



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes Adultes Handicapées

**LA MISE EN PLACE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT : UN OUTIL
INDISPENSABLE À LA DIVERSIFICATION
DES PRISES EN CHARGE EN MAS**

Jacques AREVALO

Remerciements

Je tenais à remercier tout particulièrement les personnes ou organismes suivants qui m'ont aidé à la réalisation de ce mémoire :

- Robert GROWAS, directeur de la M.A.S. de Saint-Sulpice dans le Tarn et tuteur de mémoire, pour sa grande disponibilité.
- Jean-Louis MAGOGA, directeur du C.R.F.P.F.D., pour son soutien lors des moments difficiles.
- Christine et Patrice respectivement secrétaire et documentaliste du C.R.F.P.F.D., pour leur apport technique et leur gentillesse.
- L'association J.P.A., pour m'avoir donné la possibilité d'effectuer la formation C.A.F.D.E.S.
- L'ensemble des cadres d'En Dûmes et le personnel, pour leur collaboration professionnelle et leur patience par rapport à mes nombreuses absences.
- Patricia et Alain pour leur précieuse aide dans la relecture finale de ce travail.
- Corinne mon épouse, qui a tout mis en œuvre pour me dégager des tâches familiales et m'a permis d'avoir le temps libre nécessaire aux recherches et à l'écriture du mémoire.
- Lucie et Marie, mes deux filles de 4 et 6 ans, en leur promettant d'essayer de rattraper auprès d'elles, mes nombreuses absences.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA RESTRUCTURATION DE L'I.M.PRO. J.BESSE EN L'ABSENCE DE PROJET D'ETABLISSEMENT ET SES EFFETS DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL D'ADULTES HANDICAPES EN M.A.S.	3
1.1 De l'I.M.PRO. à l'accueil des personnes adultes handicapées : Une diversification des prises en charge pour des raisons économiques.	3
1.1.1 L'I.M.PRO. Jacques BESSE : Un établissement de la Jeunesse au Plein Air.	3
1.1.2 La diversification des prises en charge pour des raisons économiques.....	5
1.1.3 La restructuration du secteur adulte de l'établissement faite dans l'urgence.	7
1.2 Les effets d'une restructuration rapide et nécessaire sur le projet d'établissement et sur le personnel de la M.A.S.	9
1.2.1 La restructuration rapide de la M.A.S. et l'évolution de son projet d'établissement.	9
1.2.2 Le management du projet ou comment associer le personnel dans son élaboration.....	11
1.2.3 L'affectation du personnel à la M.A.S. et le sentiment de dévalorisation professionnelle qui l'accompagne.....	13
1.3 Des références de travail relatives aux enfants présentant une déficience intellectuelle légère et ses effets sur l'accueil d'adultes polyhandicapés et l'admission de cérébros-lésés.....	15
1.3.1 Des références de travail relatives aux enfants présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne.	15
1.3.2 La nécessité d'une connaissance des caractéristiques relatives aux personnes adultes polyhandicapées.	17
1.3.3 L'admission de personnes handicapées vieillissantes et de cérébro-lésées accentue la diversification des prises en charge des usagers.....	19
Conclusion partielle.....	21
2 L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN COMPTE DE L'EVOLUTION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL POUR UN ACCUEIL ADAPTE EN MATIERE D'ADULTES HANDICAPES.....	22
2.1 La prise en compte des textes relatifs aux personnes handicapées : pour une meilleure compréhension des missions imparties aux M.A.S.	22

2.1.1	La Loi d'orientation 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.....	22
2.1.2	Le décret d'application 78-1211 du 26 décembre 1978.....	24
2.1.3	La circulaire 62 AS du 28 décembre 1978.	25
2.2	L'ouverture sur l'environnement local : un partenariat sanitaire et médico-social à prendre en considération.....	28
2.2.1	L'accueil de populations nécessitant un travail de partenariat avec le secteur sanitaire.	28
2.2.2	Les deux autres M.A.S. du département du Tarn : une opportunité en terme de savoir-faire.	31
2.2.3	Les familles des adultes handicapés : une spécificité propre à l'histoire du handicap.	34
2.3	La situation actuelle de la M.A.S. en matière d'accueil de personnes adultes handicapées.....	37
2.3.1	La définition des fonctions du personnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire. ...	37
2.3.2	Les signes symptômes de démobilitation d'une partie du personnel.	40
2.3.3	La configuration architecturale et ses répercussions sur la prise en charge des usagers.....	43
	Conclusion partielle.....	46
3	LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT COMME OUTIL INDISPENSABLE A LA DIVERSIFICATION DES PRISES EN CHARGE.....	48
3.1	Le projet d'établissement dans le cadre de la loi 2002-2 : du projet de service à la prestation individualisée.....	48
3.1.1	La loi 2002-2 et le projet d'établissement : obligation ou opportunité ?	48
3.1.2	Du livret d'accueil au contrat de séjour ou la mise en place d'une prestation de service individualisée.....	51
3.1.3	Les familles des personnes accueillies : soutien et participation à la vie sociale de l'établissement.....	54
3.2	Un nécessaire repositionnement de la M.A.S. en terme de ressources humaines et à travers la mise en place d'un réseau.....	57
3.2.1	Les actions de formation : une articulation entre les besoins de la M.A.S. et l'évolution du personnel.....	57
3.2.2	Une réflexion architecturale au service de l'identité de la M.A.S. et du bien-être des usagers.....	60
3.2.3	L'ouverture vers l'extérieur à travers la mise en place de réseaux.	63
3.3	Le directeur, garant de la mise en œuvre du changement.....	67

3.3.1 Un travail de réorganisation de l'équipe de direction et des salariés de la M.A.S.	67
3.3.2 Des supports techniques élaborés en commun à partir de la réflexion engagée dans le cadre du projet d'établissement.	69
3.3.3 L'évaluation du projet d'établissement à partir d'un référentiel de bonnes pratiques professionnelles : une garantie de qualité dans la prise en charge des personnes accueillies.	72
Conclusion partielle.	76
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

A.F.NOR. : Agence Française de NORmalisation.

A.F.T.C.T : Association Française des Traumatisés Crâniens du Tarn.

A.M.P. : Aide-Médico-Psychologique.

A.P.F. : Association des Paralysés de France.

C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail.

C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale.

C.D.E.S. : Commission Départementale de l'Education Spécialisée.

C.E. : Comité d'Entreprise.

C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé.

C.N.E.S.M.S : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale.

CO.T.O.RE.P. : COmmission Technique d'Orientalion et de REclassement Professionnel.

C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

C.R.O.S.M.S. : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

C.R.O.S.S. : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

C.T.N.E.R.H.I. : Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.

C.V.S. : Conseil de la Vie Sociale.

D.D.A.S.S. : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.

D.G.A.S. : Direction Générale de l'Action Sociale.

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

D.S.D. : Direction Départementale de la Solidarité.

E.H.P.A.D. : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

E.N. : Education Nationale.

E.S. : Educateur Spécialisé.

F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé.

F.D.T. : Foyer à Double Tarification.

F.E.H.A.P. : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif.

F.O.T : Foyer Occupationnel et Thérapeutique.

G.R.E.A.P. : Groupe de Recherche des Etablissements d'Adultes Polyhandicapés.

I.D.E. : Infirmier Diplômé d' Etat.

I.E.M. : Institut D'Education Motrice.

I.M.E. : Institut-Médico-Educatif.

I.M.P. : Institut-Médico-Pédagogique.

I.M.PRO : Institut-Médico-PROfessionnel.

J.P.A. : Jeunesse au Plein Air.

M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée.

M.V.S.H.L : Mieux Vivre Son Handicap à Lavour

O.C.P.A. : Organisme Paritaire Collecteur Agréé.

P.A.U.F. : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds.

S.E.S : Section d'Education Spécialisée.

S.S.E.S.D. : Services de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile.

INTRODUCTION

Le secteur social et médico-social a connu ces trois dernières décennies de profondes mutations entraînées par l'adoption des lois dites de 75.¹ La volonté des législateurs, soucieux d'appréhender dans leur globalité les problèmes des personnes handicapées, est allée au delà en créant un devoir de solidarité incombant à toute la nation. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées concerne l'ensemble des acteurs de la société et tous les aspects quotidiens de la personne en situation de handicap.

La mise en œuvre de ces lois a sensiblement amélioré le situation des personnes handicapées grâce la création de dispositifs spécifiques. Avec l'évolution de la société, les personnes handicapées revendiquent leur droit à la citoyenneté. Nous avons assisté ces dernières années à une valorisation des droits des citoyens repris dans plusieurs textes de loi.² Le secteur social et médico-social n'échappe pas à cette évolution. Les rénovations des lois de 75³ en sont la traduction. L'usager est placé au centre du dispositif et nous passons d'une logique institutionnelle à une logique de prestation de services individualisée. Dans le même temps, la discrimination positive voulue par la loi 75-534 est remplacée par une loi de non discrimination et de compensation du handicap qui tend à intégrer l'usager du secteur social et médico-social dans des dispositifs de droit commun.

Des usagers, dont l'état demande des soins constants et l'intervention d'une tierce personne, nécessitent des structures adaptées à leur handicap. C'est le cas des personnes accueillies en Maisons d'Accueil Spécialisée⁴. L'institut J.BESSE⁵ de la Jeunesse au Plein Air⁶, situé à Lavarat dans le Tarn, gère une M.A.S. accueillant quarante personnes. Cet institut est le résultat de la restructuration d'un Institut-Médico-

¹ Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi 75-535 du 30 juin 1975 de l'action sociale et médico-sociale.

² Loi 90-527 du 27/06/1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, Loi 2000-321 du 12/04/2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, loi 2002-303 du 4/03/02 sur le droit des malades et la qualité du service de santé, loi 2002-2 du 2/01/2002.

³ Loi 75-534 rénovée par le projet de loi n°1465 du 2 mars 2004, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi 75-535 rénovée par la loi 2002-2 du 2/01/02 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁴ M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée.

⁵ L'institut J.BESSE gère aussi un Foyer d'Accueil médicalisé et un Foyer Occupationnel et Thérapeutique de 40 places chacun.

⁶ J.P.A. : Jeunesse au Plein Air (association privée à but non lucratif relevant de la loi 1901).

Professionnel⁷, j'y occupe depuis 1998, la fonction de directeur-adjoint. J'ai néanmoins souhaité soulever de la place de directeur, une problématique concernant la M.A.S., où les conséquences de la restructuration ont été les plus importantes dans la prise en charge des usagers. Le quotidien de cette structure est géré par une adjointe de direction.

J'aborde dans la première partie la restructuration de l'I.M.PRO. faite dans l'urgence. Le manque d'effectifs lié à une crise de recrutement d'adolescents déficients intellectuels légers ou moyens avait mis l'établissement dans une situation financière difficile menaçant les emplois. Bien formé auprès de cette population, le personnel affecté à la M.A.S. a dû se reconvertir pour la prise en charge d'adultes gravement handicapés. Le public accueilli présente une certaine hétérogénéité dans le sens où sont accueillis de jeunes adultes polyhandicapés, des personnes handicapées vieillissantes valides et des personnes cérébro-lésées par accident de la vie. Cette diversification des publics amène aujourd'hui d'importantes difficultés dans l'individualisation des prises en charge.

Suite à cette problématique, j'é mets en deuxième partie l'hypothèse que ces difficultés ne proviennent pas de l'hétérogénéité de la population accueillie mais du fait des nombreux changements liés à la restructuration. Ceux-ci n'ont pas été accompagnés d'une réflexion de fond effectuée avec l'ensemble du personnel et d'une concertation des usagers et de leurs familles. L'élaboration d'un projet d'établissement aurait permis au personnel de se situer professionnellement par rapport au nouveau contexte de la M.A.S. et à celui des politiques publiques, apportant une évolution certaine dans le concept d'accompagnement des usagers du secteur social et médico-social.

Aussi je propose en troisième partie, de mettre en œuvre les dispositions relatives à la loi 2002-2, notamment l'élaboration du projet d'établissement nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des usagers de la M.A.S. Ce travail se situera à partir d'une démarche participative à laquelle seront associés l'ensemble du personnel, les usagers et leurs familles. Dans la logique des politiques publiques, je chercherai à ouvrir la M.A.S. vers des partenaires extérieurs afin de l'inclure dans un réseau actif et enrichissant. Je suis à ce jour conscient que cette démarche représente un lourd chantier dont seul le directeur est garant. Pour ne pas « s'essouffler » en cours de route, il sera capital de s'entourer de compétences diverses et de mobiliser personnels et usagers afin qu'ils adhèrent aux changements à venir. La mise en place du projet d'établissement est un outil indispensable à la diversification des prises en charge des usagers. L'enjeu est de taille.

⁷ I.M.PRO. : Institut Médico PROfessionnel.

1 LA RESTRUCTURATION DE L'I.M.PRO. J.BESSE EN L'ABSENCE DE PROJET D'ETABLISSEMENT ET SES EFFETS DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL D'ADULTES HANDICAPES EN M.A.S.

1.1 De l'I.M.PRO. à l'accueil des personnes adultes handicapées : Une diversification des prises en charge pour des raisons économiques.

1.1.1 L'I.M.PRO. Jacques BESSE : Un établissement de la Jeunesse au Plein Air.

Jacques BESSE torturé et fusillé en 1944 par la gestapo était le fils unique de la famille BESSE. Cette famille possédait un domaine agricole de vingt sept hectares à Lavaur dans le Tarn. La laïcité et la solidarité faisant partie de leurs valeurs, la famille BESSE légua en 1960 à la Jeunesse au Plein Air, ses propriétés avec comme garantie, l'accueil d'enfants handicapés.

La J.P.A. a été créée en 1938 par Georges LAPIERRE, instituteur syndicaliste et militant laïc, décédé en 1945 à DACHAU où il fut déporté par l'occupant. La J.P.A. est une confédération laïque reconnue d'utilité publique et qui regroupe à ce jour trente neuf organisations nationales œuvrant pour les vacances et les loisirs éducatifs des jeunes : Représentants des parents d'élèves, formateurs des personnels d'encadrement, enseignants et organisateurs de vacances et de loisirs.

