instance de référence, que se sont donnée les membres associés"* serait ainsi le référentiel prévalent qui imprimerait *"une orientation et un contenu à l'accord"* entre eux en transcendant en quelque sorte les autres logiques. Cette logique institutionnelle est dite *"émergente"*, parce qu'elle s'observe selon les auteurs *"dès l'origine de l'association sur une période plus ou moins courte selon les circonstances"*, et est plus particulièrement relevée *"dans la genèse d'une coopération toute tournée vers la réalisation d'une idée commune, d'un projet partagé"*.

Les auteurs définissent secondairement une autre classe de logiques, qu'ils qualifient alors de *"logiques subséquentes"*, car produit des effets de la confrontation des associés aux évolutions et aux mutations de l'environnement, confrontation qui les contraignent à élaborer des compromis, en s'adossant à des logiques adaptatives qui nécessairement vont produire des réaménagements de la *"logique institutionnelle"* fondatrice.

¹Un même résident peut être à la fois ouvrier de CAT, hébergé en foyer et bénéficier d'une mesure de protection légale, ce qui explique la distorsion entre les 2 chiffres mentionnés.

² Une logique est l'identification d'une rationalité qui fait émerger un sens, là où les faits ou les décisions n'en laissent guère apparaître. Elle est institutionnelle, lorsqu'elle légitime le groupe d'acteurs dans sa capacité à construire une représentation sociale d'une situation concrète, et lorsqu'elle contribue à assurer une permanence de cette représentation à travers une succession d'individus, tant à travers des dispositifs qui s'imposent aux individus, qu'à travers une culture qui a pour effet de rendre évidents les jugements légitimes aux yeux de tous. L'expérience du passé est en quelque sorte capitalisée et sert de référence aux acteurs successifs. J Haeringer, intervention cycle CAFDES, IRTS Talence, Décembre 2003.

Si l'on applique cette grille d'analyse au système associatif APEI, il est possible d'objectiver un certain nombre de constats qui nous éclairent sur l'implicite, qui lie les associés et expliquent les dysfonctionnements actuels. Association de parents et amis, mais avant tout association de parents, qui se sont, nous l'avons déjà largement explicité, mobilisés afin de permettre la mise en œuvre de solutions adéquates pour leurs enfants, l'APEI connaît aujourd'hui, une crise. Aux régulations institutionnelles fondées sur la confiance et étayées sur des critères relatifs aux moyens, se sont en effet substituées de nouvelles modalités, beaucoup plus exigeantes. Dans un contexte général de "*crise de la militance*", elle est essentiellement conduite par un petit groupe de "pionniers", qui promeut les orientations et décisions portées par l'un des leurs ex-président qui a occupé cette fonction durant seize ans, jusqu'à l'an dernier et demeure la personne qui semble détenir l'autorité pour dire comment il conviendrait d'agir. Faute de renouvellement des adhérents, la moyenne d'âge des membres du Conseil d'Administration s'élève. L'association à la différence de ces deux "condisciples" du département, ne s'est pas dotée d'une direction générale. Le siège est dirigé par un secrétaire administratif, chaque établissement par un binôme de direction composé d'un directeur et d'un adjoint. Un administrateur est délégué auprès de chaque établissement. Les directeurs bénéficient de larges délégations, et sont soumis au contrôle de l'administrateur délégué lequel dans les faits, exerce peu cette fonction. Faute de réelle mise en œuvre d'un dispositif gestionnaire et administratif qui concourt à une fonction d'harmonisation et de contrôle, faute de l'existence d'un véritable projet associatif, chaque établissement fonctionne sur un mode très indépendant et n'est pas nécessairement référé à des orientations associatives qu'elles soient politiques, éthiques ou techniques, similaires. Cette organisation est inévitablement vecteur de dysfonctionnements. En cours d'année 2003, consécutivement à un grave conflit entre l'un des directeurs et le Conseil d'administration, qui de surcroît a été conséquemment amplifié par une importante malversation financière, a été créé un "Conseil De Direction", instance paritaire composée du président, de la vice-présidente, du trésorier, des administrateurs délégués et de tous les cadres de direction. Ce conseil qui se réunit à une fréquence mensuelle a pour objet de favoriser une meilleure articulation des champs politique et technique, de promouvoir une harmonisation des pratiques et de rationaliser les coûts. Bien qu'il constitue un espace de nature à promouvoir une véritable réflexion collective, le Conseil de Direction n'a pu jusqu'à présent remplir cette fonction et constitue surtout, aussi regrettable que cela puisse être, la scène privilégiée sur laquelle se jouent et se rejouent les antagonismes opposant les champs politique et technique, doublés de conflits de pouvoirs entre hommes. Afin de comprendre ce qui justifie la distorsion repérée entre la volonté politique globale affichée et la réalité d'un fonctionnement qui s'avère à certains égards très inadéquat, le recours aux thèses développées par J Haeringer et F Traversaz est donc tout à fait utile.

Nous pouvons en effet faire l'hypothèse que l'action de L'APEI, s'appuie de façon prépondérante à la logique institutionnelle qualifiée par les auteurs de "*logique domestique*" et qui revêt selon leur construit théorique les caractéristiques suivantes:

"Mise en relation de valeurs identiques (...) qui constituent des figures représentatives du groupe voire de la communauté ainsi constituée. Tout concourt à cet objectif. Les objets eux-mêmes, la demande de subvention par exemple ou l'embauche de personne sont inscrits dans cette mise en relation interpersonnelle. Les rapports entre les personnes sont évalués en fonction des normes en vigueur. Ils ne sont pas moins structurés selon une hiérarchie où chacun a sa place dont l'importance est liée à la proximité du responsable qui n'occupe pas nécessairement la position statutaire correspondant à son influence. Ainsi des personnes peuvent être sollicitées pour entrer dans l'association, elles y acquièrent un statut. Des relations d'obligés marquent ce processus sans que celui-ci pèse puisque telle est la manière de faire. Les plus estimées sont promues à une fonction et intégrées d'emblée aux instances décisionnelles. Ainsi peut-on observer que certaines restent adhérentes, tandis que d'autres sont sollicitées pour accéder directement à des fonctions de représentation. Dans cette logique fortement intégrative la différence – et plus encore l'opposition à l'ordre établi – ne sont guère possibles, car ce dernier est naturel. Les débats n'ont pas lieu d'être, si ce n'est pour conforter les habitudes, le bien-fondé des modes de fonctionnement. L'homogénéité du groupe est d'autant plus marquée que l'environnement est porteur d'autres valeurs (...) Le principe supérieur qui permet la coordination est celui de la tradition C'est le président, une personnalité qui s'impose en raison de sa notabilité et/ou sa valeur morale qui peut représenter le groupe et par conséquent détient l'autorité pour dire ce qu'il convient de faire"¹.

Nombre des indicateurs constitutifs de la logique institutionnelle, dite "domestique", sont possiblement identifiables dans la dynamique associative de L'APEI. Cette logique émergente qui a présidé à "*l'éthos associatif*", est aujourd'hui soumise aux effets contingents d'un environnement en pleine mutation, dans lequel apparaissent de nouvelles lois, de nouvelles normes, qui modifient et les régulations institutionnelles, et les positionnements de certains des associés, et celui des acteurs professionnels qui doivent de plus en plus justifier de capacités d'expertise reconnues et ne sauraient seulement se prévaloir de leur dévouement et de leur engagement, quoique ces postures éthiques soient néanmoins indispensables. Apparaissent donc nécessairement des logiques nouvelles à visée d'adaptation de la logique institutionnelle fondatrice. C'est ainsi que la "*logique professionnelle*" qui vise à la mise en œuvre d'un savoir-faire appuyé à des qualifications, des métiers, le dispute à la "*logique d'entreprise*" qui elle entend développer rationnellement les ressources. L'APEI traverse donc actuellement une phase de vulnérabilité, dont elle ne pourra sortir de notre point de vue, qu'au prix de l'élaboration véritable d'une "*distance critique par rapport au système institutionnel*" qu'elle produit. Ceci

¹ J Haeringer F Traversaz. Opus cité.

postule de se donner de réels moyens d'intervenir pour faire évoluer, voire pour transformer le système, en procédant d'une démarche collective dans laquelle *"dirigeants bénévoles ou professionnels, ont une part importante à prendre"*.¹

B) Une configuration architecturale spécifique.

Sur le plan architectural la Mas "Héliodore" revêt une configuration fréquemment qualifiée d'originale par le visiteur lambda². Cependant, dès lors qu'elle est comparée à d'autres établissements de même nature, notamment ceux créés par des associations de parents affiliées à l'UNAPEI, elle présente somme toute une facture classique. En étroite conformité avec les orientations définies par l'association nationale, dans la fiche technique publiée consécutivement à la parution de la circulaire 62 AS, elle réunit l'ensemble des caractéristiques supputées constitutives de l'institution idéale. En s'en remettant à nouveau au travail de S Courteix, il est aisément possible de démontrer ce pré-supposé.

Le rapport d'orientation UNAPEI daté de 1979 prône la nécessité de *"recréer une atmosphère de type familial"*, par le recours préférentiel à des modèles de construction de type *"groupe de pavillons satellites reliés à un bâtiment central regroupant les services communs"*. C'est précisément sur ce principe que sont organisés les divers bâtiments qui composent la MAS "Héliodore", soit sept structures octogonales réunies entre elles par des galeries et reliées à un bâtiment central comprenant les services administratifs et certains services techniques. Cette conformation censée permettre *"d'éviter de donner à la MAS un caractère rébarbatif"*, si l'on s'en réfère aux indications de la fiche technique, remplit semble t'il correctement cette fonction pour l'établissement qui renvoie souvent en première séquence à une impression d'esthétique, de beau, de coloré.

L'institution dans son fonctionnement antérieur, obéissait à un autre des déterminants caractéristiques de la structure idéale, soit le dispositif en petits groupes préconisé par l'UNAPEI. Durant plusieurs années en effet elle a fonctionné selon ces références, était alors constituée de 5 groupes de vie distincts, accueillant pour chacun 8 résidents, en cela très proche du ratio idéal associatif s'établissant à *"5 unités de vie de 6 personnes"*.

Il convient de noter qu'une restructuration organisationnelle et architecturale a remanié le dispositif des petits groupes. Quatre pavillons d'hébergement ont été réunis deux par deux en symétrie, par deux constructions nouvelles en forme de rotonde, de sorte à agrandir l'espace et à constituer deux entités groupales. Le cinquième pavillon est à

¹ J Haeringer. F Traversaz: "Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale. Dunod. P 53.

² Voir plan de l'établissement Annexe N°4

présent dévolu exclusivement à des activités et à des espaces de repos pour des résidents au régime de l'accueil de jour.

La MAS "Héliodore" respecte une autre des préconisations à visée d'idéal, soit l'implantation sur *"un parc assez grand"*. Elle est en effet située sur un espace entièrement clos d'une superficie totale d'un hectare et demi environ, lequel est arboré, aménagé et offre ainsi la possibilité aux personnes en capacité de se déplacer d'accéder à une vaste enceinte extérieure protégée.

Invité à intervenir, sur le thème *"Cadre architectural des établissements destinés à accueillir des personnes lourdement déficitaires"* dans le cadre d'un colloque organisé par la Fondation John Bost en 1991, C Cavalière alors directeur de l'établissement en donnait, à un peu plus d'un an de fonctionnement, la description suivante:

"Sept structures hexagonales, (les murs offrent ainsi une perspective fuyante) composent cet établissement: une structure dite de gestion surmontée d'un étage sur lequel sont construits deux appartements de fonction pour les infirmières ; une structure dite technique où se répartissent un secteur d'animation, un secteur médical et para médical ; et cinq lieux de vie regroupés où résident huit personnes handicapées, hommes ou femmes, conçus comme une habitation familiale : chambres, salle à manger, cuisine aménagée (même si la restauration est assurée par une société), salle de bain, W.C et salle d'activité composent chaque pavillon. Les chambres peuvent accueillir une, trois ou quatre personnes, et ont été conçues dans un souci de convivialité en évitant l'isolement voire la solitude. D'ailleurs, l'implantation s'inspire de ces mêmes préoccupations : les pavillons de vie sont disposés en arc de cercle autour du pavillon technique lui-même relié par une galerie au pavillon de gestion. L'ensemble des sept structures est relié par de longs couloirs éclairés. De manière générale, l'établissement conçu à l'intérieur avec des cloisons en placoplâtre et agrémenté de beaucoup de fenêtres et baies vitrées, ne résistera pas aux nombreux et fréquents coups de tête et coups de poings"¹.

La description de l'établissement qui nous est livrée ici est intéressante à étudier. Elle reste très empreinte des représentations qui ont animé les fondateurs mais reflète néanmoins ne fût-ce qu'implicitement, la fêlure qui commence à se mettre à jour entre tous les espoirs de réparation placés dans ce projet et la réalité du handicap profond, de la violence qui lui est sous-jacente, de la confrontation des professionnels à cet incontournable écart.

En mars 1995, le *"Rapport de la Commission des personnes gravement handicapées"* édité par l'UNAPEI, vient seize années après la parution de la fiche technique à laquelle nous nous sommes largement référés, poser *"une série de principes à observer dans l'accueil et la prise en charge de ces personnes"*. Ce texte qui comporte un chapitre relatif aux questions

¹C Cavalière : "Mas " Héliodore, à ATUR. "Les psychoses profondément déficitaires parvenues à l'âge adulte ". Actes du dixième colloque de la Fondation John Bost. La Force .Dordogne.

d'architecture, pose quelques indicateurs qui quoique qu'ils fussent énoncés postérieurement à la création de la MAS "Héliodore", justifient dans le cadre de la recherche qui nous anime de les examiner rapidement.

Le rapport évoque ainsi une *"institution (...) chaleureuse, accueillante, adaptée aux handicaps"* qui devrait être prévue selon *"des formes proches de la coquille, du creux, sans angle droit"* privilégiant les *"octogones"* ou les *"demi-cercles"*, autant de préconisations qui font écho à l'architecture de la MAS "Héliodore", conçue sur ce mode qui réfute les angles droits, la rectitude qui pourraient donner à référer à l'institution asilaire.

La pertinence de ce modèle par rapport à certaines problématiques psychopathologiques est tout à fait discutable, il n'est pour s'en convaincre que d'échanger avec les visiteurs stagiaires, et les nouveaux salariés qui de manière systématique expriment avoir eu lors de leurs premiers moments dans l'institution des difficultés pour se repérer, l'image du labyrinthe, en illustration de leurs propos, étant alors fréquemment utilisée.

"La question du sens porté par les murs, dans le champ de la santé mentale moins qu'ailleurs, ne peut faire l'objet d'aucune impasse, sous peine de faire subir de graves préjudices au projet dans ses multiples registres : thérapeutique, institutionnel, architectural", écrit dans son propos introductif S Courteix, assertion à laquelle nous souscrivons, ce qui justifie ce détour par l'histoire fondatrice, en tant qu'elle rend compte du poids des représentations implicites qui pèsent sur l'institution MAS et de leur indubitable impact sur ce qui se joue en son sein pour les résidents et pour les professionnels.

1-2-3 Une population en situation de grande vulnérabilité.

La Mas "Héliodore" est agréée pour l'accueil de 44 personnes adultes handicapées auxquelles elle propose quarante places au régime de l'internat, quatre au régime de l'accueil de jour. La totalité des besoins n'étant pas couverte dans le département, l'établissement a, à l'instar de ses pairs, une liste d'attente conséquente qui comprend des candidatures de toutes origines géographiques, dont cinquante environ émanent plus particulièrement de personnes originaires de Dordogne. Par voie de conséquence, il s'efforce de proposer des solutions d'accueil temporaire, afin de permettre notamment à des familles de bénéficier de périodes de répit, mais ceci à moyens humains et matériels constants, ce qui limite l'offre.

L'institution accueille aujourd'hui 44 résidents des deux sexes¹, la population masculine étant supérieure de plus de 12 %. La moyenne d'âge générale se situe autour de 36 ans, 75 % des personnes accueillies ayant moins de 40 ans. Les résidents sont majoritairement issus du département, ce qui est le cas pour quasiment 80% d'entre eux, 9 % sont originaires de la région. Le tableau des effectifs des résidents connaît très peu

¹ Voir "Tableaux d'analyse qualitative de la population accueillie" Annexe N°5

de mouvement, 31 personnes sont accueillies dans l'établissement depuis l'ouverture, 70% y séjournent depuis 10 ans et plus. Les deux dernières admissions sont intervenues à l'automne 2000, et ce dans le contexte précis d'un échange inter-établissement. Antérieurement à leur admission en structure MAS, 75% des résidents étaient pris en charge par les dispositifs de "l'éducation spécialisée", 14% se trouvaient au domicile parental, et le dixième restant relevait d'une structure sanitaire psychiatrique.

L'ensemble des personnes, aujourd'hui accueillies à "Héliodore", relève pleinement d'une orientation COTOREP en MAS, et nécessite, tel que les textes réglementaires le prévoient, une assistance continue pour tous les actes essentiels de la vie, des soins et une surveillance médicale constante. Les troubles graves dont elles souffrent ne renvoient pas à une nosographie unique, mais peuvent à notre sens être englobés dans la définition du polyhandicap proposé par le groupe d'étude du CTNERHI, que nous avons évoquée plus avant dans ce travail.¹

La MAS "Héliodore", accueille ainsi actuellement, essentiellement des personnes atteintes de handicaps associés (polyhandicaps, épilepsies avec déficiences mentales associées, handicaps gravissimes consécutifs à des accidents), et des personnes souffrant de handicaps mentaux sévères (autismes, psychoses, états déficitaires), avec semble-t-il une particularité (relevée par plusieurs intervenants extérieurs), qui réside dans un taux de prévalence de déficiences mentales profondes, globalement plus élevé que dans d'autres établissements de même nature.

Tel que l'écrit P Chavaroché dans l'un de ses ouvrages, *"il est difficile de parler de ces résidents sans évoquer d'emblée les notions de manque, de déficit, d'absence"*². Pour la plupart privées du langage (sur 44 résidents accueillis, seuls 7 recourent à des rudiments de communication verbale), de la mobilité (60 % des résidents sont privés de cette faculté), d'une autonomie qui leur permettrait d'accomplir seuls les gestes élémentaires de la vie quotidienne, affligées en outre de déficits intellectuels massifs, les personnes accueillies à "Héliodore" présentent toutes une situation de grande vulnérabilité, et de grande dépendance à autrui. Elles vivent le plus souvent dans *"des états de grande souffrance psychique"*, qui sont souvent aggravés par des troubles somatiques non moins majeurs, atteintes neurologiques qui affectent les mécanismes de déglutition, désordres digestifs récurrents, vomissements, diarrhées, constipation. Ces diverses pathologies génèrent de surcroît des douleurs physiques, parfois malaisées à identifier faute d'une possible mise en mots, qui se traduisent par des manifestations comportementales inhabituelles, lesquelles ne sont pas toujours décodées à bon escient, par l'entourage.

¹ "Association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI<50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente proche et individualisée "

² P Chavaroché "Équipes éducatives et soignantes en Maison d'accueil spécialisée. " Matrice.P 17.

L'histoire familiale de ces personnes est par ailleurs classiquement empreinte d'une "extrême souffrance qui reste toujours présente", marquée dès la naissance pour nombre d'entre eux au sceau de "paroles inéluctables d'incurabilité, les fixant à jamais dans leur manque et aliénant à ces pronostics fatals, toutes possibilités ultérieures d'évolution pour sortir de leur état jugé quasi minéral, quand ce n'est pas de légume".

L'inscription de chaque personne dans une filiation, une histoire singulière aussi difficile fût-elle, constitue cependant l'un des pré-supposés indispensables, à tout travail d'accompagnement. Au sein de la MAS "Héliodore", les relations familiales sont chaque fois que possible et selon toutes modalités, favorisées. Ainsi pour 40 personnes accueillies au régime de l'internat, 21 se rendent en visite régulièrement dans leur famille, d'autres reçoivent leurs proches exclusivement dans l'établissement. Quelques familles ne se manifestent pas ou plus du tout, d'autres entretiennent des contacts par voie épistolaire ou téléphonique, 2 résidents anciens pupilles de l'État, n'ont connu qu'un parcours institutionnel.

1.3 Positionnement du problème.

La MAS "Héliodore", que nous venons de situer d'un point de vue historique et environnemental fêtera donc cette année son 15^{ème} anniversaire. C'est un établissement qui s'est inscrit dans l'élan très fort, d'une "utopie fondatrice", portée principalement par les promoteurs certes, pour toutes les raisons que nous avons préalablement développées, mais aussi, par la plupart des professionnels présents dès l'ouverture. Il convient en effet de noter, que les salariés alors embauchés et ce, quel que fût leur statut dans l'organigramme, ne justifiaient d'aucune expérience antérieure dans le champ de la grande dépendance, voire pour une grande partie d'entre eux, d'aucune expérience dans les métiers de la relation d'aide. Le fantasme de réparation, la méconnaissance des besoins réels des usagers pour l'essentiel évalués à l'aune des représentations de l'association, vont justifier leur pleine participation à ce mouvement d'utopie qui s'il comporte à l'évidence des limites, va néanmoins favoriser l'inscription de l'établissement dans une dynamique de recherche. Concomitamment confronté à la découverte progressive des besoins réels des personnes accueillies, et à la difficulté des réponses, le collectif professionnel va éprouver en effet, la nécessité de se doter d'outils tant théoriques que techniques, pour pouvoir au mieux faire face aux situations rencontrées et ce au plus prêt de l'intérêt des usagers. Cet élan fondateur va ainsi permettre l'émergence d'un projet institutionnel de qualité, lequel va durablement être porté par une équipe impliquée. Cependant à l'épreuve du temps, mais sans doute aussi et surtout, à l'épreuve de la difficile et récurrente confrontation avec le réel du handicap et de la déficience, des fêlures vont progressivement se faire jour.

La MAS "Héliodore" est ainsi aujourd'hui, en considération et de l'histoire de cette typologie précise d'établissements, et de son histoire singulière, dotée de forces et de faiblesses desquelles il convient, qu'en qualité de responsable et de pilote du dispositif nous ayons la plus juste appréciation, afin notamment d'objectiver les écarts qui existent entre les différents référentiels qui encadrent la mission dévolue à l'établissement et la réalité de son fonctionnement global.

1-3-1 Un établissement qui a des atouts.

A) Des moyens matériels et humains qui permettent une organisation adéquate.

a) *Les moyens financiers.*

En 2004, en référence aux données budgétaires établies par la CRAM, pour les MAS d'Aquitaine, la MAS "Héliodore", possède un coût par place installée parmi les plus élevés de la région, soit 69 719,41 euros.¹ L'établissement dispose d'un budget annuel légèrement supérieur à 3 millions d'euros, l'essentiel de cette dotation alimentant les dépenses du groupe II, qui représentent environ 75% de la masse totale. Ces données statistiques à défaut d'être rapprochées des degrés de dépendances des personnes accueillies, pourraient donner à penser que l'établissement en comparaison à d'autres structures de même nature serait sur-doté, ce qui à l'évidence est inexact. Ceci étant, il est loisible de constater que jusqu'à présent, la dotation de ressources annuelles a permis des conditions de fonctionnement correctes. L'établissement a pratiqué une politique constante d'investissement et d'entretien de son patrimoine immobilier et mobilier, de telle sorte que le cadre de vie des résidents et celui des professionnels soient optimaux et les équipements adéquats.

b) *Une équipe d'intervention professionnalisée.*

Au 1^{er} janvier 2004, l'organigramme de l'établissement², établit l'emploi de 64 personnes physiques, pour 56,24 postes en ETP, dont 4 personnes dans le cadre de contrats spécifiques. Le ratio d'encadrement général de 1,31 est correct en comparaison du ratio moyen d'Aquitaine de 1,22. Le ratio direct d'encadrement est de 0,85. Le personnel composé de 54 femmes et 10 hommes, connaît donc une sur-représentation féminine. La moyenne d'âge se situe autour de 45 ans. En considération de l'effectif global, 47,45 % des salariés sont en poste depuis l'ouverture, 20 salariés depuis moins de 5 ANS, 9 personnes comptent entre 5 et 10 ans d'ancienneté³.

¹ A titre indicatif la valeur moyenne de l'échantillon s'établit à: 65 002,83 euros.

² Voir annexe N°6

³ Voir pyramide des âges et de l'ancienneté : Annexe N° 7

L'équipe est majoritairement professionnalisée. En ce qui concerne le personnel d'encadrement, exception faite d'une salariée agent des services intérieurs, qui n'a pu encore bénéficier d'une formation, l'ensemble justifie d'une qualification professionnelle reconnue par un diplôme. L'établissement qui bénéficiait jusqu'à l'an passé d'une ligne de crédits "Formation cours d'emploi", s'est toujours efforcé de favoriser une politique active de qualification et de professionnalisation.

La fonction soin est principalement dévolue à l'équipe médicale et para-médicale, placée sous la responsabilité d'un médecin généraliste, salarié à temps partiel. Jusqu'en mars 2002, l'établissement bénéficiait de l'intervention d'un médecin psychiatre également en salariat à temps partiel qui a démissionné et n'a pu être remplacé faute de candidat.

La fonction d'accompagnement est assurée par le personnel d'encadrement qui est dénommé dans l'établissement "personnel accompagnant". Cette catégorie professionnelle majoritaire, est constituée par des professionnels de formation Aide médico-psychologique, Aide soignant, ou en représentation moindre, de moniteur éducateur, ces derniers exerçant en sus de leur fonction d'accompagnement, une fonction de coordination inter-équipes.

La fonction services généraux est assumée par des agents techniques qui sont respectivement rattachés à trois services distincts qui sont la lingerie, l'entretien des locaux et l'entretien des bâtiments.

La fonction administrative est sub-divisée en trois entités : secrétariat de direction polyvalent et pôle gestion dossiers des usagers, pôle financier et comptable, pôle gestion administrative du personnel.

La fonction activité collective est prise en charge par un animateur qui vient d'obtenir un diplôme d'éducateur spécialisé et qui est responsable du domaine des activités collectives. Les activités individuelles sont prises en charge par le personnel dit d'accompagnement.

La fonction "activités thérapeutiques" incombe pour l'essentiel à la psychologue, à la psychomotricienne et aux paramédicaux, auquel s'adjoint l'intervention d'une salariée en contrat Emploi Jeune chargée de coordonner les techniques dites d'aide à la communication. La psychologue très impliquée dans l'animation de ces divers ateliers intervient également dans une dimension de soutien aux équipes.

La fonction de direction est assumée par un binôme de direction composé d'un poste de directeur adjoint et du poste de directrice que nous occupons.

B) Un projet institutionnel qui a permis l'élaboration d'une culture de référence.

En 1995 après quelques années de fonctionnement, l'établissement s'est doté d'un projet institutionnel qui s'est élaboré dans le cadre d'une dynamique participative. Ce projet qui dans sa forme ne répond pas aux standards d'aujourd'hui, puisqu'il revêt une configuration très littéraire, qu'il ne décline pas ou peu de modalités opératoires et ne

s'était pas fixé de méthodologie d'évaluation, a néanmoins, même s'il réclame d'être remanié, un grand intérêt. En effet, ce projet a quelque part, de mon point de vue scellé le pacte fondateur non pas alors des associés¹, mais celui du collectif professionnel qui s'est rallié autour de valeurs et de principes qui ont encore aujourd'hui toute leur actualité et leur pertinence. Ce projet s'est inspiré des exigences suivantes :

- le partage de références communes se traduisant par la reconnaissance mutuelle du rôle et des différences de chacun

- l'écoute, le dialogue, la confiance dans le comportement humain des salariés,

- la perception dynamique et non figée du handicap dans une approche qui s'apparente au concept de "prendre soin" initié par Walter Hasbeen au niveau du soin infirmier. Prendre soin en tant que valeur partagée par les professionnels de la MAS, soit un engagement de l'action individuelle et collective, au travers de l'attention particulière portée au résident dans sa qualité de personne unique et complexe, en vue de l'aider et de l'accompagner dans un processus de vie et de recherche de "mieux-être".

Ce projet qui s'est élaboré durant la période de "l'utopie fondatrice" a, de fait fédéré un engagement et a, en toute vraisemblance, orienté à minima une éthique collective, dont les stagiaires lors des évaluations de stage se font fréquemment l'écho.

L'établissement est doté d'un cadre de fonctionnement formalisé. La communication institutionnelle est favorisée par un dispositif de réunions dont les finalités sont précisément définies. Des instances d'aide et de soutien à l'adresse des équipes sont mises en place. Chaque catégorie professionnelle bénéficie d'une fiche de poste destinée à garantir une cohérence et une fonctionnalité entre les divers corps de métiers. La formation professionnelle que ce soit au plan individuel ou au plan collectif a fait l'objet d'une attention constante.

L'individualisation de la prise en charge de chaque résident est effective, au moyen d'un projet personnalisé qui fait l'objet de réajustements périodiques. Les familles et représentants légaux sont informés des orientations "thérapeutiques"², et sont associés à la vie de l'établissement au moyen de rencontres, de réunions institutionnalisées et par le truchement du "Conseil d'établissement", qui fonctionne depuis une dizaine d'années et auquel va succéder un "Conseil de la vie sociale".

Le projet entend par ailleurs promouvoir une politique d'inscription de l'institution dans un réseau de partenaires : autres établissements de l'association, établissements de même nature avec lesquels se pratiquent des échanges durant des courts séjours de vacances, centres de formation, (accueil chaque année de nombreux stagiaires de différentes

¹ Cf. Annexe 2.

² Il faut entendre ici le terme thérapeutique dans son acception la plus large et ne pas la réduire au strict médical.

filiales), réseaux de réflexion (GREAP.GPSO)¹, instances associatives, culturelles, commune d'accueil, la liste n'est pas exhaustive. Cette dimension est effective, l'établissement est ouvert sur son environnement, il est connu au plan local et jouit d'une bonne image.

1-3-2 Un établissement qui présente néanmoins des dysfonctionnements.

La MAS "Héliodore" possède nous l'avons vu d'indéniables points forts dont le principal selon nous, tient à la réelle existence d'un socle culturel de référence. Néanmoins le diagnostic que nous opérons aujourd'hui, fait également apparaître divers signes qui nous questionnent sur une possible altération de la qualité des soins et de l'accompagnement, proposés aux résidents.

A) Des indicateurs de dysfonctionnement repérables sur la scène du quotidien.

En MAS le quotidien est la scène privilégiée des inter-relations qui s'élaborent entre personnes accompagnées et personnel d'accompagnement, au travers de la dispensation des actes essentiels de la vie. Les temps de repas, de change, de toilette sont des moments forts qui ont pour objet principal de répondre à la fonction vitale, mais pas seulement. Ce sont en effet aussi, des moments qui constituent des repères temporels pour des personnes qui en sont généralement privées, et ce sont surtout d'excellents médiateurs à la relation et à la communication. Ces temps qui réclament un fort professionnalisme sont assez classiquement banalisés par les acteurs professionnels et apparaissent très fréquemment de facture moins noble que d'autres fonctions institutionnelles. C'est sans doute pourquoi c'est dans le registre du quotidien qu'il est le plus possible selon nous de "prendre le pouls" de l'institution, et d'avoir un éventuel accès à la mesure des écarts.

Le non respect ou les oublis des décisions relatives aux protocoles d'accompagnement ou à des consignes médicales sont deux caractéristiques que nous repérons de plus en plus fréquemment. De tel faits sont à l'évidence très préjudiciables pour les résidents, en ce sens qu'ils peuvent même à l'extrême, attenter à leur sécurité. Tout autant inadaptées sont les postures professionnelles qui consistent à appliquer formellement des décisions en les vidant complètement de leur sens et en ne les ajustant pas à des situations conjoncturelles. Face à des symptomatologies déroutantes, il nous arrive souvent de constater la mise en œuvre de réponses inadéquates (cris, emportements verbaux) ainsi que l'expression par les salariés d'éprouvés traduisant leur sentiment d'être victimes des

¹GREAP : Groupement de Réflexion des Établissements d'Adultes Polyhandicapés.

GPSO : Groupe Polyhandicap Sud Ouest.

intentionnalités malveillantes des résidents, ce qui n'est quasiment jamais en cause. L'apparition d'attitudes fonctionnelles empreintes de sécheresse voire d'agressivité peut également être objectivée. Des aléas dans les protocoles d'accompagnement du fait de positionnements individuels, "je ne suis pas d'accord avec cette décision, donc je ne l'applique pas", sont des attitudes qui tendent à devenir plus fréquentes. Un fait "*particulièrement grave et spectaculaire*" caractérisant une maltraitance avérée : un oubli, qui a eu pour conséquence qu'une résidente souffrant d'un autisme sévère, reste enfermée pendant plus de trois heures dans un WC a, à l'évidence, particulièrement interpellé notre attention. Cet événement pourrait si nous l'examinions isolément, apparaître comme caractéristique, mais être pondéré par la rareté de sa survenue. Aussi estimons nous nécessaire de le rapprocher de l'ensemble des signes multiformes que régulièrement nous repérons dans les pratiques (rudes des propos et des gestes, attitudes déshumanisées et déshumanisantes), dont la récurrence tend à s'intensifier et qui bien que de facture plus banale, n'en sont pas pour autant moins graves et préoccupants.

Une "*succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes handicapées*", caractérise selon une des définitions extraite du rapport Blanc, une forme de violence passive, dite aussi violence "*en creux*"¹. A l'aune de cette définition, les dysfonctionnements que nous objectivons ne nous démontrent-ils pas que l'institution secrète à son insu de la violence, dont certaines manifestations se révèlent au travers de certains agissements professionnels? L'établissement ne se trouve-t'il pas ainsi confronté, à une "situation complexe dans laquelle interagissent" des personnes en situation de grande vulnérabilité qui subissent des formes de violence et des "*auteurs, eux mêmes parfois en situation de souffrance*"? Dés lors qu'il est à présent communément établi, que "*certaines pathologies ou états de dépendance extrême, comme les handicaps lourds ou les pathologies démentielles, peuvent favoriser l'émergence chez autrui de situations de violence*", n'y a-t-il pas lieu de considérer que les dysfonctionnements que nous constatons, ne sont que les corollaires obligés de la souffrance de certains acteurs professionnels?

B) Des signaux d'alerte relatifs aux professionnels.

"*S'occuper des personnes handicapées (...) cela veut dire d'abord s'occuper du personnel*", écrit R Gentis dans la préface de l'ouvrage de D Brandeho. Cet axiome d'une importance extrême démontre combien les différents acteurs de la scène institutionnelle ont indéniablement et indéfectiblement partie liée. A partir du moment où l'on souscrit à ce postulat, assimiler les professionnels à l'exclusive acception communément employée de "moyens humains" serait réducteur. Avant d'être des moyens au service d'une cause d'utilité sociale, ces professionnels sont en effet, avant tout des hommes, soit des êtres

¹Rapport Blanc. "Commission d'enquête sur la maltraitance des personnes handicapées "

perméables à des éprouvés, des émotions, des sentiments qui peuvent à l'extrême les exposer au plan psychique ou physique et corollairement exposer les usagers. "S'occuper du personnel" est une assertion très large qui va se déployer dans divers registres, parmi lesquels l'instauration d'une veille constante par rapport à des indicateurs spécifiques, susceptibles de rendre compte des phénomènes de souffrance et d'usure.

Le premier indicateur que nous retenons à cet effet concerne la récurrente question de l'absentéisme¹, hors évidemment les absences liées aux congés de diverses natures auxquels ouvrent droit les salariés. La première cause d'absentéisme importante résulte des arrêts de travail pour maladie, phénomène conséquent à la MAS "Héliodore", mais tellement chronique et communément répandu dans les établissements similaires, qu'il deviendrait, si l'on n'excepte les exigences de gestion qui en découlent, quasi banal. De fait, aujourd'hui, l'importance des arrêts de travail ne nous questionne plus véritablement, ce sont davantage les motifs médicaux qui les justifient, parmi lesquels apparaissent des pathologies somatiques sévères qui attirent notre attention. Plusieurs salariés ont été ou sont encore absents à ce titre, ce qui occasionne inéluctablement des absences de longue durée, voire entraîne des ruptures de contrat de travail. En 2003 nous avons ainsi dû procéder, au licenciement de deux salariées pour inaptitude physique totale et impossibilité de reclassement, suite à maladie professionnelle. L'augmentation des accidents de travail², entraîne également des absences, sans qu'il s'agisse systématiquement d'ailleurs de problèmes très sérieux. Sont en cause le plus fréquemment des chutes, déchirures musculaires, faux mouvements liés à des mobilisations ou des manutentions de résidents, qui ont été souvent effectués dans des conditions de non respect des consignes de sécurité. Dans les pathologies qui ont tendance à se développer, il convient de noter également les syndromes dépressifs, deux salariées ont été arrêtées pour ce motif pendant plus de six mois en 2003, deux salariées (non les mêmes) sont concernées cette année.

Un second indicateur nous paraît également très explicite soit une forme de malaise repérable chez certains acteurs qui se présentent à leur poste de travail, mais sans pour autant être en capacité d'assumer véritablement les tâches qui leur sont dévolues. Ces personnes développent, dans ce que nous en objectivons, diverses stratégies à visée d'autoprotection, telle la fuite hors du groupe chaque fois que possible, ou position complètement inverse, l'activisme outrancier : faire des actes qui se voient, se repèrent, le plus souvent en les vidant complètement de leur sens, ou être là, sans y être vraiment dans une forme de "présence absence", dans laquelle le résident est totalement "chosifié". On ne le voit plus, on parle de lui, devant lui, mais on ne s'adresse jamais à lui.

¹ Voir éléments statistiques relatifs à l'absentéisme annexe n°8.

² Voir éléments d'analyse qualitative relatifs aux accidents du travail annexe n°9

Ces attitudes en général mal perçues par le groupe des pairs sont par ailleurs génératrices de conflits inter-équipes, inter-groupes disciplinaires, et contribuent à renforcer le sentiment de décalage et d'exclusion.

Ces salariés en situation de malaise sont en outre le plus souvent dans l'opposition, notamment vis à vis de la hiérarchie, opposition qui peut se jouer sur le mode de la passivité, mais aussi sur un mode plus actif de type contestataire. Très repliées dans des logiques défensives à vocation de protection contre un univers institutionnel qui leur apparaît à tous égards hostile et menaçant, ces personnes semblent être enfermées dans un processus difficile à rompre, a fortiori si des problématiques d'ordre plus personnel viennent se surajouter.

Conclusion de la première partie. Problématique et hypothèses de travail.

Les dysfonctionnements constatés constituent autant d'éléments qui attestent que les orientations telles que définies réglementairement par les textes et définies éthiquement théoriquement et fonctionnellement par le projet initial, sont parfois altérées, ce qui vient à l'évidence porter atteinte à la qualité des prestations dispensées aux usagers.

La nature des symptômes identifiés, le contexte spécifique de la relation d'aide dans le secteur de la grande dépendance, nous conduisent à postuler que ces diverses manifestations sont liées à des phénomènes d'usure des professionnels de l'établissement.

Dans le domaine des responsabilités qui lui sont dévolues, le directeur se doit d'être vigilant aux difficultés, surcharges physiques, mentales ou psychiques des acteurs professionnels. De l'attention apportée aux signaux dysfonctionnels relevés, dépendra directement en effet "l'éthique accompagnante et soignante" en vigueur dans l'établissement et la qualité des prestations offertes aux personnes accueillies.

Une démarche préventive en matière d'usure professionnelle ne peut se contenter de renvoyer le problème aux individus, mais doit analyser l'ensemble du fonctionnement pour repérer les facteurs de risque et les traiter.

En effet nous ne pouvons écarter qu'en dépit de manifestations de démotivation, de stress et d'épuisement, les salariés ne soient dotés de ressources individuelles et collectives dans lesquelles ils puisent jour après jour pour faire face à la réalité de leur travail.

A ce stade de notre propos nous formulons l'hypothèse théorique selon laquelle:

- la lutte contre l'usure professionnelle va passer par une prise en compte de la question du sens des actes professionnels

de laquelle nous déduisons l'hypothèse opérationnelle selon laquelle:

- redonner du sens aux pratiques professionnelles à la MAS "Héliodore", en s'appuyant sur une logique de projet à visée de réorientation de la fonction d'accompagnement va permettre de re-mobiliser le personnel.

COMPRENDRE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL, POUR PENSER UNE ETHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT.

Introduction de la deuxième partie.

Les hypothèses que nous avons formées, consécutivement à l'état des lieux, font état de manifestations d'usure des professionnels de l'institution. Il nous appartient d'en analyser tant les caractéristiques que les conséquences au regard de la qualité de l'offre de services.

A cet effet, nous allons dans cette seconde partie, prendre appui sur le champ théorique et conceptuel, pour premièrement, affiner notre diagnostic et secondairement, orienter notre projet de direction.

L'étude du concept relatif à la notion d'usure professionnelle, nous apparaît comme la première étape nécessaire. Elle devrait en effet nous permettre d'identifier la nature exacte des indicateurs de dysfonctionnement repérés dans le champ institutionnel, de mesurer leur densité, d'objectiver les causes diverses de leur origine.

Nous nous attacherons ensuite à l'examen des concepts d'accompagnement et d'éthique qui nous semblent par nature indissociables. C'est principalement en effet au travers de la fonction d'accompagnement que se nouent quotidiennement sur la scène institutionnelle les inter-relations entre accompagnants et accompagnés, inter-relations qui doivent obligatoirement s'inscrire dans une visée éthique tant individuelle que collective, pour ne pas encourir, le *"risque d'une négation de l'autre comme personne et d'un comportement professionnel qui ne serait que fonctionnaliste"*.¹

Tel que nous l'avons objectivé en première partie, les personnes handicapées accueillies en MAS, présentent des caractéristiques qui viennent sans nul doute spécifier le travail des professionnels de la relation d'aide qui interviennent auprès d'eux. D Brandeho² dans un ouvrage dédié à l'étude du phénomène de l'usure en MAS, part d'un postulat selon lequel *"les résidents usent les soignants"*. Ce principe doit-il dès le départ, être adopté comme légitime, incontestable, en tant qu'en effet, réelle spécification du travail en MAS ou est-il au contraire à nuancer ?

Avant d'entrer plus avant dans notre recherche, sans doute serait-il opportun, de tenter de clarifier ce premier questionnement.

¹ P Ducalet. M Laforcade. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. P 89.

² D Brandeho. "Usure dans l'institution. Paris. ENSP. 2000. p 54.

2-1 Des professionnels à l'épreuve d'un "quotidien ", marqué au sceau de la grande dépendance, du déficit et de la violence.

Les MAS ont vocation à accueillir des personnes dépendantes qui n'ont pu accéder à un minimum d'autonomie, et dont l'état nécessite une surveillance et des soins constants. Qu'elles soient considérées, en fonction des différentes classifications nosographiques comme: "polyhandicapées", "grabataires", "psychotiques", "profondément déficitaires", "arriérées profondes", "autistes", ces personnes ont toutes la particularité d'être atteintes de troubles graves, en lien à des pathologies diverses, dont les étiologies peuvent être d'ordre somatique ou psychique, voire combinées.¹ Ces personnes présentent des atteintes motrices souvent sévères, une fréquente altération de leurs capacités cognitives et ont en commun *"un grand défaut d'autonomie et une dépendance relationnelle et sociale"*.²

L'absence d'autonomie étant définie³ *"comme l'incapacité de la personne handicapée, à se suffire à elle-même, dans les actes essentiels de la vie"*, nous pouvons déduire de cette définition, que ces personnes sont dépendantes de l'aide humaine pour tous les actes de la vie courante: lever, coucher, déplacement, repas, toilette, la liste n'étant pas exhaustive. Le critère "absence d'autonomie", en appelle donc secondairement et inévitablement à la notion de dépendance.

Tel que définie par le dictionnaire "Le Petit Robert ", la dépendance est le rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre, le dépendant étant placé dans la position d'être tributaire, soumis, subordonné à l'autre.

Concernant les personnes gravement handicapées, cette situation de dépendance est supputée encore plus marquée, si l'on se réfère à la locution couramment employée, "situation de grande dépendance", dans laquelle l'adjectif grande est utilisée comme superlatif, ce qui a bien pour objet, d'introduire un degré supérieur au regard d'une appréciation qualitative.

Un collectif d'experts, réuni pour un travail de recherche sur les questions de l'accompagnement et du soin des adultes handicapés mentaux très dépendants, formalise une définition de la grande dépendance à autrui, en ces termes:

"Est considéré comme gravement dépendant, tout sujet qui a besoin de l'autre, pour accomplir les gestes les plus simples de la vie quotidienne assurant sa survie ; de même lorsqu'il a besoin de l'autre dans tout projet de vie. (...) Cette grande dépendance est liée à une profonde perturbation du fonctionnement mental sur le versant de la déficience ou des troubles graves du développement et/ou de la personnalité. Les conséquences en sont le besoin dans lequel se trouve le sujet d'être

¹P Chavaroche. "Équipes éducatives et soignantes en Maison d'accueil spécialisée ". Matrice.1996. pp16-17.

²Sous la direction de G Zribi : " l'accueil des personnes gravement handicapées. Rennes. ENSP. 1994. p 71.

³ Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978.

totalemment pris en charge à trois niveaux: celui de l'hébergement, celui du soin, celui de l'occupation".¹

La situation de grande dépendance, constitue de mon point de vue l'une des premières caractéristiques à prendre en compte, pour analyser le contexte singulier du travail social en MAS, et vérifier si notre postulat de départ est fondé ou non.

2-1-1 La situation de grande dépendance.

A) "L'emprisonnement "dans une relation primaire, à durée illimitée".

La relation de grande dépendance s'accomplit de manière prépondérante dans le domaine du quotidien, au travers notamment de l'accompagnement aux actes essentiels de la vie.

Dans ce domaine spécifique, l'usager sollicite le professionnel à un niveau de besoins primaires, et n'est pas en capacité d'accéder progressivement, par le biais des soins qui lui sont prodigués, (comme il en advient pour le petit enfant) à une individuation², à une autonomie. Ces soins lui seront toujours et à jamais nécessaires. F Gausset qualifie cette situation, d'emprisonnement dans une relation primaire d'inter-dépendance qui va anormalement perdurer dans le temps. Selon ce médecin psychiatre:

"La relation qui s'instaure entre le sujet dépendant et son entourage (...) peut parfois tourner, à un enfermement aliénant et mortifère. Cela s'observe clairement dans des familles (...) mais (...) aussi (...) au sein des équipes (...) enclines à certaines attitudes qui consistent à se croire les seules capables de (...) s'occuper des personnes, (...) de les comprendre et à refuser les ouvertures possibles parce qu'elles viendraient remettre en question la conception qu'elles se font du sujet pris en charge.

Les conséquences de cette relation aliénante sont assez simples à comprendre (...) Dans les équipes on voit des professionnels parvenir à des situations conflictuelles graves avec leurs collègues ou avec d'autres équipes; cela peut aussi se manifester par une rupture inopinée de la prise en charge, une demande de mutation, un désinvestissement massif de la prise en charge ou parfois encore des passages à l'acte violents et de la maltraitance"³

Ce premier facteur spécifique doit être pris en compte dans l'analyse des variables de risque. Les professionnels doivent composer avec la gravité et la fixité des pathologies et des handicaps, la répétitivité des soins qu'ils induisent. Ils sont quotidiennement confrontés aux limites qu'oppose naturellement la déficience à leur engagement et à leur

¹ Beyer- Zilliox H., Clère D., Duchamp A. et al. "Oui, ce sont des hommes et des femmes". Lharmattan. 2003. P 8.

² Au sens d'une différenciation par rapport à autrui.

³ Beyer- Zilliox H., Clère D., Duchamp A. et al. Voir supra. pp 17-18.

efficience. Ces limites peuvent générer des processus de culpabilité, d'auto dépréciation qui peuvent de surcroît être renforcés, par l'image dévalorisée qu'a le corps social en général de cette population.

B) Le corps "dans tous ses états".

La relation au corps est le second élément, inhérent à la relation de grande dépendance s'exerçant dans le registre du quotidien, que nous considérons comme constitutive d'une spécificité et vecteur potentiel de risque pour les acteurs professionnels.

a) *Le rapport à la sexualité.*

P Chavaroche¹ établit un distinguo entre les rapports qu'établissent les professionnels avec le corps même gravement handicapé d'un enfant, qui selon l'auteur ne pose pas de problème: *"avec les enfants les contacts corporels s'inscrivent dans un registre connu et bien repéré: celui de la relation maternante "*, et ceux qui s'instaurent *"avec des résidents adultes dont le corps présente tous les caractères liés à cet âge, en particulier les caractères sexuels."*² En MAS, tant du fait de la gravité des pathologies et des handicaps, que de la lourdeur des traitements chimiothérapeutiques administrés, peu de résidents ont accès à une sexualité "généralisée" et a fortiori susceptible de s'exprimer par une relation partagée. Les manifestations sexuelles revêtent quasi exclusivement, des expressions auto-érotiques, qui peuvent apparaître parfois comme provocantes, la question de l'intimité pour ces patients, ne se jouant bien sûr pas, à l'aune des codes sociaux habituels.

La sexualité des personnes gravement handicapées, convoque des représentations qui conduisent à dénier, comme l'indique C Gardou, que ces personnes *"sont elles aussi, toutes différentes les unes des autres" avec "chacune des aspirations affectives et sexuelles individualisées"*. Ces représentations donnent à les considérer *"comme semblables derrière le masque, qu'opposent les stéréotypes du handicap "*, de manière très différente d'ailleurs selon qu'il s'agisse de celles des familles ou de celles des professionnels. *"Les parents considèrent leur enfant handicapé devenu adulte, comme un ange qui ne ressent pas de besoin sexualisé, alors que les éducateurs ont une représentation bestiale de cette sexualité"*³

Reconnaître la personne gravement handicapée dans son altérité radicale, présuppose de la considérer comme une personne adulte, dotée de besoins spécifiques en relation à ses déficiences, mais dotée avant tout des besoins communs à tous les hommes, soit dotée également de besoins d'ordre affectif et sexuel, aussi ténues qu'en soient les capacités d'expression. Prendre acte de ceci justifie que les professionnels puissent

¹P Chavaroche : "Équipes éducatives et soignantes en MAS ". Matrice.

² P Chavaroche . voir supra .P 20

³ CH Gardou et collaborateurs : "Connaître le handicap, reconnaître la personne ". Erès. P 210

effectuer un travail de réflexion, de clarification de leurs propres représentations à cet égard, et acquièrent ainsi la capacité d'élaborer les émotions, les éprouvés qui émergent de la confrontation à ces situations. De la qualité et de l'efficacité de ce travail préalable, dépendent directement en effet, les postures professionnelles initiées.

b) *La souillure.*

Un autre aspect très prégnant de la relation au corps s'exprime au travers des soins d'hygiène quotidiens.

La plupart des résidents n'ont pas le contrôle de leurs sphincters et nécessitent des toilettes et des changes à des périodicités régulières dans la journée. Cet état de fait spécifique au champ de la grande dépendance, confronte inévitablement et invariablement durant chacune de leur séquence travaillée, les professionnels de proximité, au rapport avec les fèces et les urines, autrement dit "l'excrémentiel" des personnes accompagnées, et au cortège de difficultés tant réelles que fantasmatiques qu'inéluctablement ces situations viennent convoquer.

C'est la question du rapport à la souillure, telle que P Chavaroche a tenté de la mettre en sens.¹

Souillure, nom féminin issu du verbe souiller, mentionne le dictionnaire "Le Petit Robert", soit la marque laissée par ce qui souille, qui salit, qui tâche. Pour le verbe nous retiendrons deux des acceptions données par le même dictionnaire, infecter et polluer. La sémantique est ici fort intéressante. Elle nous démontre, en effet combien ces termes sont signifiants, d'un certain nombre de phénomènes mis en jeu, pour et par les équipes dans ces situations, dont il convient de répéter, qu'elles pourraient, si l'on ne devait s'en référer qu'à leur fréquence, être improprement qualifiées de banales.

Dans ce rapport à "l'excrémentiel", c'est l'identité professionnelle qui est bousculée mais également aussi l'identité personnelle, au travers du conflit qui peut survenir au niveau du positionnement éthique: *"comment reconnaître en cet autre dont l'altérité est a priori si incoordonnable avec l'universalité des règles qui sous-tendent l'idée d'humanité"*² un semblable?

Au regard des constats que nous avons pu sur ce sujet objectiver dans l'institution dont nous avons la responsabilité, nous établissons un distinguo entre deux typologies de situation.

¹ Voir P Chavaroche : " Aide médico-psychologique :de la souillure à la professionnalisation ". Mémoire DSTS. IRTSA. Bordeaux. 1997.

² Paul Ricoeur ; "Soi-même comme un autre ". L'ordre philosophique. Seuil.

Il y a premièrement, ce que l'on pourrait appeler : "la souillure justifiée ", c'est à dire celle provoquée par une déficience repérable et repérée, dont la prise en charge est considérée comme "affiliée "aux soins de nursing.

Dans cette configuration, il semble davantage possible aux professionnels de donner sens aux actes qu'ils engagent, et dès lors de les décliner, sous les auspices de la "sollicitude à autrui". L'on ne peut totalement exclure bien sûr, que même dans l'accompagnement de cette "souillure justifiée", certains ne soient en grande difficulté et n'aient plus dès lors, que des représentations très négatives, à l'instar de ce que nous décrit D Brandého, qui évoque de manière crue et abrupte l'action fonctionnelle de *"torcher et (...) démerder"* qui renvoie exclusivement à l'image d'un travail dégradant attentatoire à leur propre dignité, signe une *"usure dans le travail totale"*, postule que *"la relation s'effectuera sans affectivité"*, que *"c'est la répulsion qui l'emportera"* et que *"la dévalorisation de l'adulte handicapé sera absolue"*.¹

Existe également, une autre typologie de souillure, qui de prime abord, serait par opposition à la première complètement injustifiée. Je veux faire référence à l'ensemble des *"situations archaïques insupportables, réveillant chez tous, des interdits infantiles primaires"*², tels que les comportements coprophages, ou ces agissements déconcertants de résidents qui jouent avec leurs fèces, en enduisent corps, murs, objets. Ces troubles sont parfaitement repérables dans le champ de la psychopathologie et constituent des indicateurs cliniques précieux, qui permettent d'élaborer des hypothèses de travail, au plan thérapeutique. Force est de constater, cependant qu'ils convoquent régulièrement pour les professionnels qui en sont témoins, l'impensable, l'irreprésentable, des sentiments d'échec par rapport au travail de soin et d'accompagnement engagé, lequel n'aurait en quelque sorte pas rempli sa fonction "d'humanisation".

Nous faisons l'hypothèse que dans ces moments là, le comportement des résidents renvoie les professionnels à l'éternelle tentative de résolution de la question de l'altérité et les accule alors, à : *"un évitement radical de la peur, une lutte contre la montée de sentiments et d'affects peut-être difficilement maîtrisables, face à du monstrueux ou viscéralement vécu comme tel"*³ Ces comportements sont tellement impensables en effet, qu'ils confrontent quasi inévitablement quiconque en est témoin, à des représentations de bestialité, de monstruosité, d'inhumanité, à l'égard *"d'un autre"* en lequel, il est alors impossible de reconnaître *"un même"* et qui pour autant, in fine, renvoie inéluctablement à soi.

"La personne gravement handicapée de par sa pathologie, ne rappelle-t-elle pas "que le monstre sommeille non loin de là et que sa torpeur est légère (...) sous le handicap perce l'infirmité, sous

¹ D Brandeho. Opus cité. P 55.

² Revue Santé mentale. N° 52. Novembre. 2000.

³ O.R Grim : "Du monstre à l'enfant. Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité ". CTNERHI. P101.

*l'infirmité se dessine le monstre et avec lui, nous avons rendez-vous avec nous - mêmes lorsque d'atermoiement en atermoiement, nous finissons par renoncer au bouc émissaire*¹

2-1-2 La confrontation à la violence.

La circulaire 62-AS du 28 décembre 1978, précise que seules les personnes ne présentant pas de troubles psychiatriques prédominants peuvent justifier d'une orientation COTOREP en MAS. Ceci étant, dans les faits, les choses ne sont pas aussi tranchées et nombre d'établissements accueillent des personnes dont les symptomatologies peuvent de manière conjoncturelle mettre à mal les équipes et le dispositif institutionnel.

En MAS, la violence est complexe et multiforme, à l'instar de ce qu'il est loisible d'observer dans le champ psychiatrique.

La première acception de ce terme renvoie bien sûr, à des formes de violence qui se traduisent dans le réel, au travers notamment des coups et des hématomes. Cependant il existe également d'autres formes beaucoup moins concrètes et palpables qui n'en sont pas moins parfois, tout autant traumatiques pour les équipes.

Dans un article relatif à ces questions, dans la revue spécialisée "Santé Mentale", Laurent Morasz considère avant tout la violence comme un effet. Pour lui, le mot violence dans la langue française est *"un terme relativement flou qui désigne autant l'acte que la motivation ou la manière d'être de celui qui l'agit."* Il préfère donc pour sa part se référer à la définition psychosociologique proposée par F Michaud: *"Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelle."*

Pour L Morasz, cette définition présente l'intérêt de tenir compte du côté interactionnel de la situation de violence, elle en inclut toutes les formes y compris les violences psychiques et surtout elle privilégie le point de vue de la victime, en ne faisant pas reposer la définition sur le côté volontaire ou non de la nocivité de l'acte, laissant ainsi de côté ce qui pourrait ressortir à l'intentionnalité. Ce qui importe pour l'auteur c'est : *"que cette action fasse violence chez la victime (...) L'action violente peut ainsi se concevoir comme une action qui fait violence. En ce sens, elle est basée sur la nature du vécu plus que sur celle de son action. Elle se situe du côté de la victime dont le vécu subjectif déterminera l'aspect violent ou non pour lui de tel ou tel acte."*²

Les équipes professionnelles se confrontent donc inéluctablement à des phénomènes violents, de natures différentes, lesquels provoquent des effets plus ou moins délétères

¹ O.R .Grim. "Du monstre à l'enfant. Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité ". P178.179.

² L Morasz in Santé Mentale. N° 82. Novembre 2003.

en fonction des représentations subjectives que chacun se construit d'une même situation.

A) La violence agie.

La première violence que l'on va classiquement rencontrer est la "violence agie ", celle qui vient concrètement se marquer, par une attaque de l'environnement ou du corps. Ce sont des atteintes au matériel qu'il faut réparer, remplacer, trous dans les cloisons, bris de vitre provoqués par des coups de tête, vaisselle qui "vole "au moment des repas.

Ce sont les conduites d'auto ou d'hétéro agressions, agissements qui mettent en jeu dans et par, des manifestations corporelles, des vécus de grande angoisse, émanant de *"personnes en très grande difficulté de relation, tant vis à vis d'elles-mêmes que vis à vis de l'environnement humain et matériel qui n'a pas ou peu de sens, qui est souvent mal perçu, du fait des atteintes neurologiques et du système sensoriel."qui perçoivent souvent le monde 'comme menaçant et angoissant" et qui 'vivent dans des états de grande souffrance psychique qui les submergent la plupart du temps et qu'elles tentent de maîtriser sans jamais s'en libérer complètement".¹*

L'attitude auto-destructrice des résidents, est sans nul doute, l'une des situations que les équipes ont le plus de difficulté à accepter. Ces auto-mutilations véhiculent une grande violence pour les personnes qui en sont témoins, violence d'autant plus exacerbée que les résidents qui ont recours aux gestes à "effets auto-vulnérants" sont parfois susceptibles de se mettre en risque au plan vital. Ces conduites ont la particularité de confronter les professionnels à l'impuissance et à l'échec. Elles alimentent en eux, tour à tour, l'effroi ou la culpabilité, les envahissent et les vident tout à la fois, au point de pouvoir provoquer un rejet de la personne concernée, rejet que l'on peut alors qualifier de défensif. Dans un article consacré à ce sujet, A Fischer, psychiatre à la Fondation John Bost, cite en préambule à son exposé ces phrases écrites en 1978 par Poussin:

"Que le titre du premier roman contemporain sur la psychiatrie s'énonce : "La tête contre les murs" n'est-il pas le signe que l'auto-mutilation s'impose comme l'expression même du désespoir qui se lit dans la folie ? (...) Ce sont des êtres qu'on ne qualifierait pas d'humains, à l'extérieur, des êtres dont la folie est si stupéfiante pour les gens normaux, qu'elle les conduit à s'agresser eux-mêmes. On comprend qu'un sujet, pour des motifs plus ou moins justifiés, et même apparemment absurdes attente à sa vie dans l'espoir d'en abrégier les souffrances, mais quelle raison, même une raison de fou, peut le conduire à mutiler sa propre chair?"²

¹ P Chavaroche : "Équipes éducatives et soignantes en MAS ". Matrice. Opus cité. P 17.

² A Fischer. in .Actes du colloque. "Les psychoses profondément déficitaires parvenues à l'âge adulte. " Fondation John Bost. La Force. Dordogne. Avril 1991.P 317.

Ces situations en appellent au "non sens ". Elles en ont un néanmoins, qui devra en réunion pluridisciplinaire être décodé, analysé, mais dans l'instant, dans la situation, il est rarement possible pour le professionnel présent de mobiliser du recours théorique.

Les comportements offensifs peuvent parfois également se porter sur les pairs et interrogent alors les acteurs professionnels sur leurs capacités à protéger les plus vulnérables, des troubles comportementaux des plus actifs.

Quelles que soient leur forme et leur étiologie, ces crises comportementales lorsqu'elles atteignent leur acmé, présentent la particularité de confronter les professionnels à la difficulté des réponses, les placent quelquefois à "leur corps défendant ", dans l'obligation d'intervenir physiquement.

Dans leur décours, ces situations entraînent assez classiquement, des épisodes de culpabilité, repérables à des invariants, comme ces divers questionnements :

N'y aurait-il pas eu défaut de prévention de la survenue de la crise? Les actions d'accompagnement et de soin, mises en œuvre, sont-elles adéquates? Le traitement de la situation était-il approprié? Questions qui se poseront avec d'autant plus d'acuité, selon que les professionnels auront ou non été acculés au rapport de force, auront ou non subi des atteintes à leur propre intégrité physique.

Les débats entre les différents groupes sociaux-professionnels peuvent venir en outre, alimenter, des divergences d'interprétation et d'analyse au sein des équipes qui cristalliseront éventuellement des conflits inter-personnels ou des conflits catégoriels.

Ces situations interpellent en outre, très fréquemment sur les questions de sécurité et de responsabilité. La question de l'échec, si facilement identifiable sous le couvert de ces traditionnelles mises en mots: "il ou elle n'est pas pour nous"ou "nous ne sommes pas payés pour ça", est omniprésente.

B) La violence qui érode et qui tараude.

D'autres configurations de la violence quotidiennement faite aux professionnels, revêt des formes plus implicites: micro-traumatismes du quotidien liés "*au frayage avec la souffrance et l'agressivité inhérente à la maladie mentale.*"(L. Morasz),ou manifestations banales, habituelles qui reculent les limites de la relation corps à corps et peuvent venir bousculer, par instants le sentiment d'intégrité corporelle des professionnels.

*"Ces patients (dont certains deviendraient facilement des tyrans) soumettent les membres des équipes à de rudes épreuves physiques. La distance personnelle vole en éclats. Ils les tirent, les poussent, les salissent, fouillent leurs poches, les pincent, les reniflent, les caressent, et les tripotent."*¹

¹ Rabajat M. Des "sous-soignants " pour des "sous-hommes? " Santé Mentale. N°52. Novembre 2000. PP 40-45.

D Brandeho, dans cette catégorie particulière de violence évoque pour sa part, la "répétition écholalique", selon lui, plus usante encore que la violence à l'état brut qui, quelque soit sa complexité, fait obligatoirement dans l'instant appel, à une mobilisation à la fois psychologique et physique des professionnels. Ainsi dans son ouvrage, décrit-il cette typologie de situation que l'on rencontre classiquement en MAS, et dont on sait, combien elle peut devenir insupportable pour les professionnels présents:

"Infiniment plus difficile à supporter est cette forme d'agressivité du résident qui va, par la parole et sa présence permanente auprès du soignant, le solliciter pendant toute la durée de son temps de travail. C'est ainsi que Michel, lorsqu'il se sent angoissé, peut réclamer inlassablement huit heures durant un orangina...un orangina..., ou une promenade à la cafétéria, ou la visite de sa mère. Si les soignants l'ignorent, au bout de quelques heures, il arrive que Michel crache sur l'un d'eux".¹

Pour E Zucman, en référence alors, au champ du polyhandicap, la violence est contenue en germe dans *"l'humble répétition des petits gestes de la vie quotidienne et des soins de mieux-être "qui" paradoxalement mêlés à une interrogation existentielle continue sur le sens de la vie humaine et des risques de mort, crée un climat particulièrement anxiogène de travail, à haut risque dépressif, qui se traduit parfois par des paroles ou des gestes de violence"*²

V Pezet. R Villate. P Logeay insistent également, sur la dimension de la répétition qui érode: *"Le handicap c'est le monde de la lenteur, des gains jamais définitifs, des régressions toujours possibles, des choses dites et redites, des gestes mille fois répétés, des acquisitions jamais acquises".³*

La violence en Mas est donc polymorphe et s'inscrit dans une inter-relation entre deux acteurs, dont les places sont certes dissymétriques, puisque l'un des deux est en défaut d'autonomie par rapport à l'autre. Cependant les mécanismes qui sont à l'œuvre, sont de nature à mettre en risque l'un comme l'autre des protagonistes, puisqu'il y a interaction constante.

2-1-3 Les troubles de la communication et de la relation.

Les personnes gravement handicapées, a fortiori lorsqu'elles souffrent d'autisme ou de psychose, sont en butte à des troubles de la relation et de la communication qui entraînent très fréquemment une rupture avec la réalité extérieure.

"Leurs possibilités de communication avec l'entourage sont réduites, elles utilisent rarement un langage suffisamment adapté quand elles parlent. Souvent leurs paroles se répètent de manière écholalique, sans valeur relationnelle. La plupart ne possède pas de langage et communique de manière archaïque par des cris qui contiennent parfois un sens, que l'on peut déchiffrer avec

¹ D Brandeho: "Usure dans l'institution ". ENSP.P 59

²E Zucman: "Accompagner les personnes polyhandicapées ". CTNERHI. P 74

³ V Pezet. R Villate. P Logeay: "De l'usure à l'identité professionnelle. " TSA.P94

l'habitude, et qui permettent de comprendre la signification de leur demande de plaintes. Les cris sont utilisés également dans un registre de "remplissage "sonore, de façon aut centrée, afin de combler un vide intérieur angoissant".¹

Face à cette absence de langage, les professionnels doivent décoder, interpréter des signaux qui parfois sont ténus. Il n'y a quasiment jamais en effet, de demandes clairement formulées. Il s'agit là nous dit F Gausset *"d'un point d'achoppement particulièrement complexe, qui nécessite des trésors d'intuition, de l'imagination, une grande expérience"*²

Cet aspect singulier des modes de relation et de communication avec des personnes très déficitaires et régressées, contribue sans doute aussi, à l'érosion de l'engagement professionnel des salariés qui peuvent par moment, tel que nous le dit P Chavaroche, avoir le sentiment que leur action est sans effet, et que dès lors elle est dénuée d'utilité.

*"L'équipe éducative et soignante va peu à peu être prise dans un sentiment d'intense frustration, éprouvant de manière parfois cruelle que ce qu'elle donne à ces résidents n'est pas payé de retour c'est à dire en communication partagée, en progrès, en échanges qui pourraient lui donner l'impression qu'elle sert à quelque chose"*³

Si nous nous référons à l'ensemble des éléments que nous avons, tant au niveau de la recherche que de notre propre expérience mis en évidence, il apparaît loisible de répondre à notre question de départ par l'affirmative. Oui, il existe une dimension spécifique de la relation d'aide dans le champ de la grande dépendance et de la grande déficience qui induit pour les professionnels une situation de risque majoré, vis à vis des phénomènes d'usure professionnelle. Il s'agit d'une première donnée essentielle, qui doit utilement nous servir à apprécier plus exactement la nature exacte des signaux de dysfonctionnements relevés dans les pratiques professionnelles. Cependant, pour étayer plus avant notre réflexion et notre diagnostic, nous allons à présent examiner le champ théorique relatif au thème de l'usure des personnels du social, selon deux approches, celle développée par le courant de la psychologie sociale, au travers du concept du "burn-out" et celle qu'a modélisée la psychopathologie du travail.

2-2 L'usure professionnelle.

2-2-1 Le concept du "burn-out" ou syndrome d'épuisement professionnel.

Ce concept apparu dans la littérature scientifique américaine dans les années 1970, se confond aujourd'hui dans la langue française avec le terme d'épuisement professionnel et

¹ P Chavaroche : "Équipes éducatives et soignantes en MAS ". Matrice. P18.

² Beyer- Zilliox H ., Clère D., Duchamp A. et al. "Oui, ce sont des hommes et des femmes ". Lharmattan. 2003. P.15

³P. Chavaroche. Cf. supra. P 37.

caractérise une altération de la santé physique et mentale de l'individu, du fait de son travail.

A l'origine, le "burn-out" est un terme de l'aérospatiale, qui désignait le tarissement du carburant d'une fusée, entraînant une surchauffe, conduisant inéluctablement à l'explosion du réacteur. Par analogie, on assimile parfois l'usure professionnelle à une *"brûlure interne, expression imagée qui fait référence à un système, qui de l'extérieur, ne laisserait percevoir aucun dysfonctionnement et qui de l'intérieur serait malade, désagrégé, tel un fil électrique, intact à première vue, sans énergie à l'intérieur, le matériel conducteur ayant surchauffé"*.¹

L'usure professionnelle peut être objectivée dans de nombreuses professions. Cependant, celles dites d'aide et d'assistance ou *"donnantes"* selon la terminologie utilisée par C. Sarbach qui comportent des exigences relationnelles importantes, semblent d'autant plus concernées par ce syndrome.

C'est le docteur Herbert.J.Freundenberger psychanalyste américain qui en 1974, en donne une première définition, dans un article relatif à l'épuisement professionnel : *"auto-épuisement causé par un énorme effort pour atteindre un but utopique"* ou *"fait de succomber, de s'user, ou d'être épuisé en répondant à des demandes excessives d'énergie, de forces et de ressources"* ou bien encore *"épuisement des ressources physiques et mentales, consécutif aux exigences relationnelles excessives dans le champ des professions d'aide"*.

Une équipe de chercheurs californiens Maslach, Pines et Jackson à partir d'études spécifiques concernant des professionnels des services sociaux va développer à compter de 1976, une conception du "burn-out", qui viendra progressivement faire référence.

Pour ces chercheurs, le "burn-out" est un syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l'individu concerné, une perception négative de soi, des attitudes négatives au travail et une diminution importante de l'implication personnelle auprès des patients. Christina Maslach a particulièrement caractérisé l'une de ces composantes essentielles soit la perte d'intérêt et de sympathie pour les personnes que le professionnel est supputé accompagner, *"se traduisant par une gestion distanciée, froide et déshumanisée de la relation"*.²

Cette définition a conduit à la formation d'un outil de mesure: le M.B.I (Maslach Burn-out Inventory, 1981), dont une adaptation française a été réalisée par J-P Rolland et N Girault, dans les années 89-90, sous la forme d'un test d'auto-évaluation. Ce test comprend 22 items, qui visent à l'analyse des trois composantes du syndrome :

- l'épuisement émotionnel, mesure du sentiment de fatigue,

¹ Sarbach C : "Le "burn-out", à la recherche de l'énergie perdue ". In : "L'épuisement professionnel. " Tome premier. Sous la direction de D Martin. P 39.

² V Pezet. R Villate P Logeay. : "De l'usure à l'identité professionnelle ". P76

- la déshumanisation ou dépersonnalisation, évaluation de l'insensibilité et des réactions impersonnelles vis à vis des usagers,
- l'accomplissement personnel, appréciation du sentiment de compétence et de reconnaissance, de l'effort accompli dans le travail.

en les associant à une échelle de fréquence et d'intensité.

Bourgault et Meloche, travailleurs sociaux canadiens en secteur de psychiatrie, dresseront dans une recherche intitulée : *"le "burn-out" ou mourir d'épuisement comme un caméléon sur une jupe écossaise"*, une typologie des troubles associés à ce syndrome:

- au niveau des sentiments : insatisfaction, irritabilité, rigidité, perte d'efficacité, résistance au changement, impression d'avoir "le monde sur les épaules";
- au niveau des somatisations: insomnie, ulcères, maux de dos, migraines;
- au niveau de la vie personnelle : abus d'alcool, de médicaments, troubles conjugaux et familiaux, attitudes paranoïaques;
- au niveau des relations avec les collègues: retrait qui se traduit par la baisse des activités communes, ou au contraire une trop grande socialisation;
- au niveau du travail: absentéisme, "turn-over ",moral bas.¹

Edelwich et Brodsky autres chercheurs, recourent pour qualifier ce processus, au terme de désillusionnement, décrivant pour leur part quatre phases :

- L'enthousiasme idéaliste: période de grands espoirs, de surinvestissement, durant laquelle le professionnel est rempli d'énergie et d'attitudes souvent irréalistes.
- La stagnation inefficace: soit un stade de désillusion face au travail alors perçu comme moins excitant; le professionnel désinvestit progressivement, se centre sur des besoins d'ordre plus personnels, privilégiant les projets en lien à sa carrière.
- La frustration: la situation de travail devient pesante, des troubles psychologiques, comportementaux et émotionnels commencent à apparaître.
- L'apathie désabusée, qui correspond en fait à une position de sécurité: En réaction à la frustration, le professionnel développe des mécanismes de défense, travaille le minimum de temps requis, évite les défis, évite même les usagers.