La confédération de la J.P.A. promeut les valeurs que sont la laïcité et la solidarité. À ce titre, elle revendique la promotion de vacances et de loisirs de qualité pour tous les jeunes par l'intermédiaire des centres de vacances et de loisirs. Ces structures selon cette confédération « *favorisent la cohésion sociale, le respect de l'autre et la lutte contre les exclusions* »⁸. Aussi l'objectif de la J.P.A. est de faire bénéficier les trois enfants sur dix qui ne partent pas chaque année d'un temps de vacances.

Les activités de la J.P.A. sont développées à partir de quatre axes :

⁸www.jp.a.asso.fr

- *Une mission d'expertise* à travers des études et des recherches menées dans le domaine des vacances et des loisirs des jeunes.
- *Une mission d'éducation à la solidarité* dans les établissements scolaires par le biais de sa campagne annuelle de solidarité qui traite de la question de l'accès aux loisirs pour les jeunes.
- *Une mission de solidarité* par l'octroi de bourses vacances loisirs à des enfants sur le territoire national grâce à la collecte de fonds.
- *La promotion des vacances et loisirs éducatifs* par la mise en place de colloques et l'édition d'ouvrages.

Nous pouvons le constater, les activités de la J.P.A. font partie du domaine de l'animation socioculturelle. L'Institut-Médico-PROfessionnel dont elle devint gestionnaire en 1969, date de son ouverture, appartenait de par son agrément à un domaine de compétence différent : Le secteur médico-social.

L'I.M.PRO. qui ouvrit ses portes en 1969 était composé de cinq bâtiments toujours existants, de vingt chambres chacun. Le projet de départ fut confié à un instituteur de formation nommé par la J.P.A. et détaché de l'Education Nationale⁹. De 1969 à 1995, deux directeurs de même profil professionnel se succédèrent. Ces deux directeurs n'apparaissaient pas dans les budgets des établissements, ils n'étaient pas financés par les autorités de contrôle mais par l'E.N.

Les embauches du personnel se firent quant à elles très rapidement et ce dès l'ouverture de l'I.M.PRO. Dès le début, l'établissement fut en sureffectif au niveau des enfants accueillis. Après 1970, cent vingt enfants et adolescents étaient admis au sein de l'établissement. Ils présentaient une déficience intellectuelle légère ou moyenne et le projet consistait à les préparer au travail en milieu ordinaire ou en Centre d'Aide par le Travail¹⁰ pour ceux qui étaient le plus en difficulté.

Dès 1976, il y eut des difficultés à trouver en nombre suffisant, des enfants relevant d'I.M.PRO Les jeunes adultes sortants et réorientés n'étaient pas remplacés. Le projet d'accueil ne répondait pas aux besoins de la population handicapée locale. Cette situation se dégrada rapidement et le manque d'admissions et un défaut de suivi des journées posèrent des difficultés d'un ordre financier. Très vite la direction de l'I.M.PRO. se fit

⁹ E.N. : Education Nationale.

¹⁰ C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail.

rappeler à l'ordre par les autorités de contrôle afin de redresser la situation financière de l'établissement. Cependant les difficultés de recrutement de cet établissement allaient perdurer : pendant plus de vingt ans, il ne put jamais fonctionner à taux plein.

Deux difficultés découlant l'une de l'autre se présentaient au directeur de l'époque : Le manque d'effectifs en usagers et les déficits budgétaires que cela entraînait. Sous la pression des financeurs, des réponses devaient être apportées afin de revenir à une situation normale : combler les lits vides et assainir les budgets.

1.1.2 La diversification des prises en charge pour des raisons économiques.

Tout projet de création d'établissement doit passer devant le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale¹¹ aujourd'hui devenu Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale¹². La logique de la Loi 2002-2 veut qu'un projet déposé est accepté par le C.R.O.S.M.S. s'il répond avant tout aux besoins du schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

L'ancien système du « premier arrivé, premier servi », a été aboli et remplacé par le système dit « des fenêtres » : les projets sont étudiés à une date définie et des critères précis sont retenus auxquels les associations doivent répondre. Il ne s'agit pas ici de reprendre ces critères, cette parenthèse sur les C.R.O.S.S. a pour but de préciser que l'I.M.PRO. J.BESSE n'a pu ouvrir sans l'avis préalable du C.R.O.S.S.

Il n'est pas fréquent de rencontrer des établissements qui accueillent dès leur ouverture, sur un même site, plus d'une centaine d'usagers. Souvent la taille moyenne des établissements se situe autour de quarante personnes accueillies, mais il est vrai que suivant les structures, la viabilité financière dépend du nombre de lits. Comme déjà évoqué, le projet de création de l'I.M.PRO. a été élaboré par un directeur provenant de l'E.N. et mandaté par la JPA suite à une volonté de la famille BESSE : l'accueil d'enfants handicapés.

La question posée est de savoir si cette demande correspondait aux besoins du schéma d'organisation sociale et médico-sociale qui, dans les années soixante, n'existait pas. Une étude a-t-elle été menée avant de se lancer dans ce projet ? Quoi qu'il en soit le projet a été validé et financé.

¹¹ C.R.O.S.S. : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale .

¹² C.R.O.S.M.S. : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Malgré de nombreuses recherches et enquêtes, il est quelquefois difficile de remonter aux sources de l'histoire d'un établissement. Selon la chef du service comptable présente depuis l'ouverture de l'I.M.PRO. et véritable mémoire vivante de l'institution, les premières difficultés de recrutement d'enfants remontent à la création en 1976 par l'E.N. dans les collèges, des Sections d'Education Spécialisées.¹³

Les S.E.S consistaient à accueillir au sein des collèges, des enfants présentant des difficultés qui ne pouvaient suivre le cursus normal de l'E.N. La politique du gouvernement d'alors était de maintenir, dans un dispositif de droit commun certains des enfants jusque là orientés par les Commissions Départementales d'Education Spécialisée¹⁴ vers les filières de l'éducation spécialisée, qu'étaient les Instituts-Médico-Educatifs.¹⁵

La politique institutionnelle des années soixante dix tendait à offrir à l'usager un dispositif complet de services dans lesquels il fallait opter pour l'internat afin de bénéficier de l'ensemble des prestations. Les Services de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile¹⁶ préconisés par la réforme des annexes XXIV de 1989 et dont la volonté est de garder l'enfant handicapé dans son milieu naturel, n'étaient pas encore développés.

L'I.M.PRO. J.BESSE aurait ainsi supporté les conséquences de ce dispositif mis en place par l'E.N. Les parents préféraient placer leurs enfants dans ces sections sans qu'ils aient à subir la rupture familiale qu'imposait l'internat. La baisse des effectifs a été significative durant cette période. Ce constat fait émerger trois questions :

- La J.P.A. a-t-elle tenu compte des politiques publiques lors de la création de cette structure sachant que cette confédération est proche de l'E.N. ?
- LA J.P.A. s'est-elle informée des besoins locaux en terme de publics ?
- La J.P.A. aurait-elle dû confier des postes de direction à des professionnels de l'enseignement alors que l'I.M.PRO. relevait du médico-social ?

¹³ Section d'Education Spécialisée : S.E.S. Circulaire du 27 décembre 1967 concernant l'accueil de déficients intellectuels légers.

¹⁴ CDES : Commission Départementale de l'Education Spécialisée.

¹⁵ I.M.E. : Institut-Médico-Educatif.

¹⁶ S.S.E.S.D. : Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile.

Ces questions révèlent les difficultés qu'a eu la J.P.A. à gérer une mission pour laquelle elle n'avait pas d'expérience par rapport à son champ d'activité. En 1976, l'activité de l'établissement était tellement réduite qu'il fallut trouver des solutions afin de sortir de grandes difficultés économiques.

En même temps existait une demande sur le plan régional et notamment en région toulousaine, de placements d'enfants présentant un polyhandicap. Les difficultés que rencontraient l'I.M.PRO. étant loin d'être passagères, la direction prit la décision d'accueillir au sein de la structure, des enfants polyhandicapés. L'I.M.PRO. affecta ainsi un des cinq bâtiments à l'arrivée de ces enfants. C'était une première réponse.

1.1.3 La restructuration du secteur adulte de l'établissement faite dans l'urgence.

La configuration architecturale de l'I.M.PRO. se prête volontiers à l'accueil de personnes en fauteuils roulants. Les bâtiments sont tous de plain-pied, entourés de verdure et d'arbres centenaires. Des galeries piétonnes relient toutes les structures qui donnent sur un lieu de vie composé de classes et d'un gymnase. Les personnes à mobilité réduite firent donc leur première apparition en 1976 avec l'admission d'enfants polyhandicapés. Plus d'une vingtaine furent accueillis.

Selon le médecin-psychiatre de l'établissement, présent depuis 1976 et participant à toutes les admissions, l'arrivée de ce nouveau public eut un impact très important sur les usagers accueillis et leurs familles, ainsi que sur celles postulantes. Les familles n'avaient pas été prévenues de cette nouvelle orientation en matière d'accueil et certaines retirèrent leur enfant sur le motif qu'ils n'étaient pas « handicapés ». Il y avait aussi, de la part des adolescents, des railleries. L'admission d'enfants ayant une déficience intellectuelle légère ou moyenne se fit de plus en plus difficile, certains parents ne voulaient pas que leur enfant partage le même lieu de vie que ces enfants lourdement handicapés.

Les difficultés d'admission perdurèrent et la décision entre la J.P.A. et les autorités de contrôle fut prise de ramener l'agrément de cent vingt à quatre vingt dix lits. En 1987, une demande forte de placements concernant de jeunes adultes bénéficiant de l'amendement « Creton »¹⁷ incita la confédération à ouvrir une section Foyer à Double Tarification.¹⁸ Ces

¹⁷ Article 22 de la Loi du 13 janvier 1989. Cet amendement légalise le maintien d'enfants au delà de 20 ans dans une structure d'éducation spéciale. Limite d'âge qui était fixée par la loi du 30 juin 1975.

¹⁸ F.D.T. : Foyer à Double Tarification appelé depuis la loi 2002-2, Foyer d'Accueil Médicalisé.

personnes venaient aussi pour la grande majorité des Instituts d'Education Motrice¹⁹ de la région toulousaine. Un deuxième bâtiment et du personnel furent affectés à ce nouveau projet.

En 1995, il n'y avait plus que soixante usagers, enfants et adultes, ce qui entraînait de forts déficits en nombre de journées. La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales²⁰ demanda à la J.P.A. de redresser la situation et un nouveau directeur fut nommé avec comme mission de restructurer l'I.M.PRO. et d'accueillir un nombre d'usagers qui permettrait de maintenir l'emploi dans l'établissement.

La pérennité de l'établissement et le maintien de l'emploi furent la mission première de ce directeur nouvellement embauché. Cette restructuration déboucha sur la création distincte de trois services :

- Un Foyer à Double Tarification de quarante places,
- Un Foyer Occupationnel et Thérapeutique de quarante places,
- Une Maison d'Accueil Spécialisée de quarante places.

En l'espace de trois ans, l'établissement se transforma en matière d'accueil et d'agréments. Les admissions métamorphosèrent le public accueilli et il ne resta en 1998, plus un seul enfant et adolescent au sein de l'I.M.PRO. qui devint l'Institut J.BESSE. Les adolescents devenus de jeunes adultes et n'ayant pu être orientés en milieu ordinaire ou en C.A.T. (les critères d'admission de C.A.T. ayant évolué) vivaient toujours dans les mêmes bâtiments sous l'appellation F.O.T. La section F.D.T. dénommée depuis la mise en place de la loi 2002-02, Foyer d'Accueil Médicalisé²¹ fut étendue en nombre de lits.

Ce fut le personnel affecté à la M.A.S. qui eut à subir, de 1995 à 1998, les plus grands changements. Dans le but d'augmenter le nombre de places à quarante, deux bâtiments furent rénovés et raccordés par un grand corridor. Un seul fut habité par les jeunes adultes polyhandicapés qui avaient été accueillis lors de l'I.M.PRO. Une mission fut confiée à l'équipe d'admission composée de la chef de service éducatif de la M.A.S., du médecin-psychiatre, de la psychologue et de l'assistante sociale : trouver plus de vingt candidats en l'espace de quelques mois.

¹⁹ I.E.M. : Institut d'Education Motrice.

²⁰ D.D.A.S.S. : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.

²¹ F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé.

Les contacts avec la COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel²² et les différents établissements du Tarn, puis de la région furent rapidement récompensés : Plus de vingt personnes furent admises en l'espace d'un an. La majorité en situation de réorientation provenait pour l'essentiel de F.O.T. La moyenne d'âge de ces personnes était de quarante ans. En 1998, furent aussi accueillies les premières personnes présentant des lésions cérébrales suite à un accident de la vie. Ces personnes séjournant en milieu hospitalier ou en centre de rééducation avaient été orientées par la CO.T.O.RE.P., une fois leur état de santé stabilisé.

L'Institut J.BESSE a totalement changé de profil et la MAS a diversifié au sein même de sa structure, la population accueillie. Elle est composée actuellement de :

- 14 Jeunes adultes polyhandicapés en fauteuils roulants provenant d'I.E.M.,
- 10 Jeunes adultes handicapés valides provenant d'I.E.M.,
- 10 personnes handicapées vieillissantes valides réorientées de F.O.T.,
- 2 personnes handicapées provenant de structures sanitaires spécialisées,
- 4 Personnes cérébro-lésées en attente dans des structures sanitaires.

La restructuration de l'I.M.PRO. J.BESSE était vitale. Son objet n'est pas remis en question, cependant la rapidité avec laquelle elle fut mise en place ne permit pas une démarche menée à partir d'une réflexion collective. Cette restructuration n'est pas le résultat d'une réorientation politique associative en matière d'accueil des usagers, mais l'obligation pour un établissement de combler un déficit en nombre de journées en s'adaptant aux besoins du schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

1.2 Les effets d'une restructuration rapide et nécessaire sur le projet d'établissement et sur le personnel de la M.A.S.

1.2.1 La restructuration rapide de la M.A.S. et l'évolution de son projet d'établissement.

D'un I.M.PRO. qui accueillait sous un seul agrément une population aux caractéristiques identiques sont nés trois services totalement différents dans leur mission. Selon Jean-René LOUBAT ²³, un établissement fonde son existence par son utilité sociale, celle-ci

²² CO.T.O.RE.P : COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.