Face à cette perte de satisfaction dans le travail, le recours à des addictions peut par ailleurs être observé.

Un autre chercheur, D Bernier, définit pour sa part l'épuisement professionnel comme *"une crise qui résulte de l'incapacité de la personne "affectée par ce symptôme de "résoudre un conflit lié à la perte du sens du travail"*.

¹ Sarbach C. "Le "burn-out ", à la recherche de l'énergie perdue ". In "L'épuisement professionnel ". Tome premier. Sous la direction de D Martin.

C Dejours évoque *"une pathologie se manifestant par un déficit sthénique, un découragement, une démotivation et des symptômes de dévalorisation de soi et de dépression"*.¹

Le "burn-out" se traduit donc pour les personnes qu'il affecte, par un état général de mal-être, une perte de confiance en soi et en autrui, des sentiments d'insécurité et de peur. Pour le diagnostiquer, il convient d'examiner et le faisceau d'indicateurs qui peut conduire à l'évoquer et le contexte qui peut favoriser son émergence.

2-2-2 Un faisceau d'indicateurs qui affectent prioritairement l'acteur, mais impactent néanmoins l'environnement contextuel.

Le syndrome d'usure professionnelle, d'installation insidieuse va progressivement infiltrer la sphère organique, physique et mentale de l'acteur concerné.

Le corps va cristalliser l'ensemble des difficultés, sous la forme de manifestations somatiques diverses, parmi lesquelles les *"pathologies de surcharge"*, qu'évoque C Dejours, au premier rang desquelles les troubles musculo-squelettiques (TMS), algies, ou lésions affectant prioritairement les mains, les poignets, le rachis. S'observent régulièrement par ailleurs des asthénies, qui seront renforcées par les insomnies, des pathologies infectieuses (cystites, atteinte de la sphère "orl", de la sphère gynécologique), des désordres alimentaires, des troubles de la libido. Ces diverses atteintes physiques vont entraîner un absentéisme récurrent, sous la forme d'arrêts de travail, et peuvent même donner lieu à des maladies professionnelles.

Les accidents de travail même lorsqu'ils ne revêtent pas de caractère de gravité (coupures, blessures anodines, chutes...), sont des marqueurs à retenir, pour poser un diagnostic.

Sur le plan psychique apparaissent des troubles tels que *"labilité émotionnelle"*, irritabilité, insatisfaction, apathie, *"régressions psycho-affectives, fantasmes de toute puissance ou d'impuissance, de dépossession, de destruction"*.²

Des atteintes de la fonction cognitive, peuvent également survenir, telles que. *"troubles du cours de la pensée, troubles du jugement, régressions à des formes de raisonnement infantiles, troubles de la mémoire et désorientation temporo-spatiale"*.³

Au niveau comportemental et relationnel, des indicateurs précis sont fréquemment relevés: accès de colère, propos et réactions disproportionnés, par rapport à des faits insignifiants. Le professionnel peut devenir soupçonneux, éprouver le sentiment d'être surveillé, épié, ce qui va entraîner une méfiance paranoïde. Il va développer des attitudes pessimistes et négatives qui le rendent réfractaire à toute idée de changement, et

¹ C Dejours: "Travail, usure mentale ". P 13.

² D Martin "L'épuisement professionnel ". L'harmattan. P 20

³ C Dejours : "Travail, usure mentale ". P 15.

gènèrent une sécheresse relationnelle vis à vis de l'utilisateur. Il peut se mettre en conduite à risques pour lui-même, ou pour autrui.

Ces différentes manifestations corporelles, relationnelles et psycho-cognitives, affectent donc au premier chef le niveau du sujet, avec pour conséquence une altération du rapport à l'autre, vécu comme dangereux et menaçant, une représentation de soi obérée, un malaise existentiel profond, un déficit de confiance et d'intérêt, un épuisement physique et psychique.

Afin de lutter contre ces diverses attaques, le professionnel va développer des mécanismes de défense, qui prendront la forme, soit d'une fuite du travail, se manifestant par un désir de changement, un absentéisme progressif, "*demandes répétitives de formation, (...) réunionnisme, repli sur le groupe des pairs, discours sans fin (autre que de se justifier), instabilité dans le poste, etc.*"¹, soit d'un pseudo-activisme qui s'avèrera improductif et inefficace.

Le syndrome va par ailleurs, également affecter le niveau du collectif de travail dont les membres vont généralement adopter des stratégies de protection inconscientes, pour se prémunir contre "cet autre" qui ne correspond plus aux normes d'appartenance. Le groupe des pairs va en effet être confronté, à un risque d'effritement du sentiment d'identité collective, et va tenter de trouver des voies pour maintenir un sentiment d'appartenance. Ce peut être, tel que l'écrit JR Loubat, "*la recherche de bouc émissaire ou d'ennemi externe; dans ce cas, le climat se détériore et la délation se met progressivement en place.*"²

Les conséquences institutionnelles de ce syndrome vont venir par ailleurs se marquer dans la qualité des accompagnements et des soins dispensés aux usagers : déficit d'attention et d'empathie, atteinte à la sécurité, violences en creux "*maintien du stigmata de l'utilisateur dont la demande est sans cesse niée, déplacée, interprétée, etc.*"³

L'examen du champ théorique relatif à la caractérisation du syndrome de l'usure professionnelle, fait apparaître un relatif consensus des différents auteurs auxquels nous nous sommes référés, et nous pourrions retenir en résumé de notre développement, la définition de l'épuisement professionnel de D Martin, qui nous paraît très appropriée au phénomène tel qu'il nous apparaît au sein de la MAS Héliodore, soit "*toute situation individuelle ou collective dans laquelle le(s) salarié(s) témoigne(nt) d'une impossibilité à assumer une position professionnelle*".

Au regard des processus qui conduisent à l'installation du syndrome, les avis sont beaucoup plus divergents de sorte que plusieurs courants de pensée antagonistes co-

¹D Martin : "L'épuisement professionnel". Tome premier. P36.

²J R Loubat : "Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux". Dunod. P 85.

³D Martin : cf. supra. P 25.

existent, les uns établissant le primat des causes individuelles, les autres celui des causes organisationnelles. En outre, l'équivoque des symptômes rend le diagnostic malaisé et pourrait improprement incliner à penser, que seules les faiblesses ou les défaillances du ou des individus affectés seraient en cause. Or comme l'écrit C Sarbach, si le "burn-out "caractérise bien une *"expérience individuelle psychologique interne et douloureuse (...)* la responsabilité de ce malaise ne peut pas incomber à la seule personne, les facteurs relatifs à l'environnement, aux conditions et à l'organisation du travail ne sont pas étrangers à son apparition "¹

Y aurait-il ainsi, une dimension pluri-factorielle, dans l'étiologie de ce syndrome qui ressortirait à la fois de facteurs tenant à l'individu, et de facteurs qui tiendraient à l'organisation? Nous allons recourir au champ théorique que nous offre la psychodynamique du travail pour tenter de répondre à ce questionnement.

2-2-3 Une tentative de clarification des causes de l'usure professionnelle, en référence à la psychodynamique du travail.

Il est possible d'identifier quatre grands groupes de facteurs générateurs, les causes individuelles, environnementales, organisationnelles, institutionnelles. Pour les appréhender, nous allons nous appuyer sur les concepts théoriques développés en la matière, par le courant de la "psychodynamique "du travail, discipline clinique issue de la psychopathologie du travail, initiée par Christophe Dejours à la fin des années 1970. Ce courant scientifique entend favoriser la connaissance des rapports entre le travail et la santé mentale des individus et s'est tout particulièrement intéressé à l'analyse, la description et la compréhension des conduites concrètement (soit non initialement définies, à partir de situations expérimentalement construites), adoptées par les hommes et les femmes, en situation professionnelle. Cette clinique du travail, postule qu'il est impossible de comprendre l'émergence d'une usure mentale, en limitant l'étiologie à l'histoire personnelle de l'individu, et à son *"intériorité privée, intra-subjectivité"*, pas plus qu'en ne considérant seulement les relations entre sujets *"inter-subjectivité"* qu'ils s'agissent alors, des rapports entretenus avec le groupe des pairs ou des relations avec l'encadrement.

La psychodynamique du travail considère que: *"les conflits, la souffrance et le plaisir qui émergent en situation de travail, doivent aussi leur dynamique, à l'organisation du travail et aux difficultés voire aux conflits, qu'elle occasionne aux sujets entre eux, à l'intérieur des équipes, et aux sujets individuellement par les tensions qu'elle fait surgir entre contrainte de la situation de travail et contrainte des relations dans la sphère privée"*.²

¹ C Sarbach in : "L'épuisement professionnel ". Tome premier. Sous la direction de D Martin. P 42.

² C Dejours : "Travail, usure mentale ". P 241.

A) Les notions de travail prescrit, travail réel.

C Dejours définit la notion de travail comme ce qui *"implique du point de vue humain, le fait de travailler: des gestes, des savoir-faire, un engagement du corps, la mobilisation de l'intelligence, la capacité de réfléchir, d'interpréter et de réagir à des situations, (...) le pouvoir de sentir, de penser, d'inventer, etc. (...), soit ce qu'il nomme le "travaillé", c'est à dire un certain mode d'engagement de la personnalité, pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes matérielles et sociales"*.

Il considère par ailleurs que, *"le travail ne relève jamais de l'exécution" mais "implique une part de gestion du décalage, entre l'organisation du travail prescrite et l'organisation du travail réelle" soit que le travail relève "d'une dimension strictement humaine, et même inter-humaine ressortissant à l'action"*.

Pour C Dejours, le travail peut ainsi se définir, comme: *"l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui dans une tâche utilitaire, ne peut pas être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite"*¹, proposition qui tient compte de la dimension humaine du travail, au regard de la part de recherche, d'engagement, de créativité du sujet. Secondairement et consubstantiellement, l'auteur postule que le *"travaillé"*, va obligatoirement réclamer de la part de l'acteur, une nécessité de s'adapter à: *"l'incidentel, éventuellement prédictible (dans sa forme sinon dans son occurrence), mais aussi à l'inconnu, à l'imprévisible, à ce qui n'est pas déjà connu"*. Travailler, c'est donc, se confronter à des situations inédites, imprévues, qui résistent à la maîtrise, aux savoir-faire, soit, faire l'expérience de l'échec et de l'impuissance, répondre aux impondérables et surmonter les obstacles, pour parvenir à gérer l'écart entre le prescrit et le réel.

Le travail prescrit, vise à une définition exhaustive de la tâche, déclinant des objectifs à atteindre, des prescriptions, des consignes, des procédures, des règlements, mais la prescription trouve ses limites, premièrement dans la marge de liberté de l'acteur, qui n'est jamais un simple exécutant, quelle que soit sa place dans la division hiérarchique du travail, et secondairement, car il y a une impossibilité de fait à prévoir les déclinaisons que vont revêtir l'inopiné, l'inattendu.

La psychodynamique du travail s'intéresse plus particulièrement à l'étude de la souffrance, qui naît de la gestion du réel, par l'individu, le réel étant entendu ici, comme *"ce qui, dans le monde, se fait connaître par sa résistance à la maîtrise technique et à la connaissance scientifique"*². C'est en fait à partir de cette souffrance qui constitue un pré-supposé incontournable, que l'individu s'accomplira ou non, selon qu'il trouvera ou non les voies, pour surmonter la résistance du réel.

¹ C Dejours: "Le facteur humain ". P 43.

² C Dejours. Cf. supra. P 40.

Dans son rapport au monde du travail, le sujet va être conditionné par ce qu'il est, ce qu'il cherche à accomplir, quête personnelle qui pourra ou non se réaliser, ce qui implique la non neutralité du travail pour l'individu. Deux hypothèses sont possibles, soit le sujet trouve des voies d'accomplissement dans sa vie professionnelle et dès lors le travail lui est bénéfique, soit ses besoins de réalisation personnelle restent insatisfaits et des conséquences délétères pour sa santé, tant mentale que physique vont inéluctablement survenir.

Dans le champ du travail social, le décalage entre le travail prescrit et le travail réel, s'avère peut-être encore plus important que dans d'autres domaines professionnels, parce que le travail prescrit est souvent flou, s'accomplissant au travers de relations de service, dans lesquelles la dimension des inter-relations humaines est prévalente, et n'obéit pas à des constantes normées. Le praticien de la relation d'aide, pour atteindre les objectifs qui lui sont assignés, ne pourra s'en tenir exclusivement aux prescriptions, il devra *"ajouter de soi-même, pour faire face à ce qui ne fonctionne pas"* nous dit Dejours. Travailler, c'est ne pas s'en tenir exclusivement à ce qui est prescrit, c'est déployer son intelligence pour parvenir à dépasser les contraintes du réel, soit faire preuve d'inventivité, de créativité, innover, voire parfois contrevenir aux procédures, en fait c'est avant tout mobiliser des ressources personnelles.

B) L'inscription du travail dans le réel du monde social.

a) *"Travailler: c'est aussi et toujours vivre ensemble"*.

*"Le travail est aussi un rapport social, c'est à dire qu'il se déploie dans un monde humain caractérisé par des rapports d'inégalité, de pouvoir et de domination. Travailler c'est donc aussi faire l'expérience de la résistance du monde social et plus précisément des rapports sociaux, au déploiement de l'intelligence et de la subjectivité. Le réel du travail n'est pas seulement le réel du monde objectif, il est aussi le réel du monde social".*¹ L'adhésion à ce postulat préjuge immédiatement des difficultés qui en découlent en terme d'organisation du travail, car dans ce registre co-existent à nouveau le champ du prescrit et le champ du réel ce qui en appelle très directement à la question du *"travailler ensemble"*. Les acteurs professionnels doivent coopérer, or s'il est possible de prescrire la coordination des tâches, il n'en va pas de même pour la coopération qui dépend exclusivement de la volonté de ceux qui travaillent. E Klein psychologue clinicienne² considère que la coopération nécessite:

- La mise en visibilité du travail par l'acteur qui déploie des efforts constants, pour rendre intelligible aux autres le travail qu'il effectue réellement.

¹ C Dejours . Article paru dans " La pensée ", N°328.

² Chercheuse et membre associée au laboratoire de psychologie du travail et de l'action dirigé par C Dejours.

- La confiance: l'acteur ne peut rendre son travail visible que s'il a confiance dans le regard de l'autre, car cela suppose de donner à voir des situations non maîtrisées, des difficultés éventuelles

- La discussion et l'arbitrage: *"Les sujets se mettent d'accord entre eux sur une méthode de travail qui soit juste et efficace. La somme de ces accords normatifs conduit à des règles de travail, des règles de métier"*.

Les règles de travail se définissent ainsi, selon une construction collective agie par différentes logiques inter-dépendantes qui obéissent à:

- une dimension technique,

- une dimension psychique purement liée aux caractéristiques propres aux individus,

- une dimension sociale qui a trait aux règles relatives aux rapports de pouvoir, au savoir-vivre, au respect dû aux autres,

- une dimension éthique qui s'inscrit dans le registre des valeurs, ce qui est de l'ordre du juste ou de l'injuste, du bien, du mal. *"La coopération est donc une transformation de la prescription construite par tous les sujets ensemble". Elle repose sur leur volonté et leur liberté. Ceci suppose que dans l'organisation du travail existent des espaces de communication, de confrontation et de discussion qui permettent à chacun des acteurs d'apporter "sa contribution et son consentement aux accords normatifs dans le collectif", ce "qui implique donc souvent le renoncement à une partie du potentiel subjectif individuel, en faveur du vivre ensemble de la coopération"¹.*

b) *La reconnaissance, moteur de la formation de la volonté collective.*

Le consentement à coopérer suppose de la part de l'acteur qu'il consente pour une part au moins, à renoncer à sa propre subjectivité, ce qui entraîne de nombreux conflits à l'intérieur des collectifs de travail. En effet pourquoi consentir à coopérer si l'on considère les risques inhérents à la discussion collective et l'auto-limitation de la subjectivité? La contribution à l'entreprise collective est possible pour l'acteur, car en retour, il en attend une rétribution, non seulement au plan matériel sous la forme du salaire, mais aussi au plan symbolique et moral, sous forme de la reconnaissance. Cette reconnaissance doit s'entendre selon deux acceptions: gratitude d'une part, et, reconnaissance vis à vis de ce que l'acteur apporte de non visible, de non prescrit mais de néanmoins indispensable à la survie de l'organisation. Selon C Dejours: *"La reconnaissance n'est pas une simple gratification plus ou moins démagogique"*. Pour avoir une efficacité symbolique elle passe par deux formes de jugement qui sont le jugement d'utilité et le jugement de beauté.

Le jugement d'utilité réfère à la dimension économique, sociale, ou technique de la contribution et est apporté par la ligne hiérarchique.

¹ C Dejours. Article paru dans la pensée. N°328.

Le jugement de beauté qui s'énonce en termes esthétiques est apporté par ceux qui connaissent la travail de l'intérieur, les collègues, les pairs. Il crée l'appartenance à un collectif, une communauté.

*"La reconnaissance comme rétribution symbolique pour la contribution ne porte pas sur la personne. Elle porte sur le travail, sa qualité. Le jugement de reconnaissance porte sur le faire. C'est dans un deuxième temps seulement que le sujet peut, éventuellement, rapatrier ce jugement du registre du faire dans le registre de l'être (...) La reconnaissance peut transformer la souffrance en plaisir. C'est la reconnaissance qui donne au travail son sens subjectif"*¹.

L'enjeu de la reconnaissance au travail est d'une importance primordiale, car c'est à partir "*des gratifications essentielles dans le registre de l'identité*" qu'elle procure aux acteurs, qu'il est possible d'obtenir leur "*mobilisation subjective*", et le déploiement de leur "*intelligence*" et de leur "*zèle*".

Le déficit de reconnaissance du travail effectué, constitue l'un des vecteurs d'usure fréquemment identifié dans les métiers dits donnants, du travail social. La souffrance qu'il suscite pour les professionnels peut, en outre parfois être majorée, par les conditions d'exercice qui peuvent entraîner des conflits de valeur d'ordre éthique.

Dans le contexte de la relation d'aide en MAS, les professionnels sont exposés à la perpétuelle "*confrontation avec la souffrance d'autrui qui est la source d'une souffrance spécifique qui est la compassion (souffrir avec)*".². Or la compassion n'est pas nécessairement première, ce qui est premier pour l'acteur c'est l'évitement de personnes dont les dégradations physiques et mentales, provoquent "*l'angoisse, le dégoût et la peur*". La compassion obéit à un "*processus psychique*" déclenché par l'obligation qui "*ne s'élabore qu'à grand peine grâce au collectif*" de se confronter aux obligations liées au contrat de travail, et de s'occuper des résidents même quand on n'en a pas envie. Ainsi pour bien travailler, les professionnels sont conduits à négocier le "*meilleur compromis entre efficacité technique et compassion*". L'élaboration de ce compromis est extrêmement tributaire de la qualité des arbitrages qu'ils réalisent pour prévenir tant la déshumanisation de leurs actes professionnels que les transgressions individuelles. Ceci suppose une possibilité d'élaboration collective, pour "*inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans en évacuer pour autant la souffrance*". Dans cette dynamique, la pérennité du collectif est tributaire du désir de mettre en partage les expériences de travail or "*lorsque le sujet ne parvient plus à travailler conformément à ses valeurs; lorsqu'il éprouve le sentiment d'accomplir un travail indigne, néfaste pour autrui, une tâche dont il a honte et qu'il ne*

¹ C Dejours cf. supra.

² P Molinier : "Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe ". In: Travail et Emploi. N° 97. Janvier 2004.

souhaite pas, de ce fait, mettre en délibération avec ses collègues", il y a alors "échec du travail compassionnel" et "entrée dans la souffrance éthique".

2-3 La fonction d'accompagnement.

Le verbe accompagner est issu du terme compagnon en latin "*companionem*, formé de la préposition *cum* (avec) et de *panis* (pain), c'est à dire qui mange son pain avec"¹. Accompagner, c'était partager le pain, soit revenir au contrat idéal, quand la nourriture, ressource rare, était divisée à part égale entre les compagnons. Le verbe accompagner selon la définition qu'en donne le dictionnaire, Le Petit Robert, signifie "*aller de compagnie*" avec et dans une acception relative à la maladie "*soutenir moralement et physiquement*". Dans le secteur social, ce concept se substitue de plus en plus à ceux qui lui pré-existaient, d'assistance, de prise en charge, de suivi. Or, cette modification sémantique n'est pas neutre, elle rend compte de la mutation profonde qui reconfigure l'action sociale et médico-sociale, à l'aune de l'évolution de la question du droit des usagers.

Le concept d'assistance "*implique une dépendance de la personne concernée à son "assistant "qui est en position de pouvoir*"². La prise en charge appelle une "*extériorité de la chose à traiter, pour le prestataire de la prise en charge, comme pour l'individu lui-même et limite sa considération à des besoins délimités et quantitativement évaluables*"³. L'accompagnement a contrario, postule une relation d'aide qui rétablisse la personne aidée, à une place de sujet participant. Ainsi cette fonction revêt-elle une importance fondamentale a fortiori en institution de type MAS, en ceci qu'elle fonde ce qui ressortit à l'ordre du vital pour les personnes accueillies, mais aussi car elle est le vecteur exclusif de leur participation aux différentes mesures mises en œuvre à leur profit, dans le cadre des projets et individuels et collectifs.

2-3-1 Une fonction essentielle à la mise en œuvre de la participation des usagers.

Les sujets gravement handicapés présentent fréquemment, nous l'avons vu, des troubles de la communication qui entraînent une "*pathologie de l'expression*"⁴ qui peut facilement donner à penser qu'ils sont dénués de contenus émotionnels ou de contenus de pensée et qu'ainsi ils ne sont pas des humains tout à fait humains, puisque paraissant privés de

¹ Dictionnaire étymologique de la langue française. O Bloch et W ;Von Wartburg. PUF.

² Rapport de la Mission d'étude en vue de la révision de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. V Assante.

³ J Danancier: "Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif." Dunod. P48.

⁴ Beyer- Zilliox H ., Clère D., Duchamp A. et al. "Oui, ce sont des hommes et des femmes". Lharmattan. 2003. P15.

l'accès "aux fonctions les plus nobles de l'être humain que sont la relation à l'autre, l'amitié, la pensée voire, pour certains, le langage"¹

Aux regard des dispositions initiées par la loi 2002-2, qui viennent affirmer haut et fort le droit de tous les usagers, ne pourrait-il y avoir une inclinaison quasi naturelle à envisager que cette question pour les sujets dépendants, régressés, accueillis en MAS, n'aurait aucune validité, qu'ainsi, il serait licite de considérer qu'il est sans objet de les informer, ou de les intéresser à toutes décisions les concernant, voire bien pire encore, qu'il serait sans conséquences dommageables pour eux de leur infliger des *"attitudes déshumanisantes"*².

Ces comportements qui ont en fait une fonction de protection *"contre l'angoisse que suscite l'autre régressé, ainsi que pour établir une distance radicale avec lui"*,³ revêtent des formes multiples et présentent sans doute la spécificité de pouvoir se fondre dans la banalité du quotidien.

La mise en œuvre du droit des usagers dans le champ de la grande dépendance s'origine avant tout, de notre point de vue, dans la reconnaissance de l'autre dans son altérité radicale, et donc dans la reconnaissance concomitante de son appartenance à la communauté humaine. Cette question essentielle, d'admettre ou non cet autre si régressé, si dépendant comme un semblable, peut en effet quoique parfois masquée, devenir extrêmement *"agissante"*.

Les professionnels aux prises avec la dite interrogation, doivent pouvoir l'élaborer et la penser, afin que le quotidien ne devienne *"le terrain où s'extérioriseront des actes manqués (ou quasi volontaires) ou des attitudes du type: c'est bien assez bon pour eux, eux étant une catégorie de sous-hommes qui n'auraient pas besoin du même confort, de la même qualité de vie, voire des mêmes soins que les autres, les gens normaux comme vous et moi."*⁴

Il y a lieu de considérer en effet que les personnes gravement handicapées ont, nous l'avons vu, des besoins spécifiques liés à leurs pathologies et/ou handicaps, mais qu'elles ont aussi et avant tout des besoins semblables, à ceux de n'importe quel humain. Ainsi comme tout un chacun sont-elles particulièrement perméables à leur environnement. Il est possible de le mesurer au travers d'évènements d'apparence banale qui parfois déclenchent des crises comportementales aiguës, dont étonnamment les tiers présents ne comprennent pas l'étiologie.

¹ cf. Supra

² cf. supra

³ cf. supra

⁴ Beyer- Zilliox H ,. Clère D., Duchamp A. et al. "Oui, ce sont des hommes et des femmes".

Concernant la réponse à leur besoin fondamental de communication, il est nécessaire les concernant de sortir des codes habituels de communication et d'expression, et d'inventer ou accepter d'autres langages ou moyens d'expression.

Selon E Zucman, *"il n'existe pas de personnes polyhandicapées qui ne s'expriment, mais il en est qui non entendues, cessent pour un temps de s'exprimer ou ne s'expriment plus qu'à travers un geste stéréotypé ou une somatisation. Comme tout être humain les personnes polyhandicapées ne parlent que si un proche est là pour les entendre et leur répondre (...) la grande majorité va adopter un mode d'expression verbale ou non verbale qui lui sera propre et qu'il importe de découvrir et décoder. Cela demande à l'entourage outre la conviction que l'expression existe toujours, une forte motivation"*¹

Partir du préalable que les personnes gravement handicapées ont des choses à communiquer, fonde la possibilité pour ces personnes d'être ou non admises en qualité de membres à part entière de l'espèce humaine, et donc d'être ou non, considérées comme de véritables sujets de droit. C'est dans la qualité de l'accompagnement qui leur est dispensé, que se noue au cœur du quotidien l'ensemble des questionnements que nous venons d'évoquer et qui en appellent très directement à la posture éthique des professionnels.

2-3-2 Accompagnement et éthique.

*"C'est certainement en MAS que l'exercice des droits des personnes est particulièrement difficile à réaliser. C'est ce qui fait aussi sa très grande richesse. Cette tension permanente est source d'épuisement, d'usure et de burn-out "*², écrit dans une publication du secteur M Garnier directrice de MAS, soulignant combien les enjeux liés à cette dimension, sont tant pour les usagers que pour les professionnels, d'une importance majeure.

L'institution MAS, peut-être plus encore que n'importe quelle autre institution, en considération de la spécificité des personnes qu'elle accueille, a l'obligation de se penser comme un territoire de droit et de sens. *"On est dans l'extrême en permanence: extrême dépendance, complexité des déficiences, extrême fragilité, discrétion des signaux émis, lenteur d'évolution"*³ qui faute d'un travail de fond, tant personnel que collectif, sur les valeurs et les principes orientant les décisions et les comportements, va éroder le sens des pratiques, allant parfois jusqu'à des dérives, au premier rang desquelles la maltraitance.

Le frayage avec la grande dépendance confronte à l'impuissance, l'inéluctable, l'incompréhensible. Cependant, aborder la question de l'exercice des droits fondamentaux

¹E Zucman. "Accompagner les personnes polyhandicapées ". P38.

²M Garnier : "Difficultés d'exercice des droits des personnes polyhandicapées ". Revue trimestrielle de l'association Nationale des Communautés éducatives. N°123. Juin 2003

³ cf. Supra

reconnus à tous les humains citoyens, conduit inéluctablement dès lors que nous la rapportons précisément à des sujets très régressés, à la question de la posture éthique des professionnels, laquelle se noue principalement au cœur du quotidien.

Dans l'ouvrage qu'ils co-publient B Laborel, R Vercauteren,¹ en appellent au besoin d'éthique en établissement, *"préoccupation de l'ordre du devoir"*, pour l'acteur professionnel *"qui agit pour des décisions impliquant autrui"*, décisions qui le placent dans la nécessité de *"rassembler des éléments, choisir, solliciter, expliquer, recueillir des avis, émettre des hypothèses, et donc manier de fait un arbitraire"*, autant de composantes qui peuvent en outre être davantage encore complexifiées selon son contexte d'intervention.

"C'est la question du bien-fondé du faire qui interroge le quotidien, ce bien-fondé qui cerne, délimite, autorise, responsabilise, voire légitime les actes de chaque instant".

Pour permettre une prise en compte véritable de l'être, au-delà d'un accompagnement qui se réduirait à des actes purement fonctionnels, il convient *"de mettre à jour les repères unificateurs permettant d'en poser les jalons"*.

B Laborel et R Vercauteren fondent leur questionnement à propos de ces repères autour des deux acceptions, éthique et morale, considérant pour leur part, qu'elles peuvent avoir partie liée *"d'autant qu'étymologiquement il s'agit d'un même mot fondé pour l'un sur une racine grecque pour l'autre sur une racine latine."*

Pour les deux auteurs la morale renvoie à l'agir humain, aux comportements quotidiens, aux choix existentiels, ce dans une approche dynamique, *"ce qu'il faut faire par opposition à la statique des faits, ce qui est, ce qui se fait"*. Elle se situe donc plutôt du côté des *"normes de règles, des comportements, des principes"*, quand l'éthique ressortirait pareillement, aux *"mœurs"*, à *"la conduite de la vie"*, aux *"règles de comportement"*, mais ce en corrélation avec la *"recherche, la systématisation de la réflexion, la pratique concrète et la réalisation des valeurs"*.

Nous n'entrerons pas ici dans un débat sémantique concernant ces deux substantifs, préférant pour notre part nous remettre à la notion d'éthique, en référence notamment aux définitions de Paul Ricoeur, pour lequel l'éthique réfère à *"l'intention, la visée bonne"*, alors que la morale relèverait davantage, de *"l'obligation sous la forme de droits et de devoirs"*.

Ricoeur affirme donc la primauté de l'éthique sur la morale, en considérant néanmoins comme nécessaire, que la visée éthique passe par la norme. L'application de la norme dans des situations concrètes étant susceptible d'engendrer des conflits, et, de conduire à des impasses, le recours à la norme éthique se justifie, pour permettre la prise en compte de la singularité des situations et des personnes.

L'éthique est au nouage de l'individuel et du collectif, elle repose sur le *"désir d'une vie accomplie avec et pour les autres, dans le cadre d'institutions justes"*, elle lie d'un côté *"l'être humain dans ce qu'il a de plus profond en lui, son désir et le réceptacle groupal de ce désir"* et

¹ B. Laborel. R Vercauteren: "Construire une éthique en établissement pour personnes âgées ". Erès.

"l'institution d'autrui" au moyen de ce qui est pour Ricoeur non pas *"bon"* ou *"mauvais"* mais *"juste"*.¹

L'éthique, a fortiori dans le quotidien d'une MAS, en appelle donc à des postures individuelles, qui se déclinent à partir de valeurs tant philosophiques que culturelles, variées. Cependant, *"la juxtaposition ou la sommation d'éthiques individuelles pourrait"* comme P Ducalet et M Laforcade l'écrivent dans leur ouvrage commun *"se révéler génératrice de divergences et de conflits, ou plus simplement créer une incapacité pour l'organisation de fonctionner correctement"*², d'où la nécessité impérieuse de produire sur ces questions une réflexion collective, seule susceptible d'aboutir à l'émergence d'une culture commune de référence de nature à lier l'individuel et le collectif.

Conclusion de la deuxième partie.

Le travail de recherche que nous avons effectué vient valider les hypothèses que nous formions, quant au caractère spécifique de la relation d'aide dans le champ de la grande dépendance, et, aux risques permanents que cette spécificité fait encourir tant aux usagers qu'aux professionnels tel que nous avons tenté de le démontrer. Nous mesurons combien l'omniprésence de la question de la souffrance infiltre toutes les strates institutionnelles et tend à favoriser une érosion de l'engagement professionnel des salariés. La gestion de cette question en appelle à notre sens du management et, à notre capacité à penser un dispositif institutionnel qui puisse efficacement contribuer à favoriser les collaborations et les coopérations inter et intra-disciplinaires, le sens et la reconnaissance du travail en n'excluant jamais le pré-supposé que nous avons objectivé, soit l'existence d'une distorsion irréductible entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle. Nous allons en troisième partie de ce travail examiner le projet d'action qu'à partir de ces divers postulats nous avons conçu.

¹P Ricoeur : "Soi –Même comme un autre " ;L'ordre philosophique". Seuil.

² P Ducalet. M Laforcade : "Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales". Seli Arslan. P 90.

LUTTER CONTRE L'USURE PROFESSIONNELLE, UN PROJET DE DIRECTION PARTAGE.

Introduction de la troisième partie.

En référence aux différentes investigations que nous avons menées, il apparaît clairement que les diverses manifestations identifiées au sein de l'établissement rendent effectivement compte d'une usure des professionnels. Ce constat en appelle très directement aux responsabilités attachées à notre fonction de direction. En effet :

- en qualité de responsable de la conduite du projet d'établissement, il nous appartient de veiller à favoriser la cohérence, le bien-fondé de l'accompagnement et des soins délivrés aux usagers, or nous avons démontré que les effets délétères de l'usure altèrent inéluctablement à terme la qualité de ces prestations, jusqu'à exposer les résidents à des formes de maltraitance actives ou passives.

- en qualité de responsable de la gestion des ressources humaines, il est indispensable que nous prenions en compte les conséquences que les diverses manifestations liées à ce phénomène, font peser sur les femmes et les hommes qui composent l'équipe d'intervention.

- en qualité de responsable de la gestion des moyens financiers, nous constatons que l'absentéisme consécutif à ce phénomène a un coût non négligeable, même si une partie des remplacements générés par des absences directement liées à ce phénomène, peut être pour partie financée par des recettes en atténuation, (indemnités journalières versées au titre de l'assurance maladie ou d'un régime de prévoyance).

La prise en compte de cette question institutionnelle, au travers de la mise en œuvre d'une politique volontariste constitue par conséquent l'un des enjeux essentiels de notre projet de direction.

La stratégie que nous avons adoptée se situe en *"tension entre les deux pôles de la permanence et de la nouveauté"*¹. En effet tel que l'écrit B Dubreuil dans son ouvrage *"conduire un établissement ne signifie pas atteindre un état déterminé mais soutenir son dynamisme au fil du temps"*. Ainsi, si aujourd'hui nous incombe effectivement la responsabilité d'impulser un changement nécessaire *"du fait de dysfonctionnements caractérisés"* et de la nécessité de mettre l'établissement en conformité avec les dispositions de la loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 qui entraîne une *"évolution significative de l'environnement"*, nous ne saurions négliger pour autant la gestion quotidienne des équipes.

¹ B Dubreuil. Le travail de directeur en établissement social et médico-social. Dunod PP 97-98.

Nous aborderons ainsi dans cette troisième partie, les actions principales initiées à partir de ces deux axes, mais croyons utile d'examiner en préalable les pré-requis que postule de notre point de vue l'exercice de la fonction de direction en MAS. Nous pensons en effet qu'au regard de la spécificité de la population accueillie, le directeur ne peut se contenter de s'en remettre à un référentiel professionnel, pour exécuter les attributions qui lui sont dévolues dans le cadre de son contrat de travail, mais doit également adosser son action à des postures éthiques, déontologiques, qui lui appartiennent en propre et conditionnent alors très significativement son mode singulier d' appropriation et de déclinaison de la fonction.

3-1 La spécificité de la fonction de direction en MAS.

Si l'on étudie le référentiel de compétence¹ du directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale qui vient d'être élaboré à l'occasion de la récente réforme du CAFDES, il est intéressant de constater qu'en sus des invariants classiquement attachés à cette fonction, est évoquée aussi la "zone d'incertitude"², qui ressortit à la marge de liberté de chaque acteur directeur, et à la spécificité des différentes institutions. Ainsi, si cette fonction se structure aujourd'hui autour de missions spécifiques telles que: la conduite de projet, l'animation et la gestion des ressources humaines, la gestion économique et financière, l'analyse stratégique, qui prennent appui sur des capacités d'expertise basées sur un socle de connaissances fondamentales, les directeurs doivent néanmoins par ailleurs:

- être en capacité de faire preuve "*d'adaptabilité*" à de "*multiples conditions d'exercice*",
- adosser leur action à "*une exigence éthique et déontologique*".