²³ Jean-René LOUBAT. Plan d'élaboration d'un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale. Document remis lors d'une intervention au C.R.F.P.F.D. le 4/12/03.

sous-entend qu'elle soit appréhendée et délimitée. En d'autres termes, l'utilité sociale d'un établissement permet d'argumenter sa création ou son évolution. Dans le cas de la M.A.S., il s'agit d'offrir une résidence adaptée aux situations de handicaps des bénéficiaires, tout en leur permettant un accompagnement promouvant le développement personnel et la participation sociale.

L'utilité sociale d'un établissement aidera celui-ci à se positionner par rapport à un « marché ».²⁴ En amont de la création ou de l'évolution d'une structure, il devra être effectué un travail qui permettra de définir la nature de son offre, d'identifier à qui elle s'adresse et de l'insérer dans un environnement. Pour ce faire, un établissement se créera ou évoluera à partir d'une politique associative. Le projet associatif définit des textes d'orientation et manifeste des intentions idéologiques, philosophiques.

Il n'existe pas à ce jour de projet associatif lié à l'activité médico-sociale de la J.P.A. Lors des emprunts liés à la rénovation des bâtiments, le projet fut bloqué par les organismes de prêt car n'était mentionnée dans les statuts de la J.P.A., aucune allusion à l'accueil d'adultes handicapés. Seul le mot adulte fut rajouté dans les statuts de la J.P.A. après un conseil d'administration exceptionnel dans le but de débloquer la situation et permettre aux entreprises de commencer leurs travaux. Sans jugement aucun, cette anecdote lourde de sens, peut être une des explications des effets de la restructuration sur le projet d'établissement de la M.A.S.

Il y eut certes un projet technique présenté au C.R.O.S.S. qui reçut l'avis positif nécessaire à l'ouverture de la M.A.S. Mais celui-ci fut élaboré par un directeur soumis aux exigences difficiles de la situation d'alors, situation d'urgence qui n'a pas permis de mettre en place les prémices de l'élaboration d'un projet d'établissement et des enjeux qui en découlent.

L'Agence Française de Normalisation²⁵ donne au projet la définition suivante :

« Un projet est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. »

²⁴ Marché : l'ensemble des personnes potentiellement intéressées par une offre déterminée. Page 1. Même document.

²⁵ A.F.NOR. : Agence Française de NORmalisation. Cours CRFPFD Toulouse. Judith BALAS, consultante d'orientation psychosociologique.

Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse aux besoins d'utilisateurs internes et externes.

Il implique des objectifs, des actions à entreprendre avec des ressources définies et des délais donnés ».

Une réalité à venir : le projet permet d'anticiper des changements attendus et donne du sens à l'avenir, que ce soit par rapport aux objectifs et résultats attendus mais aussi dans leur signification, à savoir les valeurs promulguées par le projet.

Le projet s'inscrit dans une orientation stratégique et s'appuie sur des valeurs clarifiées et partagées. Il détermine et rend lisible une prestation de service que les usagers sont en droit d'attendre. Le projet met à plat et coordonne la réalisation des prestations puis il définit et finalise le processus d'optimisation continu. J.R. LOUBAT, précise que les prestations offertes par l'établissement sont le support de son utilité sociale.

La nature des prestations offertes doit être connue de tous : du professionnel à l'utilisateur, en passant par les partenaires. L'ensemble de toutes les actions et démarches dans l'établissement auront comme principal support l'objet de ces prestations. Pour être plus concret, elles peuvent être d'un ordre hôtelier, de soins, éducatif...

En ce qui concerne la M.A.S., la seule élaboration par la direction d'un projet technique n'a pu associer dans la démarche le personnel, les usagers et leurs familles à l'évolution qui allait suivre, d'où des repères mal assimilés qui ont amené à un manque d'appropriation de la restructuration. Ce malaise n'est pas apparu immédiatement, les préoccupations premières de chacun étant la survie de son emploi au sein de l'établissement.

Le projet d'établissement n'est pas seulement un document de travail définissant les besoins que la structure doit satisfaire dans le présent. Son élaboration doit servir à se projeter dans le futur et anticiper les changements nécessaires. À ce titre, le personnel et les usagers sont concernés par son élaboration et son évolution.

1.2.2 Le management du projet ou comment associer le personnel dans son élaboration.

Que voulons nous ? Et pourquoi ? Quelle est la situation de départ ? Et quelle est la situation souhaitée ? Les fondements d'un projet sont tout aussi importants que le projet lui-même. Dès le départ, le personnel dans son ensemble doit être associé à la réflexion qui va précéder à l'élaboration du projet. Il en résultera une mobilisation et adhésion à

l'action entreprise. Deux éléments sont primordiaux : pourquoi se pencher sur le fonctionnement actuel et comment s'y prendre ?

Une situation d'urgence peut-elle s'exonérer de ces deux éléments ? Le fait de ne pas avoir associé le personnel dans la phase de diagnostic et de l'analyse de l'existant ne lui a pas permis de s'approprier le pourquoi de la restructuration de l'I.M.PRO. ni sa réponse : l'accueil de personnes adultes handicapées au sein d'une M.A.S. La focalisation sur le discours économique, à savoir sauvegarder les emplois, ne peut suffire à fédérer des professionnels sur du long terme. Une fois le danger passé, il faut continuer durant de longues années à exercer son métier et surtout à comprendre le sens de son action.

Patrick LEFEVRE évoque le terme « diagnostic-projet » consistant à faire précéder une démarche projet d'établissement d'un diagnostic qui permettra d'analyser l'existant et assurera une transition entre le présent et le futur. L'établissement, à partir de ce diagnostic, connaîtra ses forces et ses faiblesses. Cependant, comme le précise l'auteur, il faut éviter de focaliser son travail uniquement sur ses faiblesses, le risque étant de « *constituer un pôle défensif ou réactiver des difficultés internes* »²⁶.

La phase diagnostic est tout aussi importante que la démarche projet elle-même. Elle donnera en effet une orientation à la réflexion de ce projet, mais elle ne peut seulement être faite par les dirigeants. En l'espace de trois ans, deux équipes de professionnels qui travaillaient sur des bâtiments distincts ont été amenées à travailler à partir d'un même agrément autour d'une prise en charge diversifiée d'une population nouvellement accueillie. Certes, l'évolution du handicap a été comprise et acceptée par le personnel, mais elle a provoqué plus un sentiment de fatalisme que de mobilisation.

Le projet d'établissement est un outil au service de l'utilisateur. Pour ce faire, il doit renforcer la motivation et les compétences du personnel, pas seulement le personnel en contact direct avec les usagers, mais l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement. Les agents de service, entretien, lingerie doivent comprendre pourquoi l'adulte handicapé a tel ou tel comportement qui gêne ou alourdit sa fonction au quotidien, ceci afin d'éviter des raccourcis dans des conclusions rapides et quelquefois négatives entraînant, de plus, des conflits entre corporations.

²⁶ Patrick LEFÈVRE. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Editions DUNOD. Août 2001. Page 171.

Outre le fait d'exprimer une ambition au service des usagers, le projet d'établissement doit avoir pour finalité de fédérer autour de valeurs et pratiques communes, les professionnels d'une structure. Ce ne peut être fait qu'après clarification des missions du service. Le fait de fédérer le personnel permettra alors d'afficher objectifs, stratégies et plans d'action.

Ces objectifs doivent être porteurs de sens pour les professionnels, leurs réalisations permettront de mesurer leurs compétences. Ces objectifs mis en rapport avec les enjeux du projet d'établissement apporteront une certaine reconnaissance. Les besoins des professionnels ne doivent pas être négligés pour qu'ils puissent, dans l'accomplissement de leurs tâches, se sentir utiles et efficaces.

Le changement amène toujours sa part d'inquiétude et d'opposition. La réflexion qui accompagne le changement, si elle est collective, doit gommer une grande part des différences entre les positions de chacun et une adhésion à ce qui va suivre. La restructuration de l'I.M.PRO. J.BESSE n'a pas amené de mouvements forts de la part du personnel. Au contraire. Cette restructuration était attendue autant que redoutée.

Les difficultés de recrutement depuis longtemps existantes n'ont pas fait l'objet d'une anticipation nécessaire à l'évolution de l'établissement. Les problèmes ont toujours été soulevés et des décisions timides ont été prises comme l'accueil de polyhandicapés en 1976. La possibilité d'une réflexion collective permettant de se poser les vraies questions semble avoir été évitée tant par la direction que par le personnel, comme si les personnes concernées n'avaient voulu remettre en question l'accueil de ces enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Il a fallu la nomination d'un nouveau directeur pour qu'une nouvelle étape soit franchie.

1.2.3 L'affectation du personnel à la M.A.S. et le sentiment de dévalorisation professionnelle qui l'accompagne.

Une étape a été franchie, elle a eu le mérite de tracer une ligne entre le passé et le futur tant évoqué et facteur d'angoisses au quotidien. Il est étonnant de constater combien rapidement les discours du personnel se replongèrent dans le fonctionnement précédent. Nombreux étaient les personnels qui se référaient avec une pointe de nostalgie certaine, au temps de l'I.M.PRO. toujours présent dans les esprits. Il est difficile d'effacer trente ans de vécu, d'histoire à partir d'une restructuration. Les craintes du chômage et de la fermeture de l'établissement s'étaient estompées au profit de comparaisons entre ce qui se faisait hier et aujourd'hui.

Le potentiel des usagers nouvellement accueillis, faisait l'objet de comparaisons avec ceux d'hier. Plus délicat encore, les comparaisons se faisaient entre les populations des trois structures voisines les unes des autres, cohabitant étroitement dans ce grand parc de plus de vingt sept hectares. Cela donnait l'impression d'une échelle des valeurs : les « plus chanceux » des salariés travailleraient au F.O.T. avec des résidents valides et présentant un handicap mental moyen, les « descendants » de l'I.M.PRO. en quelque sorte. Les personnels du F.A.M. effectueraient beaucoup de tâches matérielles liées au handicap moteur des personnes accueillies, mais leur travail reste riche en relations grâce aux échanges nombreux permis par le niveau intellectuel des usagers. La M.A.S. ferait office de dernier de la liste, les usagers cumulant les handicaps mental et physique.

L'affectation à la M.A.S. a donc été vécue, par certains personnels, comme dévalorisante dans leur cursus professionnel. Ce sentiment a été amplifié par l'arrivée en bloc d'une vingtaine de personnes avec lesquelles il n'y avait aucun vécu, aucune histoire partagée. De plus, ces usagers nouvellement admis devaient s'adapter à un nouveau type de structure. Comme déjà évoqué, la plupart de ces personnes avaient vécu de nombreuses années dans des institutions de type F.O.T.

Le déracinement dû au changement de structure, la perte des repères géographiques, des connaissances sociales (usagers et personnel) et l'assimilation d'une nouvelle situation avec peu de moyens intellectuels a provoqué chez les personnes nouvellement admises, des comportements très difficiles traduisant un malaise important.

À cette difficulté, il faut prendre en compte les revendications des familles « anciennes » et nouvelles : les premières n'ayant pas eu les informations nécessaires pour comprendre tous ces changements et n'acceptant pas les violences comportementales des nouveaux admis, les deuxièmes, méfiantes à l'égard d'une association et de ses salariés qu'elles découvraient et avec qui des liens devaient se tisser au profit d'une future relation de confiance.

Les usagers et leurs familles n'étaient pas les seuls à devoir intégrer tout un ensemble de nouveaux éléments découlant de cette nouvelle situation. Les salariés étaient dans la même logique d'adaptation. Malgré leur présence sur l'I.M.PRO. depuis de nombreuses années, les changements auxquels ils durent s'adapter, furent nombreux. Tout d'abord, les bâtiments : l'opération de la M.A.S. s'est faite à partir de deux bâtiments désaffectés. Il y a eu donc un déménagement physique.

La chef de service , éducatrice spécialisée de formation et ayant travaillé sur le projet de la M.A.S., a été remplacée dès l'ouverture de la structure par une adjointe de direction provenant du milieu sanitaire et de formation initiale, Infirmière Diplômée d'Etat²⁷. Très rapidement, des protocoles soins ont été mis en place et le port de la blouse blanche est devenu, pour des raisons de mesure de prophylaxie, obligatoire.

Le directeur arrivé en 1995 a embauché, dès son arrivée un juriste de formation, a remplacé le comptable, créé un poste de gestionnaire en 1997 et de directeur adjoint en 1998, avec pour missions la gestion beaucoup plus rigoureuse de l'application du code du travail et de la convention collective, le contrôle des dépenses dans l'établissement et la mise en place d'une organisation mutualisée dans la gestion du personnel.

La restructuration n'a pas seulement consisté en un changement d'agrément et de population, elle s'est aussi accompagnée d'un management beaucoup plus technique auquel le personnel n'était pas habitué. Le sentiment de dévalorisation professionnel exprimé par les salariés de la M.A.S. a été expliqué par le lourd handicap de la population accueillie. Il en résulte plus une perte de repères professionnels et contextuels dus à tous ces changements auxquels ils ont été peu préparés.

1.3 Des références de travail relatives aux enfants présentant une déficience intellectuelle légère et ses effets sur l'accueil d'adultes polyhandicapés et l'admission de cérébros-lésés

1.3.1 Des références de travail relatives aux enfants présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne.

Les usagers accueillis au sein d'un établissement lui confèrent une identité auprès des partenaires extérieurs et de l'environnement. En interne, cette identité se construit aussi à partir du projet d'établissement. Au delà du handicap, une structure peut aussi se démarquer par ses orientations qui vont la différencier des autres établissements similaires ayant la même utilité sociale.

Il est étonnant en 2004 de constater, dans la ville de Lavaré et ses environs, que le terme d'I.M.PRO. J.BESSE est toujours évoqué par l'ensemble de la population locale. Je me suis hasardé pour l'écriture de ce mémoire à ouvrir l'annuaire de France Télécom de

²⁷ I.D.E. : Infirmier Diplômé d'Etat.

l'année en cours et à moitié surpris, je découvre que l'appellation de notre établissement n'a jamais été modifiée. Idem pour toutes les factures en provenance de nos fournisseurs.

L'I.M.PRO. a cessé d'exister il y a plus de cinq ans maintenant, mais il est toujours vivant dans la représentation symbolique de toute une communauté. Les adultes hébergés sur les trois structures sont pourtant très présents dans la vie de la cité et, malgré tout les Vauréens parlent toujours des usagers de l'institut en termes d'enfants.