3-1-1 Prendre la mesure de contraintes spécifiques.

Tel que nous l'avons explicité, l'institution MAS possède des caractéristiques propres qui impactent très directement le jeu des différents acteurs. Il est de notre point de vue impératif que le directeur en acquiert une connaissance approfondie, et les intègre dans la conduite de son projet de direction. Les dimensions de la souffrance et de la violence sont omniprésentes et tendent à mettre en risque les professionnels et par voie de conséquence, les usagers. Un mode de management autoritaire ne peut dans un tel contexte qu'avoir des effets limités. Il apparaît donc indispensable qu'en sus d'indispensables compétences techniques, le directeur puisse posséder un "*savoir-être*,

¹ Cf. Arrêté du 5 décembre 2001 fixant les modalités de la formation préparatoire au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

² Au sens de la sociologie des organisations.

nécessaire à une approche humaniste".¹, pré-requis indispensable, pour garantir le respect d'une véritable éthique de l'institution et du sujet.

Diriger en MAS, c'est aussi de notre point de vue, accepter que la complexité applicable à n'importe quelle organisation soit, dans cette institution, sans nul doute majorée, et en tenir compte dans son mode d'appropriation de la fonction de direction. Tel que l'écrivent P Ducalet et M Laforcade dans leur ouvrage: *"L'entreprise sociale, organisation complexe où s'enchevêtrent de multiples dimensions, ne peut se réduire à la juxtaposition réductrice de services qui s'auto réfèrent dans le cadre d'une répartition hiérarchisée de la fonction de conception et de décision(on pense en haut, on agit en bas)".*

La dualité accompagnement à la vie quotidienne/activités, postule implicitement la capacité de l'institution à concilier les besoins réels des usagers et le besoin de reconnaissance des salariés.

Face à l'inertie, au toujours pareil, à la répétition, Il est possible en effet de penser *"que la multiplication des activités et des sorties" peuvent permettre "à elles seules de résoudre le problème de l'aliénation".* C'est une idée à laquelle D Brandeho dit avoir longtemps cru, avant de citer le docteur P Gabbaï qui à l'aune de sa grande expérience affirme pour sa part que *"c'est d'abord en gérant au mieux les actes de la vie quotidienne, que la personne handicapée peut se sentir en sécurité"².*

Nous croyons que cette question qui est récurrente au sein de l'institution MAS est extrêmement importante. Il appartient en effet au directeur de ne pas céder aux sirènes de l'activisme, qu'elles s'expriment par la voix des équipes, ou par celles des familles. Ces acteurs institutionnels sont en effet, perpétuellement aux prises à la difficile question de la souffrance, et pour s'en protéger recourent très fréquemment à des mécanismes défensifs, qui les conduisent à se forger des représentations erronées des besoins des usagers. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne le domaine des activités dites occupationnelles ou de loisirs. Ces activités sont fréquemment sur-valorisées par les professionnels et les familles, en comparaison avec celles dites du quotidien. L'accompagnement aux actes essentiels de la vie relève en effet du domaine du non visible, du difficilement communicable et bien qu'il requière une réelle technicité, de la rigueur, un sens de l'attention et de l'observation particulièrement aiguisée, il n'est pas reconnu autant que nécessaire. Paradoxalement nous en arrivons même à penser que le caractère totalement indispensable de ce quotidien qui va de soi puisqu'il garantit la survie de personnes en situation de grande dépendance et de grande vulnérabilité, contribue à lui conférer sa grande banalité.

¹ Dossier. Cap sur la fonction de directeur. Réalisation B Pasquier. Direction(s)N°10. Juillet-Août 2004.

²D Brandého : "Usure dans l'institution. 2^{ème} édition. ENSP. P 10

En institution MAS, ce point précis constitue une zone de fragilité vis à vis de laquelle le directeur doit se montrer particulièrement attentif. C'est dans le domaine du quotidien que le fraying avec la souillure, la répétition, l'inertie, la violence est le plus prégnant. Si la grande, l'indispensable valeur de ce domaine d'activité n'est pas affirmée, réitérée aussi souvent que possible, la disqualification de ce travail par les salariés eux-mêmes sera effective, et les conséquences pour les usagers dramatiques. L'un des principes premiers qui doit présider à l'action du cadre dirigeant, est la recherche de la meilleure adéquation possible entre les orientations des actions et des projets, et les besoins des usagers. Ce postulat paraît aller de soi, cependant dans le lieu singulier de la MAS, dans lequel s'entremêlent une diversité de troubles et de symptômes qui bien souvent confrontent professionnels et familles à des sentiments d'inquiétude, de désarroi, le directeur qui est à l'interface de toutes les strates institutionnelles doit se montrer attentif à cette question.

Il pourra selon nous d'autant mieux y parvenir, s'il est doté d'un minimum de connaissances théoriques en matière de psychopathologie. En effet des situations en rapport à la gestion des ressources humaines ou à la gestion logistique, telles que:

- changer les affectations de personnel sur les groupes de vie
- faire effectuer des travaux,

- apporter des modifications dans l'environnement immédiat des résidents,

revêtent au-delà de leur apparente banalité une grande complexité, car inéluctablement génératrices de troubles pour les usagers. La fonction de direction ne peut donc prétendre à une efficacité sans prise en compte de ce paramètre. La mise en acte des principes habituels qui sont appliqués dans les méthodologies de projet n'aura pas de validité, si ces principes ne sont pas référés à une connaissance réelle des besoins des personnes accueillies, à des notions théoriques et conceptuelles de nature à les objectiver, et à la prise en considération de la réflexion globale, du collectif transdisciplinaire.

Par ailleurs, le directeur salarié d'une association gestionnaire, est à l'interface des relations entre le Conseil d'administration et l'établissement. Il lui appartient donc, a fortiori lorsqu'il s'agit d'une association de parents, de faire preuve de dialogue, d'ouverture et de transparence afin de ne pas renforcer les éprouvés de souffrance et de culpabilité. A cet effet, il lui revient de favoriser la lisibilité par les administrateurs, de l'action qu'il conduit, de favoriser l'instauration d'une relation de confiance, en informant largement *"sur ce qui est fait et en maintenant toutes portes ouvertes"*. Il lui incombe en outre, de médiatiser les relations entre familles et professionnels, en s'efforçant tel que le préconise E Zucman de promouvoir *"compréhension et tolérance dans l'équipe éducative en la renarcissant et en la protégeant des rivalités avec les parents"*¹.

¹ E Zucman : Accompagner les personnes polyhandicapées. CTNERHI. P 73

La fonction de direction en MAS obéit donc de notre point de vue, à des exigences spécifiques qui tiennent aux diverses caractéristiques que nous avons développées tout au long de ce travail. Le directeur ne peut limiter son action, à la mise en œuvre de savoir-faire, mais doit prioritairement *"prendre conscience des limites et des enjeux de sa fonction"* et surtout de la complexité de l'environnement dans lequel elle s'exerce. L'exercice d'un pouvoir omniscient, fût-il fondé sur des savoirs techniques, ne peut-être de mise, aussi adhérons-nous aux préconisations de P Lefèvre, qui prône et ce quelque soit le secteur d'activité: *"un partage du savoir, un savant dosage d'utopie et de compétence, et une valorisation des talents des acteurs"*¹

3-1-2 Manager l'équipe d'intervention.

Les différents groupes socioprofessionnels de l'institution constituent la pierre angulaire du dispositif, car nous l'avons démontré, au regard de la gravité des handicaps des personnes accueillies, c'est l'aide humaine par la voie de l'accompagnement qui, représente le principal vecteur de la dispensation à leur profit, des soins et des médiations à visée de relation et de participation. Corrélativement la principale vulnérabilité du dispositif institutionnel, tient aux défaillances qu'elles soient potentielles ou avérées des acteurs professionnels. La gestion de cette "antinomie" postule obligatoirement que l'équipe de direction adopte un management qui favorise la communication, la négociation et la concertation et fasse preuve dans ses relations avec les salariés d'humanité et d'empathie.

Il convient en effet, de permettre qu'au sein de l'établissement, il soit possible individuellement et collectivement d'élaborer le sens de la souffrance, afin d'en réduire les conséquences nocives, voire de la transformer en créativité. Ce travail de construction collective ne se décrète pas, il se fonde sur des dispositions institutionnelles et organisationnelles, lesquelles mises bout à bout, permettent à défaut de vouloir prétendre à une éradication définitive de phénomènes qui sont consubstantiels à la grande dépendance et au handicap profond, de tendre à des formes de résolution et de mises en sens des phénomènes qui sont en jeu. Pour parvenir à l'instauration d'un équilibre dynamique, entre les exigences d'une qualité d'accompagnement et de soins à l'adresse des usagers, et la prise en compte de la souffrance des salariés, nous considérons que les objectifs suivants doivent être prioritairement retenus pour la conduite de notre projet de direction:

- inscrire l'établissement dans un contexte environnemental global, afin de permettre aux salariés de mieux appréhender les enjeux actuels de la reconfiguration du secteur médico-social.

¹ P Lefèvre : "Accompagner l'innovation et valoriser les talents " Directions N°10 Juillet-août 2004.

- fédérer le collectif autour d'un projet qui soit en conformité avec les besoins et les droits des personnes accueillies, les dispositions réglementaires.
- favoriser un cadre institutionnel qui permette de fonder les pratiques professionnelles quotidiennes sur des orientations éthiques, théoriques et techniques reconnues et partagées.
- promouvoir des espaces réflexifs qui permettent une élaboration quant aux situations rencontrées, aux actes engagés,
- offrir des possibilités d'expression des sentiments et des éprouvés, dans un climat de dialogue et de confiance,
- aborder les dysfonctionnements, tout en évitant le piège du "jamais assez "ou du "jamais assez bien "qui accule les professionnels à des mécanismes de culpabilité pernicieux, puisque que potentiellement vecteur d'usure. Le recours au registre disciplinaire, n'étant pas pour autant à exclure en cas de nécessité, car le respect de la loi ne souffre aucune dérogation.
- proposer une organisation du travail qui soit cohérente et lisible.
- favoriser la communication avec les instances représentatives du personnel et veiller tout particulièrement au climat social général.-
- promouvoir une politique de formation qui permette d'optimiser la qualité des interventions engagées auprès des usagers, mais aussi le cas échéant de parfaire une professionnalisation.

Diriger une équipe en MAS, c'est accorder de l'attention aux phénomènes de groupe et c'est aussi tenter de maîtriser les différentes phases de l'évolution de l'équipe, ce qui implique nécessairement la gestion de périodes critiques. Cela réclame une constance et une vigilance qui à notre avis ne peuvent se relâcher. Ce domaine d'intervention en appelle plus que n'importe quel autre à l'implication personnelle du directeur, qui a le devoir d'adopter des comportements conformes aux valeurs qu'il impulse, savoir être "proche du terrain", sans pour autant se laisser paralyser par les contraintes de la réalité.

"L'institution MAS", est une institution dont nous avons tout au long de ce travail tenté de donner à percevoir la singularité. Prendre un poste de direction dans ce type d'établissement postule selon nous obligatoirement, de faire un travail de clarification sur ses propres représentations vis à vis du handicap, et de prendre la véritable mesure des difficultés de l'accompagnement dans le champ de la grande dépendance. Sans le respect de ce préalable, il nous paraît peu probable de parvenir véritablement à asseoir:

- une réelle efficacité dans la conduite des missions confiées;
- une réelle légitimité tant auprès des salariés que des familles.

3-2 Diminuer la souffrance au travail pour favoriser une réelle éthique de l'accompagnement et du soin en faveur des usagers.

Notre projet de direction entend promouvoir une dynamique de changement en prenant appui sur la réactualisation du projet institutionnel, mais notre action est appelée à gérer en simultané la continuité structurelle. Nous mesurons pleinement combien cette part revêt une importance prépondérante, dans le traitement des problématiques institutionnelles identifiées. Dans le domaine de la "gestion quotidienne" il nous apparaît ainsi indispensable, de promouvoir une organisation institutionnelle qui valorise les conditions de travail et la reconnaissance des salariés pour favoriser une réelle éthique de l'accompagnement et du soin en faveur des usagers.

3-2-1 Optimiser les conditions de travail.

La qualité des conditions de travail en tant qu'elle nous paraît de nature à accroître ou à obérer l'investissement des salariés, appelle de notre part une politique volontariste. Ainsi certains pans du dispositif qui sont fondamentaux dans le fonctionnement institutionnel justifient-ils d'une veille constante de notre part et ont réclamé des arbitrages en terme d'affectation de moyens.

A) La gestion des plannings du personnel.

Cet aspect de la vie institutionnelle, a fortiori dans un établissement à fonctionnement continu, fait l'objet d'une vigilance particulière au sein de l'institution. Le planning organise en effet le temps des acteurs professionnels qu'il divise en deux séquences: *"celle de nature professionnelle où l'on est là, l'autre de nature privée où l'on n'est pas là"*¹. Nous postulons que si l'organisation de l'espace personnel est rendue possible en favorisant des possibilités d'anticipation et de projection, l'espace professionnel devient alors plus supportable. *"Par la promesse du premier, par la certitude qu'il ne sera pas attaqué, le second est vivable"*².

Par ailleurs, en considération des difficultés inhérentes à la prise en charge de personnes gravement handicapées, et à l'absence de gratifications des équipes par les résidents, nous considérons que permettre une articulation vie privée, vie professionnelle qualitative contribue à une forme de reconnaissance du personnel.

Nous avons ainsi pris l'option d'emplois du temps fixes, ce qui implique que les mêmes salariés se retrouvent très régulièrement pour travailler ensemble. Ce système stabilise le groupe professionnel et permet le développement de compétences relationnelles par le

¹P Chavaroche. Équipes éducatives et soignantes en MAS. P86.

² Cf. supra.

biais d'une identité groupale, qui favorise l'élaboration de compétences collectives. Ce système peut néanmoins parfois aussi entraîner, des clivages "*bonnes et mauvaises équipes*", difficultés qui sont alors mises au travail en réunion.

Nous traitons de manière systématique les demandes d'aménagement ponctuels liés à des impératifs d'ordre privé qui sauf impossibilité majeure sont accordés sous forme de congé impromptu, permutations, récupérations. Cette politique est certes exigeante en terme de gestion, mais contribue assurément à une valorisation des salariés et nous observons qu'en contrepartie à chaque fois qu'un incident requiert que l'un d'entre eux se libère pour absorber une séquence travaillée non prévue, il n'est pas nécessaire de procéder à une désignation. De manière quasi générale une personne se propose après concertation du groupe concerné.

Les demandes de diminution du temps de travail sont par ailleurs systématiquement acceptées. Elles peuvent être sollicitées à divers titres:

congés parentaux, (deux salariées concernées en 2004)

conventions de préretraite progressive, (deux salariées concernées actuellement)

temps partiel pour raisons familiales, (quatre salariées concernées actuellement).

Les congés sabbatiques, congés sans solde de courte durée font l'objet d'un traitement identique

Il nous paraît en fait, indispensable de favoriser toutes les opportunités, susceptibles d'offrir aux salariés des alternatives à la souffrance au travail. Nous croyons en effet que ces demandes qu'elles que soient leur nature administrative, traduisent implicitement un empêchement ou partiel ou total, à pouvoir continuer à travailler auprès de personnes très lourdement handicapées. Une diminution du temps d'intervention, ou une interruption momentanée peut parfois permettre une remobilisation. Tel a été le cas de deux salariées qui avaient sollicité un congé sabbatique pour faire une expérience dans un autre environnement professionnel qui ont choisi de revenir dans l'établissement au terme de leur congé. et ont retrouvé après cette prise de distance, des capacités.

a) *Organisation des plannings.*

Chaque groupe socioprofessionnel bénéficie donc d'un planning collectif qui, est basé sur la répétition d'un cycle de travail de six ou douze semaines selon la catégorie concernée. Chaque salarié dispose d'un cycle individuel qui lui permet de projeter son organisation de travail dans la durée. La loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail est en application dans l'établissement depuis le 1er juillet 2000, l'accord d'entreprise a abouti à une réduction du temps de travail sous forme de jours. Ceci n'empêche pas que les plannings soient construits sur la base d'une moyenne horaire de 35H.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une disposition conventionnelle, les salariés bénéficient de 9 jours de congés dits supplémentaires par an, auquel s'ajoutent pour certains des congés dits d'ancienneté. Ceci a pour effet que le personnel dit d'accompagnement

soumis à anomalie du rythme des horaires, travaille en moyenne 180 jours dans l'année, (ce chiffre se rapporte à un équivalent temps plein).

Les remplacements sont assurés par un pool de remplaçants et sauf rare exception alors négociée avec l'intéressé il n'existe pas de modification de planning lié à la défection d'un autre salarié. La gestion des absences prévisibles (congé, récupération) est anticipée de sorte que les salariés ont une latitude d'organisation par rapport à leurs impératifs personnels et familiaux.

b) Gestion des remplacements.

L'exploration du champ théorique et conceptuel relatif à l'usure professionnelle nous a démontré que certaines situations liées à l'organisation du travail accroissaient l'incertitude du système, augmentaient la tension émotionnelle des salariés et concouraient à l'installation de l'usure. Le sous-effectif, la pression du temps institutionnel qu'il induit est identifiée comme une situation de cette nature, vecteur de pénibilité physique et psychique supplémentaire pour le personnel en poste. Nous considérons donc qu'il est primordial d'être très réactif vis à vis des absences imprévues et de maintenir sur les groupes de vie des effectifs suffisants.

Nous disposons sur la ligne budgétaire afférente au personnel, du financement de 2 postes d'AMP avant qualification, aux fins de remplacement des congés annuels du personnel d'accompagnement et d'une partie du personnel des services généraux. Nous n'avons pas de dotation de ressources, pour pallier les remplacements liés aux congés conventionnels d'autre nature. Pour les absences liées à la maladie, maternité, accident du travail, nous bénéficions des recettes en atténuation classiques. Nous pratiquons par conséquent, une politique de remplacement partiel des longues absences, sur la base en général d'une réduction du temps de travail journalier, en dotant exclusivement les temps forts, liés à la dispensation des actes vitaux. En procédant de la sorte, nous nous ménageons la possibilité de remplacer toutes les absences, voire de recourir à du personnel remplaçant pour des activités institutionnelles particulières : (réunions plénières, réunions groupe projet, animations...)

Nous avons par ailleurs fidélisé un pool de remplaçants auxquels nous faisons régulièrement appel. Plusieurs des personnes qui ont été employées dans ce cadre par l'établissement au cours des trois dernières années, ont pu engager des formations d'AMP, qui ont été financées dans le cadre de "CIF "par PROMOFAP et ont souhaité effectuer leur stage long au sein de l'établissement. L'une d'entre elle vient d'être recrutée dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée.

c) Pérennisation d'un poste "emploi-jeune "en charge de la gestion administrative du personnel et de la gestion informatisée des plannings.

Depuis 1999 le tableau des effectifs comportait trois postes en contrats aidés "emploi-jeune" à terme, cette année. Parmi ces trois emplois, l'un, dévolu à la gestion des plannings, visait à la mise en place d'un logiciel de traitement informatisé de ceux-ci. En cinq ans, l'application du système a connu, grâce à l'engagement des deux salariées qui se sont succédées sur le poste, un développement considérable et a permis de largement réduire les aléas de la gestion des emplois du temps. La personne qui occupe aujourd'hui le poste a suivi en outre de nombreuses formations relatives au droit du travail, au droit conventionnel. Elle est un interlocuteur privilégié pour les salariés pour tout ce qui touche au domaine de la gestion des emplois du temps.

Les postes "Emploi jeune" n'ayant pu faire l'objet d'une pérennisation, nous nous trouvons face à la nécessité de devoir reconsidérer en cours d'année 2004 ce système de gestion, qui ne pouvait en aucun cas être absorbé par les deux salariées qui composent l'équipe administrative.

Le nombre conséquent de professionnels employés par l'institution, la question récurrente de l'absentéisme, les exigences liées à l'entrée en application de l'ARTT, nous ont conduits à arbitrer des choix et à garantir le maintien de cet emploi. Cette position a suscité l'adhésion des salariés qui mesurent le suivi régulier que réclame ce domaine dans la vie institutionnelle.

Nous avons utilisé l'opportunité du licenciement en octobre 2003, d'une salariée pour inaptitude physique et impossibilité de reclassement pour redéployer son poste aux fins qu'il gage le poste administratif "emploi jeune". Nous avons soumis cette prévision dans notre budget prévisionnel 2004 laquelle n'a pas suscité de remarque particulière de la part de l'autorité de tarification et de contrôle. Nous prévoyons le recrutement en CDI à compter du 1^{er} septembre prochain de cette salariée qui aura la charge de la gestion administrative de la totalité du pôle personnel.

B) Fonder une cohérence interne en favorisant la communication et la coordination inter et intra services.

"La seule pluriprofessionnalité n'est pas suffisante, elle s'exprime souvent par la simple juxtaposition de professionnels qui consentent à s'écouter parler l'un l'autre ou par l'hégémonie de l'un sur l'autre. L'interprofessionnalité signifie l'échange et la confrontation des expériences, l'interpénétration des idées et la coopération." A partir d'une adhésion à cet axiome, nous admettons que la cohérence du dispositif institutionnel ne puisse s'accommoder "du triomphe de la déliaison" et qu'elle se construit surtout à partir de "l'aptitude des acteurs - et d'abord du directeur- à articuler les parties au tout, à tisser ensemble, à relier tout ce qui a été disjoint (...) Le souci de la cohérence interne" visant à: "permettre de décroisonner, de rassembler

les professionnels de l'établissement autour de la personne accueillie".¹ La marge de liberté qui ressortit à chaque salarié infléchit à l'évidence la mise en œuvre de cette cohérence, mais elle est aussi largement conditionnée par l'organisation institutionnelle qui peut complexifier ou faciliter les interrelations entre acteurs.

Afin de concourir à l'optimisation de cette coopération qui, il convient de le souligner, a été en outre fort obérée par la mise en œuvre de l'ARTT et ce tout particulièrement dans les établissements à fonctionnement continu (morcellement des plannings qui érode le lien et entraîne une discontinuité dans les présences), nous nous appuyons sur la fonction de coordination confiée au personnel de qualification moniteur-éducateur et sur le dispositif de réunion.

a) *La fonction de coordination.*

Cette fonction est actuellement principalement dévolue aux quatre salariés possédant le diplôme de moniteur-éducateur. Ils sont affectés sur chacun des groupes de vie. Leur emploi du temps comprend une part de travail d'accompagnement et du temps dit de coordination. Les coordinateurs constituent une interface directe entre la direction et les équipes. Ce sont eux qui ont la charge de la préparation des ordres du jour des réunions qui traitent de la clinique, du projet personnalisé des résidents ou du fonctionnement, qu'ils élaborent en recueillant les principales problématiques ou questionnements qui animent les équipes. Ils ont la responsabilité de consigner sur les supports écrits prévus à cet effet (cahiers de liaison du personnel, cahiers individuels des résidents) les décisions prises en réunion afin qu'elles soient portées à la connaissance de leurs collègues absents. Ils leur appartient de faire remonter le cas échéant les difficultés rencontrées dans la mise en application.

b) *Le dispositif de réunion.*

Face à des résidents très dépourvus, les professionnels ont besoin de trouver dans les relations entre pairs un recours contre les effets de la souffrance au travail. A défaut d'y parvenir, les risques d'usure sont majeurs. Or ces relations nécessairement complexes, puisqu'elles postulent un compromis entre la subjectivité individuelle de l'acteur et la somme des subjectivités collectives, demandent à être régulées, médiatisées, dans des espaces de communication instaurés à cet effet. S'il est possible en effet de prescrire la coordination des tâches, il s'avère impossible a contrario de prescrire la coopération, qui repose entièrement sur la volonté des acteurs. Les réunions constituent donc à notre sens des espaces tiers indispensables, pour la gestion de ce décalage et la construction des coopérations. C'est en leur sein en effet, que peuvent s'instaurer, les discussions et

¹P Ducalet. M Laforcade. "Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales ". Seli Arslan. P 73 et P

arbitrages nécessaires à la stabilisation des accords entre les membres du collectif, sur les manières de travailler. Nous croyons par ailleurs que les réunions quelles que soient leur nature et leur finalité contribuent aux transferts des connaissances et des expériences, à la circulation des informations, et qu'elles constituent des possibilités d'expression des ressentis.

Dans l'établissement, le dispositif de réunions est totalement intégré dans la dynamique institutionnelle. Les temps réservés à cet effet sont intégrés dans les plannings de travail des salariés qui peuvent ainsi se référer à un cadre précis.

Le détail des différentes réunions figure en annexe N°10. Nous nous intéresserons plus particulièrement ici, à celles qui selon nous, concourent principalement à redonner sens aux pratiques quotidiennes.

Les réunions cliniques dites de coordination des intervenants.

Ces réunions qui sont essentielles pour promouvoir le sens des fonctions d'accompagnement et de soins ont lieu à une fréquence bimensuelle pour chacune des équipes des deux groupes de vie. Elles réunissent la totalité du personnel accompagnant de l'aile¹, la psychologue, le personnel paramédical, un infirmier, le médecin généraliste qui y assiste pour partie, et un membre de la direction.

Elles ont pour principal objet de *"parler des résidents (...) dans une interaction équipe/résidents (...) moyen privilégié de mettre à jour et de traiter les questions qui se posent dans cette relation dont nous avons vu combien elle pouvait être problématique"*² Elles visent à articuler les pratiques, à tenter de donner du sens à des symptomatologies parfois tellement déroutantes, à *"éviter que ne se fixent, voire ne s'enkystent, les difficultés inhérentes"* à la prise en charge de personnes très gravement handicapées, et *"contribuent à forger et entretenir un "moi-équipe éducative et soignante", dont nous "savons bien qu'il est l'un des principaux facteurs de possible travail auprès de ces résidents"*.³

C'est dans le cadre de ces réunions que sont définis, réactualisés les projets personnalisés des résidents.

Les réunions de soutien à la pratique.

177.

¹ Le système de l'alternance par quinzaine complètement intégré dans la construction des plannings prévoit que les salariés non concernés pallient l'absence de leurs collègues.

²P Chavaroche: "Équipes éducatives et soignantes en MAS ".Matrice.P41

³ cf. supra. P 70.

A une fréquence mensuelle, le personnel d'accompagnement bénéficie d'une réunion d'analyse des pratiques animée par une intervenante extérieure à l'institution. Cette analyse des pratiques vise essentiellement à apporter un éclairage disciplinaire sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences pour les usagers. Au sein de cet espace de parole, les salariés peuvent exprimer des ressentis à propos de ce que met en jeu sur le plan individuel et collectif, leur travail auprès de personnes très lourdement handicapées en excluant ce qui a trait au registre personnel, qui peut si nécessaire se travailler dans le cadre d'une démarche volontaire et hors institution.

c) *Favoriser l'articulation de la fonction accompagnement et de la fonction soin, en réorganisant le service infirmier.*

La MAS "Héliodore", accueille des résidents présentant des pathologies telles, qu'elles nécessitent des articulations étroites entre la dimension du soin et l'espace vie quotidienne. Pour des raisons qui tiennent à l'histoire institutionnelle, au positionnement du médecin généraliste qui intervient dans l'établissement depuis l'ouverture, du départ du médecin psychiatre qu'il est peu vraisemblable de pouvoir remplacer, de l'actuelle organisation du service infirmier, cette articulation n'est pas aussi opérante que nécessaire. Nous considérons que ce clivage entre la fonction accompagnement et la fonction soin, contribue significativement à l'usure du personnel accompagnant qui a le sentiment que le travail qu'il effectue n'est pas reconnu. En référence à la psychopathologie du travail, nous savons en effet, combien la question de la rétribution symbolique est constitutive de la formation de la volonté collective, et de la contribution des professionnels à la dynamique de coopération. Ce constat nous conduit donc à envisager des mesures correctives immédiates, même si dans le décours du travail de réactualisation du projet institutionnel, d'autres changements peuvent être initiés. Nous allons ainsi mettre en place une réorganisation du service infirmier, qui pourra permettre d'améliorer le lien entre ces deux fonctions.

La suppression de l'astreinte infirmière de nuit.

Le service infirmier comprend actuellement 4 postes à temps plein, qui couvrent une amplitude journalière qui débute à 7H30 et se termine à 20H, suivie d'une astreinte de nuit assurée à domicile. Cette astreinte est valorisée à 4H30 décomptées du temps de travail effectif, ce qui ramène la moyenne horaire hebdomadaire à 26 heures. Nous ne disposons pas de crédits pour compenser les absences pour congé qui sont donc absorbées exclusivement par les quatre salariés qui s'auto-remplacent. Ces remplacements suscitent une inflation d'heures supplémentaires qui, elles-mêmes suscitent d'autres remplacements pour récupération.

Ce fonctionnement entraîne un morcellement conséquent de ce service. Les salariés travaillent un maximum de quatre jours par semaine et sont en permanence confrontés à

la discontinuité, et à des difficultés de communication tant au sein même de leur équipe que dans les interrelations avec les autres groupes professionnels. L'essentiel de leurs interventions est centré sur des tâches techniques indispensables mais ce dans des pratiques qui se déconnectent de plus en plus du fonctionnement institutionnel global. Leur présence en réunion n'est pas toujours garantie a fortiori dans les périodes d'absence de l'un d'entre eux.

En analysant sur les trois dernières années les motifs d'intervention durant les astreintes, nous avons objectivé un nombre de déplacements de l'ordre de trois par an, et ce pour des raisons qui justifiaient l'intervention d'un médecin. Les autres saisines peu importantes ressortissaient surtout à des demandes de réassurance de la part du veilleur de nuit et se sont résolues par un simple entretien téléphonique. Nous prévoyons à compter de la rentrée prochaine de supprimer l'astreinte de nuit¹, ce qui réinjectera dans le dispositif de jour l'équivalent d'un temps plein:

(4H30 X 365 jours = 1642H)

La réorganisation du service a fait l'objet d'un travail de concertation avec les infirmiers dans le cadre des réunions spécifiques de ce service. Nous avons ensemble redéfini les modalités de suppléance:

- actualisation des fiches médicales, dans l'hypothèse de l'intervention de médecins de garde² extérieurs à l'institution.

- mise à jour des pièces nécessaires à une hospitalisation en urgence.

renforcement du rôle des aides-soignants du service veille de nuit, chargés de l'éventuelle application des protocoles de soin.

- organisation de réunions de service, regroupant le service infirmier et le service veille de nuit.

- rallongement de l'amplitude journalière infirmière, avec instauration de nouveaux horaires qui permettent des temps de rencontre avec le personnel de nuit et une meilleure implication dans le quotidien des groupes de vie..

La création d'un poste d'infirmier coordinateur.

L'utilisation du volume d'heures libéré par la suppression de l'astreinte va permettre la création d'un poste d'infirmier coordinateur Ce salarié aura pour mission de coordonner le

¹ Nous envisageons cette suppression dans un contexte plus favorable actuellement, car nous avons obtenu en mesure nouvelle la création des 2 postes d'agent de service intérieur, que nous avons sollicité au budget prévisionnel 2004, pour conforter notre service veille de nuit . Jusqu'à la création de ces postes, un salarié aide soignant assurait seul la veille de nuit, entre 22H30 et 6H. Nous avons depuis juin dernier constitué des binômes qui optimisent largement le dispositif tant au niveau de l'accompagnement que de la sécurité.

² Ce dans l'hypothèse des absences du médecin salarié de l'établissement qui sinon intervient dans le cadre des gardes qu'il assure au titre de son activité libérale.

fonctionnement général de l'infirmier, de gérer les rendez-vous médicaux extérieurs, de favoriser la circulation des informations entre le personnel infirmier, le personnel d'accompagnement, le personnel paramédical, de constituer une interface entre les différents services, la direction, les familles et représentants légaux, et le médecin pour tout le volet soin, ce en relation étroite avec les moniteurs éducateurs chargés de la coordination du volet accompagnement. Cet infirmier sera en outre référent des projets personnalisés de soins des résidents qui devront à terme être intégrés dans une dynamique de projet global d'accompagnement. Il lui incombera enfin d'intervenir dans une démarche d'information et d'éducation des équipes afin de contribuer à une remise en sens de la fonction d'accompagnement.

C) La formation.

Tel que nous l'avons déjà évoqué, grâce à une politique volontariste en la matière, la totalité des professionnels de l'établissement non qualifiés au moment de leur recrutement a pu bénéficier d'une formation sanctionnée par un diplôme par la voie de l'alternance, formations financées sur une ligne budgétaire "cours d'emploi", désormais supprimée de la dotation annuelle de ressources allouée à l'établissement¹, ou pour un petit nombre par le biais de CIF. La professionnalisation du personnel ne constitue pas pour autant une fin en soi et nous croyons tout à fait indispensable de continuer à promouvoir la formation au sein du dispositif institutionnel.²

Elle constitue en effet un outil qui concourt à optimiser les compétences des salariés et par voie de conséquence à améliorer le service rendu aux usagers, mais c'est aussi un moyen de lutter contre l'érosion professionnelle sous la forme d'une rétribution symbolique du travail.

a) *L'utilisation des fonds de formation continue.*

En ce qui concerne l'utilisation de ces fonds, nous faisons le choix de privilégier les actions collectives sur site. Nous considérons en effet que cette option contribue à la fortification de la coopération des professionnels, en offrant des possibilités de référence à des outils de compréhension et d'analyse communs, autour de thèmes fédérateurs, nécessairement en lien avec le projet institutionnel, les besoins des résidents, les pratiques professionnelles. Dans ce cadre, nous avons par exemple opté pour des sessions de formation sur le thème de la psychopathologie, ce qui permet d'une certaine façon de suppléer à la vacance du poste de médecin psychiatre. Ces sessions sont

¹ Il reste néanmoins possible de négocier l'obtention de crédits non pérennes auprès de l'Autorité de tarification et de contrôle.

² Voir Plans de formation 2003 et 2004 Annexes N°11 et 12

animées par le docteur P Gabbaï¹, dans le cadre d'études de situations cliniques qui permettent de croiser apports de connaissances et réflexions sur les pratiques.

Chaque équipe choisit deux situations qui font l'objet d'une préparation en interdisciplinarité aux fins qu'une présentation soit envoyée au docteur Gabbaï en préalable à son intervention : (anamnèse du résident, problématique d'équipe, protocole d'accompagnement, vidéos en lien à la quotidienneté...). Ce dernier peut ainsi en amont de sa venue, préparer des hypothèses de travail qui permettent d'emblée d'engager un travail efficace avec l'équipe. Chaque situation est travaillée en profondeur pendant une demi-journée avec l'ensemble des intervenants du groupe de vie, et des représentants des autres catégories professionnelles (infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, veilleur de nuit, psychologue, personnel des services généraux le cas échéant). A l'expérience ce travail d'éclairage contribue à re-mobiliser significativement les équipes, nous l'avons mesuré y compris par rapport à des situations extrêmement complexes qui les mettaient en grande difficulté. Cela permet d'élaborer collectivement des hypothèses qui sont ensuite retravaillées en réunion clinique, pour réorienter les projets d'accompagnement personnalisés. Ces sessions contribuent véritablement à une remise en sens du travail global d'accompagnement.

Nous avons par ailleurs en 2003 organisé une session de formation à visée de lutte contre l'usure dispensé par P Chavaroché, formateur et auteur de différents ouvrages qui traitent de la complexité de la relation d'aide dans le champ de la grande dépendance. Cette action qui était en prise directe sur le sens des pratiques a concerné une quinzaine de professionnels qui s'étaient volontairement inscrits à la session.

Des formations relatives à la prévention des troubles de la déglutition, aux gestes et postures, à l'aide à la communication, au toucher dans la relation de soin, ont été dispensées de manière régulière, dans l'établissement. Nous croyons tout à fait utile de renouveler des sessions d'approfondissement et de supervision qui permettent de favoriser une culture commune pour les professionnels et une remise en sens de leur travail, qui est ainsi valorisé.

Sur le budget PAUF les demandes individuelles sont peu nombreuses, en moyenne une par an. Elles ne sont prises en compte que si elles sont en lien direct avec la fonction et la mission dans l'établissement, du personnel demandeur.

Nous pensons très utile de recourir aux actions prioritaires régionales proposées par notre OPCA, avons inscrit cette année trois salariés volontaires à une session relative à la prise

¹P Gabbaï médecin neuro-psychiatre, a dirigé les services médicaux de la Fondation John Bost durant de nombreuses années et jouit d'une grande expérience en ce qui concerne l'accompagnement des personnes gravement handicapées. A présent à la retraite, il dispose d'un agrément de formateur et intervient à ce titre dans de nombreux établissements.

en compte de la douleur chez la personne gravement handicapée et encourageons par ailleurs les personnes qui souhaitent évoluer et accéder à une nouvelle formation qualifiante, à solliciter des financements dans le cadre de CIF. Trois salariés ont engagé récemment une telle démarche.

b) L'utilisation de la ligne budgétaire travaux et recherche.