De la même manière, on peut penser que le changement d'appellation de notre établissement n'a pas encore été intégré par le personnel. Certes, chacun sait qu'il travaille sur la M.A.S., le F.O.T. ou le F.A.M. mais lorsque l'ensemble est évoqué, le terme d'I.M.PRO. revient pour désigner l'institut J.BESSE.

Du temps de l'I.M.PRO. il n'y avait qu'un seul agrément. Il semblerait de nos jours que le flou actuel jette un doute dans les représentations identitaires de l'ensemble du personnel, mais aussi chez nos partenaires extérieurs. La question est de savoir si ces éléments énoncés ont une conséquence dans le travail au quotidien auprès des adultes handicapés, et notamment au sein de la M.A.S.

Les références de travail sont fonction de la population accueillie. Elles relèvent du handicap, de la pathologie, de l'âge. Missions et objectifs seront définis en fonction des caractéristiques citées. Peut-on prendre en charge des adultes polyhandicapés et cérébro-lésés en ayant comme références professionnelles celles liées à la population antérieurement accueillie ? Certes non, et il semblerait que le travail lié à la redéfinition des références professionnelles concernant les usagers ait été économisé.

Le travail auprès d'enfants et adolescents accueillis dans le cadre de l'I.M.PRO. reposait sur des schémas bien définis : deux équipes de travail, internat et externat se complétant sur des temps précis de la journée, avec pour objectif, d'apporter à ces jeunes l'apprentissage professionnel et éducatif qui leur permettrait de s'insérer grâce à une formation, dans le marché du travail ordinaire ou protégé.

Des éducateurs techniques, éducateurs spécialisés mais aussi instituteurs spécialisés joignaient leurs compétences dans des objectifs propres à leur fonction et relevant d'une seule et même mission relative à l'utilité sociale de l'I.M.PRO. Les références professionnelles du personnel étaient définies en fonction du projet de vie de ces enfants et adolescents.

Certains termes tels que «enfants, jeunes » reviennent lorsque le personnel évoque les usagers dans les réunions ou dans le quotidien. Le mot « adulte » semblant plutôt réservé à la désignation du personnel. Je me suis souvent demandé si ces termes relevaient d'automatismes liés au passé de l'I.M.PRO. ou si le passage en secteur adulte avait bien été assimilé par le personnel.

Certaines relations, sans être irrespectueuses, mettent les adultes handicapés dans des situations infantilisantes. Il existe des relations affectueuses telles que les adultes peuvent en instaurer avec les enfants et quelques discours avec les familles, font penser à une prise en charge de mineurs. Cela n'a rien d'aidant pour les parents d'adultes handicapés qui ne veulent pas voir grandir leur enfant.

Tous ces exemples évoqués ne sont pas forcément dus à une longue expérience auprès d'enfants et adolescents, ils semblent aussi résulter d'une transition trop rapide entre deux populations dont le handicap et le statut sont complètement différents et pour lesquelles les références de travail des professionnels n'ont pas été redéfinies.

Ceci est accentué par la méconnaissance des caractéristiques du public accueilli. Surtout lorsque ces caractéristiques imposent des prises en charge diversifiées. Le personnel doit être à même de connaître les pathologies des usagers afin de saisir le sens de certains comportements et adapter sa prise en charge.

1.3.2 La nécessité d'une connaissance des caractéristiques relatives aux personnes adultes polyhandicapées.

*« Les polyhandicapés ne sont plus des personnes dont on garantit seulement corporellement l'hygiène de vie. Certes, sur ce plan, des efforts à tous niveaux ont amené bien-être et confort, efforts sans cesse poursuivis. Mais l'épanouissement de ces personnes suppose aussi un travail hautement relationnel ».*²⁸

Les caractéristiques d'une population, c'est-à-dire son handicap, ses pathologies, son âge guideront l'établissement dans une logique de travail. Autrement dit, les personnes handicapées seront orientées par la CO.T.O.REP. dans des structures ou services médico-sociaux en fonction de leur handicap, celui-ci pouvant être pris en charge d'une manière bien spécifique en fonction de tel ou tel agrément.

²⁸ Page 7 EMPAN N°37. Pierrette AYON, Marie-José TUTARD. Mars 2000

Le projet de vie d'une personne polyhandicapée ne s'arrête pas aux simples soins qui lui permettront confort et bien-être. Ces soins sont indispensables à son hygiène de vie et à sa santé, mais tout être humain quel que soit son potentiel intellectuel a aussi besoin de la relation humaine pour se construire.

Le décret du 27 octobre 1989 portant sur la révision des annexes XXIV et créant l'annexe XXIV ter donne une définition des enfants et adolescents polyhandicapés : « Handicap grave à expression multiple associant une déficience motrice et une déficience mentale grave entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ».

Cette définition permet de cerner la personne polyhandicapée. Cependant, le personnel doit être en possession d'informations utiles à sa prise en charge. Il peut être important de savoir qu'il existe chez le polyhandicapé deux types de handicaps appelés « *primaire* » et « *secondaire* »²⁹. Le premier étant la conséquence de lésions cérébrales irréversibles qui entraînent les déficiences intellectuelle, motrice et sensorielle ainsi que l'épilepsie. Le second, quant à lui, est la résultante des problèmes de santé engendrés par le handicap primaire : problèmes respiratoires, digestifs, orthopédiques, de déshydratation, troubles de la déglutition...

Certaines personnes polyhandicapées ont des troubles psychotiques dont découlent des comportements se caractérisant par une agressivité envers l'entourage ou dirigée contre elles mêmes. La psychose étant le résultat d'une altération globale de la personnalité, elle entraîne des perturbations importantes dans la perception du monde extérieur, tout changement provoquant des angoisses et des résistances de la part du sujet.

Le personnel doit avoir une bonne compréhension des handicaps et pathologies des personnes accueillies. Des situations difficiles et notamment des comportements violents de certains usagers provoquent certes, une part d'émotion chez le personnel mais la réaction sera d'autant plus adaptée qu'elle sera expliquée par une analyse de la situation. Le terme de « caprice » ne peut être évoqué pour une personne adulte polyhandicapée ayant un comportement de refus lié à une pathologie ou à l'incompréhension d'une situation. Ce terme ferait davantage allusion à un comportement d'enfant en toute possession de ses moyens intellectuels se construisant au niveau de sa personnalité.

²⁹ Page 7 EMPAN N°37. Thierry ROFIDAL. Mars 2000

La bonne connaissance d'une population permet aussi l'élaboration d'un projet adapté à ses besoins. Dans le cas de la M.A.S. il aura pour but de préserver l'autonomie existante des usagers et de retarder des régressions quelquefois inéluctables. En parallèle, seront menées des activités occupationnelles et socialisantes liées à l'épanouissement de la personne.

À ce titre, les besoins de la personne polyhandicapée nécessiteront les interventions d'une équipe pluridisciplinaire : médecins, I.D.E., aides-soignants, aides-médico-psychologiques³⁰, éducateurs spécialisés³¹, rééducateurs. Ces différents professionnels interviendront en fonction de leur champ de compétence, mais leurs actions ne doivent pas être le résultat de démarches isolées, au contraire elles doivent être globales et liées à l'individu en tant que sujet à part entière.

1.3.3 L'admission de personnes handicapées vieillissantes et de cérébro-lésées accentue la diversification des prises en charge des usagers.

Au cours de ces dernières années, les profils des populations ont beaucoup évolué dans les structures telles que les M.A.S., F.O.T., C.A.T. Il y a quelques années encore, les adolescents placés en I.M.PRO. étaient souvent orientés en C.A.T. Aujourd'hui ils sont davantage concernés par les F.O.T. Quant aux structures C.A.T., elles admettent dans leurs ateliers, des personnes en provenance du secteur psychiatrique et dont l'état psychique est stabilisé. Les M.A.S. n'accueillaient pas, il y a quelques années encore, des personnes cérébro-lésées ou encore des personnes handicapées vieillissantes dont l'état de santé physique et psychique s'est aggravé.

Il peut être constaté que l'évolution des populations admises dans les différents types de structures fait office de vase communicant entre elles et en modifie au long cours leur identité. Il existe différents facteurs relatifs à ces évolutions : les exigences économiques auxquelles sont soumis les C.A.T., le partenariat avec le secteur psychiatrique, le vieillissement de la population handicapée, l'admission de personnes cérébro-lésées. Chaque type de structure doit donc adapter son projet à ces changements quand elle se trouve confrontée à une diversification des caractéristiques des usagers.

La M.A.S. a connu cette diversification, qui s'est faite de plus dans un laps de temps relativement court. Les personnes handicapées vieillissantes provenant de F.O.T. du département et réorientées par la CO.T.O.RE.P. ont modifié le profil de la population

³⁰ A.M.P. : Aide-Médico-Psychologique.

³¹ E.S. : Educateur Spécialisé.

polyhandicapée présente au sein de la M.A.S. Ces personnes, valides pour la plupart, et possédant un langage parlé et des possibilités de relation à autrui plus importantes, ont dans un premier temps amené, selon le personnel, une dynamique nouvelle. Mais très vite d'autres difficultés sont apparues, car dans cette situation encore, le personnel n'a pas eu tous les éléments pour faire face à l'accueil de ces usagers.

Le vieillissement de la population handicapée est un phénomène constaté et étudié depuis maintenant une vingtaine d'années et fait partie des préoccupations de nombreuses associations autant que des pouvoirs publics. Des études³² traitent de la spécificité du vieillissement. Les effets du vieillissement peuvent avoir plusieurs incidences, à la fois sur la personne mais aussi sur la structure. Ils doivent être pris en compte au niveau de la personne car ils peuvent entraîner, à long terme, une dépendance plus importante ainsi que des actes liés à une nécessité de médicalisation. Au niveau de la structure, car l'évolution des besoins de la population face au vieillissement, peut représenter un coût financier sur les budgets de l'établissement et nécessiter dans ce cas, un travail en réseau plus important avec les structures hospitalières.

Parmi les caractéristiques nouvelles des personnes handicapées, le personnel a été confronté lors de l'ouverture de la M.A.S. à l'admission de sujets cérébro-lésés. Bien qu'ayant été présentées sous le même profil spécifique de cérébro-lésées, ces quatre personnes ont des potentiels et handicaps forts différents.

L'une alitée en permanence n'a jamais répondu aux sollicitations du personnel, la deuxième semble être consciente par rapport à l'entourage mais l'impossibilité d'une évaluation fine de ses possibilités intellectuelles laisse libre cours à toutes les interprétations. La troisième personne semble en possession de grands moyens intellectuels mais parasités par de fréquents troubles du comportement et de la conduite. Enfin la quatrième ne manifeste aucune réaction aux sollicitations du personnel bien que son état valide et l'absence de troubles du comportement lui permettent cependant de participer à un grand nombre d'activités proposées.

Les déficiences d'une personne cérébro-lésée varient suivant la nature, la localisation et la gravité des lésions, cependant les déficiences physiques et neuropsychologiques semblent être des constantes à des degrés variables. Il en résulte une perte de la

³² Parmi ces études : l'accompagnement dans la vieillesse : l'exemple de la Fondation John-Bost - Editions ENSP octobre 2003. Page 61.

motricité et des facultés sensorielles, des troubles de la mémoire et du comportement très importants. À ces déficiences, viennent s'ajouter une grande fatigabilité ainsi que l'impossibilité à soutenir très longtemps l'attention. Leur ralentissement intellectuel et physique est important.

La difficulté pour les personnes cérébro-lésées vient du fait que les troubles les plus importants (mémoire et comportement) proviennent des déficiences neuropsychologiques moins évidentes à admettre et à comprendre que les atteintes motrices³³. La non-connaissance des caractéristiques de cette population amène là aussi à des difficultés de prise en charge mettant personnel, usagers et familles dans des situations douloureuses.

Conclusion partielle.

La restructuration d'un établissement englobe des changements importants qui demandent un travail de réflexion générale avec l'ensemble du personnel, des usagers et de leurs familles. Restructuration est synonyme d'évolution, ce qui implique la mise en place d'éléments permettant d'anticiper les besoins des personnes accueillies en fonction de leur handicap et de l'évolution de leur place dans la société.

Cette approche ne peut se faire sans tenir compte des politiques publiques et des textes qui régissent les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Quelles sont aujourd'hui les ambitions de la société sur la place à donner à la personne handicapée et quelles sont les missions des établissements et services qui les accompagnent au quotidien ?

La recherche de tous ces éléments aurait permis à la M.A.S. une meilleure analyse de sa restructuration, ainsi qu'une plus large ouverture sur son entourage immédiat. La loi 2002-2 insiste sur la notion de réseau et de partenariat qui en découle. La bonne connaissance du secteur médico-social et des lois qui le régissent permet une meilleure compréhension de qui nous sommes et de ce que nous voulons. Ainsi l'identification des partenaires apporte un enrichissement mutuel dans l'élaboration d'un travail en réseau. Ces différents éléments auraient permis dans le cas de la restructuration de l'I.M.PRO. J.BESSE, une meilleure prise en compte des valeurs de la société actuelle, nécessaire à la prise en charge optimale des personnes accueillies à la M.A.S.

³³ Descriptions tirées des pages 25 et 26 de la revue : Le profil spécifique des traumatisés crâniens. Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI. Numéro 75-76. 1997.

2 L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN COMPTE DE L'EVOLUTION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL POUR UN ACCUEIL ADAPTE EN MATIERE D'ADULTES HANDICAPES.

2.1 La prise en compte des textes relatifs aux personnes handicapées : pour une meilleure compréhension des missions imparties aux M.A.S.

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

La Loi 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées a fortement marqué de son empreinte le secteur médico-social. D'une part, cette loi appréhende dans sa globalité les problèmes de la personne handicapée, d'autre part, l'ambition du législateur est de créer, dans l'intérêt de celle-ci, une obligation nationale de solidarité incombant à la nation toute entière.

Cette obligation nationale concerne tous les aspects quotidiens de la vie de la personne handicapée qui sont clairement évoqués dans l'article 1^{er} de la loi : *« la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.*³⁴

L'ampleur du cadre concerne toute la société et il n'appartient plus seulement à la famille et à l'aide sociale d'être garants de l'application de cette loi mais à des acteurs qui sont nommés, à savoir *« les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés... »*³⁵.

³⁴ Article 1^{er}. Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³⁵ Article 1^{er}. Même loi.

Le handicap est l'affaire de tous et la société a une dette envers ces personnes. Aussi, chaque fois que cela est possible, la société doit intervenir afin « ...d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables »³⁶ et pour ce faire « ..., l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail ou de vie. »³⁷.

Les axes de la Loi 75-534 ont permis la simplification du système de prestation en espèces, l'amélioration de l'orientation (création CO.T.O.RE.P. et C.D.E.S.), l'harmonisation des prises en charge des séjours des mineurs en établissement, le développement de l'emploi et la garantie des ressources ainsi que les mesures destinées à favoriser la vie sociale. Outre le développement des axes cités, l'envergure de cette loi et la prise de conscience collective qu'elle a soulevé a donné à la personne handicapée un statut social la faisant devenir un sujet à part entière de la société.

Il est vrai que la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées a ses limites : le domaine de l'intégration scolaire, le monde du travail, l'accessibilité, le vieillissement (non abordé), l'accès au droit commun. Néanmoins, depuis l'adoption de cette loi, les personnes handicapées revendiquent leur citoyenneté et près de trente ans après, un projet de réforme pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », actuellement à l'étude, devrait voir le jour au 1^{er} janvier 2005.

Aujourd'hui encore il existe des carences manifestes en ce qui concerne la prise en charge des handicaps : « des insuffisances, voire des manques graves, subsistent pour tous les types de handicaps, qu'ils soient psychique, mental, sensoriel ou moteur sans oublier les polyhandicapés qui, compte tenu de la gravité de leurs déficiences, ne trouvent pas le plus souvent, l'accueil et l'accompagnement nécessaires »³⁸.

La situation actuelle concernant la prise en charge des personnes lourdement handicapées n'a cependant rien de comparable avec la situation antérieure à la parution de l'article 46 de la Loi 75-534. Cet article annonce la parution du décret 78-1211 qui se

³⁶ Article 1^{er}. Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³⁷ Article 1^{er}. Même loi.

³⁸ Exposé des motifs du projet de loi. Actualités Sociales Hebdomadaires. 30 janvier 2004. Handicap : le projet de réforme N°2344. Page 17.

révèle essentiel pour les M.A.S. dans le sens où sont précisées à la fois la nature du handicap accueilli et les prises en charge qui en découlent.

2.1.2 Le décret d'application 78-1211 du 26 décembre 1978.

*« 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. Un décret d'État détermine les conditions d'agrément et de prise en charge de ces établissements ou services au titre de l'assurance maladie ».*³⁹ L'article 46 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées a été une grande avancée pour les familles qui avaient des enfants gravement handicapés devenus adultes.

Bien que la date de parution du décret 78-1211 se situe trois ans après l'adoption de la loi 75-534, la situation des années soixante dix était une situation urgente en matière d'accueil d'adultes gravement handicapés. Il n'existait pas de structure spécifique à la prise en charge de ces personnes : elles étaient soit admises en milieu hospitalier dans lequel elles ne pouvaient s'épanouir d'un point de vue social, soit encore accueillies dans des établissements de type social et n'avaient pas de prise en charge sanitaire relative à leur état.

De ce contexte avaient surgi ci et là, des établissements à caractère expérimental, créés par des associations gestionnaires. L'absence de réglementation de ces établissements novateurs amenait sur le terrain des formules disparates. L'article 1 du décret 78-1211⁴⁰ a donné ainsi aux établissements qui avaient été créés, ainsi qu'aux associations qui le souhaitaient, une assise réglementaire à la création d'établissements spécialisés qui accueilleraient des adultes gravement handicapés sous le nom de Maison d'Accueil Spécialisée :

« Les établissements mentionnés à l'article 46 de la loi 75-534 susvisée, ci-après dénommés Maisons d'accueil spécialisées, reçoivent sur décision de la CO.T.O.RE.P. des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. ».

³⁹ Article 46. Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁴⁰ Article 1. Créé par Décret 78-1211. 1978-12-26 J.O.R.F. 28 décembre 1978. Sources Légifrance.

L'article 2⁴¹ entre plus en détail sur le contenu de la prise en charge que doivent offrir les M.A.S. aux personnes accueillies :

« Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

- *L'hébergement ;*
- *Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements,*
- *Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;*
- *Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes ;*
- *Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes handicapées qui satisfont aux conditions définies à l'article 1^{er} ci-dessus. ».*

Les adultes gravement handicapés n'auront plus à être « placés » en milieu hospitalier ou en structures sociales. Ils auront la possibilité d'être accueillis au sein d'établissements prenant en compte à la fois, leur épanouissement social, leurs besoins relatifs aux soins médicaux et paramédicaux et ceux liés à l'état de leur dépendance.

Le décret 78-1211 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi 75-534 a comblé un grand vide en matière d'accueil et de prise en charge des adultes gravement handicapés. Deux jours plus tard, la circulaire 62 AS relative aux modalités d'application de l'article 46 était envoyée par le Ministère de la santé et de la famille aux D.R.A.S.S.⁴² et D.D.A.S.S. pour diffusion auprès des associations gestionnaires. Ses dix-huit pages de contenu donnent aux acteurs concernés les détails nécessaires à la mise en place du projet d'ouverture d'une M.A.S.

2.1.3 La circulaire 62 AS du 28 décembre 1978.

La circulaire 62 AS aborde huit points précis qui permettent à toute association gestionnaire d'établir un cahier des charges et de définir des missions imparties à la

⁴¹ Article 2. Créé par Décret 78-1211 1978-12-26 J.O.R.F. 28 décembre 1978. Sources Légifrance.

⁴² D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

création d'une M.A.S. Cette première étape, sous la responsabilité de l'association, permettra au directeur, en possession des lignes directrices nécessaires, d'élaborer, en concertation avec le personnel, le projet d'établissement. Il ne s'agit pas ici de reprendre la totalité de la circulaire mais certains points nécessitent d'être re-précisés afin de bien situer le public concerné et les M.A.S. dans le secteur du handicap.

Le premier point « *Personnes relevant des maisons d'accueil spécialisées* »⁴³ développe les conditions requises pour être admis dans ce type de structure. Elles sont au nombre de quatre :

- *Existence d'un handicap* : Bien que déjà évoquée dans l'article 1^{er} du décret 78-1211, une précision est donnée dans la circulaire sur les malades mentaux qui ne doivent pas être orientés dans les M.A.S. « *si leur état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique* »⁴⁴.
- *Âge adulte* : Il est mentionné que toute personne dont le handicap a été constaté après soixante ans ne peut être admis en M.A.S., ce qui peut être en contradiction avec la loi 75-534 qui ne précise aucune limite d'âge.
- *Absence d'un minimum d'autonomie* : Il est évoqué que les personnes en perte d'autonomie liée à l'avancée en âge ne sont pas concernées par les M.A.S. Le handicap dû à un accident ou une affection invalidante survenue à l'âge adulte sont des facteurs pris en compte dans les admissions.
- *Besoin d'une surveillance médicale et de soins constants* : La définition de ces deux notions permet de marquer la différence de prise en charge entre un établissement sanitaire et médico-social : la surveillance médicale se limite à « *poursuivre les traitements et les rééducations d'entretien.* » Le soin est défini comme du maternage et du nursing dans le but de prévenir les régressions.

Le deuxième point concerne les « *admissions dans les maisons d'accueil spécialisées* »⁴⁵. La circulaire reprend l'article 14 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Il précise que seules les CO.T.O.RE.P. ont compétence pour orienter les adultes handicapés en M.A.S. L'article 1^{er} du décret 78-1211 a certes donné une définition de la population concernée, néanmoins il est intéressant de noter quelques précisions sur ce point 2 de la circulaire 62 AS.

⁴³ Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978. Page 3, Point I.

⁴⁴ Même circulaire. Page 3. paragraphe 111.

⁴⁵ Même circulaire. Page 6, point II.

La décision d'admission en M.A.S. par la CO.T.O.RE.P.⁴⁶ ne doit être uniquement prononcée que si l'état de la personne le requiert tel qu'il est défini dans le point 1 relatif aux personnes relevant des M.A.S. Affirmé ainsi, cela peut paraître évident. Cette précision fait suite à un passage dans lequel il est mentionné que « *Les CO.T.O.RE.P. devront 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.* »⁴⁷.

Ce qui laisse à penser que les usagers orientés en M.A.S. ne relèvent pas des structures sociales et médico-sociales, ils ne sont pas non plus concernés par le secteur sanitaire. Cette ambiguïté est renforcée par deux autres passages de la circulaire qui précisent que des grands handicapés tels que les respiratoires lourds nécessitant « *...une assistance respiratoire et une ventilation assistée permanente* » ne pourront être accueillis « *...que dans la mesure où elle dispose, d'une part, des équipements techniques et du personnel nécessaires...* »⁴⁸.

Concernant les établissements eux-mêmes, il est mentionné que les M.A.S. « *...ne sont pas des établissements de soins intensifs ni même nécessairement lourds ; ils ne se définissent pas à priori par leur équipement technique et sanitaire ni par leur degré de médicalisation. Offrant par ailleurs un accueil durable, voire permanent, ils se distinguent donc doublement des hôpitaux* ».⁴⁹ À contrario, les M.A.S. « *ne sont en aucun cas des établissements éducatifs, même si tout doit y être mis en œuvre pour conserver voire améliorer les acquis des personnes reçues et y développer les activités d'éveil.* ».⁵⁰ Contrairement aux autres structures d'hébergement pour adultes handicapés financées par les Conseils Généraux, les M.A.S. sont sous l'autorité des D.D.A.S.S. et leurs budgets relèvent des C.P.A.M.⁵¹. Les usagers s'acquittent du forfait journalier tel que cela est pratiqué dans les hôpitaux.

⁴⁶ Il peut y avoir une orientation conjointe COTOREP-CDES pour les mineurs entre 16 et 18 ans.

⁴⁷ Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978. Page 7. paragraphe 240.

⁴⁸ Même circulaire. Page 6. paragraphe 122.

⁴⁹ Même circulaire. Page 11. paragraphe 421-31.

⁵⁰ Même circulaire. Page 11. paragraphe 421-32.

⁵¹ C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Néanmoins, les M.A.S. relevant du secteur médico-social font partie de la liste des établissements et services de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale⁵². Leur spécificité réside dans la prise en charge de la population accueillie. Le handicap y est lourd et nécessite, à la fois, une approche qui relève du soin constant et d'une surveillance médicale mais aussi d'un accompagnement social favorisant l'occupation et l'animation dans le but de préserver les acquis des personnes accueillies.

La circulaire 62 AS précise dans son introduction que les établissements nouvellement créés ne doivent pas être de nouveaux types de structures asilaires et fermées mais des lieux d'accueil ouverts aux familles et à la vie sociale. Aussi, il aurait été primordial pour la M.A.S. de la J.P.A. de prendre en considération, lors de son ouverture, l'environnement local afin de répondre pleinement aux besoins de la population accueillie et de leurs familles.

2.2 L'ouverture sur l'environnement local : un partenariat sanitaire et médico-social à prendre en considération.

2.2.1 L'accueil de populations nécessitant un travail de partenariat avec le secteur sanitaire.

La création des M.A.S. en 1978 a permis de combler une lacune en terme d'accueil concernant les adultes gravement handicapés. Nombre de personnes séjournant dans des structures du Secteur Hospitalier Spécialisé⁵³ ont bénéficié d'une orientation en M.A.S.

LA M.A.S. de la J.P.A. a admis des personnes du secteur sanitaire. Certaines séjournèrent dans des centres de rééducation fonctionnelle, d'autres dans des hôpitaux généraux du département. Des personnes du secteur psychiatrique privé du Bon Sauveur d'Albi ont aussi été accueillies.

Ces quelques lignes pourraient laisser penser qu'il existe, entre les secteurs médico-social et sanitaire, une coopération qui délivre aux usagers une prise en charge globale de leur état physique et psychique. Il y a à Lavaur, un hôpital général ayant une extension psychiatrique nommée «C.H.S. Philippe PINEL ». Pourtant il n'y a, à ce jour, aucun

⁵² Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, article 15. Article L.312 du code de l'action sociale et des familles.

⁵³ C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé.

véritable travail de réseau dont auraient pourtant fortement besoin les résidents accueillis en M.A.S.

Les besoins sont de deux ordres :

- L'état de santé physique de certains usagers, notamment polyhandicapés, nécessite des interventions relevant du secteur médical. Le vieillissement de ces personnes entraîne de plus des aggravations de cet état pour lesquelles des hospitalisations plus ou moins longues deviennent nécessaires.
- La décompensation psychique de certains usagers peut se traduire par des troubles du sommeil, de l'alimentation, des états dépressifs ou une agitation anxieuse les mettant eux-mêmes et leur entourage en situation de danger. Ces troubles peuvent nécessiter de recourir à des séjours en milieu spécialisé.

Outre le manque de partenariat officiel entre ces établissements et notre M.A.S., il pourrait même être évoqué des difficultés certaines avec l'hôpital général ou une méfiance du C.H.S. qui pourrait craindre une demande d'hospitalisation définitive.

Les difficultés proviennent de demandes systématiques des agents hospitaliers pour une présence continue de notre personnel lors d'hospitalisations d'usagers n'ayant pas de famille disponible (ce qui est souvent le cas pour les personnes handicapées vieillissantes). Les réticences exprimées sont de deux ordres : l'impossibilité de rester au chevet du patient vu leur charge de travail et l'incompréhension des demandes et du comportement de la personne handicapée.

L'hospitalisation en milieu spécialisé inspirerait aussi une méfiance quant à son véritable objectif lorsque les perturbations de l'utilisateur deviennent vraiment problématiques dans la prise en charge malgré les conseils ou les révisions de traitement à l'initiative du médecin-psychiatre de l'établissement. Il existerait des craintes de la part du secteur spécialisé que cette admission temporaire fasse l'objet d'une fin de prise en charge dans le secteur médico-social.

Cette situation n'est pas spécifique à notre établissement, il semble exister aujourd'hui un véritable cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social. Un retour en arrière permettrait d'analyser cette situation.

La création de la loi 75-535 sur les institutions sociales et médico-sociales⁵⁴ a permis la prise en compte de l'individu dans sa dimension globale : prises en charge par rapport à l'hébergement, au projet social et dans le domaine du soin. Cette loi a créé un secteur intermédiaire entre le sanitaire et le social appelé «médico-social ». En parallèle au secteur du handicap, le sanitaire faisait aussi l'objet d'une restructuration législative.