Le budget dont nous disposons sur cette ligne nous permet de favoriser la participation de professionnels à des journées de formation, congrès, rencontres thématiques inter-MAS. Ces temps de réflexion et d'échanges contribuent en effet à offrir des possibilités de scansion du temps pour le personnel, des rencontres avec des pairs qui sont souvent fructueuses et riches.

3-2-2 Un comité d'éthique institutionnel.

En MAS *"les rapports entre le personnel et les résidents sont à la fois de l'ordre de l'accomplissement d'une mission professionnelle, de l'existence d'une relation humaine duelle, souvent intime, fortement interactive, dans laquelle se jouent et se nouent des échanges complexes¹ⁿ"*, qui en appellent nécessairement à une éthique tant collective qu'individuelle. Or l'éthique ne peut produire des effets que si elle s'adosse à des principes reconnus et partagés. Les positionnements individuels ressortissent à la zone de liberté de chaque acteur sur laquelle et c'est souhaitable, l'institution n'a pas de prise. En ce qui concerne le registre de l'éthique collective, nous croyons a contrario qu'il incombe pleinement au dispositif institutionnel de participer à son élaboration. Nous avons en conséquence le projet de créer au sein de l'établissement un comité d'éthique qui puisse jouer cette fonction.

Composition : Cette instance sera composée sur la base du volontariat. Elle comprendra quatre représentants des familles et représentants légaux, le président de l'association gestionnaire, l'administrateur délégué auprès de l'établissement, six professionnels de différentes catégories professionnelles, le binôme de direction. Nous nous proposons de faire appel à des tiers extérieurs qui puissent utilement contribuer à nourrir la réflexion et les débats, soit dans le cadre d'une présence régulière soit dans le cadre d'une présence ponctuelle. L'animation de cette instance sera assurée par nos soins.

Finalités : Cette instance qui aura un rôle consultatif doit permettre que s'instaurent une réflexion et un débat sur nombre de questions essentielles qui en appellent à la question éthique, telles que la clarification des concepts auxquels renvoie très directement l'ensemble des outils visant au renforcement du droit des usagers initiés par la loi 2002-2, et notamment la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à

¹B Laborel ; R Vercauteren : "Construire une éthique en établissements pour personnes âgées. Erès. P100.

l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles, la production d'avis sur toutes situations qui soumettent les équipes à des conflits internes à leur propre conscience comme la prise en compte de la douleur, la discussion contenance/contention, la place des familles, de faciliter la mesure des écarts entre les engagements et les pratiques. Nous souhaitons également qu'elle puisse permettre l'élaboration d'une charte éthique interne à l'établissement qui fasse référence pour chacun et ainsi contribue à redonner sens à l'accompagnement.

Fréquence des réunions : Nous prévoyons de réunir cette instance à une fréquence trimestrielle.

Publicité : Nous prévoyons que les réunions de cette instance fassent l'objet de compte – rendus qui seront portés à la connaissance des salariés qui le souhaiteront par le biais d'une mise à disposition en salle de réunion. Nous donnerons par ailleurs régulièrement des informations sur les travaux réalisés par ce comité à l'occasion des réunions plénières et des réunions de fonctionnement.

3-3 Réorienter la fonction d'accompagnement, en prenant appui sur l'opportunité de la réactualisation du projet institutionnel.

L'opportunité de la réactualisation du projet institutionnel qui offre à l'institution une *"occasion exceptionnelle de décroisser, de rassembler, outil privilégié pour faire émerger une culture commune, au delà des simples logiques de territoire"*,¹ constitue la seconde ligne force de notre projet de direction. Elle implique la nécessité d'introduire une dynamique de changement qui ne deviendra effective qu'au prix d'une implication véritable des acteurs professionnels.

3-3-1 Les finalités opérationnelles du projet.

Nous considérons que la réactualisation du projet institutionnel de la MAS "Héliodore", doit permettre de revisiter le fonctionnement de l'établissement et d'un point de vue général prioritairement prétendre à:

- articuler les composantes des attendus de la mission qui est dévolue à l'institution, par l'association gestionnaire, et par les autorités de tarification et de contrôle;
- expliciter des cohérences institutionnelles tant à l'adresse des usagers et de leurs représentants, que de l'instance politique de gestion;
- promouvoir une définition et une appropriation commune des références théorico cliniques qui fondent les pratiques des différents acteurs professionnels, car le projet est selon nous en tension, entre ces deux pôles.

¹ P Ducalet. M Laforcade: "Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales ". Seli Arslan. P194

- mettre en cohérence les actes professionnels avec les idées, tout en veillant à ce que des positions trop dogmatiques ne viennent pas obérer les capacités créatives des acteurs professionnels, voire interdisent à l'action de s'adapter à des réalités conjoncturelles.

Nous envisageons de conformer le projet institutionnel aux exigences actuelles et ainsi de faire en sorte qu'il ne se limite pas à un document d'orientation générale, mais à un véritable outil opérationnel. A cet effet, nous nous référons aux concepts méthodologiques élaborés par J-R Loubat et prévoyons qu'il permette réellement d'apprécier:

"la mission poursuivie par l'établissement;

le service qu'il rend, et la pertinence de ce service eu égard à une population clairement identifiée quant à ses besoins et ses caractéristiques;

l'environnement et le réseau relationnel dans lequel il s'inscrit

la méthodologie générale qui préside à son fonctionnement, et notamment sa capacité à personnaliser ses prestations en fonction des bénéficiaires et à les organiser sous forme de projet;

la plausibilité des objectifs opératoires qu'il s'assigne;

la nature et l'adéquation des moyens dont il se dote, tant sur le plan humain que matériel pour accomplir ses finalités;

les modes d'évaluation qu'il utilise pour apprécier la qualité du service rendu;

les types de communication qu'il instaure avec les bénéficiaires et leurs familles;

son organisation, ses modes d'utilisation et d'agencement des ressources humaines et matérielles sa répartition des coûts".¹

3-3-2 Le mode opératoire.

A) Le choix du recours à un prestataire.

Pour aborder la démarche de réactualisation du projet institutionnel, nous avons privilégié l'option du recours à un prestataire. Il ne s'agissait aucunement pour nous d'obtenir dans l'urgence une méthode prête à l'emploi, en évacuant la question du sens, dans une confusion entre fin et moyens. Nous avons fait ce choix principalement pour les motifs suivants:

- bénéficier d'une aide méthodologique qui permette de gagner en temps et en efficacité,
- profiter des apports d'un regard extérieur qui, notamment dans la phase diagnostic, puisse utilement nous aider à débusquer des incohérences ou des dysfonctionnements, tellement inhérents au dispositif institutionnel, qu'ils en deviendraient imperceptibles pour le collectif professionnel de l'établissement.

¹ Jean-René Loubat : "Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ". Dunod. P 75

- appuyer la nécessité d'engager une démarche changement par la voie d'un tiers extérieur, en référence à un contexte institutionnel singulier. La MAS "Héliodore" a en effet été dirigée pendant quatorze années par le même directeur, père fondateur charismatique, considéré par les professionnels comme *"celui qui savait tout et qui décidait de tout"*¹, ce qui a pour conséquence que nombre d'entre eux, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, rencontrent des difficultés à considérer que l'action de l'établissement se développe nécessairement dans un contexte environnemental global. Il nous paraissait donc intéressant sur le plan stratégique que le prestataire apporte un discours - tiers qui démontre qu'en effet l'équipe de direction n'est pas toute puissante, mais a le devoir de conduire son projet dans le respect de la commande associative et réglementaire.

En fonction des attentes que nous avons identifiées, notre choix s'est porté sur le CREAHI Aquitaine qui intervient dans le cadre d'une démarche de formation action appelée à se dérouler sur une durée de 18 mois.

B) Les préalables à la démarche de méthodologie de projet.

a) *Présentation du projet à l'association gestionnaire.*

La démarche de réactualisation de projet a été soumise à l'approbation de l'association gestionnaire à l'occasion de la présentation du budget prévisionnel au Conseil d'administration et tout particulièrement au cours d'une réunion d'une commission spécifique instituée depuis peu au sein de l'instance associative dite "Commission loi 2002-2". La fonction de cette commission est double:

- permettre une réflexion collective des administrateurs sur les conséquences de ce texte
- valider les dispositions initiées à cet égard dans les établissements, avant la présentation officielle au Conseil d'administration.

b) *Présentation du projet aux instances représentatives du personnel..*

Le mode opératoire choisi pour cette démarche a reçu l'aval des instances représentatives du personnel. Nous l'avons soumis au Comité d'entreprise dans le cadre de la présentation du PAUF et l'avons présenté aux délégués du personnel dans le contexte d'une réunion mensuelle.

c) *Présentation du projet aux salariés.*

Nous considérons que le projet engagé doit se conduire dans le cadre d'une démarche participative qui nécessite l'implication de tous les acteurs, et implique de notre part la mise en œuvre d'une politique de communication adéquate et constante. Nous avons en

¹ Voir article "Cap sur La fonction de direction ". Direction(s)N°10.Juillet-Août.2004

première séquence ainsi organisé, deux réunions plénières aux fins de présentation à l'ensemble des salariés, de la Loi 2002-2 et de la méthodologie de projet que nous nous proposons d'initier. Nous considérons qu'il convenait que les enjeux liés à cette démarche soient clairement explicités (répondre aux exigences réglementaires, consolider et harmoniser les bonnes pratiques, améliorer le service rendu, dynamiser et valoriser les salariés.)

A la seconde réunion nous avons sollicité la présence du président de l'association afin qu'il puisse présenter au personnel les attentes de l'association et la commande adressée à l'équipe de direction. Cette réunion a été d'un grand intérêt car elle a permis que s'instaure un débat au cours duquel le personnel a largement exprimé ses craintes quant aux exigences nouvelles. Cela a permis que le président puisse poser la réalité des attentes associatives actuelles aux salariés, et concomitamment que ce dernier prenne la mesure de certaines des inquiétudes et résistances verbalisées par ces derniers.

d) Présentation du projet au Conseil d'établissement

La Mas "Héliodore" est dotée depuis 1992 d'un Conseil d'établissement qui a tenu sa dernière réunion en juin dernier et auquel nous allons substituer à partir de septembre un Conseil de la vie sociale. Cette instance a toujours bien fonctionné et a été régulièrement informée des grandes orientations de l'organisation institutionnelle, des modifications des projets. Nous avons présenté aux membres de ce Conseil, les dispositions essentielles relatives à la loi 2002-2 afin que puisse s'engager un débat sur les modalités d'application concrètes au sein de l'établissement. Nous avons en particulier largement débattu de la question de la participation des usagers prévu par le texte. Nous avons soumis à cette instance la méthodologie envisagée pour la réactualisation du projet institutionnel.

e) Financement du projet.

Le fait d'opter pour l'intervention d'un prestataire représente un coût certain qui ne pouvait être pris en charge exclusivement sur notre ligne budgétaire, travaux et recherches. Nous souhaitons par ailleurs, que la démarche projet revête une dimension réelle de formation. Nous avons donc opté pour une méthodologie de Formation/Action éligible au titre des Fonds de la Formation professionnelle permanente. Nous avons délibérément fait le choix de consacrer ainsi:

- 61 % du budget du plan de formation 2004

- 58 % du budget du plan (estimé) de formation 2005

à cette action. Cette option limite à l'évidence conjoncturellement les autres possibilités aussi avons-nous sollicité auprès de l'autorité de tarification et de contrôle, l'affectation d'une partie de notre résultat excédentaire 2003, en mesure de financement d'exploitation pour actions de formation afin d'éviter que cette situation de limitation ne dure pas sur deux exercices.

f) *Validation de l'action par PROMOFAP*

Nous avons sollicité et obtenu l'accord de l'OPCA auprès duquel notre établissement cotise au titre de la formation professionnelle continue

C) Les instances de mise en œuvre et de conduite de la démarche projet.

a) *Une démarche dont la responsabilité incombe à la direction.*

Les conventions que nous avons établies avec le CREAHI ont balisé clairement le champ d'intervention du consultant qui se situe avant tout, dans une dynamique d'aide et d'apport méthodologique, une éventuelle logique de substitution étant proscrite. Nous considérons en effet qu'en qualité de directrice de l'établissement, c'est à nous qu'incombe la responsabilité pleine et entière de ce projet, dont par ailleurs nous assurons la conduite en collaboration étroite, avec le directeur-adjoint.

b) *Le "groupe projet".*

Nous avons institué un "groupe projet" qui s'apparente en fait à un Comité de pilotage qui a la charge de superviser la démarche, la cohérence du dispositif, la participation de l'ensemble des acteurs et surtout de valider les différentes étapes du travail. Nous avons adapté sa composition en fonction des composantes institutionnelles et de choix de management arrêtés par le binôme de direction. Ce groupe comprend l'administrateur délégué auprès de l'établissement, une salariée déléguée du personnel de qualification AMP, un salarié infirmier, la psychologue, le binôme de direction.

En constatation de la vacance du poste de médecin psychiatre nous avons fait le choix d'y intégrer la psychologue. Il aurait été souhaitable dans l'idéal de pouvoir y inclure également le médecin généraliste, mais le temps de travail de ce dernier et surtout son fonctionnement qui correspond assez fidèlement à la définition que donne J-R Loubat du fonctionnement de certains médecins qui transposent dans le secteur médico-social des pratiques basées sur un: *"mode de consultation libérale caractérisé par la conservation des informations, le retranchement derrière le secret médical, la délimitation d'un cabinet, l'adoption d'une position d'extériorité par rapport à l'équipe interprofessionnelle et le maintien d'un pouvoir clinique qui s'affirme par un discours pseudo-savant et cryptique"*¹, a fait obstacle à cette éventualité. Au regard des difficultés que ce mode de fonctionnement génère pour ce qui concerne notamment l'articulation de la fonction accompagnement et de la fonction soins, nous avons pris l'option d'associer à ce groupe projet, un infirmier aux fins qu'il favorise la communication entre le médical et les autres strates institutionnelles.

¹J-R Loubat: "Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux". Dunod. P16

c) *Les groupes transversaux de travail.*

Nous avons souhaité qu'au sein de ces groupes toutes les catégories socio-professionnelles de l'établissement puissent être représentées afin de créer une véritable dynamique institutionnelle et permettre qu'une synergie inter-professionnelle se conforte au décours de ce travail de réflexion et d'élaboration. Nous avons prévu la constitution de deux groupes : le premier constitué pour élaborer la phase diagnostic comprend quinze personnes qui se sont auto-désignées suite à un appel à candidature adressé à l'ensemble des services, selon des règles de représentation que nous avons définies avec le Comité de pilotage. Il se compose de la secrétaire de direction qui représente les services administratifs, d'une infirmière qui représente le service infirmier, d'un des deux ergothérapeutes qui représente les services paramédicaux, d'un agent des services généraux en charge de l'entretien des locaux qui représente les services généraux, de 9 représentants de l'équipe d'accompagnement des groupes de vie, a minima d'un des deux membres du binôme de direction.

Le personnel dit d'accompagnement travaille selon des cycles individuels de six semaines, de sorte que sont dans les faits constituées des sous-équipes. Nous avons souhaité par conséquent dans les critères de représentation de cette catégorie de personnel, qu'il y ait un représentant de chacune de ces sous-équipes afin de d'optimiser une circulation de l'information dans cette catégorie professionnelle qui est la plus conséquente en nombre de salariés. Nous avons en outre fait le choix que les quatre personnels de qualification ME soient présents puisqu'ils sont chargés en sus de l'accompagnement de la fonction de coordination.

d) *Plan d'action - Calendrier.*

En concertation avec le prestataire nous avons défini deux phases principales:¹

Une première phase de "diagnostic" destinée à permettre:

- de resituer l'intervention de l'établissement dans un contexte environnemental global (identification des législations, des politiques publiques et de leurs évolutions, financement des dépenses sanitaires et sociales, planification médico-sociale départementale et régionale..)
- de définir les besoins des personnes accueillies
- d'inventorier le réseau partenarial
- de dresser l'inventaire des atouts et des faiblesses de l'institution et des scénarios de changements souhaitables et possibles.

Une seconde phase qui concerne la "formulation du projet":

¹ Voir convention de formation : annexe n°13.

Cette phase vise à permettre aux professionnels participants d'élaborer et de formaliser les procédures internes répondant aux objectifs de la loi et aux valeurs l'association gestionnaire. Elle permettra de hiérarchiser des choix en prenant en compte les différents référentiels analysés dans la phase diagnostic.

Tout au long du processus, la dimension de formation doit rester prégnante. Ainsi le travail réalisé dans les groupes transversaux doit-il permettre de revisiter collectivement des éléments réglementaires ou théoriques susceptibles de redonner sens à la mission de l'établissement et secondairement aux actes professionnels.

L'action a véritablement démarré en avril 2004 et doit se terminer en septembre 2005. Les réunions du groupe projet sont prévues à une fréquence trimestrielle pour valider les différentes phases de la démarche, la prochaine aura lieu à l'issue de la phase diagnostic. Le premier groupe transversal de travail se réunit à une fréquence mensuelle en présence de l'intervenant du CREAHI. Des réunions inter-sessions animées par la direction sont organisées en parallèle afin de permettre une élaboration collective sur les concepts. Il est prévu que des productions écrites sanctionnent chaque étape.

Afin de favoriser la communication régulière du déroulé de la démarche à l'ensemble des salariés, l'organisation de réunions plénières est envisagée. La prochaine aura lieu à l'issue de la phase diagnostic. Des informations régulières sont communiquées au personnel accompagnant, paramédical et infirmier soit par le canal des réunions de fonctionnement, soit par le canal des réunions de service, spécifiques à des catégories professionnelles (Réunion service infirmier. Réunion service veille de nuit.)

3-4 Les indicateurs de réussite du projet d'action.

Le projet de direction que nous avons initié est appelé à se dérouler dans la durée et exige de notre part que périodiquement nous mesurons la pertinence et les effets des mesures engagées afin si nécessaire d'apporter des mesures correctives. Nous avons identifié à cet effet, cinq grands indicateurs qui nous semblent pouvoir efficacement témoigner à court et moyen terme de l'évolution institutionnelle.

➤ Implication des professionnels dans la démarche projet

- Participation régulière et active des salariés aux divers groupes de travail
- Construction de synergies entre ces groupes et le collectif professionnel, au moyen d'une circulation de l'information opérante.
- Prééminence pour les acteurs professionnels d'une recherche d'intérêts professionnels par opposition à une exclusive défense de leurs positions,

➤ Amélioration des collaborations et des coopérations inter-services.

- Amélioration de l'articulation de la fonction soin et de la fonction accompagnement.
- Optimisation de la prise en compte des observations du personnel accompagnant par le secteur médical et paramédical
- Amélioration de l'implication du personnel infirmier.

➤ Appropriation par les salariés, des outils initiés par la loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002,

- Reconnaissance du droit des usagers et de la prise en compte des référentiels de bonnes pratiques professionnelles,
- Respect des projets personnalisés des personnes accueillies,
- Mise en œuvre d'une traçabilité et visibilité des actes professionnels, notamment au moyen d'une amélioration des supports écrits.
- Développement d'une meilleure appréhension de la notion de participation qu'elle concerne les usagers, leurs familles ou leurs représentants légaux,
- Investissement du Conseil de la Vie Sociale.

➤ Disparition des attitudes professionnelles inadéquates

- Quête de références et organisations de nouvelles visées professionnelles.
- Réalisation et invention individuelles et/ou collectives impliquant la transformation des aspirations en "projets de conduite".

➤ Engagement des salariés par rapport à la création du Comité d'éthique.

- Mise en route de nouveaux points d'ancrages institutionnels.
- Élaboration d'une éthique collective qui fasse référence.

➤ Présence au travail plus régulière des professionnels

- Réduction du taux d'absentéisme.
- Diminution des accidents de travail.

Conclusion de la troisième partie.

Le projet de direction qu'il nous appartient de conduire se fixe la complexe mais néanmoins incontournable finalité de parvenir à articuler l'ensemble des contraintes réglementaires, politiques, financières et humaines qu'il nous incombe en qualité de directrice de considérer. Nous devons en effet parvenir à optimiser le plus possible les conditions d'accompagnement et de soins étroitement tributaires, comme nous avons tenté de le démontrer, de la qualité des conditions de travail des salariés. Cependant tel que l'écrivent dans l'ouvrage qu'ils co-signent B Laborel et R Vercauteren,

"le point nodal d'une réforme ne se situe pas au niveau de la densité de la liste des mesures prévues mais au niveau des intentions qui les sous-tendent, à la philosophie qui les a inspirées et qui les porte et, bien sûr, à leur faisabilité", assertion à laquelle nous souscrivons pleinement.

En effet, et ainsi que nous avons essayé de l'objectiver par cette démarche de recherche, la spécificité du lieu MAS postule des exigences particulières de notre part, et réclame donc, tout aussi impérieusement, que nous étayions notre action sur des références déontologiques éthiques et techniques, afin de nous garder d'une appropriation simplificatrice des nouvelles contraintes réglementaires, dans le registre rassurant mais véritablement dénué de sens, d'une exclusive mise aux normes.

CONCLUSION GENERALE.

En préface à l'ouvrage de P Chavaroche le docteur P Gabbai écrit:

"On se souvient sur quelle dangereuse illusion reposait le concept même de Maison d'accueil spécialisée, à savoir la radicale distinction entre les personnes handicapées mentales et les malades mentaux qui eux s'en trouveraient explicitement écartés. Dès lors l'accueil, l'animation et les soins d'entretien paraissaient suffisants. On ne barre pas d'un trait de plume la souffrance psychique, et la réalité de ces "Maisons" fut évidemment tout autre: on découvrit très vite que les "arriérés profonds" étaient souvent des psychoses déficitaires, que les "débiles profonds" et les "polyhandicapés" avaient des difficultés psychopathologiques. Les MAS retentissaient des cris, des états d'agitation, des conduites auto-offensives, de l'agressivité, des replis autistiques, des productions délirantes, des états dépressifs, en un mot de l'angoisse et des angoisses qu'on ne peut séparer de l'humaine condition. En écho à cette souffrance psychique évidente et massive, s'éveillait celle des aide médico-psychologiques, des éducateurs venus là pour éduquer, animer et instruire, et qui se retrouvaient désemparés, dans l'échec de ces perspectives".¹

soulignant ainsi combien la fonction novatrice impartie par le législateur à "l'institution MAS", contenait déjà en germe les "stigmates" de la souffrance, de l'extrême et du paradoxe.

Nonobstant ces réelles difficultés, nombre de ces établissements peuvent aujourd'hui se prévaloir d'avoir relevé le challenge qui leur avait été implicitement dévolu au moment de leur création, soit répondre au défi de "l'utopie réparatrice" portée par les référentiels de l'époque, en se démarquant de la défectologie asilaire qui leur pré-existait.

Le plus souvent dopées par l'élan fondateur de la création, de nombreuses équipes vont en effet mobiliser de réelles capacités d'engagement, de recherche, et de créativité pour développer des savoir-faire, des savoir-être et permettre que des personnes très carencées, très régressées existent en qualité de sujets de droit, et bénéficient d'accompagnements et de soins de qualité.

Cependant, comme nous avons tenté le démontrer par le travail réalisé dans le cadre de ce mémoire, et tel que nous le mesurons régulièrement dans notre pratique quotidienne, les différentes problématiques spécifiques liées au champ de la grande dépendance et du handicap profond, exposent inéluctablement à terme, les professionnels de ce secteur à des phénomènes d'auto-déqualification et d'usure et altèrent alors significativement, et leur efficacité professionnelle, et leur santé physique et psychique.

Il leur est difficile, voire très difficile, de vivre et de travailler dans la durée, auprès de personnes très déficitaires et de parvenir à initier encore et toujours, des projets d'accompagnement et de soins qui donnent sens à leur engagement et à leur créativité.

¹ P Gabbai. En préface de l'ouvrage de P Chavaroche: "Équipes éducatives et soignantes en MAS. " Matrice.

Un tel constat peut, aux yeux de personnes non informées paraître pessimiste, mais il s'agirait là d'une vision réductrice qui n'est pas de mise dans notre propos. Nous entendons en fait, essayer de démontrer, l'impérative nécessité qui s'impose aux dirigeants de MAS ou autre établissements de même nature, de prendre en compte les contraintes et la complexité qui s'y agissent, pour conserver une lucidité quant aux réelles difficultés de travail auxquelles sont soumis les salariés. Négliger ce dimension, participerait quasi assurément selon nous, à l'échec de la mission du directeur.

S'occuper de personnes gravement handicapées suppose la mise en place d'un cadre de travail qui aide à la mise en sens des pratiques, et qui borne les actes professionnels, d'un point de vue théorique, déontologique et surtout éthique, aux fins de doter l'institution de repères reconnus et partagés pour garantir le respect des personnes, la qualité de vie des usagers, la qualité des conditions de travail des professionnels.

Le directeur a un rôle central en la matière, en ce sens que c'est à lui qu'il appartient de veiller à la réalisation de la mission et aux modes de coopération que mobilisent les professionnels pour y contribuer. Il ne peut se laisser emporter par le "*désêtre*"¹ institutionnel mais a la charge de veiller au respect des orientations et des exigences qu'elles impliquent, en assumant une fonction de veille qui repose directement sur sa capacité à analyser les situations.

La commande sociale exige de plus en plus aujourd'hui, une lisibilité des pratiques institutionnelles qui doivent se mesurer à l'aune de l'intérêt des usagers, dans le cadre de coûts maîtrisés et justifiés. Ces dispositions nouvelles qui entraînent une mutation totale de l'action sociale et médico-sociale, provoquent chez les acteurs professionnels des inquiétudes dont certaines sont justifiées, mais ouvrent aussi sans doute, la voie à d'autres "champs du possible".

Il est évident en effet que des risques peuvent être attachés à cette pression normative, dont le principal a trait selon nous, à des éventuelles réductions de moyens. Une telle éventualité qui porterait atteinte notamment aux ressources humaines, principal vecteur d'aide, de communication et de participation pour des personnes extrêmement dépendantes aurait, et ce tout particulièrement en MAS, des répercussions dommageables, voire catastrophiques.

Ceci étant, nombre des orientations réglementaires actuelles telles que la promotion du droit des usagers, la nécessité d'une évaluation de la qualité de l'offre de service, l'amélioration de l'articulation entre le sanitaire et le social constituent a contrario des lignes de force. Ces dispositions concourent en effet à ouvrir les établissements sur leur environnement global, ce qui ne peut que contribuer à promouvoir la nature et le degré de qualité de la mission accomplie. La nécessité d'une lisibilité des pratiques institutionnelles

¹Formule empruntée à D Vasse par P Chavaroche. Opus cité.

va imposer aux professionnels de porter un regard différent sur leurs actes quotidiens. Ils vont être conduits à dire ce qu'ils font, comment ils le font, pourquoi ils le font, obligation qui nous paraît pouvoir concourir à une remise en sens, à une valorisation du travail effectué et par-là même à une possibilité de reconnaissance par l'environnement dans son ensemble : familles, représentants légaux, association gestionnaire, autorité de tarification et de contrôle, partenaires. Nous croyons qu'il s'agit là, d'une fabuleuse opportunité de démontrer combien le travail si peu visible du secteur de la grande dépendance requiert d'engagement et de professionnalisme de la part des acteurs qui chaque jour le mettent en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE.

Ouvrages.

Bauduret J-F., Jaeger M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Liège. 2002. 322 p.

Brandeho D. *Usure dans l'institution*. Rennes : ENSP. 1991. 129 p.

Brandeho D. *Usure dans l'institution*. Paris : ENSP. 2000. 170 p.

Chavaroche P. *Équipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée*. Vauchrétien : Matrice. 1996. 133 p.

Chavaroche P. *Travailler en MAS. Érès*.

Crozier M., Friedberg E. *l'acteur et le système*. Saint-amand-Montrond: Editions du Seuil. 1992. 500p. Collection Points, série essais.

Danancier J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*. Dunod. 2004. 184 p.

Dejours C. *Le facteur humain*. Vendôme : PUF. 2002. 127p.

Dejours C. *Travail, usure mentale*. Saint-Amand-Montrond : Bayard. 2003. 280 p.

Dubreuil B. *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*. Paris. Dunod. 2004. 226p.

Ducalet P., Laforcade M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Gap : Seli Arslan. 2001. 272 p.

Fustier P. *Le travail d'équipe en institution*. Liège : Dunod. 2004. 213 p.

Fustier P. *Le lien d'accompagnement*. Saint-Jean De Braye : Dunod. 2000. 238 p.

Gardou C. *Connaître le handicap, reconnaître la personne* : Le Mesnil-sur-L'Estrée : Erès. 2002. 245p.

Grim O.R. *Du monstre à l'enfant*. Paris : CTNERHI. 2000. 189 p.

Haeringer J., Traversaz F. *Conduire le changement dans les associations*. Paris : Dunod. 2002. 243p.

Janvier R., Matho Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale* : Liège : Dunod. 1999. 206p.

Laborel B., Vercauteren R. *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*. Villefranche de Rouergue :Erès. 2004. 151p.

Debès J. *Levinas l'approche de l'autre*. Paris : Les Éditions de l'Atelier. 2000. 139p.

Loubat J-R. *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux*. Liège : Dunod. 2003. 282p.

Loubat J-R. Élaborer son projet d'établissement social et médico-social. Paris: Dunod. 2002. 264 p.

Loubat J-R. *Instaurer la relation de service.* Liège: Dunod. 2002. 258 p.

Martin D. *L'Épuisement Professionnel.* Paris : L'Harmattan. 1992. 193 p. Tome premier.

Martin D. *L'Épuisement Professionnel.* Paris : L'Harmattan. 1993. 216 p. Tome 2.

Pezet V., Villate R., Logeay P. *De l'usure à l'identité professionnelle.* TSA Éditions. 296 p.

Poché F. *Penser avec Arendt et Lévinas.* Saint-martin-En-haut : Éditions de la chronique sociale. 2003. 127p.

Ricoeur P. *Soi-même comme un autre.* Évreux. Seuil. 1990. 425 p.

Zribi. G. L'accueil des personnes gravement handicapées. Rennes : ENSP. 1994. 127 p.

Zucman E. *Accompagner les personnes polyhandicapées.* Paris : CTNERHI. 2000. 261 p.

Ouvrages collectifs.

Beyer-Zilliox H., Clère D., Duchamp A., Gausset M-F. et al. *Oui ce sont des hommes et des femmes.* Condé sur Noireau : L'Harmattan. 2003. 281 p.

Humbert C. (responsable de coordination). *Les usagers de l'action sociale.* Condé-sur-Noireau : L'Harmattan. 2001. 285p.

Contribution dans un ouvrage.

Batifoulier F. "L'organisation associative au nouage du politique et de l'entrepreneurial ". In Institutions et organisations de l'action sociale. L'Harmattan. pp. 76-95.

Actes de colloque.

"Les psychoses profondément déficitaires parvenues à l'âge adulte". Dixième colloque 11, 12, 13 avril 1991. **Fondation John Bost. La Force Dordogne.** 341 p.

Rapports.

Blanc P. "Commission d'enquête sur la maltraitance des personnes handicapées ". Rapport 339. Tome I. (2002-2003).

Assante V. "Rapport de la mission d'étude en vue de la révision de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ".

Mémoire.

Chavaroche P. "Aide médicopsychologique : de la souillure à la professionnalisation ". DSTS. Institut Supérieur du travail social Aquitaine. Bordeaux. 1997.

Thèses.

Courteix S. *Les Maisons d'accueil spécialisées, Architecture et représentations d'un lieu utopique de la réparation.* Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur de l'université Lyon II en Psychopathologie et Psychologie Clinique. 2001.

http://theses.univ-lyon2.fr/Theses2001/courteix_s/these_front.html

Articles de périodiques.

Dejours C. Subjectivité, travail et action. *La pensée.* N°328.

Garnier M. Difficultés d'exercice des droits de personnes polyhandicapées. *Revue trimestrielle de l'Association Nationale des Communautés Educatives.* N° 123. Juin 2003.

Loubat J.R. Quelle éthique au quotidien dans les établissements sociaux et médico-sociaux ? *Lien Social.* N° 590. Septembre 2001.

Molinier P. Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et Emploi.* N° 97. Janvier 2004.

Moraz L. La violence en psychiatrie. *Santé mentale.* Novembre 2003. N°82. pp 20-25.

Pasquier B. Cap sur la fonction de directeur. *Direction(s).* Juillet-Août 2004. pp 22-29.

Rabajat Marie. Des "sous-soignants pour des "sous-hommes"? *Santé mentale.* Novembre 2000.

LISTE DES ANNEXES.

Annexe N°1 : La MAS comme "espace utopique de réparation".	p. III
Annexe N°2 : Fiche technique N°01-79 éditée par l'UNAPEI.	p. VII
Annexe N°3 : Statuts de l'A.P.E.I de Périgueux.	p. XV
Annexe N°4 : Plan de l'établissement.	p. XXXIII
Annexe N°5 . Tableaux d'analyse qualitative de la population accueillie.	p. XXXVII
Annexe N°6 : Organigramme de la MAS "Héliodore".	p. XLIX
Annexe N°7 : Pyramide des âges et de l'ancienneté de l'équipe d'intervention.	p. LIII
Annexe N°8 : Éléments statistiques relatifs à l'absentéisme.	p. LVII
Annexe N°9 : Analyse qualitative des accidents de travail sur la période 2001-2004.	p. LXVII
Annexe N°10 : Tableau récapitulatif des réunions.	p. LLLIX
Annexe N°11 : Plan de formation 2003.	p. LXXXIII
Annexe N°12 : Plan de formation 2004.	p. LXXXIX
Annexe N°13 : Convention de formation "Aide méthodologique à l'élaboration du projet d'établissement".	p. XCIII

- Annexe N°1 : La MAS comme "espace utopique de réparation".

La MAS "Héliodore" a somme toute une histoire très classique. Portée par la volonté d'une association de parents qui souhaitaient qu'une alternative d'accueil puisse être proposée à leurs enfants qui quittaient le dispositif de l'enfance inadaptée, elle est le fruit de la ténacité de ce groupe fondateur qui s'est mobilisé durablement pour permettre la réalisation du projet, qui aura demandé pas moins de sept années de démarches avant d'aboutir. A l'instar de nombreux groupements associatifs qui se montrèrent très critiques par rapport à certaines dispositions de la circulaire 62 AS, au rang desquelles la préconisation de l'article 422-15 : "*La constitution d'une MAS par utilisation du patrimoine existant sera préférée à une création ex-nihilo*", l'association fera le choix d'une construction sur un terrain acquis auprès de la municipalité d'Atur qui se montrera à bien des égards extrêmement favorisant pour la réalisation de ce projet.

L'architecture de l'établissement est conforme aux idéologies et représentations en vigueur dans le secteur associatif, dans le contexte des années 1970, au moment de la parution des textes instituant les MAS.

Afin d'optimiser notre analyse au regard de l'histoire fondatrice de la MAS "Héliodore", il nous a semblé pertinent de nous référer à nouveau, au travail de recherche effectué par S Courteix, et plus particulièrement à la technique de lecture comparée qu'il applique à la circulaire 62 AS et à la "Fiche technique et Commentaire relative aux nouvelles dispositions législatives régissant les MAS, publiée par l'UNAPEI en 1979".

Ce document associatif, donne sans équivoque nous dit l'auteur, à connaître de la position critique de l'UNAPEI à l'égard des dispositions de la circulaire et s'institue espace de production "*d'un discours normatif - non revendiqué – qui affiche clairement la position de l'association par rapport aux établissements dont il est question*", et met en évidence "*deux points particulièrement saillants* " soit "*la distinction d'avec le milieu sanitaire et l'utilisation de la dimension architecturale comme levier servant cette opposition* "¹.

L'association nationale affirme sa ferme volonté de faire en sorte, que "l'institution MAS" établissement de facture nouvelle, dont les contours tels que définis par le législateur comme nous l'avons vu plus avant, restent flous, ne deviennent "*une réplique de l'institution asilaire*". Tout l'argumentaire développé dans le document est dès lors adossé à ce postulat, qui est d'emblée énoncé en introduction. "*Les MAS ne sont pas des structures asilaires et fermées, mais des lieux d'accueil et de vie ouverts sur l'extérieur, les plus proches possibles des familles et de la vie sociale*".