Auparavant, les vieillards, les invalides et les malades mentaux bénéficiaient d'un accueil indifférencié dans les hospices. La loi du 31 décembre 1970⁵⁵ a précisé que les structures hospitalières devaient uniquement se limiter à une activité sanitaire. Cette loi a aussi introduit les notions de service public hospitalier, de planification et de maîtrise des dépenses de santé. La loi hospitalière du 31 décembre 1970 a cependant trouvé ses limites dans les ambitions fixées par le gouvernement, aussi a-t-elle été rénovée par la loi du 31 juillet 1991⁵⁶.

Le secteur hospitalier public et privé nécessitait néanmoins une véritable réforme qu'il n'a été possible de mettre en œuvre qu'à partir de l'ordonnance 96-346.⁵⁷ D'autres ordonnances, non abordées dans le cadre de ce travail, ont réformé l'organisation de la sécurité sociale et mis en place un système de maîtrise des dépenses de santé. Une des innovations de l'ordonnance 96-346 a été de compléter la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui stipule que les établissements de santé doivent élargir leur prestation de soin à des actions de prévention et d'éducation.

La loi du 31 juillet 1991 précise les règles d'organisation et de fonctionnement du système hospitalier et intègre le domaine psychiatrique au système général. Ainsi les C.H.S. deviennent complémentaires aux autres services de santé et ce travail en réseau concerne aussi le secteur médico-social. La loi permet aujourd'hui au secteur sanitaire de créer ses propres structures médico-sociales et nous pouvons constater que certains hôpitaux et C.H.S. reconvertissent une partie de leur activité pour adultes malades mentaux stabilisés en M.A.S. ou en C.A.T.

⁵⁴ Loi 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales.

⁵⁵ Loi hospitalière 70-1318 du 31 décembre 1970.

⁵⁶ Loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant la loi 70-1318 du 31 décembre 1970.

⁵⁷ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

La loi 75-534 a conduit à un clivage entre les secteurs sanitaire et médico-social qui se partageaient respectivement la maladie mentale et le handicap, le patient et l'utilisateur. Pourtant, ces professionnels ont un objectif en commun : la santé physique et psychique de la personne accueillie dans le but de lui permettre un mieux-être. L'expérience démontre aujourd'hui que les deux secteurs ont besoin l'un de l'autre pour prendre en compte la globalité de la personne à partir de leurs savoir-faire et connaissances.

Pourtant la circulaire 62 AS prévoit un travail en partenariat avec le secteur sanitaire lors de la création des M.A.S. : « À cet égard, il est nécessaire qu'une convention soit passée par l'établissement avec le centre hospitalier disposant de service de psychiatrie ou avec le C.H.S., qui préciserait les modalités selon lesquelles les équipes de secteur pourraient intervenir notamment pour assurer aux intéressés les soins qui leur sont nécessaires et prévenir ainsi d'éventuelles hospitalisations. »⁵⁸

Il en est de même pour les soins de médecine générale. La même circulaire évoque, dans les deux passages suivants, un travail nécessitant un minimum de liaisons et de connaissance respective des établissements sanitaire et médico-social :

« La M.A.S. n'est pour eux (grands handicapés) concevable que dans la mesure où elle dispose d'une part, des équipements techniques et du personnel nécessaires et où elle a, d'autre part, la possibilité de liaisons très rapides avec un établissement disposant d'un service de soins intensifs. »⁵⁹.

« Proximité des structures de soins : cette proximité est indispensable en ce qui concerne les établissements accueillant des personnes présentant des handicaps multiples et, pour certaines des états somatiques graves, qui peuvent les conduire à avoir des recours à des services de soins spécialisés (centres hospitaliers)... »⁶⁰.

2.2.2 Les deux autres M.A.S. du département du Tarn : une opportunité en terme de savoir-faire.

Autant il est possible d'évoquer un contexte historique qui permette de justifier le manque de partenariat avec les établissements publics de Lavaur, autant il sera plus difficile d'argumenter l'absence évidente de relations depuis l'ouverture de la M.A.S. de l'institut J.BESSE avec les deux autres établissements similaires du département. Pourtant leur savoir-faire nous aurait évité des erreurs et fait gagner un temps précieux dans notre restructuration.

⁵⁸ Circulaire 62 AS. Paragraphe 121, page 5.

⁵⁹ Même circulaire. Paragraphe 122, page 6.

⁶⁰ Même circulaire. Paragraphe 530, page 15.

Les M.A.S. de Saint-Sulpice et de Cagnac-Les-Mines sont situées respectivement à quinze et quarante kilomètres de Lavaur, elles ont été ouvertes en 1984 et 1986. La majorité des usagers de ces deux établissements y a été accueillie dès l'ouverture, la plupart d'entre eux présentant un polyhandicap, les autres des lésions cérébrales. Nous pouvons constater que la prise en charge des usagers a été abordée différemment dans les projets. La M.A.S. de Cagnac-Les-Mines possède une section pour cérébro-lésés dans des bâtiments distincts. La M.A.S. de Saint-Sulpice n'a pas souhaité s'inscrire dans cette démarche.

Il n'est pas question d'argumenter ici telle ou telle position, mais plutôt de constater qu'un projet de départ a donné naissance à un ensemble architectural s'inscrivant au plus près de ce que les associations ont souhaité apporter aux usagers. Certes, la M.A.S. de la J.P.A. est issue d'une restructuration, cependant la rénovation des bâtiments ne s'est pas inspirée d'une réflexion basée sur ce qu'allait être le quotidien des usagers et des professionnels qui les accompagneraient.

En terme de personnel, des échanges avec ces deux établissements auraient permis un travail à deux niveaux : tout d'abord la question des qualifications aurait pu être abordée, à savoir quelle est la constitution de l'équipe pluridisciplinaire et les fonctions de chacun auprès des usagers. La M.A.S. de Saint-Sulpice a un ratio de 43% de personnel éducatif contre 30% de personnel para-médical. Ce chiffre est plus équilibré pour l'établissement de Cagnac-Les-Mines. La section pour cérébro-lésés explique ce ratio.

Cependant, la communication entre professionnels d'établissements ne se limite pas seulement à un travail de recherche d'informations et de comparaisons. Il doit permettre un véritable enrichissement des équipes à travers les échanges professionnels, les vécus et expériences. Des échanges de préoccupations et procédés doivent amener de nouvelles idées, solutions et réflexions. P.CHAVAROCHE va plus loin et précise dans un de ses ouvrages⁶¹ : *«...on peut envisager aussi, lorsque la proximité géographique le permet, de véritables synergies d'établissements (de type M.A.S. ou autres) où chacun met à la disposition des autres ses compétences spécifiques ou ses équipements, ce qui permet de répondre à des besoins sans réponses dans le cadre de l'établissement d'accueil. »*.

⁶¹ Page 148. Travailler en M.A.S. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien. Philippe CHAVAROCHE.

Outre les échanges de savoir-faire, P.CHAVAROCHE aborde le partenariat en termes de mutualisation d'équipements dans le but de résoudre des situations pour lesquelles l'établissement n'a pas toutes les réponses, moyens ou solutions. Ce même auteur précise : « *La nécessaire ouverture des établissements vers des partenaires extérieurs* » amène « *...des occasions d'échanges de savoirs et d'expériences qui viennent alimenter les projets institutionnels. Le péril le plus grave pour un établissement est de se replier sur lui même...* ».⁶²

Cette ouverture vers l'extérieur aurait pu éviter une focalisation de la restructuration de la M.A.S. sur les problèmes économiques d'alors, et se pencher au contraire vers l'avenir en termes de projet d'établissement. Le repli d'une structure concerne à la fois son personnel mais aussi sa direction ; il peut entraîner des situations d'isolement pour le directeur mais aussi d'épuisement pour le personnel. À longue échéance, ces situations d'appauvrissement peuvent mettre l'établissement en difficulté et dérapier sur des situations de maltraitance, ne serait-ce que si l'établissement n'est pas conforme à la prise en charge des usagers face au contexte sociétal actuel.

Le directeur de la M.A.S. de Saint-Sulpice a voulu aller plus loin dans cet esprit d'ouverture. Il est actuellement président d'une association de loi 1901⁶³ qu'il a constitué autour des M.A.S. de la région Midi-Pyrénées. Le directeur de celle de Cagnac-Les-Mines en est le secrétaire. Cette association réunit régulièrement les directeurs et cadres de direction des M.A.S. dans le but de travailler sur des thèmes d'actualité relatifs aux lois en vigueur ou projets de lois. Sont aussi organisées des journées dans les établissements avec participation massive du personnel sur des sujets identiques ou concernant directement la prise en charge des usagers.

Selon le président du G.R.E.A.P., « *Des journées trimestrielles permettent aux personnels d'échanger sur leurs pratiques ou sur des thèmes définis. Un des principaux objectifs de ces rencontres est de favoriser l'ouverture et de lutter ce faisant contre l'usure professionnelle (burn-out)* »⁶⁴. Une de ces journées avait d'ailleurs été organisée par la

⁶² Page 148. Travailler en M.A.S. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien. Philippe CHAVAROCHE.

⁶³ G.R.E.A.P. : Groupe de Recherche des Etablissements d'Adultes Polyhandicapés.

⁶⁴ Page 41. Les M.A.S. et les soins constants ou jusqu'où pouvons nous accueillir ? Robert GROWAS. EMPAN. N°37. Mars 2000.

M.A.S. du C.H.S. de Lannemezan dans les Hautes-Pyrénées afin d'évoquer le partenariat entre les secteurs médico-social et sanitaire.

Ce partenariat avec les M.A.S. du département s'avère indispensable dans le but d'un travail de collaboration, mais aussi dans un esprit plus large d'ouverture nous rapprochant des professionnels de Midi-Pyrénées. Il aurait été bénéfique dans le cadre de notre restructuration, ne serait-ce que dans la recherche d'expériences professionnelles qui nous auraient guidé à travers l'accueil des usagers de M.A.S. et de leurs familles.

2.2.3 Les familles des adultes handicapés : une spécificité propre à l'histoire du handicap.

Les personnels de la M.A.S. ont été confrontés, lors de la restructuration, à des changements importants dans leurs relations avec les familles. Il ont dû adapter les relations qu'ils avaient avec de jeunes parents d'enfants légèrement déficients intellectuels, à des parents d'adultes présentant un polyhandicap, des parents âgés d'adultes handicapés vieillissants et enfin à des parents, fratries, ou conjoints de personnes cérébro-lésées.

Certes, ces parents subissent tous le même traumatisme à l'annonce du handicap de leur enfant, cependant le degré et la nature du handicap, le temps écoulé pourront modifier les relations avec l'institution. Selon J.Louis CHAPPELLIER,⁶⁵ la découverte du handicap provoque un choc secouant la famille toute entière et entraînant, tout au long de la vie, des traces indélébiles. Chaque individu est affecté à un niveau psychique et les repères et valeurs familiales s'en trouvent modifiés.

Pour autant, chaque parent a une histoire qui lui est propre et il serait erroné de prétendre que les réactions face au handicap seront identiques pour tous. Catherine CARDYN⁶⁶ précise que « *chaque situation familiale est une histoire unique* ». Des paramètres tels que :

- « *Le rang et la place de l'enfant handicapé dans la fratrie, la taille de la famille ;*
- *Le sexe des enfants, la race et le statut économique ;*

⁶⁵ Page 32, Familles, institutions et personnes handicapées. J.L CHAPPELLIER. Construction de soi et handicap mental. Sous la direction de G.ZRIBI et J.SARFATY. Editions E.N.S.P. Mai 2000.

⁶⁶ Page 115. Témoignage de parents et de professionnels. C.CARDYN. Même ouvrage.

- *Le type de handicap et ses conséquences concrètes dans la vie quotidienne ;*
- *La culture familiale, les croyances, les valeurs et les représentations ;*
- *L'époque et le contexte environnemental... »*

auront un impact différent sur les sentiments éprouvés et provoqueront des réactions diverses plus ou moins adaptées face à l'environnement.

Il m'a semblé important de préciser en introduction de cette sous-partie, la modification des relations du personnel avec les familles en fonction des usagers. Les comportements, exigences, voire problématiques des familles seront différentes en fonction de l'âge de la personne accueillie, de son handicap et de son vécu institutionnel. Tout d'abord, il y a les parents des quelques enfants polyhandicapés accueillis dès 1976. Le passé de leur enfant au sein de notre institution a développé chez ces parents, une confiance et une connaissance du personnel qui a permis de stabiliser les relations.

Les parents des adultes vieillissants, auparavant accueillis en F.O.T., n'ont plus la même vitalité et vigueur physique, les relations avec leur enfant et l'institution s'en trouvent espacées, voire irrégulières pour cause de problèmes de santé ou de décès de l'un des deux conjoints. Il y a enfin les familles des personnes cérébro-lésées dont la problématique est complètement différente et avec lesquelles le personnel éprouve toujours le plus de difficultés.

Stanislaw TOMKIEWICZ⁶⁷ évoque certains mécanismes liés à l'âge des parents dans les relations avec les institutions. Selon cet auteur, ces relations sont beaucoup moins chargées de conflits lorsqu'elles concernent des parents d'adultes handicapés plutôt que des parents d'enfants ou adolescents. Ce constat est dû au deuil de l'enfant « normal » qu'ont accompli les parents tout au long des années. S.TOMKIEWICZ précise qu'à la base du « *conflit permanent* », voire « *structurel* » entre les deux parties se situe « *le double échec, celui des parents et celui des professionnels à l'incapacité à guérir ou normaliser l'enfant handicapé* ».

Certes, un enfant ou adulte polyhandicapé peut évoluer, acquérir un certain degré d'autonomie ou d'intégration ; cependant, il restera toujours polyhandicapé. Ce n'est que

⁶⁷ Page 54. Interrelations entre adultes handicapés, milieu familial et institutions. S.TOMKIEWICZ. Construction de soi et handicap mental. Sous la direction de G.ZRIBI et J.SARFATY. Editions E.N.S.P. Mai 2000.

lorsque les parents se seront faits à cette idée qu'ils pourront stabiliser les relations avec le personnel de l'institution et ne plus leur en vouloir de ne pas avoir accompli l'impossible. Cette problématique est toute autre en ce qui concerne les familles de personnes cérébro-lésées.

Contrairement à ce qui vient d'être écrit, la blessure chez la famille est beaucoup plus récente et à ce drame vient s'ajouter la découverte d'un monde jusqu'alors inconnu, celui du handicap et de ses institutions. Au delà de cette problématique, Philippe MADINIER⁶⁸ évoque les difficultés auxquelles sont confrontées les institutions sanitaires et sociales face à la « *relative nouveauté de cette population* ». « *Le caractère spécifique des déficiences physiques et surtout psychiques des traumatisés crâniens* » entraîne toujours selon lui, une prise en charge « *insuffisante et inappropriée* ».

Des études,⁶⁹ effectuées à partir de familles de sujets cérébro-lésés, démontrent que celles-ci souffrent autant que la personne accidentée. Il en résulte des perturbations sociales et une détresse psychique importante qui nécessitent un accompagnement pour faire face à cet événement. L'identité familiale et le fonctionnement au quotidien de la famille s'en trouvent modifiés. Les relations sociales s'en verront restreintes et l'ensemble du projet de vie devra souvent être repensé.

Nous sommes loin dans notre établissement de cette réflexion concernant l'accueil des personnes cérébro-lésées. Cet accueil nécessite obligatoirement des relations ainsi qu'une préparation de la famille avant l'admission. Ce premier contact peut éviter bien souvent, une part du choc provoqué par la rencontre du milieu du handicap mental.⁷⁰ Dans tous les cas, il est impossible de faire abstraction de la famille lorsque des personnes handicapées sont accueillies dans une institution, l'individu ne pouvant être isolé de son milieu environnemental.

⁶⁸ Page 21. P.MADINIER, vice-président de l'union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens. Les familles à l'épreuve du traumatisme crânien. Handicaps et inadaptations. Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I. N°75-76-1997.

⁶⁹ Page 34. Livingston et al, 1985. Brooks, 1991. Kreutzer et al, 1994. Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I. 75-76. 1997.

⁷⁰ Page 117. Témoignage de parents et de professionnels. C.CARDYN. Sous la direction de G.ZRIBI et J.SARFATY. Editions E.N.S.P. Mai 2000.

Gérard ZRIBI⁷¹ évoque « *la réalité complexe et l'interaction de deux dimensions, l'une a trait à la personne handicapée, l'autre à son milieu.* ». Selon lui, ces dimensions doivent être respectées et les aspects individuels et sociaux de l'individu sont indissociables : « *Chaque personne est une entité unique et elle est liée aux autres* ». Ce lien avec les autres sera influencé « *par les configurations sociales et économiques et les critères de valeur d'un environnement donné* ».

Les familles sont une donnée importante dans la prise en charge de l'utilisateur. Le contexte social actuel met l'accent sur le maintien du tissu des relations sociales et notamment grâce à l'importance du lien familial. Aussi, les familles doivent être considérées à part entière dans l'accueil des personnes handicapées. D'autres éléments sont aussi à prendre en considération tels que le personnel et la fonctionnalité des bâtiments.

2.3 La situation actuelle de la M.A.S. en matière d'accueil de personnes adultes handicapées.

2.3.1 La définition des fonctions du personnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

La majorité des postes de la M.A.S. étaient pourvus au moment de son ouverture. Le personnel déjà présent a donc dû s'adapter à une population nouvellement accueillie, ainsi qu'à une nouvelle organisation. Les affectations suscitèrent, pour certains, un sentiment de frustration lié au handicap important des personnes accueillies, sentiment accentué par la perte des repères professionnels.

Lors de la restructuration de l'I.M.PRO., l'ensemble du personnel d'encadrement était majoritairement de formation éducative⁷². La circulaire 62 AS⁷³ précise les qualifications des intervenants dans une M.A.S. Outre les services d'un médecin généraliste ou spécialiste, qui devra assurer la surveillance médicale, l'organigramme du personnel doit être composé de « *spécialistes* » (*psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue...*). Une I.D.E doit aussi faire partie du personnel d'encadrement.

Les personnels A.M.P. et aides-soignants sont évoqués sous le titre : « *Le personnel nécessaire pour les aides et les soins quotidiens.* » et il est précisé que ce seront les

⁷¹ Page 9. Handicapé-famille-institution. Repères et enjeux actuels. G.ZRIBI. Sous la direction de G.ZRIBI et J.SARFATY. Editions E.N.S.P. Mai 2000.

⁷² Annexe 1 : organigramme actuel du personnel de la M.A.S.

⁷³ Circulaire 62 AS. Page 16, Chapitre VII Les personnels.

personnels « à même de répondre aux besoins principaux des M.A.S. ».⁷⁴
L'organigramme du personnel de la M.A.S. est peu à peu réajusté en fonction des départs à la retraite et dernièrement grâce à la création d'emplois liée à la réduction du temps de travail. Aussi des éducateurs ont été remplacés par du personnel A.M.P. et aide-soignant.

L'objectif est de se rapprocher au plus près de la circulaire 62 AS définissant les missions des M.A.S. et d'être en adéquation avec les qualifications du personnel intervenant auprès des usagers. Les M.A.S. posent une spécificité dans le secteur médico-social qui est le rapprochement dans un même lieu du sanitaire et du social. Beaucoup d'ouvrages précisent ces fonctions de soin et éducative menées par les équipes pluridisciplinaires⁷⁵ : « *Le personnel de M.A.S. intervenant directement auprès de la personne handicapée pour sa prise en charge quotidienne, se retrouve autour de deux fonctions principales : la fonction hébergement, proche d'une fonction éducative, et la fonction soins. La fonction hébergement est assurée essentiellement par des A.M.P., des moniteurs-éducateurs et des éducateurs spécialisés. La fonction soins est assurée par des aides-soignants, des infirmiers, des médecins, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens* ».

Dans la réalité, la frontière entre le soin et l'éducatif est loin d'être aussi nette. Le quotidien de la personne handicapée nécessite une approche globale qui ne peut aussi nettement trancher les interventions de chaque personnel en fonction d'une qualification précise. Néanmoins, un travail doit être entrepris afin de déterminer avec le personnel, les fonctions de chacun.

Le réajustement de l'organigramme du personnel de la M.A.S. laissait à penser que les professionnels s'orienteraient sur des tâches précises en fonction du savoir délivré par leur formation, la complémentarité des qualifications faisant le reste. L'économie a été faite d'une organisation se traduisant par des fiches de poste, des délégations de responsabilités, des différences en termes de compétences éducatives et soignantes. P.CHAVAROCHE⁷⁶ précise que « *L'organisation institutionnelle doit établir de manière claire la place de chaque professionnel...* ».

⁷⁴ Circulaire 62 AS. Page 16, Chapitre VII Les personnels. Point 5. Paragraphe 750.

⁷⁵ C.R.E.A.I. Alsace. Les personnels des M.A.S. Collection études et recherches. 1990.

⁷⁶ Page 153. Travailler en M.A.S. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien. Philippe CHAVAROCHE. Octobre 2002.

Contrairement à l'I.M.PRO. au sein duquel l'ensemble du personnel était de formation éducative, la M.A.S. fait se rencontrer des professionnels de formations et logiques professionnelles différentes. Ils doivent cependant être complémentaires dans une prise en charge quotidienne de personnes gravement handicapées et nécessitant une approche de soins et éducative.

Le manque de clarté quant à la place du personnel dans les interventions quotidiennes auprès des usagers a développé deux types de discours et comportements : Les « *tous pareils* »⁷⁷ qui ne font aucune distinction dans les qualifications et les « rigides » s'enfermant dans leur sphère professionnelle. Ces deux extrêmes, malgré l'effort apporté par une diversification de l'organigramme, entraînent des difficultés de fonctionnement et des conflits latents.

Les tâches de la vie quotidienne en M.A.S. se révèlent éprouvantes, voire ingrates. Il y a de la part de certains professionnels, une volonté à ce que l'ensemble du personnel intervenant auprès des usagers effectue la même charge de travail. Certains aides-soignants ne supporteront pas qu'un éducateur spécialisé prenne à part un résident pendant qu'ils effectuent des toilettes.

L'absence de fiche de poste a pour conséquence qu'il n'y a pas de fonction précise relative à des qualifications, ni de temps repérés relatifs à des travaux écrits. Les interventions hors cadre sont mal supportées par certains membres de l'équipe : ils ont le sentiment que le salarié en question veut se dérober de la routine quotidienne. Pourtant, des professionnels ne peuvent se réduire à un « modèle standard », les différences doivent être acceptées et coexister au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ces comportements sont aussi amplifiés par les avantages de la Convention Collective 51.⁷⁸ Elle octroie au personnel éducatif le double de jours de congés trimestriels par rapport au personnel soignant. Les A.M.P. venant de bénéficier des mêmes droits que les éducateurs, les aides-soignants revendiquent : « à travail égal, salaire égal ».

⁷⁷ Page 75. Equipes éducatives et soignantes en M.A.S. Pratiques institutionnelles. Philippe CHAVAROCHE. Editions Matrice. Février 1996.

⁷⁸ Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 étendue par arrêté du 27 février 1961.

En opposition à ce « tous pareils », d'autres personnels se positionnent en tant que détenteurs d'un savoir délivré par leur qualification. Ces comportements cloisonnent leurs interventions et rigidifient le fonctionnement du service dans lequel chaque intervenant s'enferme dans sa sphère professionnelle. Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE⁷⁹ parlent de « *balkanisation des pouvoirs et compétences* » : « ...Chaque professionnel mettant en avant son propre savoir disciplinaire, sa culture identitaire et au bout du compte...sa propre langue. Chacun est souverain dans sa discipline et s'interdit d'empiéter sur celle des autres. »

Le réajustement de l'organigramme du personnel n'a pas permis d'éviter ces écueils ; cependant, la prise en charge des personnes gravement handicapées en M.A.S. nécessite une coordination des interventions des différents professionnels. Celles-ci doivent se compléter et être définies afin que chaque salarié en fonction de ses compétences professionnelles, puisse trouver sa place dans un dispositif d'ensemble. Une prise en charge d'un usager ne peut se résumer à des interventions individualistes, celles-ci doivent être complémentaires et conjuguées de manière à tenir compte de la personne dans sa globalité.

2.3.2 Les signes symptômes de démobilisation d'une partie du personnel.

Le travail en équipe, nous l'avons vu, nécessite une certaine clarté ; cependant, son organisation n'est jamais définitivement établie. Elle doit sans cesse se redéfinir en fonction de l'évolution des usagers et adapter ses réponses selon les situations ou difficultés présentes. En ce qui concerne la M.A.S., de nombreux paramètres sont venus modifier cette organisation et notamment la mise en œuvre de la restructuration.

La moyenne d'âge du personnel A.M.P. et aide-soignant est de quarante neuf ans et demi⁸⁰. Certains salariés ont plus d'une trentaine d'années d'ancienneté professionnelle, celle-ci se résumant à une expérience unique au sein de l'Institut J.BESSE. Certains signes tels que les arrêts maladie, moins d'écrits dans les cahiers de liaison, un discours négatif, laissent à penser que ces personnels semblent en difficulté à un niveau professionnel.

⁷⁹ Page 68, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. P.DUCALET et M.LAFORCADE. Editions Seli Arslan. Septembre 2000.

⁸⁰ Annexe 2 : Tableau de la moyenne d'âge des personnels de la MAS (par ordre décroissant).

Je me permets une certaine prudence car il n'y jamais eu d'étude dans notre établissement qui permette de confirmer de telles corrélations. Cependant, la combinaison liée à l'âge du personnel et à la diversification des prises en charge au sein de la M.A.S. nécessite une analyse des facteurs pouvant entraîner des difficultés au sein de l'équipe pluridisciplinaire en se répercutant sur la prise en charge des usagers.

Le terme « burn-out » a été importé des Etats-Unis d'Amérique en 1982,⁸¹ il évoque les difficultés que peuvent rencontrer à long terme, les professionnels dans l'exercice de leur profession. Ces difficultés se caractérisent par un « *épuisement physique, affectif et mental* »⁸². Un groupe d'étude du C.T.N.E.R.H.I.⁸³ a effectué une approche de cette théorie à partir de personnel travaillant auprès d'adultes handicapés et notamment de M.A.S., foyers et auxiliaires de vie intervenant à domicile.

Selon cette étude, le travail auprès d'adultes handicapés a fait apparaître les risques d'épuisement comme démultipliés : « *La perte des illusions de l'enfance, la durée indéterminée des prises en charge, la répétition monotone des aides à apporter dans les activités de vie quotidienne, leur dévalorisation aux yeux de tous, les menaces de régression ou de mort...* ».⁸⁴ La gravité du handicap dans les M.A.S. peut amplifier ce phénomène d'épuisement chez le personnel.

Le quotidien du travail à la M.A.S. comme dans les autres établissements de ce type, est constitué de moments durant lesquels le personnel d'encadrement doit effectuer des tâches lourdes, liées au handicap et pouvant refléter une certaine violence. Violence dans le sens où des situations renvoient des sentiments qui relèvent quelquefois de l'incompréhensible, du difficile à surmonter par les professionnels, voire du dégoût.

Arriver tôt le matin dans une unité et affronter des visions et odeurs fortes de selles et d'urine, de sperme quelquefois, voir des personnes aux corps dénudés et déformés par le

⁸¹ Page 17. Vaincre l'usure professionnelle. Du burnout à l'épuisement professionnel : historique et tribulations du concept en France. Elizabeth ZUCMAN. Les cahiers de l'Actif 264/265. Mai-juin 1998.

⁸² Définition page 25. Vaincre l'usure professionnelle. Stress professionnel et burnout. R.FLORU. J.C.CNOCKAERT. Les cahiers de l'Actif 264/265. Mai-juin 1998.

⁸³ C.T.N.E.R.H.I. : Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.

⁸⁴ Page 20. Vaincre l'usure professionnelle. Du burnout à l'épuisement professionnel : historique et tribulations du concept en France. E.ZUCMAN. Les cahiers de l'Actif 264/265. Mai-juin 1998.

handicap renvoie une violence que le personnel a du mal à évoquer sans une certaine culpabilité. Les comportements auto-mutilants d'usagers qui s'infligent des blessures sans signe apparent de souffrance ne peuvent laisser indifférent. Les moments de repas ne sont pas non plus une source de détente : les fausses routes peuvent dégénérer très rapidement en situation de danger. Cris, postillons, aliments recrachés, bave sont autant d'éléments qui mettent le personnel mal à l'aise, surtout lorsqu'il doit s'alimenter en même temps.