Procédant à un comparatif de cette mention telle qu'exprimée par le document associatif et telle que rédigée dans le texte légal, qui pour sa part indique : "*Il faut veiller à ne pas*

¹ S Courteix .Opus cité.

créer, un nouveau type de structures asilaires et fermées (...) alors que les MAS doivent être des lieux d'accueil ouverts, et le plus proche possible des familles et de la vie sociale", S Courteix repère "outre l'abandon d'une tournure hypothétique, et l'utilisation du présent de l'indicatif, l'apparition de la formule : des lieux d'accueil et de vie ouverts sur l'extérieur." ce qui selon lui "signe une volonté qui ne va pas faiblir" de se démarquer irrévocablement de la défectologie asilaire.

"La MAS est un lieu de vie, non un lieu de soin – donc de maladie et de mort potentielle ; la MAS n'est pas un lieu d'enfermement ni d'aliénation (...) LA MAS en fait, fait partie de la gamme des foyers..." et se dresse alors "comme un rempart, face à la définition lacunaire du législateur qui laissait filtrer la crainte sous-jacente du mouvoir".

Afin de garantir une parfaite étanchéité entre lieu de vie et lieu de soin, le document d'orientation proscrit toute référence au milieu sanitaire et rejette quasiment toute intrusion massive du médical dans ces nouvelles structures. Dans son développement S Courteix cite à cet égard, une série de préconisations en appui de son propos :

"Bien entendu, il ne s'agit ni d'hôpitaux, ni d'hospices (...) Il apparaît judicieux de choisir un directeur de formation éducative et sociale et non médicale (...) La présence régulière du psychiatre souhaitée par le législateur, appelle la précision suivante il faut souligner que régulière ne veut pas dire permanente. En l'absence de troubles majeurs de la personnalité chez les résidents la présence d'infirmiers psychiatriques (...) apparaît inutile voire nuisible...."

L'immixtion du médical dans l'institution MAS se présenterait ainsi "comme source d'angoisse, puisque risquant d'importer tout ce contre quoi la MAS est censée protéger ses résidents et leurs famille : la maladie mentale, la régression, la chronicisation, l'enfermement, le risque de mort."

- Annexe N°2 : Fiche technique N°01-79 éditée par l'UNAPEI.

LOI D'ORIENTATION

CONSIGNES CONCERNANT LES
MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES (M.A.S.)
(Article 46)

-:--

Le 3 Janvier 1979, nous vous avons adressé le Décret n° 78-1211 du 26 Décembre 1978 relatif à la mise en application des dispositions de l'Article 46 de la Loi d'Orientation, ainsi que la Circulaire correspondant à ce décret (circulaire n° 62 AS du 28 Décembre 1978).

La présente note n'a pas pour but de vous présenter sous forme de fiche technique les textes d'application de l'Article 46 (cette fiche technique est actuellement en préparation et vous sera adressée ultérieurement).

Il ne s'agit pas, non plus, d'un guide destiné aux promoteurs de M.A.S. : la Commission Nationale d'Etude sur les problèmes des Personnes très gravement handicapées prépare un document dans ce sens. (1)

Nous vous résumons simplement les points essentiels adoptés par notre Mouvement, concernant ces équipements destinés aux adultes le plus gravement handicapés.

I - QUELLES SONT LES PERSONNES ACCUEILLIES ?

=====
Cette nouvelle catégorie de foyers est destinée aux personnes qui ne peuvent actuellement vivre dans les Foyers qui existent, à cause de leur absence quasi-totale d'autonomie et qui, en conséquence, ont besoin d'une aide constante pour accomplir les activités quotidiennes et élémentaires de la vie; elles se trouvent dans l'incapacité de se suffire à elles-mêmes, même pour les actions les plus simples
...../.....

(1)- Vous pourrez utilement vous reporter aux deux études UNAPEI/SNAPEI publiées respectivement dans nos Feuilles d'Information : N° 151 (Juillet-Août 1977) et N° 154 (Décembre 1977)

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTES

et les plus indispensables (exemple : être propre, manger, se vêtir, ...). Cette dépendance s'accompagne également d'une nécessité de soins et de surveillance médicale.

Quand une personne, grâce à la prise en charge apportée par une M.A.S., aura acquis une dépendance moins grande, elle pourra vivre dans un Foyer moins "assistant" et participer à l'activité d'un Centre d'Aide par le Travail.

II - VOCATION D'EVEIL ET D'EPANOUISSEMENT DES MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES - =====

Ces Foyers ne sont ni des garderies, ni des hospices, ni des hôpitaux d'ordre général ou psychiatrique, mais des Maisons dont l'objectif essentiel est de permettre à la personne gravement handicapée de trouver l'épanouissement qui correspondra le mieux à ses possibilités et de progresser au maximum.

Ils devront donc, par un programme adapté, un cadre de vie :

- solliciter en permanence les personnes handicapées
- oeuvrer à leur éveil
- avoir une fonction d'animation, de formation.

Cette exigence est exprimée dans les textes d'application :
Décret - Article 2 : "Les Maisons d'Accueil Spécialisées doivent assurer... des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et à améliorer les acquis et à prévenir les régressions de ces personnes."

Circulaire - Aliréa 113-3 : "Les Maisons d'Accueil Spécialisées doivent s'efforcer d'offrir aux personnes handicapées, chaque fois que cela est souhaitable et possible, des activités occupationnelles dans le cadre de la fonction d'animation, d'éveil et d'épanouissement." Seul, cet objectif de formation, d'animation, évitera l'hospitalisation et les troubles qui peuvent en découler.

III - IMPLANTATION - =====

Un des moyens les plus sûrs pour permettre à une personne de progresser, c'est qu'elle soit en contact avec d'autres personnes et, en particulier, avec celles qui, bien que handicapées, le sont moins qu'elle. C'est pourquoi la M.A.S. doit être située au milieu des lieux de vie de tous et ne pas être éloignée des structures protégées de Travail, d'Habitation, des personnes handicapées; elle doit même, lorsque cela est possible, occuper une aile, un pavillon, un étage du Foyer.

Certaines Associations ayant mis en place des M.A.S. avant la parution des Textes législatifs, ont pu expérimenter cette nécessité.

Les personnes résidant en M.A.S. doivent donc pouvoir, à certains moments et en fonction de leurs aptitudes, participer à la vie du C.A.T., du Foyer... Ce principe doit être déterminant lorsque vous allez mettre en place une M.A.S. Il doit guider notre refus d'une implantation isolée.

Lorsque vous aurez connaissance de projets tendant à utiliser des locaux médico-sociaux ou hospitaliers inemployés, c'est ce premier critère qui devra vous dicter la conduite à tenir.

.../...

Par ailleurs, la M.A.S. doit permettre toutes les relations possibles avec l'environnement courant de la vie, afin de favoriser les échanges entre personnes handicapées et non handicapées.

La circulaire ministérielle, alinéa 530, souligne : "L'implantation des Maisons d'Accueil Spécialisées doit répondre à plusieurs soucis... proximité de la vie sociale : il importe que les handicapés puissent avoir accès à la ville, dans la mesure où leur état leur permet."

Dans le même alinéa, la circulaire ministérielle rappelle également la nécessité d'une proximité de la famille, non seulement pour préserver les liens affectifs réciproques, mais aussi pour permettre à celle-ci de participer aux soins, à l'éveil, et à la formation qui y est dispensée.

Par ailleurs, une M.A.S. doit pouvoir fonctionner à la fois en régime d'internat total ou de semaine, ou de quinzaine, et en régime de semi-internat.

Au cas où cette proximité des familles ne peut être respectée pour toutes, il paraît souhaitable de prévoir l'hébergement de ces parents pendant le week-end par exemple, et pourquoi pas dans la M.A.S. elle-même ?

Les M.A.S. doivent également assurer un accueil temporaire et réserver quelques places à cet effet, ainsi que le prévoit la circulaire (le décret spécifique à cette modalité d'accueil n'est pas encore paru).

Enfin, elles pourront prendre en charge les personnes très gravement handicapées restées dans leur famille, en mettant à leur disposition un "Service à Domicile".

La circulaire limite à 10% le nombre de lits réservés soit à un accueil temporaire, soit à un accueil de jour (formule semi-internat). Cette limitation ne pourra être maintenue par la réglementation. En particulier, pour l'accueil de jour, il faut prévoir une capacité d'accueil plus importante.

IV - NOMBRE DE PERSONNES A ACCUEILLIR - =====

Dans son alinéa 520, la circulaire parle d'une capacité d'accueil de l'ordre de 30 à 60 lits, ce dernier chiffre étant un maximum - "elle peut aussi être inférieure dans certains cas (donc inférieure à 30 éventuellement)".

L'accueil d'une trentaine d'adultes en unités de vie de 5 à 6 personnes, semble être un optimum, à la fois

- pour respecter la proximité évoquée ci-dessus
- pour permettre une personnalisation de tous les actes de soins, d'aide, d'animation, de formation
- pour donner au Personnel des conditions de travail qui ne soient pas trop écrasantes.

V - CREATION - =====

Nous vous invitons à faire diligence pour vous pencher sur la création de M.A.S.

Tout comme vous avez mis en place de nombreux autres équipements, vous ne pouvez négliger la création de cette nouvelle structure.

.../...

Il sera utile que dans l'étude des besoins, vous consultiez les autres Associations ou Organismes s'occupant de personnes handicapées et que, dans la création de ces établissements, vous associiez les familles, concernées ou non.

Il y a là une expression fondamentale de l'Action Familiale et de la Vie Associative.

Vous constaterez, à la lecture de la circulaire ministérielle, l'insistance des Pouvoirs Publics sur l'utilisation du patrimoine immobilier médico-social et psychiatrique existant.

Il vous appartiendra, en cas de projet tendant à reconvertir un tel établissement, d'apprécier si cette reconversion répond :

- aux critères de proximité que nous avons soulignés
- à l'objectif d'éveil et d'épanouissement qui doit être une des vocations fondamentales des M.A.S.

S'il n'en était pas ainsi, vous devriez tout mettre en oeuvre, en vous appuyant sur les dispositions des textes du décret et de la circulaire, pour que cette reconversion ne soit pas retenue.

Nous vous demandons donc :

- de présenter, le plus rapidement possible, un projet bien étudié, aux C.R.I.S.M.S.
- d'associer étroitement à cette entreprise votre Délégué Régional
- d'informer l'U.N.A.P.E.I. de vos démarches et des difficultés que vous pourrez rencontrer.

C O N C L U S I O N

=====

Notre préoccupation est d'attirer votre attention sur les points suivants :

-Les Associations de Parents ne peuvent négliger la promotion de ces nouvelles structures qui sont destinées aux personnes le plus gravement handicapées

- .soit en étant elles-mêmes promotrices
- .soit en se rapprochant des autres promoteurs.

-Elles doivent s'assurer de la participation des parents dans les organismes d'administration de ces établissements.

-Il faut que ces M.A.S. soient des Foyers où les plus grands handicapés puissent vivre et apprendre à vivre et s'épanouir, malgré et par-delà leur handicap. Bien sûr, elles auront un objectif de soins, de surveillance médicale, qu'on ne trouve pas dans les Foyers actuellement existants, mais cette fonction de soins sera au service des actions de formation et d'animation.

-Les M.A.S. ne doivent pas être un lieu qui isole, coupe du monde, empêche une personne pratiquement dépourvue d'autonomie, de bénéficier des contacts et de la vie avec d'autres personnes moins handicapées.

-:-:-:-:-

Paris, le 12 Février 1979

Destinataires :

- Ministères concernés
- Conseillers auprès des représentants de nos Associations dans les Commissions mises en place par la Loi d'Orientation
- C.D.E.S.
- C.O.T.O.R.E.P.

JK/12.02.79/500/38

Créer un nouveau type d'établissement dans la gamme des équipements, c'est créer de nouvelles barrières, de nouveaux murs, qu'il faudra franchir, créer une ségrégation.

En cloisonnant ainsi, on isole et on bloque dans leur évolution des personnes, en fonction de leur handicap. On crée des milieux de vie artificiels et appauvrissants d'où sont exclus les éléments les plus dynamiques.

Mettre en place des foyers occupationnels tendrait à créer des "sous-C.A.T.". Les personnes les moins actives et les moins productives d'un C.A.T. risqueraient d'être orientées vers ces structures qui deviendraient ainsi une "réserve". Les personnes ayant atteint un niveau de moindre dépendance grâce à un séjour dans une Maison d'Accueil Spécialisée, s'y trouveraient orientées. Il y aurait des "exclus" des C.A.T., ces derniers étant réservés à certaines catégories.

III - L'UNITE DE LA STRUCTURE DE TRAVAIL PROTEGE -

=====

Il faut parler du travail de la personne handicapée d'une manière globale.

En fonction de ses capacités du moment, activités productives et soutiens seront adaptés à son cas.

Le milieu de Travail Protégé doit être ouvert à tous, à la fois aux plus handicapés qui peuvent en bénéficier, et aux plus autonomes pour lesquels des soutiens sont encore nécessaires.

C'est pour cela que l'Union affirme que la distinction entre le C.A.T. et une éventuelle section d'Atelier Protégé intégrée à celui-ci, ne doit être qu'une distinction administrative et comptable. Sinon, on arriverait à une division absolue qui rendrait presque impossible cette interpénétration, ces relations, qui sont à la base de l'épanouissement et du progrès chez la personne handicapée. Ce serait également nier la nécessité d'une pluralité de capacité pour une production élaborée, comme c'est le cas général dans toutes les entreprises.

IV - C.A.T. et M.A.S. -

=====

Il faut rappeler les principes qui ont été énoncés dans la note de consignes de l'Union relative aux Maisons d'Accueil Spécialisées.

Les C.A.T. doivent permettre l'accueil épisodique des personnes vivant dans les M.A.S. Ces dernières doivent donc être implantées à proximité des C.A.T.

Pour acquérir et conserver son rôle d'éveil et de stimulation, une Maison d'Accueil Spécialisée doit être insérée au milieu des lieux de la vie quotidienne et des centres de vie où les personnes moins handicapées trouvent les moyens d'exercer leur droit au travail et de se loger.

.../...

C O N C L U S I O N
=====

Quel que soit leur degré de handicap, les personnes doivent pouvoir vivre en relation entre elles et en symbiose avec le milieu environnant.

Leurs difficultés doivent être prises en charge par des soutiens appropriés plus ou moins intensifs, dans des structures ouvertes et non pas fermées.

Concrètement, cela doit se réaliser par des implantations de Maisons d'Accueil Spécialisées, de Centres d'Aide par le Travail, d'établissements médico-sociaux, de foyers, proches les uns des autres, et tous situés au milieu de la vie sociale de tous les hommes.

---:---:---:---:---:---

Paris, le 12 Février 1979

Destinataires :

- Ministères concernés
- Conseillers auprès des représentants de nos Associations dans les Commissions mises en place par la Loi d'Orientation
- C.D.E.S.
- C.O.T.O.R.E.P.

JK/12.02.79/500/39

Annexe N°3 : Statuts de l'A.P.E.I de Périgueux.

A. P. E. I. de PERIGUEUX

ASSOCIATION DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPEES
MENTALES

L'Association fondée le 8 janvier 1970, déclarée à la Préfecture de la Dordogne sous le n° 3633, publiée au Journal Officiel du 18 janvier 1970, affiliée à l'U.N.A.P.E.I. sous le n° 394, adopte en Assemblée Générale Extraordinaire du 10 février 1996, les présents statuts qui annulent et remplacent tous statuts antérieurs.

TITRE I – DENOMINATION, BUTS ET MOYENS DE L'ASSOCIATION :

Article 1 - Dénomination et siège social.

L'Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales, désignée sous le sigle "A.P. E. I. de PERIGUEUX", a été fondée comme il est dit ci-dessus.

Sa durée est illimitée.

Son action s'étend au territoire de l'arrondissement de PERIGUEUX et éventuellement à celui de NONTRON.

Son siège social est fixé à PERIGUEUX, rue des Thermes - Parc de la Visitation. Il pourrait être transféré en tout autre lieu par simple décision du Conseil d'Administration.

Article 2 - Buts de l'Association

En liaison avec l'U.D.A.P.E.I. de la DORDOGNE, l'U.R.A.P.E.I. d'Aquitaine, dont elle fait partie et avec l'U.N.A.P.E.I. à laquelle elle adhère, l'A.P.E.I. de PERIGUEUX a pour buts :

a) d'apporter aux familles ayant un enfant, adolescent ou adulte handicapé mental l'appui matériel et moral dont elles ont besoin, de développer entre elles un esprit d'entraide et de solidarité, de les amener à participer activement à la vie associative,

b) de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au plein épanouissement, au mieux-être et à l'insertion sociale des personnes handicapées mentales et d'accompagner celles-ci depuis le plus jeune âge jusqu'à la fin de leur vie,

c) de défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes handicapées mentales auprès des pouvoirs publics, des élus, des organisateurs publics ou para-publics, des commissions diverses, des autorités de tutelle, etc...

Article 3 - Moyens d'action de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX

Les moyens d'action de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX sont :

a) Pour les personnes handicapées mentales :

L'éducation, l'instruction, la formation, les soins y compris médicaux, l'insertion sociale et professionnelle, le soutien, l'accompagnement, le suivi, l'hébergement, la mise au travail, le placement, etc... sous toutes les formes prévues par la législation et la réglementation actuelles et à venir, notamment par la création et la gestion de toute structure, tout service ou tout établissement y compris le développement d'activités commerciales, industrielles ou de production concourant aux buts et objectifs de l'association.

b) Pour les familles :

- l'aide pour tous renseignements et conseils utiles, leur orientation selon leurs besoins pour toute aide médicale, sociale, administrative.

- le resserrement des liens entre les membres de l'Association, spécialement en ce qui concerne les jeunes parents, les parents âgés ou isolés, en un mot la mise en place et l'animation d'une "action familiale".

c) Pour les personnes et organismes extérieurs à l'Association :

- l'information régulière des autorités, des élus, des médias, (l'organisation, s'il y a lieu, de manifestations).

- la mise en œuvre de liaisons, au plan local, avec les autres organismes, associations, établissements d'enseignement, etc... qui œuvrent en faveur des personnes handicapées mentales, quelle que soit la nature du handicap.

- la publication d'un journal ou tout autre moyen de communication.

Article 4 – Laïcité

L'association a un caractère laïc. Elle respecte toutes les opinions, toutes les croyances et s'interdit, de ce fait, toute action tendancieuse sur le plan politique, philosophique ou religieux.

TITRE II - COMPOSITION - ADMISSION - RADIATION - COTISATION

Article 5 - Composition

L'A.P.E.I. de PERIGUEUX groupe des familles ayant la charge de personnes handicapées mentales et des amis qui s'intéressent aux problèmes du handicap mental.

Parents et amis sont membres actifs de l'association : ils ont droit de vote à l'assemblée générale et peuvent être élus au conseil d'administration.

Les membres honoraires ou membres d'honneur sont des personnes physiques ou morales qui apportent ou ont apporté à l'association une aide technique, matérielle ou morale. Ils sont entendus avec voix consultative mais ne peuvent ni voter à l'assemblée générale ni faire partie du conseil d'administration. Ils ne sont pas tenus au paiement de la cotisation annuelle.

Article 6 - Admission

L'admission est prononcée par le conseil d'administration ou le bureau de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Article 7 - Radiation

La qualité de membre se perd par :

- la démission,
- le décès,
- la radiation prononcée par le conseil d'administration pour non paiement de cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été préalablement invité à fournir des explications.

Article 8 - Cotisations

Les cotisations une fois versées, deviennent propriété exclusive de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Le montant des cotisations annuelles est fixé par l'assemblée générale, sur la proposition du conseil d'administration. Seuls, les membres à jour de leur cotisation, pourront prendre part aux votes.

TITRE III - FONCTIONNEMENT ET ADMINISTRATION DE L'A.P.E.I. de PERIGUEUX

A) ASSEMBLEES GENERALES :

Article 9 - Composition des assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Les assemblées générales sont composées de tous les membres de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX que ceux-ci soient des personnes physiques ou des personnes morales. Ces dernières sont représentées à l'assemblée générale par leur Président ou, en cas d'empêchements, par son délégué.

Seuls les membres actifs ont droit de vote et chacun dispose d'une voix. Peuvent également assister aux assemblées générales toutes les personnes invitées par le conseil d'administration à des titres divers.

Article 10 – Assemblée générale ordinaire

10.1 : Réunion de l'assemblée générale ordinaire :

Elle se réunit au moins une fois par an à l'initiative du conseil d'administration ou à la demande du quart au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour est arrêté par le conseil d'administration et envoyé à tous les membres de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX 15 jours avant la date de l'assemblée générale.

La réunion se tient au jour, heure et lieu indiqués sur l'avis de convocation.

L'assemblée générale est présidée par le président du conseil d'administration.

Les fonctions de secrétaire sont remplies par le secrétaire du conseil d'administration ou, à défaut, par le secrétaire adjoint.

Le bureau de l'assemblée est celui du conseil d'administration de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Pour délibérer valablement, l'assemblée générale devra compter au moins un quart de ses membres actifs présents ou représentés.

Si à la suite d'une première convocation l'assemblée n'a pu réunir le nombre requis de membres, ayant voix délibératives, le conseil d'administration convoque dans les quinze jours qui suivent, une deuxième assemblée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres ayant voix délibératives, mais seulement sur les questions à l'ordre du jour de la réunion précédente.

10.2 : Délibération de l'assemblée générale ordinaire :

L'assemblée générale ordinaire :

- entend les rapports d'activité, le rapport financier et celui du commissaire aux comptes ;
- approuve le rapport d'activité et les comptes de l'exercice clos ;
- vote l'exposé d'orientation et le budget de l'exercice suivant, comportant notamment le montant de la cotisation ;
- délibère sur toutes autres questions figurant à l'ordre du jour ;
- pourvoit s'il y a lieu au renouvellement des membres de conseil.

La discussion d'une question ne figurant pas à l'ordre du jour peut être écartée par le bureau de l'assemblée.

Il ne pourra pas être pris de décision sur une question ne figurant pas à l'ordre du jour.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres actifs présents - ou représentés à l'assemblée.

Le vote se fait à main levée ou au scrutin secret si la demande en est formulée.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Un adhérent empêché pourra donner sa procuration à un autre adhérent. Chaque adhérent présent ne pourra détenir qu'un seul mandat.

Toute discussion étrangère aux buts de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX est formellement interdite.

Article 11 - Assemblée générale extraordinaire

11.1 : Réunion de l'assemblée générale extraordinaire :

L'assemblée générale extraordinaire statue sur des questions exceptionnelles concernant la vie de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Elle se réunit à l'initiative du conseil d'administration ou à la demande du quart au moins, des membres de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX ayant voix délibérative.

Elle peut :

- apporter aux statuts toutes modifications utiles ;
- décider sa dissolution ou sa fusion avec d'autres associations ayant des buts analogues.

Le vote se fait à main levée ou au scrutin secret si la demande en est formulée.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Un adhérent empêché pourra donner sa procuration à un autre adhérent. Chaque adhérent présent ne pourra détenir qu'un seul mandat.

11.2 : Délibérations de l'assemblée générale extraordinaire :

L'assemblée générale extraordinaire ne peut valablement délibérer que si elle comprend le tiers au moins des membres actifs ou représentés (sauf cas prévu à l'article 22). Les délibérations doivent être prises à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés, ayant voix délibératives.

Si à la suite d'une première convocation, l'assemblée n'a pu réunir le nombre requis de membres ayant voix délibératives, elle convoque, dans les quinze jours qui suivent, une deuxième assemblée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ayant voix délibératives, mais seulement sur les questions à l'ordre du jour de la réunion précédente et à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ayant voix délibératives.

Article 12- Procès-verbal des délibérations

Il est tenu procès-verbal des délibérations des assemblées générales.

B) CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Article 13 - Composition du conseil

L'A.P.E.I. de PERIGUEUX est administrée par un conseil d'administration composé de vingt sept membres élus par l'assemblée générale. Cet effectif peut-être modifié par l'assemblée générale. Il doit compter dans ses membres élus un nombre de parents de personnes handicapées mentales au moins égal aux deux tiers de son effectif.

Si à la suite des opérations électorales, la composition du conseil ne satisfait pas à cette dernière condition, il est procédé à de nouvelles élections. En cas d'égalité de voix entre deux candidats, le candidat le plus jeune sera déclaré élu.

Tout membre actif de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX à jour de ses cotisations peut être candidat.

Peuvent également participer au conseil d'administration, dans la limite du quart de ce dernier, des représentants de collectivités publiques ou locales et d'organismes participant financièrement aux investissements et au fonctionnement des établissements et services gérés par l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Les salariés de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX ne peuvent être administrateurs de cette dernière.

Le renouvellement des membres élus du conseil a lieu par tiers chaque année.

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de vacance, le conseil d'administration pourvoit à leur remplacement par cooptation, sous réserve de ratification par l'assemblée générale suivante. La durée de leur mandat est la même que celle qui restait à courir aux membres qu'ils ont remplacés.

Article 14 - Réunions et décision du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le Président, et au moins trois fois par an ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence de la moitié des membres, plus un, du conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Les décisions sont prises à la majorité des présents. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Le scrutin est secret si l'un ou plusieurs administrateurs le demandent.

Il est tenu procès-verbaux des séances. Il sont signés par le Président et le secrétaire et conservés au siège de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Tout membre du conseil qui, sans excuse valable, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve.

Les fonctions de membre du conseil d'administration sont gratuites. Toutefois, les frais de déplacement ou de séjour exposés dans l'intérêt de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX peuvent être remboursés sur justificatif.

Les salariés de l'A.P.E.I. peuvent être appelés à assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

Article 15 - Pouvoirs du conseil d'administration

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour accomplir tous les actes et opérations nécessaires au bon fonctionnement de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX. Notamment, il autorise les prises à bail, locations, acquisitions, échanges des immeubles nécessaires au fonctionnement de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX et à la réalisation de ses buts, les constitutions d'hypothèques, la négociation et la réalisation des emprunts.

Il prend toutes décisions utiles concernant les actions en justice tant en demande qu'en défense.

C) BUREAU :

Article 16 - Election du bureau

Chaque année, après l'assemblée générale, le conseil d'administration élit son bureau parmi ses membres au scrutin secret, si un ou plusieurs administrateurs le demandent. Le bureau comprend au minimum :

- un président
- un président adjoint - deux vice-présidents
- un secrétaire
- un secrétaire adjoint

- un trésorier
- un trésorier adjoint
- les administrateurs délégués dans les établissements et services
- le président de l'A.T.P.

Le président est obligatoirement un parent ; par exception, il pourra être un ami, membre actif, sous réserve que le président adjoint soit un parent.

Le président ne peut-être, ni le président de l'association tutélaire dont les pupilles sont accueillis dans les établissements gérés par l'A.P.E.I. de PERIGUEUX, ni le président de l'U.D.A.P.E.I., ni le président de l'U.R.A.P.E.I.

En cas de cessation de fonction d'un membre du bureau, le conseil élit un nouveau membre au scrutin secret si cela est demandé. La durée de son mandat est la même que celle qui restait à courir au membre sortant.

Tout membre du bureau est révocable par le conseil d'administration de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Article 17 - Réunions et décisions du bureau

Le bureau se réunit au minimum six fois par an et chaque fois que le président le juge nécessaire. Pour délibérer valablement, la présence de la majorité des membres du bureau est nécessaire.

Le bureau prépare les réunions et exécute les décisions du conseil, il expédie les affaires courantes.

Les procès-verbaux des réunions du bureau, signés par le président et le secrétaire, sont conservés au siège de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Article 18 - Fonctions des membres du bureau

a) Le président assure l'exécution des décisions du conseil et du bureau, ainsi que le fonctionnement régulier de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX. Il représente cette dernière en justice et dans tous les actes de la vie civile ; il agit en justice, tant en demande qu'en défense, sur décision du conseil d'administration.

Il nomme à tous les emplois salariés.

Il peut déléguer ses pouvoirs à un membre du bureau.

b) Le président adjoint seconde le président dans l'exercice de ses fonctions ou le supplée s'il y a lieu, les vice-présidents les remplacent, le cas échéant, dans un ordre déterminé par le conseil.

c) Le secrétaire est chargé des convocations, de la rédaction des procès-verbaux des assemblées générales, des réunions du conseil d'administration et du bureau, de la préparation des assemblées générales ainsi que de toutes les correspondances, en liaison avec le président. Il est secondé dans les tâches par le secrétaire adjoint.

d) Le trésorier tient les comptes de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX. Il assure le recouvrement des recettes de quelque nature qu'elles soient, exécute les dépenses et donne quittance de toutes les sommes reçues. Il est secondé dans sa tâche par le trésorier adjoint.

D) CONTROLE DES COMPTES.

Article 19 - Désignation d'un commissaire aux comptes

L'association entrant dans le champ d'application de la loi du 1er mars 1984 (article 21 alinéa 2) relative au nombre de salariés et aux montants de son chiffre d'affaires et de l'actif du bilan, elle doit faire appel pour la vérification de ses comptes à un commissaire aux comptes figurant sur la liste mentionnée à l'article 279 de la loi n° 066-537 du 24/07/1966.

Ce commissaire aux comptes est nommé ainsi que son suppléant par l'assemblée générale ; la durée de son mandat est de six ans.

IV) ORGANISATION FINANCIERE.

Article 20 - Ressources et dépenses de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX

20.1 : Les ressources de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX sont constituées par :

- les cotisations versées par les membres actifs

- l'encaissement des frais de siège
- les subventions qui peuvent lui être versées par les collectivités territoriales et leurs groupements, les organismes publics, para-publics ou privés.
- les ressources créées à titre exceptionnel dans les conditions fixées par les autorités compétentes,
- les intérêts et revenus des placements et valeurs mobilières qu'elle possède
- les emprunts qu'elle réalise
- et généralement toutes sommes qu'elle peut recevoir en raison de ses activités, y compris les dons et legs.

A cet effet, l'A.P.E.I. de PERIGUEUX s'engage :

- à présenter ses registres et pièces de comptabilité sur toute réquisition du Ministre de l'Intérieur ou du Préfet, en ce qui concerne l'emploi des libéralités
- à adresser au Préfet ou à l'autorité compétente un rapport annuel sur sa situation et sur ses comptes financiers, y compris ceux des établissements et services.
- à laisser visiter ses établissements par les délégués des autorités compétentes et à leur rendre compte du fonctionnement des établissements et services.

20.2 : Emploi des ressources. Ordonnancement des dépenses.

Ces ressources sont employées :

- a) aux frais d'administration de l'association, aux frais de gestion des biens qu'elle possède ou des œuvres qu'elle gère.
- b) aux frais de fonctionnement des services communs.
- c) aux secours et avantages qui peuvent être accordés le cas échéant.

d) aux dépenses de création d'établissements et services.

Les dépenses sont ordonnancées par le président et, en cas d'empêchements de ce dernier, par le trésorier où un membre du bureau désigné par le président.

Article 21- Comptabilité

Le trésorier est chargé de la tenue au jour le jour de la comptabilité générale et s'il y a lieu d'une comptabilité analytique.

Chaque établissement ou service géré par l'A.P.E.I. de PERIGUEUX tient une comptabilité distincte qui forme un chapitre spécial de la comptabilité d'ensemble de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX.

Le trésorier dresse annuellement les comptes et les bilans ainsi que le budget prévisionnel de l'exercice suivant.

Le trésorier fournira, en temps utile, les livres et pièces au commissaire aux comptes et devra les présenter à toute réquisition des autorités de tutelle.

TITRE V - MODIFICATION AUX STATUTS - DISSOLUTION - LIQUIDATION

Article 22 - Dissolution

La dissolution de l'association ne peut être prononcée que par l'assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet. Cette assemblée comprendra, au moins la moitié des membres actifs. Si, à cette assemblée, ce nombre n'est pas atteint, il sera convoqué dans le mois suivant une seconde assemblée générale extraordinaire qui statuera définitivement; dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Article 23 - Liquidation

L'assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association: ceux-ci seront dévolus, par priorité à l'UDAPEI, à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé, poursuivant un but similaire, le préfet ayant qualité pour approuver ou provoquer la désignation de l'attributaire ou procéder lui-même, le cas échéant, à cette désignation.

TITRE VI - DISPOSITIONS GENERALES

Article 24 - Règlement intérieur

Le conseil d'administration établit un règlement intérieur pour le fonctionnement de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX. Ce règlement et ses modifications doivent être approuvés par une assemblée générale ordinaire.

Article 25 - Responsabilité civile

Le patrimoine de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX répond seul des engagements contractés en son nom et pour son compte ; aucune personnel physique ou morale, en faisant partie ne peut encourir de responsabilité propre du chef de ces engagement, sauf en cas de faute grave personnelle.

Article 26 - Déclarations à la préfecture

Le président de l'A.P.E.I. de PERIGUEUX fait connaître, dans les trois mois, à la préfecture du département, tous les changements intervenus dans les statuts, ainsi que dans l'administration de l'association.

Article 27- Respect des statuts

Par son adhésion à l'A.P.E.I. de PERIGUEUX et par sa signature sur le bulletin d'adhésion, l'adhérent s'engage à respecter les présents statuts et à se conformer aux décisions prises par l'assemblée générale et le conseil d'administration.

« texte de l'U.N.A.P.E.I. – Modifications statutaires à apporter conformément à l'article 98 du Décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003 »

"En cas de cessation d'activité entraînant la fermeture d'un établissement ou d'un service relevant du I de l'Article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les provisions non utilisées et les réserves de trésorerie du bilan de clôture de

l'établissement ou du service concerné seront dévolus en application de l'Article 98 du décret n° 2003-100 10 du 22 octobre 2003 à un autre établissement ou service, poursuivant un but similaire géré par une association affiliée à l'UNAPEI.

Il sera dévolu dans les mêmes conditions soit un montant égal à la somme de l'actif immobilisé affecté à l'établissement ou au service, soit l'ensemble du patrimoine affecté audit établissement ou service.

En cas de transformation importante d'un établissement ou d'un service qui entraînerait une diminution de l'actif du bilan de l'établissement ou du service ou la réduction des besoins financiers au niveau des réserves trésorerie ou des provisions, il sera procédé à la dévolution, dans des conditions identiques à celles évoquées à l'alinéa précédent, des sommes ou des éléments de patrimoine représentatifs de cette perte d'actif et des postes du passif du bilan de clôture correspondant aux réserves de trésorerie et aux provisions.

Article 28

Les frais financiers, les dotations aux comptes d'amortissement et aux comptes de provisions, les dotations aux comptes de réserve de trésorerie et les annuités des emprunts contractés en vue de la constitution d'un fonds de roulement ne peuvent être prises en compte pour la fixation du tarif qu'à la condition que les statuts de l'organisme gestionnaire prévoient, en cas de cessation d'activité de rétablissement ou du service, la dévolution à un autre établissement ou service, public ou privé, poursuivant un but similaire, d'une part des provisions non utilisées et des réserves de trésorerie du bilan de clôture, et d'autre part, soit d'un montant égal à la somme de l'actif immobilisé affecté à l'établissement ou au service, soit de l'ensemble du patrimoine affecté audit établissement ou service.

Les statuts de l'organisme gestionnaire doivent également prévoir qu'en cas de transformation importante de rétablissement ou du service entraînant une diminution de l'actif de son bilan, il sera procédé à la dévolution, au même bénéficiaire, des sommes ou des éléments de patrimoine représentatifs de cette perte d'actifs.

L'autorité de tarification a qualité pour approuver ou provoquer la désignation de l'attributaire ou pour procéder elle-même, le cas échéant, à cette désignation.

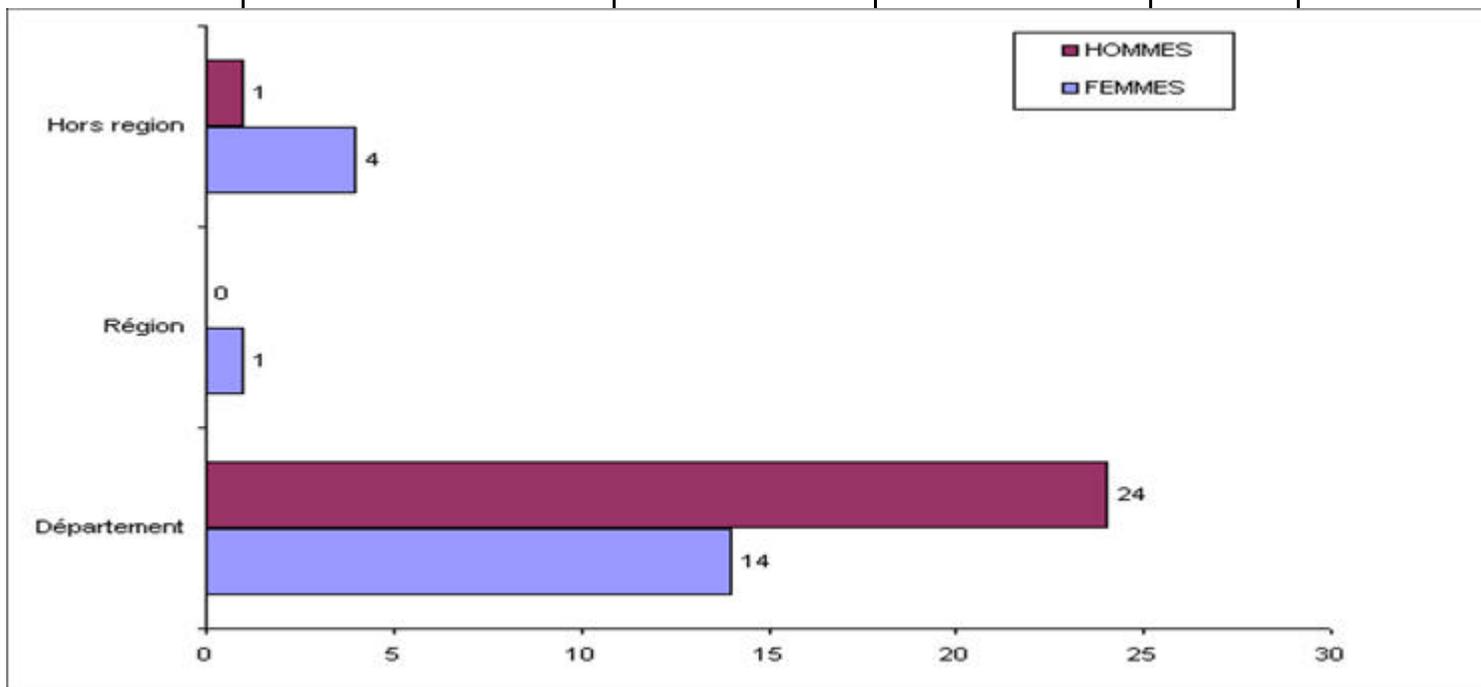
Afin de permettre le contrôle de la condition mentionnée au premier alinéa, l'organisme gestionnaire communique sur demande ses statuts aux autorités de tarification des établissements et services qu'il gère, et les informe sans délai de toute modification de ceux-ci relative aux modalités ou conditions de dévolution des actifs.

Annexe N°4 : Plan de l'établissement

Annexe N°5 : Tableaux d'analyse qualitative de la population accueillie.

ORIGINE GEOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ACCUEILLIE

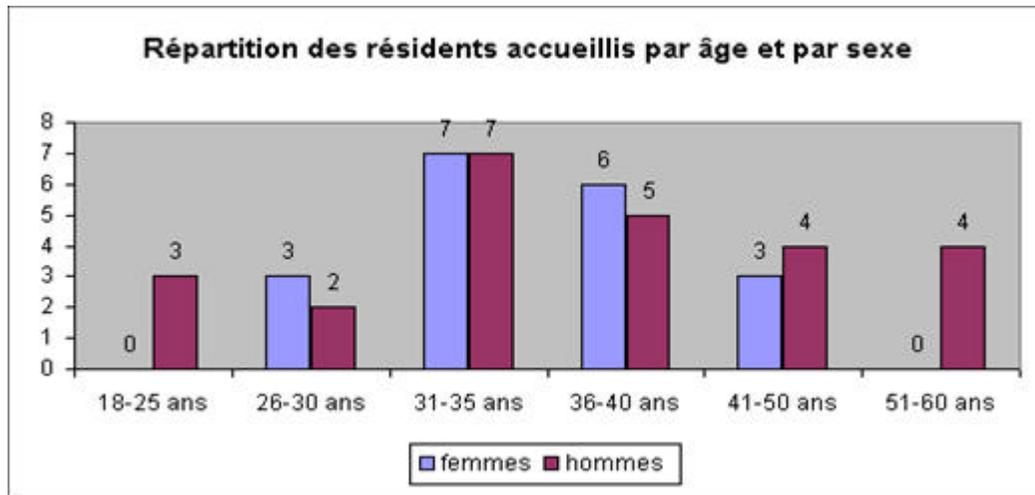
	FEMMES	HOMMES	Total
Département	14	24	38
Région	1	0	1
Hors region	4	1	5
Total	19	25	44



86% de la population accueillie est originaire de la Dordogne

ANALYSE DE LA POPULATION ACCUEILLIE SELON L'AGE ET LE SEXE

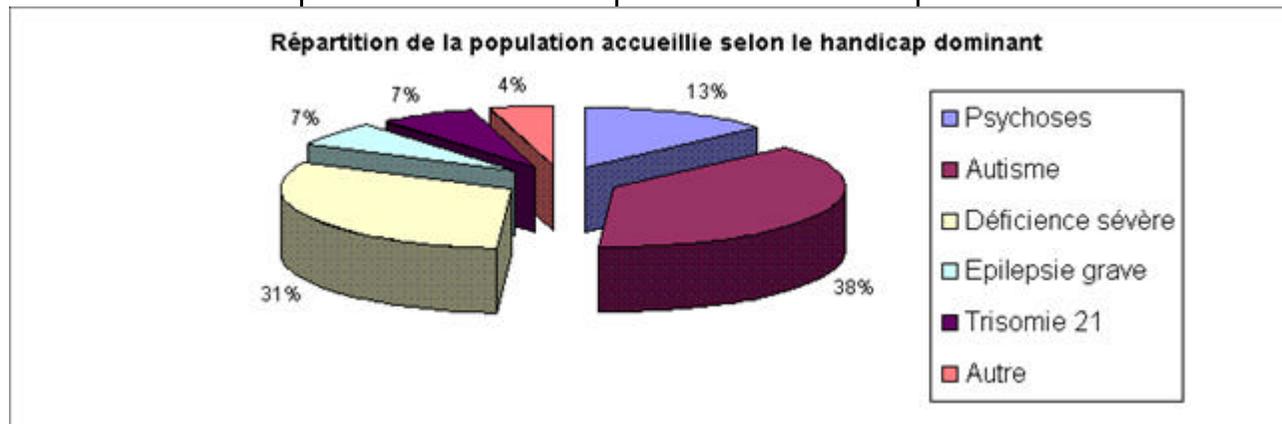
	femmes	hommes	total
18-25 ans	0	3	3
26-30 ans	3	2	5
31-35 ans	7	7	14
36-40 ans	6	5	11
41-50 ans	3	4	7
51-60 ans	0	4	4
total	19	25	44



La population accueillie à la M.A.S. Héliodore est relativement jeune, 75% de celle-ci a moins de 40 ans. Cependant l'établissement va être confronté au problème du vieillissement des personnes dans quelques années, notamment pour 4 d'entre-elles qui ont près de 60 ans. Cette situation impliquera une anticipation de l'adaptation de l'offre de service.

ANALYSE DE LA POPULATION ACCUEILLIE PAR TYPE DE HANDICAP DOMINANT

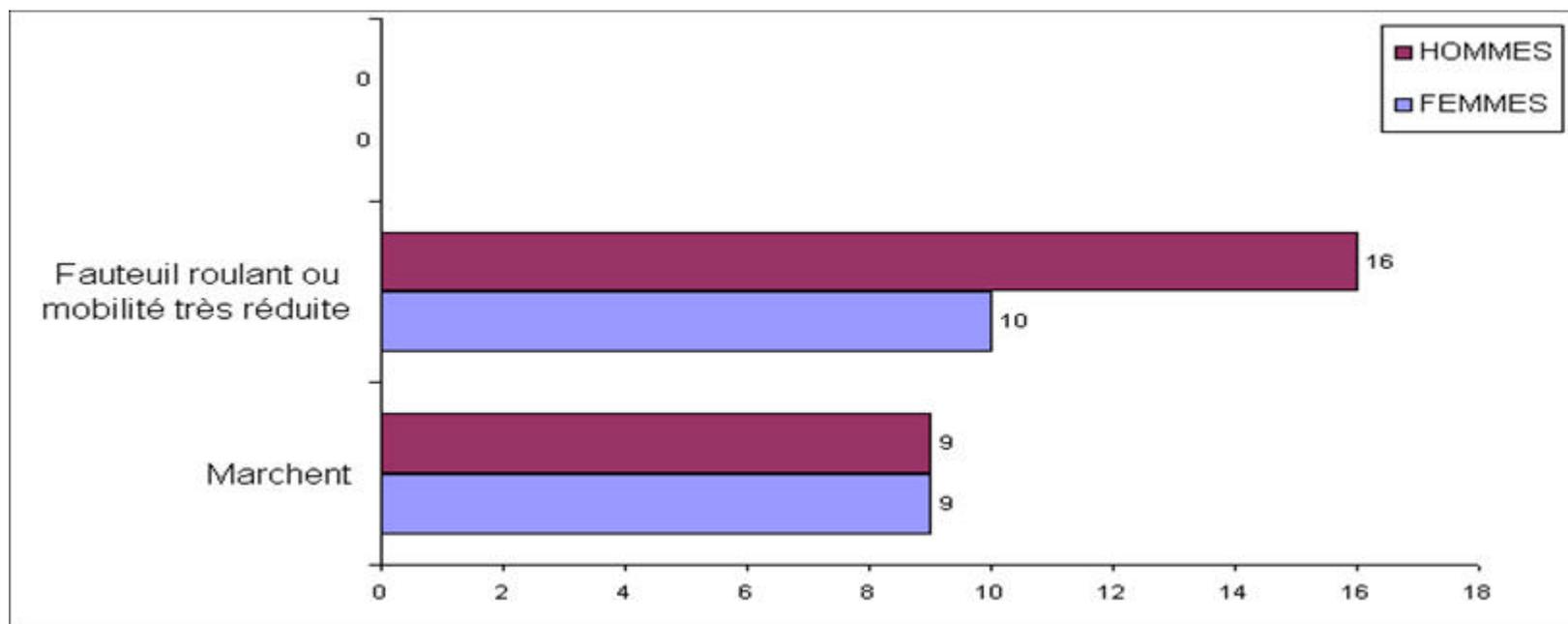
Psychoses	6
Autisme	17
Déficiences sévères	14
Epilepsie grave	3
Trisomie 21	3
Autre	2
Total	45



En faisant abstraction des troubles associés dont souffrent plusieurs résidents de la M.A.S Héliodore, deux grands types de pathologie sont majoritaires, d'une part la déficience sévère (31%) et d'autre part les syndromes autistiques (38%). Les psychoses, quant à elles, affectent 13 % des résidents accueillis. L'ensemble des résidents présentent des troubles déficitaires à un degré plus ou moins grave, une grande dépendance pour tous les actes essentiels de la vie.

MOBILITE DES PERSONNES ACCUIELLIES

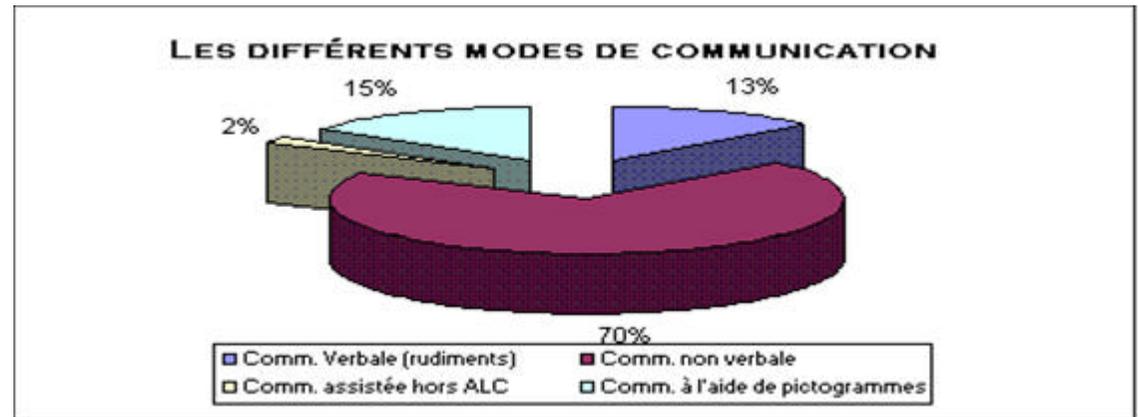
	FEMMES	HOMMES	Total
Marchent	9	9	18
Fauteuil roulant ou mobilité très réduite	10	16	26
Total	19	25	44



60% de la population accueillie ne dispose pas de la locomotion.

Différents types de modes de communication

Comm. Verbale (rudiments)	7
Comm. non verbale	36
Comm. assistée hors ALC	1
Comm. à l'aide de pictogrammes	8



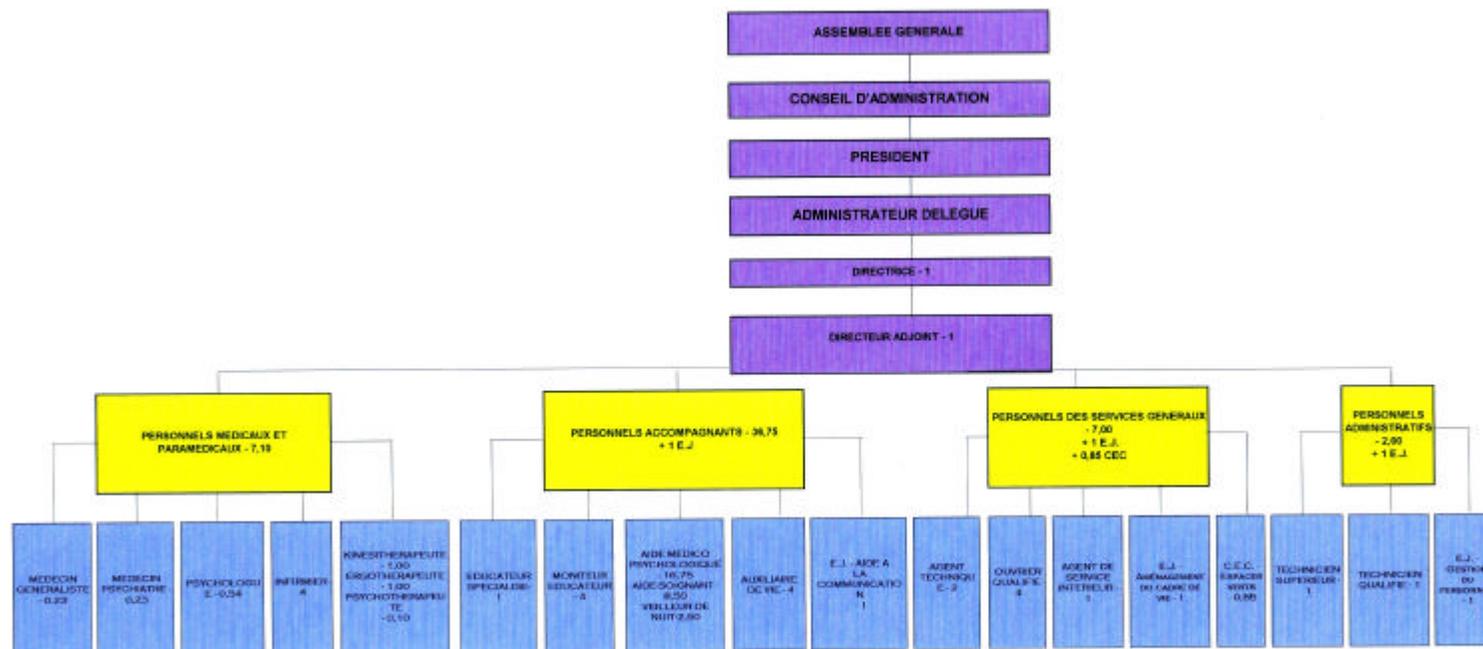
Le total est supérieur à 100%, en effet plusieurs résidents utilisent différents types de moyen de communication en les combinant. Toutefois, la communication verbale au sens le plus strict du terme est la moins développée, ceci s'expliquant par les pathologies rencontrées.

1moyen	33
2moyens	10
3moyens	1



Annexe N°6 : Organigramme de la Maison d'Accueil Spécialisée "Héliodore"

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL



- Annexe N°7 : Pyramide des âges et de l'ancienneté de l'équipe d'intervention.

+ 10 A	ENTRE 5 & 10	- 5 A	1989	QUALIFICATION	DATE NAIS.	AGE		H	F
				AGE MOYEN DES PERSONNELS				45,19	
		1		AIDE SOIGNANTE	23/11/77	26,789	07/09/04		1
		1		MONITEUR ÉDUCATEUR	25/09/74	29,951	07/09/04	1	
		1		COMPTABLE	06/10/72	31,919	07/09/04		1
		1		MONITRICE ÉDUCATRICE	29/11/70	33,773	07/09/04		1
		1		AGENT D'ENTRETIEN DES LOCAUX	31/08/69	35,018	07/09/04		1
		1		MONITEUR ÉDUCATEUR	28/03/69	35,445	07/09/04	1	
	1			AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	02/03/69	35,517	07/09/04		1
	1			AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	18/11/68	35,801	07/09/04		1
	1			AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	29/07/68	36,108	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	09/04/68	36,412	07/09/04		1
		1		AUXILIAIRE DE VIE	22/08/67	37,044	07/09/04		1
		1		ERGOTHÉRAPEUTE	13/05/66	38,320	07/09/04	1	
		1		INFIRMIER	05/08/65	39,089	07/09/04	1	
		1		AIDE SOIGNANTE	30/05/65	39,273	07/09/04		1
1				ERGOTHÉRAPEUTE	28/01/65	39,607	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	02/12/64	39,763	07/09/04		1
		1		DIRECTEUR ADJOINT	12/09/64	39,985	07/09/04	1	
		1		AIDE SOIGNANTE	08/05/64	40,332	07/09/04		1
	1			AGENT D'ENTRETIEN DU BÂTIMENT	05/12/63	40,757	07/09/04	1	
1				ELÈVE ANIMATEUR 1 ÈRE CATÉGORIE	06/11/62	41,835	07/09/04	1	
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	13/07/62	42,153	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	03/06/62	42,262	07/09/04		1
		1		AUXILIAIRE DE VIE	08/01/62	42,662	07/09/04		1
	1			AIDE SOIGNANT	06/12/61	42,753	07/09/04	1	
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	22/05/61	43,295	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	08/11/60	43,828	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	13/09/59	44,984	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	21/07/59	45,132	07/09/04		1
	1			AIDE SOIGNANTE	07/01/59	45,665	07/09/04		1
		1		INFIRMIÈRE	19/07/58	46,136	07/09/04		1
		1		AGENT D'ENTRETIEN DES LOCAUX	14/07/58	46,150	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	08/04/58	46,416	07/09/04		1
		1		AUXILIAIRE DE VIE	21/10/57	46,878	07/09/04		1
	1			INFIRMIÈRE	22/08/57	47,043	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	05/06/57	47,256	07/09/04		1
1				AGENT D'ENTRETIEN DU BÂTIMENT	09/03/56	48,496	07/09/04	1	
		1		INFIRMIER	09/05/55	49,331	07/09/04	1	
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	28/04/55	49,361	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	08/02/55	49,578	07/09/04		1
		1		DIRECTRICE	28/10/54	49,860	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	02/07/54	50,183	07/09/04		1
		1		MÉDECIN	17/06/54	50,224	07/09/04	1	
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	17/06/54	50,224	07/09/04		1
1				PSYCHOLOGUE	20/09/53	50,963	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	20/03/53	51,467	07/09/04	1	
		1		SECRÉTAIRE DE DIRECTION	08/02/53	51,576	07/09/04		1
	1			AIDE SOIGNANTE	05/07/52	52,173	07/09/04		1
		1		MONITRICE ÉDUCATRICE	30/06/52	52,187	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	26/05/51	53,285	07/09/04		1
		1		LINGÈRE	23/11/50	53,788	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	10/09/49	54,990	07/09/04		1
		1		LINGÈRE	01/02/49	55,595	07/09/04		1
	1			AGENT D'ENTRETIEN DES LOCAUX	22/09/46	57,958	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	06/09/46	58,002	07/09/04		1
		1		AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE	07/01/46	58,664	07/09/04		1
		1		PSYCHOMOTRICIENNE	09/05/45	59,330	07/09/04		1
1				KINÉSITHÉRAPEUTE	22/04/45	59,376	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	09/12/44	59,743	07/09/04		1
		1		AIDE SOIGNANTE	07/03/43	61,503	07/09/04		1
5	9	19	26			44,89		12	47
			59 *						

* POSTE D'AIDE SOIGNANT DANS L'ATTENTE D'UN RÉDEPLOIEMENT POUR PÉRENNISATION POSTE D'EMPLOI JEUNE (GESTION DU PERSONNEL)

Annexe °8 : Éléments statistiques relatifs à l'absentéisme

**EVALUATION DU TAUX D'ABSENTEISME POUR MALADIE
POUR LES PERSONNELS ACCOMPAGNANTS ET MEDICAUX
SOUMIS A ANOMALIES DU RYTHME DU TRAVAIL
POUR L'ANNEE 2003**

Légende : (1)

Nombre d'ETP :

MD	Maladie avec maintien de salaire	15.75 ETP AMP
TT	Mi-temps thérapeutique	12.25 ETP AS
AT	Accident du travail	4 ETP IDE
MP	Maladie professionnelle	4 ETP AUXILIAIRE DE VIE
TJ	Accident du trajet	4 ETP ME
AM	Maladie sans maintien de salaire	SOIT 40 ETP

Calcul du nombre de jours travaillés :

365 jours - 104 RH - 35 JTZ (52/6 X 4) - 9 CT - 11 RF - 25 CA = 181 jours

Formule :

Nombre de jours de maladie = Taux
 Nombre de jours travaillés X Nombre d'ETP

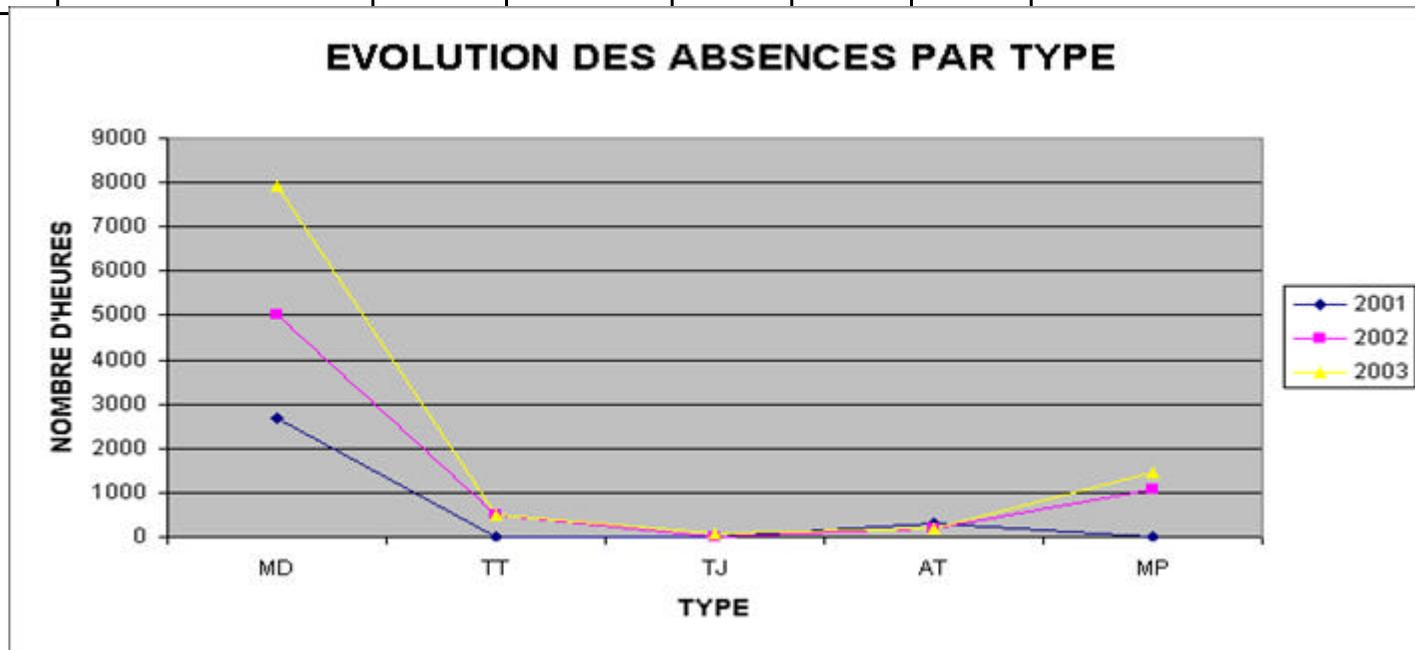
$$\frac{367 + 1068 + 38^{(1)}}{181 \times 40}$$

$$\frac{1473}{7240} = 20 \%$$

(1) voir tableaux ci-joint

ABSENCES

	EN HEURES			EN JOURS		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
MD	2690	5007	7939,5	52	1062	1735
TT	0	503	502,5	0	101	101
TJ	0	0	81	0	0	21
AT	291	187,5	188,5	57	49	37
MP	0	1087	1451	0	21	288

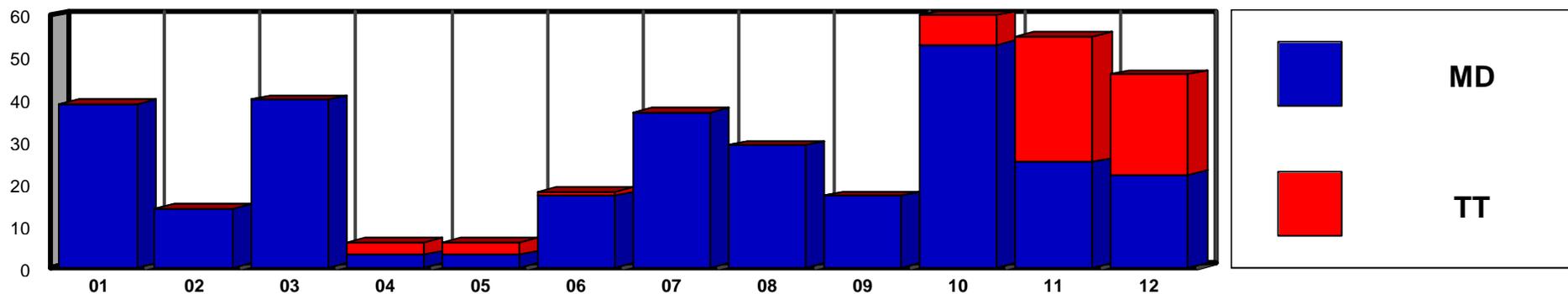


Légende :

MD	Arrêt maladie	AT	Accident du travail
TT	Mi-temps thérapeutique	MP	Maladie professionnelle
TJ	Accident du trajet		

AILE A

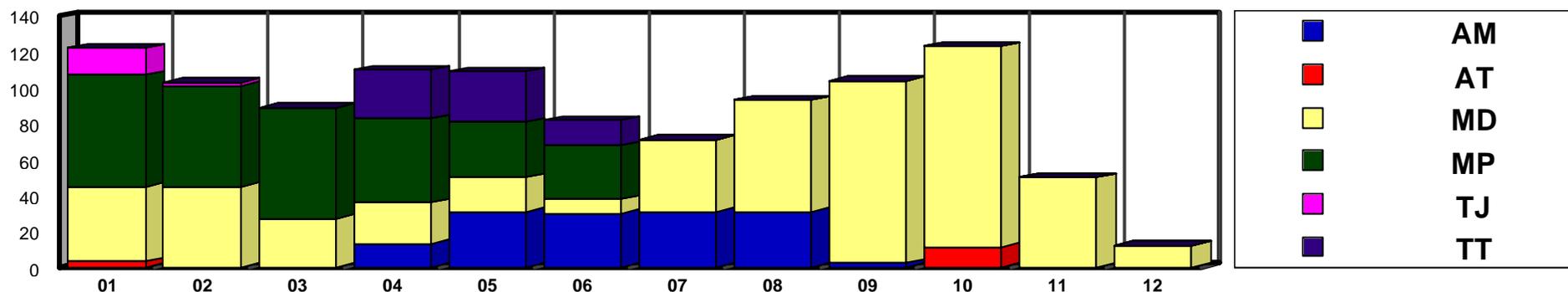
Absences en jours



	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
MD en heures	263,50	72,00	175,00	16,00	24,50	104,00	194,50	143,00	88,45	281,00	148,50	92,00	1602,45
En jours	39,0	14,0	40,0	3,0	3,0	17,0	37,0	29,0	17,0	53,0	25,0	22,0	299,00
TT en heures				25,00	26,00	8,00				23,00	147,50	124,00	353,50
En jours				3,0	3,0	1,0			7,0	30,0	24,0		68,00
Total service	264	72	175	41	51	112	195	143	88	304	296	216	1956
En jours	39	14	40	6	6	18	37	29	17	60	55	46	367

AILE B

Absences en jours



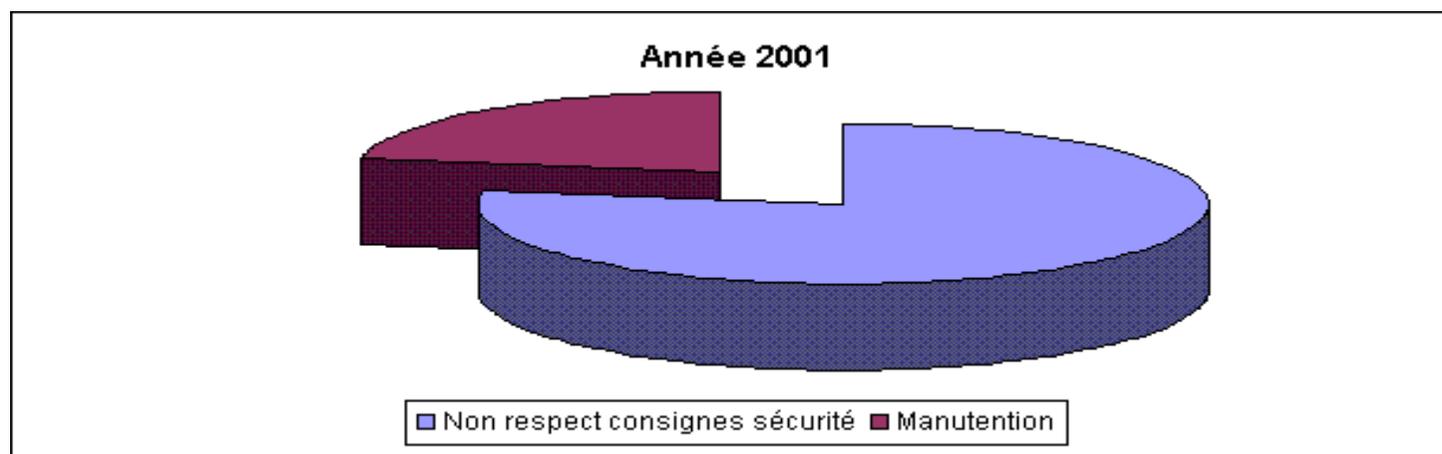
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 Total

AM	en heures					58,00	159,50	149,00	159,50	147,00	15,00	688,00		
	En jours					13,0	31,0	30,0	31,0	31,0	2,0	138,00		
AT	en heures										52,50	52,50		
	En jours										3,0	14,00		
MD	en heures	181,50	168,50	131,00	92,00	94,50	40,50	207,50	307,00	491,50	516,50	241,50	70,50	2542,50
	En jours	42,0	45,0	27,0	23,0	19,0	8,0	40,0	62,0	102,0	112,0	50,0	12,0	542,00
MP	En heures	329,00	259,50	314,50	239,00	159,00	150,00							1451,00
	En jours	62,0	56,0	62,0	47,0	31,0	30,0							288,00
TJ	en heures	64,50	16,00											80,50
	En jours	15,0	2,0											17,00
TT	enheures					121,00	127,50	38,50						287,00
	En jours					27,0	28,0	14,0						69,00
Total service		575	444	446	510	541	378	367	454	507	569	242	71	5102
	En jours	122	103	89	110	109	82	71	93	104	123	50	12	1068

- Annexe N°9 : Analyse qualitative des AT sur la période 2001-2004.

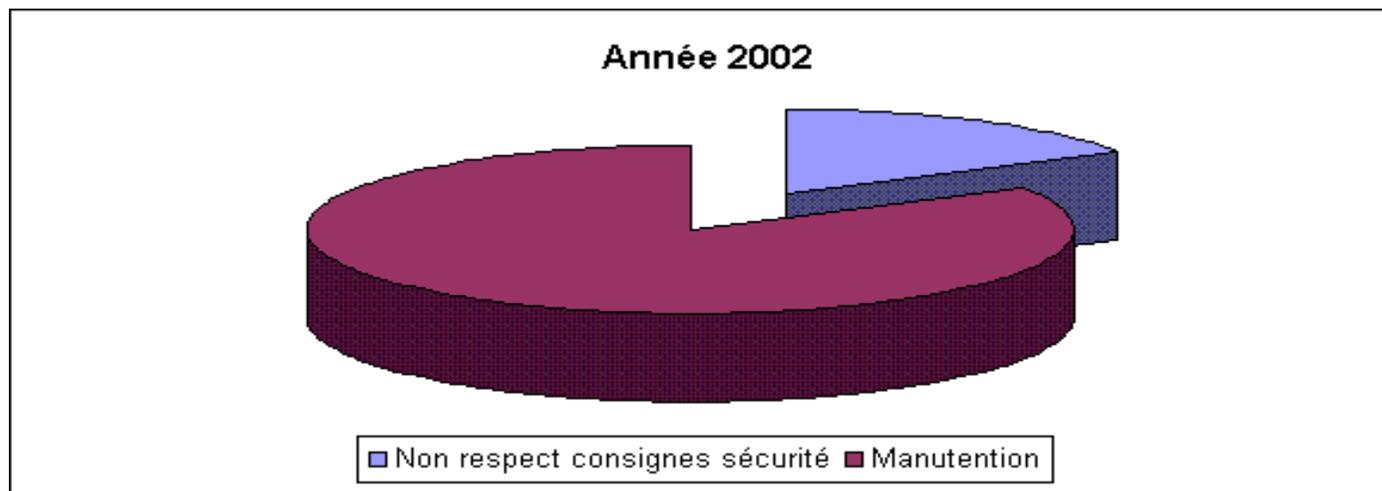
2001

N°	Fonction de la personne	Nature	Lésions	Siège	Durée de l'arrêt
1	Kinésithérapeute	Non respect consignes sécurité	Irritation	Yeux	1 jour
2	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	5 jours
3	Agent d'entretien	Non respect consignes sécurité	Inflammation	Yeux	Sans
4	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	11 jours
5	A.M.P	Non respect consignes sécurité	Irritation	Yeux	Sans
6	A.M.P	Non respect consignes sécurité	Coupure	Avant-bras	Sans
7	Infirmier	Non respect consignes sécurité	Contact sang à sang	Sang	Sans
8	Agent d'entretien	Non respect consignes sécurité	Coupure	Doigt	Sans
9	A.M.P	Non respect consignes sécurité	Douleurs / Hématome	Cotes	9 jours



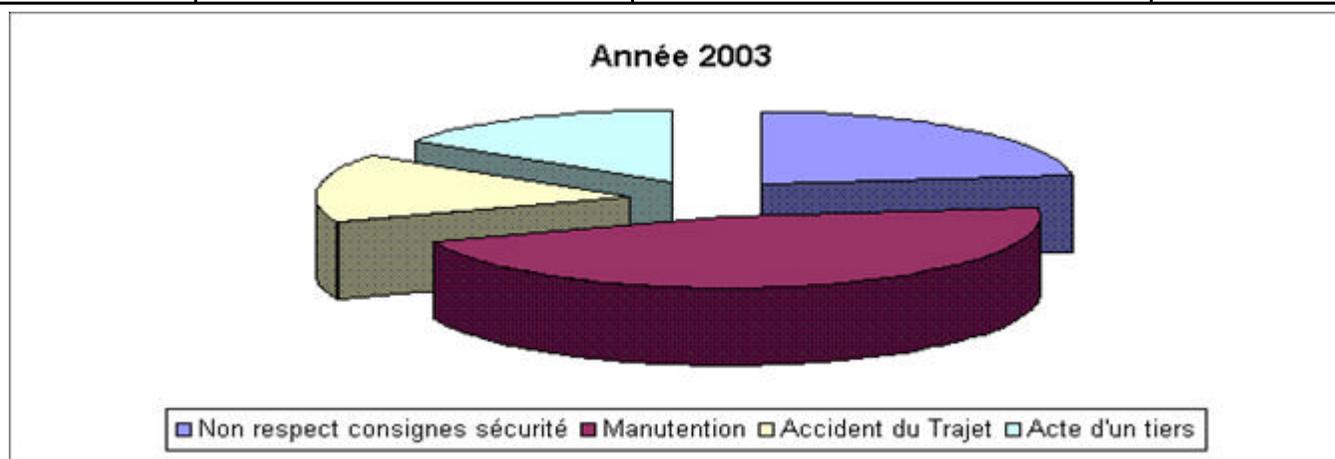
2002

N°	Fonction de la personne	Nature	Lésions	Siège	Durée de l'arrêt
1	A.M.P	Manutention	Douleurs / Hématome	Dos / Bras	49 jours
2	A.M.P	Manutention	Douleurs	Pied	Sans
3	A.M.P	Manutention	Entorse	Poignet	5 jours
4	Moniteur-Educateur	Non respect consignes sécurité	Entorse	Chevilles	Sans
5	Aide-soignant	Manutention	Douleurs	Dos	4 jours
6	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	Sans



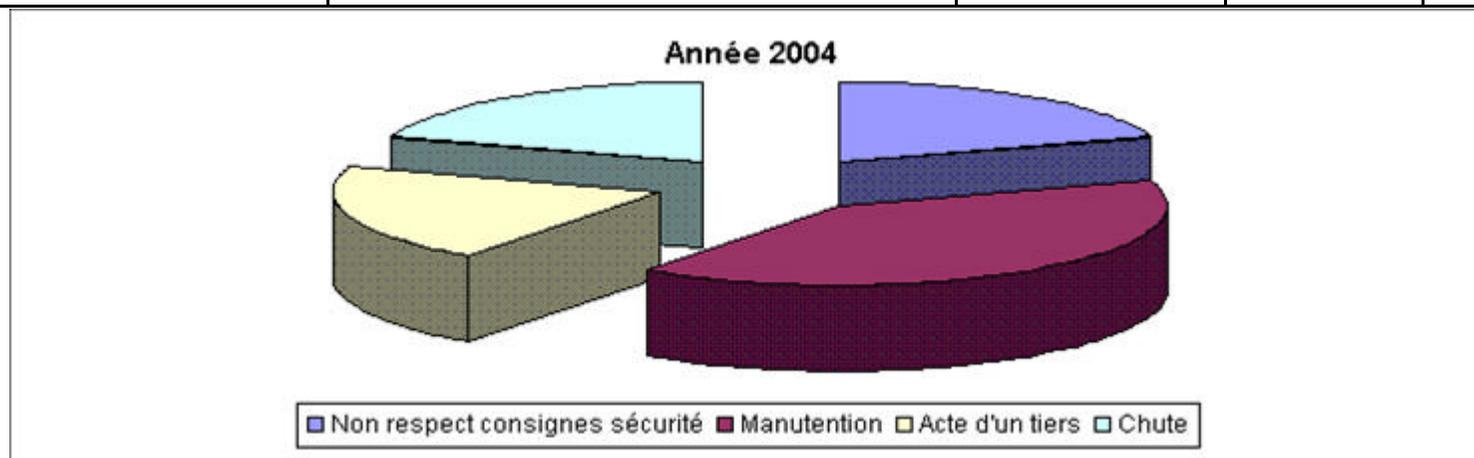
2003

N°	Fonction de la personne	Nature	Lésions	Siège	Durée de l'arrêt
1	A.M.P	Manutention	Douleurs / Hématome	Dos	3 jours
2	Aide-soignant	Manutention	Douleurs / Hématome	Epaule	27 jours
3	Auxiliaire de vie	Accident de trajet	Contusion	Tête	18 jours
4	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	Sans
5	A.M.P	Accident de trajet	Contusion	Tête	Sans
6	A.M.P	Acte d'un tiers	Hématome	Sein	Sans
7	Moniteur-Educateur	Non respect consignes sécurité	Entorse	Cheville	10 jours
8	Aide-soignant	Manutention	Hématome	Genou	Sans
9	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	15 jours
10	Auxiliaire de vie	Acte d'un tiers	Hématome	Bras	Sans
11	Agent d'entretien	Non respect consignes sécurité	Inflammation	Yeux	Sans
12	Agent d'entretien	Non respect consignes sécurité	Coupure	Doigt	Sans
13	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	Sans



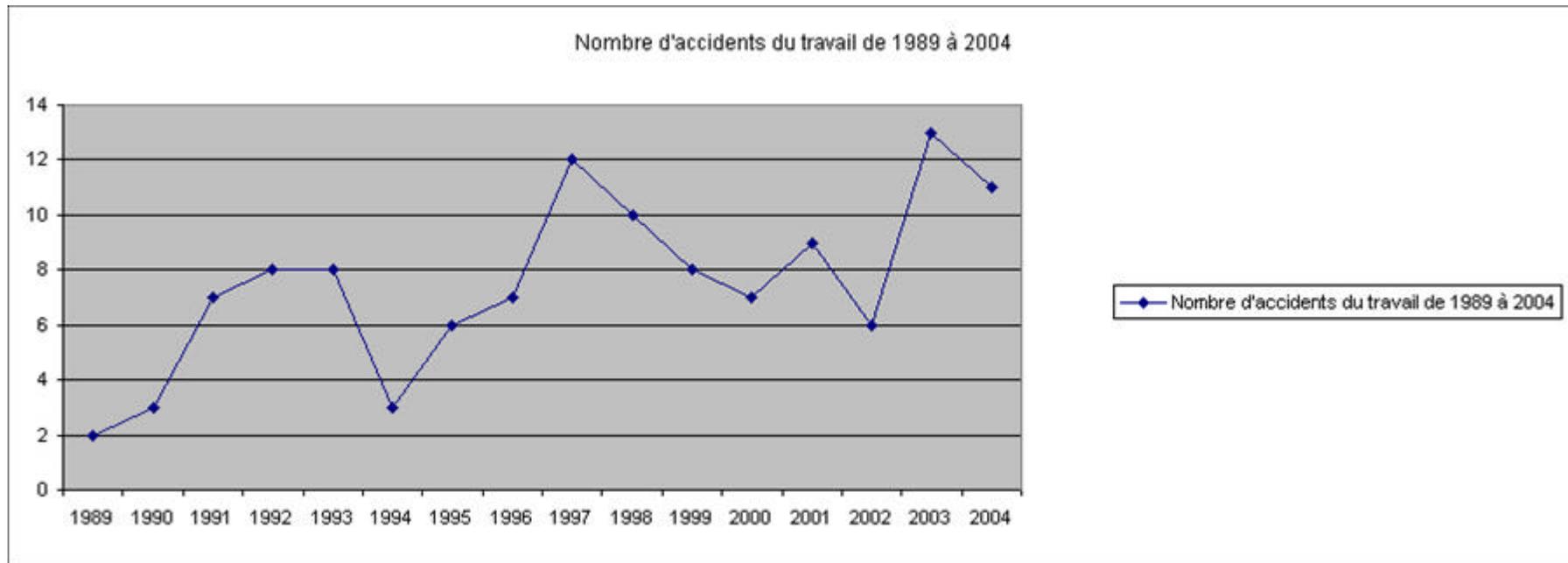
2004

N°	Fonction de la personne	Nature	Lésions	Siège	Durée de l'arrêt
1	Moniteur-Educateur	Non respect consignes sécurité	Douleurs	Dos	12 jours
2	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	Sans
3	A.M.P	Acte tiers	Hématome	Pied	Sans
4	Aide-soignant	Chute	Entorse	Cheville	26 jours
5	Infirmier	Chute	Choc	Tête	1 jour
6	A.M.P	Manutention	Douleurs	Dos	6 jours
7	A.M.P	Manutention	Douleurs	Epaule	1 jour
8	Moniteur-Educateur	Acte tiers	Douleurs	Ventre	Sans
9	A.M.P.	Non respect consignes sécurité	Contact sang à sang	Sang	Sans
10	Moniteur-Educateur	Trajet	Douleurs	Rachis cervical	Sans
11	A.M.P	Manutention	Section ligaments	Pied	46 jours
12	A.M.P	Trajet	Contusions	Tête / Epaules	5 jours



EVOLUTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre d'accidents du travail de 1989	2	3	7	8	8	3	6	7	12	10	8	7	9	6	13	11



- Annexe N°10 : Tableau récapitulatif des réunions.

TITRE DE LA RÉUNION	OBJET	RYTHME	ANIMATION	INSTANCE DE DECISION	PRISE DE NOTES	COMPTE-RENDU	PARTICIPANTS
Réunion plénière	Informations générales, élaboration et négociation des propositions, règles de fonctionnement.	1 à 2 fois par an	Direction	OUI	Secrétariat	Classeur des réunions plénières au secrétariat	L'ensemble des personnels.
Familles et représentants légaux	Informations du fonctionnement général de l'institution et réflexions	1 fois par an.	Direction	NON	Direction et secrétariat administratif	Classeur réunions avec les familles au secrétariat.	Parents et représentants légaux - Administrateur Délégué + Représentants des services de l'établissement.
Conseil d'établissement auquel va se substituer le Conseil de la Vie Sociale	Avis et propositions par rapport au fonctionnement de l'établissement	2 fois par an	Président du Conseil	NON	Secrétaire du Conseil	Classeur Conseil d'établissement au secrétariat	Membres élus ou désignés
Délégués du Personnel		Au moins 1 fois par mois		OUI	Direction	Classeur Délégués du Personnel au secrétariat	Direction et Délégués du Personnel
Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail		Au moins 1 fois par trimestre		OUI			
Réunion de soutien à la pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Eclairage disciplinaire sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences pour les usagers, * Aide à une théorisation des pratiques 	1 fois par mois	Intervenant extérieur	NON	NON		Personnels accompagnants par aile + infirmiers + veilleurs de nuit
Réunions cliniques dites de coordination des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Articulation de la fonction accompagnement et de la fonction soin * Elaboration d'hypothèses de travail * Mise en œuvre évolutive des projets personnalisés • 	3 H. tous les 15 jours	Direction	OUI	Coordinateur		Personnels accompagnants par aile + personnels paramédicaux + psychologue + veilleurs de nuit
Réunion technique médicale	Coordination - organisation de la fonction soin	1 fois par mois	Direction	OUI	NON		Personnels paramédicaux + médecins

TITRE DE LA RÉUNION	OBJET	RYTHME	ANIMATION	INSTANCE DE DECISION	PRISE DE NOTES	COMPTE-RENDU	PARTICIPANTS
Réunion de fonctionnement	Coordination - organisation par rapport au fonctionnement institutionnel	2 H. par mois	Direction	OUI	OUI		Personnels accompagnants par aile
Réunion de transmission des consignes	Passage d'informations indispensables au bon fonctionnement du service	Tous les jours à 7 H et 14 H. (15 min.)	Personnel du pavillon	OUI	Le personnel du pavillon	Cahier dans la salle de réunion	Un personnel par pavillon
Réunion de mise en commun des informations	Echanges d'informations institutionnelle inter services	1 fois par semaine	Un représentant par service	OUI	Direction	Diffusé à chaque service	
Réunion week -end	Organisation du week-end à venir	1 fois par semaine	Secrétariat	OUI	Secrétariat	Affiché	Personnels en service le week -end concerné
Réunion des coordinateurs		2 H. par semaine	Direction	OUI	Coordinateur		Personnels accompagnants moniteurs éducateurs chargés de la coordination
Réunion de fonctionnement par service	Kiné et ergo Veuillez de nuit Infirmier Services généraux	1 h/mois 2 h/mois 2 h/mois 1 h/mois					Personnels par groupe socioprofessionnel
Commission d'admission et d'orientation	Etude des dossiers d'admission et d'orientation	Ponctuelles	Direction	OUI	Déléguée au secrétariat	Classeur au secrétariat	Membres désignés pour une année.

- Annexe N°11 : Plan de formation 2003.

FORMATIONS RÉALISÉES EN 2003

Part - Formations 2003 ABACDE 16
FUS2106

FONDS PROMOFAP P.A.U.F. 2003 14 572.25										COUT			
EMPLOI	NBRE PERS.	INTITULE DE STAGE	ORGANISME + VILLE + CODE POSTAL + N° DECLARATION EXISTENCE	DIPLOMANT O / N	MODALITES	OBJECTIF	BUDGET	DATES SESSIONS	NBRE HEURES	FRAIS PÉDAGOG.	TRANSPORT	HÉBERG.	TOTAL SUR PAUF
EDUCATIF / PARA MEDICAL	16.00	AIDE À LA COMMUNICATION ASSISTÉE	APF FORMATION 75000 PARIS 11750376875	N	<input type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	1 JOUR	7.00	785.00	133.00	118.91	1 036.91
					<input checked="" type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	22-23/05/2003	14.00	1 570.00	264.70		1 834.70
EDUCATIF / PARA MEDICAL	11.00	LE TOUCHER DANS LA RELATION DE SOIN	SOFOR 33077 BORDEAUX CEDEX 72330062533	N	<input type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	3 JOURS	21.00	2 517.00	191.52	228.75	2 937.27
					<input checked="" type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	15-16/09	14.00	1 680.00	106.76	168.00	1 954.76
EDUCATIF / PARA MEDICAL	31	GESTES AIDANTS POUR POLYHANDICAPÉS	SIFAM FORMATION 34071 MONTPELLIER	N	<input type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	3 JOURS	21.00	7 927.35			7 927.35
					<input checked="" type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	28-29-30/04/03	21.00	4 236.00			4 236.00
VEILLEURS / INFIRMIERS	7.00	FORMATION SÉCURITÉ INCENDI	COFISEC TOULOUSE 31240 L'UNION	N	<input checked="" type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	3 JOURS	21.00	3 734.40			3 734.40
					<input type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	12-13/06/03	14.00	2 646.48			2 646.48
EDUCATIF / PARA MEDICAL	16.00	PROJET INSTITUTIONNEL PROJET INDIVIDUEL LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN ACTION	APF FORMATION 75000 PARIS 11750376875	N	<input type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	3 JOURS	21.00	2 355.00	160.00	140.00	2 844.73
					<input checked="" type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	1-2-3/09/03	21.00	2 355.00	304.96		2 659.96
SECRETAIR E	1.00	NAVIGATION ET COURRIER SUR INTERNET	PACEI 63110 BEAUMONT 83-63-00016-63	N	<input checked="" type="checkbox"/> INTERETS	<input type="checkbox"/> PERSONNEL	PREVISIONNEL	5 JOURS	35.00	930.00	53.50	273.00	1 256.50
					<input type="checkbox"/> INTRAETS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTREPRISE	REALISE	29/09 AU 03/10/03	35.00	930.00	78.40	273.00	1 281.40
									82.00				
									119.00				
										TOTAL			14 613.30
										SOLDE PAUF 2003			-41.05

FORMATIONS RÉALISÉES EN 2003

N°1 - Formation 2003 04/20/03
PAGE 08

PERFECTIONNEMENT DIRECTEUR 2 650.00
ETUDES ET RECHERCHE 3 700.00
COLLOQUES, SEMINAIRES ET CONFERENCES 1 017.00

EMPLOI	NBRE PERS.	BUDGET	INTITULE DE STAGE	DATES SESSIONS	NBRE HEURES	FORMATION	REPAS + NUITS	TRANSPORT	TOTAL
EDUCATIF / PARA MEDICAL	41.00	ETUDES ET RECHERCHE	M. C. : SOUTIEN A LA PRATIQUE	H/MOIS - 10 MOIS	28.00	1 120.00			1 120.00
EDUCATIF / PARA MEDICAL	15.00	ETUDES ET RECHERCHE	LE TRAVAIL EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE - MR PHILIPPE CHAVAROCHE	04-05/11/2003	14.00	1 680.00		70.00	1 750.00
EDUCATIF / PARA MEDICAL	36.00	ETUDES ET RECHERCHE	MR ALRIC - FORMATION ACCOMPAGNEMENT AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES	6H/2 MOIS	12.00	462.00			462.00
DIRECTION / SECRETAIRE	2.00	ETUDES ET RECHERCHE	FORMATION À L'UTILISATION DU LOGICIEL "GESPER" (LOGICIEL PLANNING)	28/01/2003	7.00	1 227.50			1 227.50
EDUCATIF / PARA MEDICAL	11.00	ETUDES ET RECHERCHE	SOFOR - LE TOUCHER DANS LA RELATION DE SOIN	13-14/10/2003	14.00	1 680.00	168.00	106.76	1 954.76
PARA MEDICAL	2.00	COLLOQUE, SEMINAIRES ET CONFERENCES	JOURNÉE D'ÉTUDE "LE SOIN DANS LA FONCTION D'AIDE MÉDICO PSYCHOLOGIQUE"	27/03/2003	7.00	112.00			112.00
DIRECTION	1.00	PERFECTIONNEMENT DIRECTEUR	JOURNÉE D'ÉTUDE "QUEL AVENIR POUR L'ENFANT AUTISTE OU POLYHANDICAPÉ" - GRAP	14-15/03/03	14.00	140.00			140.00
DIRECTION / COMPTABLE	2.00	COLLOQUE, SEMINAIRES ET CONFERENCES	BUDGETS ET CONJONCTURES 2004 - URIOPSS	03/10/2003	7.00	166.00	46.00		212.00
DIRECTION / PARAMEDICAL	3.00	COLLOQUE, SEMINAIRES ET CONFERENCES	JOURNÉE INTER MAS - "LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS EN MAS, PERSPECTIVES ET LIMITES"	22/05/2003	7.00	103.80			103.80
DIRECTION	1.00	COLLOQUE, SEMINAIRES ET CONFERENCES	"DROITS ET OBLIGATIONS DE LA PERSONNE DANS LES NOUVEAUX DISPOSITIFS ENTRE RECONNAISSANCE ET CONTRAINTE" - ADICCO	19-20/06/03	14.00	75.00	52.55		127.55
DIRECTION / PARA MEDICAL / EDUCATIF	3.00	COLLOQUE, SEMINAIRES ET CONFERENCES	JOURNÉE D'ÉTUDE 6/10/2003 - "POUR UNE QUALITÉ DE VIE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE GRANDE DÉPENDANCE"	06/10/2003	7.00	146.40			146.40
	117.00				131.00			TOTAL	7 356.01
									10.99

FORMATIONS RÉALISÉES EN 2003

Ann. - Formation 2003 MARS 03 14:22:28

NBRE PERS.	EMPLOI	BUDGET	INTITULE DE STAGE
1.00	EMPLOI-JEUNE	PROMOFAP	FORMATION QUALIFIANTE : GESTION DES PERSONNELS ET INSTITUTIONS SOCIALES
	TOUS LES PERSONNELS	EVACUATION INCENDIE	COFISEC - "MANIPULATION EXTINCTEURS SUR FEUX RÉELS"
1.00	AIDE SOIGNANT	COURS EMPLOI	EDUCATEUR SPÉCIALISÉ
1.00	AUXILIAIRE DE VIE	COURS EMPLOI	AIDE MÉDICO PSYCHOLOGIQUE
1.00	AUXILIAIRE DE VIE	COURS EMPLOI	AIDE MÉDICO PSYCHOLOGIQUE
1.00	DIRECTRICE	BUDGET	FORMATION CAFDES
2.00			

Annexe N°12 : Plan de formation 2004.

SUIVI DES FORMATIONS 2004

Sur: 15 865,55

EMPLOI	NBR PERS.	INTITULE DE STAGE	ORGANISME + VILLE + CODE POSTAL + N° DECLARATION EXISTENCE	Diplo/Annuité O / N	MODALITES	OBJECTIF	BUDGET	DATES SESSIONS	NBR HEURES	COUT				TOTAL SUR FOND D'INTERVENTION								
										Frais PÉDAGOGIQUES	SALAIRES	TRANSPORT	HÉBERGEMENT		TOTAL SUR PAUF							
EDUCATIF/ PARA MEDICAL	36,00	APPROCHE CLINIQUE DES FONCTIONNEMENTS CLINIQUES PSYCHOMOTEURS ET AUTISTIQUES DE TYPE DÉFICITAIRE DANS UNE POPULATION DE PERSONNES ACCUEILLIES EN MAS - ANALYSE DE SITUATIONS CLINIQUES A PARTIR DE CAS CONCRETS PRESENTES PAR L'EQUIPE	DR GABRIEL 30000 NIMES N°91.300205430	N	☐ INTERETS ☑ PERSONNEL	PREVISIONNEL	6 JOURS	42,00		3 660,00		694,50	719,40	5 063,70								
																☑ INTERACTIFS ☑ ENTREPRISE	REALISE	23 /02/2004	19,00	1 220,00	610,00	1 830,00
																	REALISE	07-03/2004	13,00	1 220,00	610,00	1 830,00
EDUCATIF/ PARA MEDICAL	16	AIDE METHODOLOGIQUE A LA REALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	CREAH D'AQUITAINE ESPACE ROGESSE 33063 BORDEAUX CEDEX N°72330059833	N	☐ INTERETS ☑ INTERACTIFS	☐ PERSONNEL ☑ ENTREPRISE	PREVISIONNEL REALISE	6 JOURS	63,00	8 000,00		2 373,60		10 373,60								
																REALISE						
																REALISE						
									108,00					0,00								
									TOTAL				15 437,30	0,00								
									SOLDE PAUF 2004				1,95									

SOLDE 2003

3 152,70
946,21

EMPLOI	NBR PERS.	INTITULE DE STAGE	DATES SESSIONS	NBR HEURES	FORMATION	REPAS + NUITS	TRANSPORT	SALAIRE S	TOTAL
		N. C. : SOUTIEN A LA PRATIQUE	4 H/MOIS - 10 MOIS	40,00	1 600,00				1 600,00
1,00		HABILITATION ELECTRIQUE / GRETA DORDOGNE	2 JOURS	14,00	226,00				226,00
16,00		AIDE METHODOLOGIQUE A LA REACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	1 JOUR	7,00	950,00		94,29		1 044,29
2,00		FORMATION GESPER LOGICIEL PLANNING	1 JOUR	7,00					1 227,50
					88,00				
					TOTAL				4 096,79
					SOLDE TRAVAUX ET RECHERCHES				-0,88

EMPLOI	NBR PERS.	INTITULE DE STAGE	BUDGET
AIDE SOIGNANT	1,00	3 ÈME ANNÉE - EDUCATEUR SPÉCIALISÉ	COURS EMPLOI
AUXILIAIRE DE VIE	1,00	2ÈME ANNÉE AIDE MÉDICO PSYCHOLOGIQUE	COURS EMPLOI
COFISEC	1,00	COFISEC "MANIPULATION EXTINCTEUR SUR FELIX REEL"	BUDGET
DIRECTRICE	1,00	FORMATION CAPDES	BUDGET

Annexe N°13 : Convention de formation Aide méthodologique.



Bordeaux, le 31 mars 2004

Formation Continue : n° d'existence 72 33 005 88 33

Date de déclaration : 4 avril 1984

**CONVENTION DE FORMATION
2004 F 10**

Entre :

La MAS HELIODORE
24750 ATUR
représenté par sa Directrice, Madame BESANGER

d'une part,

Et :

**Centre Régional d'Études et d'Actions
sur les Handicaps et les Inadaptations**
Espace Rodesse
103 ter rue Belleville
33063 BORDEAUX CEDEX
Représenté par son Directeur, Monsieur Jacques CHRETIEN

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

CENTRE RÉGIONAL D'ÉTUDES ET D' ACTIONS
SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
Tél. : 05 57 01 36 50 - Fax : 05 57 01 36 99
e.mail : info@creahi-aquitaine.org
internet : www.creahi-aquitaine.org

MEMBRE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES C.R.E.A.I.

CREAHI d'Aquitaine - Espace Rodesse - 103 ter, rue Belleville - 33063 Bordeaux
A.P.E. : 853 H - SIRET : 781 848 767 00047
Agrément Formation Permanente le 4 avril 1948 - n° 72 33 00588 33

ARTICLE 1 – LA FORMATION

Le C.R.E.A.H.I. d'Aquitaine se propose d'effectuer une action de formation sur le thème de «**l'aide méthodologique à l'élaboration du projet d'établissement**».

ARTICLE 2 - LE CONTEXTE

Préambule

La MAS Héliodore accueille des adultes handicapés depuis 1989 en Dordogne. Son projet institutionnel date de 1995. Il définit les grandes lignes d'orientation de l'établissement mais ne formalise pas dans le détail son offre de service.

Le contexte général

La publication de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale conduit les établissements à revisiter l'ensemble de leurs prestations et leurs réalisations.

La réalisation de cette réforme est un enjeu important pour l'ensemble des secteurs de l'action sociale et médico-sociale car c'est une entreprise de modernisation assez exceptionnelle qui s'intéresse autant aux dispositifs qu'aux personnes et conduit à de nouvelles règles, de nouvelles pratiques mais aussi à la promotion d'un regard plus organisé et normé.

L'application de cette loi doit s'accompagner de la mise en œuvre d'outils pour garantir le respect de ces orientations. D'autre part, la loi met l'accent sur l'environnement social des établissements et services à travers la planification, la coordination, et la coopération puis l'évaluation interne et externe.

Même si aujourd'hui, les différents décrets précisant certains aspects de cette législation, ne sont toujours pas publiés, certains délais posés par le législateur ont commencé à courir et il convient que les différents établissements concernés se préparent et réfléchissent à la formalisation de ces nouveautés et à leur mise en place.

Le contexte particulier

Pour répondre à la demande conjointe de l'établissement et de son association gestionnaire, l'APEI de Périgueux, il est demandé un appui méthodologique à la mise en œuvre de la démarche d'actualisation de son projet d'établissement qui prenne en compte les nouvelles obligations légales et réglementaires.

ARTICLE 3 - OBJECTIFS

La commande :

La commande de formation telle qu'exposée lors de notre entretien téléphonique avec la directrice de l'établissement porte sur l'accompagnement méthodologique à la réalisation écrite du projet d'établissement. Celle-ci implique la participation sous différentes formes de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Elle pourrait démarrer début 2004 pour s'achever avant la fin du premier semestre de l'année 2005.

Nous sommes dans le registre de l'actualisation de l'offre de services et du projet de l'établissement avec la nécessité de s'appuyer sur les savoirs, les savoir-faire et les compétences des professionnels.

Trois termes structurants guideront notre formation/action : **pragmatisme – réalisme - transférabilité.**

Le résultat à atteindre :

L'écriture qui devient alors signature de cette formalisation sera réalisée par les acteurs eux-mêmes et avec l'aide et l'accompagnement effectif des formateurs du CREAHI.

Sur le temps de formation directe, au cours de différents exercices, les professionnels seront invités à formuler, à préciser, à classer leurs pratiques à partir des méthodes qui seront proposées. Puis entre les séances, suivant une organisation prévue à la fin des séquences de formation, les différents travaux seront exploités par les professionnels et finalisés dans une formalisation écrite, déjà élaborée, avant d'être présentés aux collègues à la séance suivante. Et ainsi de suite.

ARTICLE 4 - LA METHODOLOGIE

1. L'architecture générale

Un groupe projet (sous l'autorité de la directrice de la MAS Héliodore) sera chargé du suivi général de la formation, de la production des groupes de travail, de la validation des écrits et leurs diffusions au fur et à mesure. Il devra associer les principaux responsables institutionnels.

Un groupe de travail transversal : Compte tenu de la taille de l'établissement et du nombre de professionnels concernés (environ 70 personnes), et soucieux d'optimiser l'efficacité de notre prestation, nous envisageons de travailler en direct avec les équipes au sein de l'établissement.

Ce groupe de travail, qui associera des représentants de l'ensemble des catégories de personnels, aura pour charge de mettre en œuvre les orientations et outils définis au sein du groupe projet, de formaliser l'offre de service de l'établissement.

2. Organisation générale de la formation

Dans notre esprit, il n'est pas question de séparer artificiellement qualité et offre de service. Le projet d'établissement, c'est la traduction formalisée d'une offre de service. Comme nous y incite la loi du 2 janvier 2002, cette offre de service doit être centrée sur la satisfaction des besoins de l'usager. Ainsi, la démarche qualité doit être au service de l'amélioration continue de cette offre de service.

C'est pourquoi la formation-action que nous proposons doit permettre de revisiter le projet d'établissement, de mettre en évidence les ressources et compétences comme les facteurs de risques qui nécessiteraient la mise en œuvre de procédures spécifiques.

Elle offrira ainsi des éléments tangibles et immédiatement mobilisables pour l'adaptation des outils internes tels qu'ils sont définis par la loi (livret d'accueil, document de prise en charge individuelle, instances participatives)

De manière générale, les professionnels de la MAS Héliodore ont développé des savoir-faire explicites ou masqués pour délivrer une prestation de service reconnue et nous nous appuierons en priorité sur ces éléments.

Le but principal de la formation/action que nous proposons est d'aider les personnels de l'établissement à formaliser cette relation de service, afin d'obtenir :

- Une définition commune de la **mission** confiée par la tutelle et l'association gestionnaire (environnement législatif et réglementaire, convention/habilitation/agrément, cahier des charges, ...)
- Une participation à l'élaboration d'un **système d'information** interne et externe (documents de communication, livret d'accueil, ...)
- Une organisation interne qui permette la **participation** effective de l'usager et sa famille (règlement de fonctionnement, instances participatives, ...)
- Une réflexion collective sur des outils partagés et négociés de **contrôle qualité** de la prestation (procédures et évaluation)

Au final, nous nous attacherons à la **transférabilité des apports méthodologiques** de cette formation/action. Cet appui méthodologique aboutira ainsi à la **mise en œuvre collective de compétences transversales centrées sur l'amélioration continue du service rendu à l'usager.**

Les outils proposés :

- l'animation du **groupe projet** pour l'aide à la formalisation écrite
- **intervention** auprès des équipes et animation du **groupe de travail transversal** par le transfert et la diffusion de connaissances nécessaires à la formalisation du projet d'établissement (juridiques, exercices d'application, études de cas).

3. Méthodologie pédagogique de la formation

Nous attacherons à ce que les participants à la formation soient les producteurs d'un travail d'identification, de formulation et d'écriture non seulement pendant les journées de formation, ce qui se réalisera sous la forme d'exercices pédagogiques, mais aussi entre les séances de formation. Il s'agira ici de relayer l'information et de s'attacher à l'implication des équipes, en interne, au sein de chaque service.

Un recueil systématique des travaux d'écriture sera organisé sous la responsabilité des cadres de l'établissement et suivi par le groupe projet de cette action de formation.

Au fur et à mesure de leur production par le groupe de travail transversal, les documents produits seront finalisés de telles sortes que progressivement ils puissent acquérir la capacité d'être communicables au personnel, à la direction générale ainsi qu'aux partenaires habituels de l'établissement in fine.

Phase 1 : année 2004

1^{ère} séance de travail avec le groupe projet : (une demi-journée)

- Définition et présentation des objectifs généraux de la formation
- Présentation des obligations de la loi 2002-02 concernant la démarche « projet d'établissement »
- Diffusion d'un support écrit aux participants précisant l'ensemble des obligations nouvelles et les exigences renforcées pour le secteur social et médico-social.

8 séances de travail avec le GTT (1/2 journées)

Objectif : Elaboration d'un « état des lieux » synthétique sur « **qu'est ce qui détermine notre offre de service ?** ».

Afin de mieux déterminer la qualité et la forme attendue du service rendu par l'établissement, il convient de définir clairement :

- L'environnement législatif et réglementaire de l'établissement MAS Héliodore
- L'environnement géographique (concurrence/monopole, ressources mobilisables, notion de territoire, de réseau, de partenariats)
- Prescripteur(s)/financeur(s)/commanditaire(s) (profil des bénéficiaires adressés ; informations réclamées dans les rapports d'activité ; outils de contrôle budgétaire ; modalités actuelles de contrôle et d'évaluation des actions)
- Association gestionnaire (la traduction du cahier des charges donné à l'établissement par l'APEI)

L'intervention menée par les formateurs du CREAHI sera notamment construit à partir d'études de cas internes et externes. En complément, des apports pédagogiques précis seront fournis au groupe de travail.

La synthèse des éléments collectés permettra de répondre à la question centrale « **Quel est le service attendu par l'établissement « MAS Héliodore » ?** » (= qu'est ce que les autres attendent de vous ?)

A l'issue de cette phase :

- Synthèse des éléments collectés
- Programmation des modalités de retour et d'information vers les salariés
- Présentation de l'« Etats des lieux » (publication interne ?)
- Programmation des séances de la seconde phase « formuler le service rendu »

Phase 2 : Deuxième semestre année 2004/ 1^{er} trimestre 2005

« Quel est le service rendu par la MAS Héliodore ? »

Le rythme proposé pour cette deuxième phase : une journée de travail par mois avec les professionnels au sein du groupe de travail transversal.

Le formateur du CREAHI, par des apports méthodologiques précis, visera à permettre aux participants d'élaborer et de formaliser des procédures internes répondant aux objectifs de la loi et aux valeurs associatives de l'association gestionnaire.

A l'issue de cette phase, le(s) rapporteur(s) du GTT au sein du groupe projet présentera une restitution complète des travaux menés par les participants. Les moyens envisagés pour parvenir à une amélioration continue de la qualité de service rendue à l'usager seront notamment présentés au groupe projet.

Il conviendra de réserver deux journées de travail pour le groupe projet en fin d'année 2004.

Phase 3 : année 2005

Cette dernière phase visera à :

- parvenir à un document dit « projet d'établissement » formalisant son offre de service
- mener une réflexion sur les outils au service du pilotage de la politique qualité de l'association (tableaux de bords, correspondants qualités, référentiels internes, suivi de la démarche,...)

4 journées de travail seront à programmer pour le groupe projet auquel seront associés des représentants du GTT.

4. Modalité d'évaluation de la formation

Le groupe projet qui suit la formation et la production a aussi une fonction de régulation qu'il exercera à partir des éléments qui seront portés à sa connaissance. Par ailleurs, l'avancée du programme sera l'un des points examinés au sein du groupe projet.

En fin de programme, une évaluation complète faisant apparaître aussi le niveau de satisfaction des professionnels sera réalisée avec l'un des outils que nous utilisons au CREAHI

ARTICLE 5 - LES INTERVENANTS

Réalisation et coordination pédagogique

Thierry DIMBOUR, Conseiller technique, Diplôme de l'IEP, consultant qualité AFNOR

Jacques CHRETIEN, Directeur du CREAHI d'Aquitaine.

ARTICLE 6 - LIEUX ET DATES DE LA FORMATION

L'ingénierie du dispositif nécessitera une bonne planification et une bonne coordination entre l'ensemble des intervenants.

Le calendrier général et prévisionnel sera fixé au démarrage du programme d'un commun accord entre la MAS Héliodore représentée par sa Directrice et le CREAHI d'Aquitaine.

La formation se déroulera dans les locaux de la MAS à Atur. Le matériel, tableaux, feutres seront fournis par l'établissement.

ARTICLE 7 – CLAUSES FINANCIERES

Coût pédagogique :

Celui-ci est de 1000 euros par journée formateur.

Groupe projet : 8 journées

Groupe de travail : 8 journées

Soit un total, de 16 journées, qui se monte à 16.000 euros

Total coût pédagogique

Soit 16.000,00 €

Il se répartit comme suit (hors frais de déplacement) :

2004 : 8.000 €

2005 : 8.000 €

Coût des déplacements

20 Déplacements :

276 km (base Bordeaux-Atur – A/R) par déplacement à 0,43 euros / km

Soit 2373,60 €

LE COÛT TOTAL DE LA FORMATION EST DE 18.373,60 EUROS

ARTICLE 8 – CONDITIONS DE REGLEMENT

La MAS Héliodore s'engage à régler cette action de formation à réception des factures émises après les interventions réalisées :

- au 30 juin 2004 (pour les journées réalisées d'avril à juin 2004)
- au 31 décembre 2004 (pour les journées réalisées de juillet à décembre 2004)
- à la fin de cette action (pour les journées réalisées en 2005)

ARTICLE 9 - LES STAGIAIRES

Le nombre définitif des stagiaires participant à la formation et pour lesquels une attestation de présence sera demandée, devra impérativement être communiqué au CREAHI, par l'intermédiaire des annexes à la convention qui sera établie.

Une attestation de stage de ces personnes sera délivrée sur simple demande, à la fin de l'intervention seulement si cette même annexe est bien retournée et correctement remplie.

ARTICLE 10 - RESILIATION DE LA CONVENTION

La présente convention est limitée à l'action de formation décrite ci-dessus.

ARTICLE 11 – COMPETENCES JURIDICTIONNELLES

Les litiges pouvant résulter de l'application de la présente convention relèvent de la compétence des instances locales.

HELIODORE
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE
24750 ATUR - Tél. 05 53 04 23 20
SIRET 781 703 657 00077
APE 853 C - URSSAF 240221070151
FAX 05 53 54 78 60

Fait à Bordeaux, le 31 mars 2004

La Directrice
De la MAS HELIODORE



Le Directeur
du GREAH d'Aquitaine