« *Faire état des sensations désagréables que l'on perçoit au contact des résidents, c'est porter atteinte à l'image idéalisée que chaque éducateur ou soignant porte en lui d'être un bon professionnel.* ». ⁸⁵ Il est difficilement avouable pour un personnel d'exprimer que son seuil de tolérance est atteint sans ressentir aussitôt un sentiment négatif. Et quelle est notre capacité à ne pas porter de jugement et ne pas faire de constat rapide sur la fiabilité de cette personne à faire face à des situations quotidiennes difficiles ?

Le personnel ayant travaillé avec les enfants de l'I.M.PRO. retirait une certaine gratitude dans les activités et apprentissages éducatifs et sociaux. L'évolution des enfants, des adolescents et l'aboutissement des projets apportaient à l'équipe éducative, une forme de satisfaction narcissique. Une des problématiques de la population accueillie en M.A.S. est qu'il y a peu de « retour » des usagers vers l'encadrant. Nous pouvons alors assister à l'installation d'un sentiment de frustration face à ce manque de communication et aux progrès lents accomplis, s'il y en a. Cette progression peut de plus rapidement se transformer en régression malgré les efforts intenses et répétés d'une équipe qui fait toujours plus pour des adultes handicapés dans une autre dynamique.

Tous ces changements sans accompagnement d'une réflexion théorique, nous ont empêché d'identifier les difficultés des professionnels dans la diversification des prises en charge au sein de la M.A.S. Certes, cette carence existe comme je l'ai déjà évoqué, au niveau des repères professionnels, mais aussi dans l'incompréhension des comportements des usagers. Différents handicaps et pathologies sont présents et le personnel doit pouvoir se faire aider dans une analyse des comportements qui évite de travailler à l'affect et permet de raisonner en tant que professionnel.

⁸⁵ Page 54. Equipes éducatives et soignantes en M.A.S. Pratiques institutionnelles. Philippe CHAVAROCHE. Editions Matrice. Février 1996.

Ces difficultés sont plus importantes chez les salariés ayant travaillé de nombreuses années auprès des usagers. Leur vécu légitime chez eux un savoir qu'il est difficile pour les nouveaux arrivés de remettre en question. Cela peut se traduire par le fait que tout nouveau projet proposé soit mis en échec par du personnel « ancien » avant même de débiter. Les conclusions sont tirées par des « On l'a déjà fait, ça n'a pas marché ». Ce « dynamisme » à ne plus rien entreprendre peut annihiler les motivations des nouveaux arrivés et peut conduire soit au conflit ou pire encore, à l'indifférence qui empêche toute nouvelle initiative.

L'embauche de professionnels dans une institution est porteuse de renouveau, mais elle entraîne des déséquilibres importants dans l'unité d'une équipe. Le nouveau venu se verra contraint par les « anciens » de devenir le remplaçant de celui qui est parti, sans pouvoir se démarquer de ce rôle. Il fera l'objet de comparaisons des autres personnels, le mettant en difficultés devant le soit disant savoir-faire de celui qui est parti. En fait, une équipe a du mal à tolérer le départ de l'un des siens. Depuis de nombreuses années, s'est forgée une identité construite à partir de compromis et adaptations des uns et des autres qui permet une entente et surtout un sentiment que tout fonctionne bien.

Pour qu'ancienneté ne rime pas avec épuisement, un travail d'accompagnement des professionnels doit se faire dans le but d'éviter le vieillissement prématuré des usagers, conséquence d'une prise en charge inadaptée. L'environnement est aussi une source de confort à ne pas négliger pour l'ensemble des gens qui travaillent et vivent dans ces lieux au quotidien.

2.3.3 La configuration architecturale et ses répercussions sur la prise en charge des usagers.

L'architecture d'un bâtiment est une composante essentielle dans l'accueil d'une population, surtout lorsque celle-ci y passe une grande partie de sa vie. De même pour le personnel à qui la fonctionnalité des bâtiments procurera une notion de confort dans le travail. Les projets d'établissements ont une influence sur la composition des bâtiments. La M.A.S. de Cagnac-Les-Mines a ouvert une section pour personnes cérébro-lésées afin d'exercer une prise en charge différenciée du reste de la population accueillie.

Les bâtiments de la M.A.S. ont été entièrement rénovés avant de recevoir les usagers. Cependant, la configuration des locaux est restée la même qu'au temps où des enfants y étaient accueillis. Il en résulte aujourd'hui des effets non mesurés avec un impact important sur les qualités de vie des résidants et de travail des professionnels qui les encadrent.

La conséquence la plus importante se situe au niveau de l'identité de la structure. La M.A.S., je le rappelle, est formée de deux bâtiments distincts raccordés par un corridor. Une cafétéria a été construite en prolongation entre les deux bâtiments et l'on s'y rend par des couloirs.⁸⁶ L'ensemble du personnel n'utilise jamais le terme « M.A.S. » pour désigner la structure. Les anciens termes « B3 » et « B4 »⁸⁷ sont toujours employés.

Les salariés des deux bâtiments ont peu de contacts, ils se résument à la prise des repas en commun et à la fin de ceux-ci, chacun rejoint ses locaux pour emmener les usagers aux toilettes et prendre une pause café. Lors des réunions de service ou pluridisciplinaires, l'adjointe de direction dresse un ordre du jour à partir d'éléments concernant d'abord le « B3 » suivi du « B4 ». Chaque équipe attend son tour et il n'y a pas d'intervention du personnel liée aux usagers du bâtiment voisin. Seuls les membres de l'équipe pluridisciplinaire semblent faire partie de cette entité que devrait être la M.A.S.

Les conséquences sont identiques pour les usagers. Ceux-ci n'ont pas le droit d'ouvrir les portes équipées de « groom »⁸⁸ qui relie les deux bâtiments. Lorsqu'ils arrivent à franchir le premier « barrage », ils sont immédiatement stoppés au deuxième par les autres personnels qui les renvoient gentiment chez « eux ». Les portes se sont fermées et les esprits se sont cloisonnés. Cette situation entraîne même des règlements de compte entre les deux équipes lorsqu'un usager est venu commettre un acte « délictueux » sur l'autre « territoire ».

Cette situation interdit l'errance des usagers à travers les locaux de la M.A.S. et limite l'espace de liberté qu'ils peuvent avoir. Cela oblige aussi le personnel à une surveillance constante et déclenche chez les personnes ayant des troubles psychotiques importants, des comportements violents. Ces passages à l'acte sont marqués par le fait que ces activités exploratoires de l'espace institutionnel « *sont des phases de développement de ces personnes. Les déambulations sont utiles à leur équilibre précaire et leur permettent d'exercer un contrôle sur l'environnement pour en maîtriser les dangers potentiels* ».⁸⁹

⁸⁶ Annexe 3 : Plan de la M.A.S après rénovation.

⁸⁷ Annexe 3 : Plan des bâtiments B3 et B4 de l'I.M.PRO.

⁸⁸ Système hydraulique en haut d'une porte qui lui permet de se refermer automatiquement.

⁸⁹ Page 112 Equipes éducatives et soignantes en M.A.S. Pratiques institutionnelles. Philippe CHAVAROCHE. Editions Matrice. Février 1996.

La configuration des bâtiments de la M.A.S. a aussi des répercussions sur l'accueil des familles et notamment les fins de semaines. Deux entrées ont été créées pour les deux pavillons avec parkings distincts. Ainsi il y a peu si ce n'est lors d'évènements festifs (réunions, fêtes), de relations entre les familles et le personnel du pavillon voisin.

Cette rareté de relations se retrouve aussi entre les usagers de la M.A.S. et les autres corporations : les cuisines, la lingerie, la rééducation, l'entretien, l'infirmerie, le secrétariat, autant de services dont a besoin un établissement pour fonctionner. Nous appelons les salariés qui travaillent dans ces services, le personnel transversal. Ils ne sont basés sur aucun des pavillons d'hébergement et interviennent ainsi sur l'ensemble des structures. Je n'évoquerai pas ici la complexité et quelquefois la lourdeur d'une telle mutualisation de moyens, je souhaiterais plutôt l'aborder en fonction des conséquences que cette organisation a dans la vie quotidienne des usagers.

Le secteur adulte accueille souvent des personnes séjournant de nombreuses années dans une institution. Outre les lieux d'hébergement, une institution abrite de nombreux autres professionnels aux qualifications différentes. Les usagers se construisent, au fil du temps, nombre d'habitudes et ont des contacts avec ce personnel périphérique. Il n'est pas rare de voir de petits services se mettre en place qui permettent à l'utilisateur de donner un sens à son quotidien. Au-delà de ces prestations, se noue un style de relations différentes entre l'utilisateur et ce personnel différent de l'équipe d'encadrement. La configuration de notre M.A.S. ne permet pas à l'utilisateur de vivre ce qui vient d'être évoqué.

Tous ces professionnels ne font pas partie de la vie quotidienne des personnes accueillies, seuls existent des contacts éphémères ne permettant aucune construction d'habitude de vie. Ceci est encore plus accentué pour le personnel travaillant au château.⁹⁰ Je me suis rendu compte autour de quelques discussions que les personnels administratifs n'ont jamais visité les lieux d'hébergement et ne connaissent pas la plupart des usagers de l'institut J.BESSE. Les contacts des usagers de la M.A.S. n'existent qu'avec l'équipe d'encadrement et sont de plus appauvris par le fait que les deux bâtiments du service sont cloisonnés et peu perméables à tout échange.

⁹⁰ Le château : lieu administratif dans lequel la comptabilité, le secrétariat, le service juridique, la direction générale ont les bureaux. Annexe 4 : Organigramme de l'institut J.BESSE.

La configuration des locaux est d'une importance primordiale dans les comportements des usagers. Plusieurs facteurs me laissent à penser que les crises de violence pourraient être atténuées s'il était pris en compte une étude sur l'occupation de l'espace de la M.A.S. Il n'y a aucune salle d'activité dans le service, les enfants anciennement accueillis se rendaient dans des ateliers et des salles de classes aujourd'hui attribuées au F.O.T. et au F.A.M. Le personnel met en place des activités dans les mêmes lieux où sont servis les petit-déjeuners, cette pièce sert aussi de salon. Le groupe est peu séparé.

L'accès à l'extérieur ne se fait qu'accompagné par du personnel, des sorties sont programmées par petits groupes. Les usagers profitent peu du parc dans lequel ils résident et participent peu à la vie quotidienne de l'institut. Des contraintes existent aussi au niveau des chambres. Les deux pavillons possèdent trente deux chambres au total, huit usagers sont en chambres doubles. Cette cohabitation pose deux problèmes : à l'admission des usagers, nous devons raisonner en terme de sexes ou procéder à des changements de chambres qui perturbent les résidents et laissent les familles perplexes. Ces modifications ont aussi lieu lorsque des troubles du comportement ou du sommeil ne permettent plus la cohabitation ou lorsque des précautions médicales d'isolement sont prescrites par le médecin.

Les locaux de la M.A.S. sont exigus en terme de vie au quotidien et ne favorisent pas l'individualité. Le groupe est constamment ensemble et il est difficile de gérer les troubles de comportement des usagers. Ces éléments peuvent même laisser supposer que certaines conduites difficiles ne sont que le reflet d'une collectivité difficile à vivre.

Conclusion partielle.

La prise en charge de personnes handicapées nécessite une réflexion qui englobe un large éventail d'éléments forts différents.

Il est primordial tout d'abord de situer le champ du handicap afin de saisir le contexte dans lequel nous évoluons.

Les textes de loi sont la garantie des missions qui nous sont imparties. Le secteur médico-social évolue : en l'espace de quelques années, les deux lois de 1975 ont été pour l'une rénovée et pour l'autre en cours de rénovation. Nos institutions ne peuvent rester à l'écart de ces grands changements.

Dans le même esprit d'ouverture il est nécessaire de tenir compte, à une échelle locale, des apports que peuvent nous amener les différents partenaires dans la mise en place d'un travail en réseau.

La famille ne doit pas être oubliée dans nos préoccupations car elle ne peut être dissociée de la vie de la personne accueillie.

Un travail quotidien doit aussi être effectué dans la gestion des ressources humaines, élément indispensable dans la prise en charge des usagers.

Enfin, le cadre de vie a aussi son importance et n'est pas à négliger.

La situation actuelle de la M.A.S. est le résultat d'une restructuration qui n'a pas pris en compte l'ensemble de ces éléments. Le cadre de la loi 2002-2 a permis de relancer la question du projet d'établissement.

Le projet d'établissement, au-delà de sa rédaction, est l'outil majeur permettant de mener à bien une analyse des pratiques professionnelles et, en cela même, une réflexion sur les objectifs à long terme.

Long terme, signifie réajustement de nos interventions en fonction des évolutions des populations accueillies et des politiques publiques. Le projet d'établissement doit comporter, à ce titre, des phases d'évaluation qui nous permettront de le tenir actualisé et d'anticiper les changements à venir.

Les éléments qui vont suivre dans la troisième partie de ce travail s'attachent à cette mise en œuvre.

3 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT COMME OUTIL INDISPENSABLE A LA DIVERSIFICATION DES PRISES EN CHARGE.

3.1 Le projet d'établissement dans le cadre de la loi 2002-2 : du projet de service à la prestation individualisée.

3.1.1 La loi 2002-2 et le projet d'établissement : obligation ou opportunité ?

*« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »*⁹¹ L'article 12 de la loi 2002-2 définit l'obligation pour les associations gestionnaires de mettre en place un projet d'établissement. Celui-ci n'a pas fait l'objet d'un décret ; néanmoins, le projet d'établissement ou de service doit avoir été élaboré un an au plus tard du premier jour du sixième mois de la parution de la loi, soit au premier juillet 2003.⁹²

L'évocation du projet d'établissement ne date pas de la loi 2002-2 : la réforme des Annexes XXIV de 1989 prévoyait déjà dans son article 30,⁹³ la mise en place de cet outil de travail : *« Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats ; ce projet d'établissement, adopté par le conseil d'administration, est conforme à la réglementation et porté à la connaissance de la tutelle. »*.

⁹¹ Article 12 de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002. Inséré dans le code de l'action sociale et des familles sous l'article L.311.8

⁹² Page 22. La rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Actualités sociales hebdomadaires. 11 janvier 2002. n° 2245.

⁹³ Article 30 des dispositions générales des Annexes XXIV.

La différence tient au fait que la loi 2002-2 ne se résume pas qu'à de bonnes déclarations d'intentions. L'article 46 prévoit en effet des sanctions pénales en cas d'infraction, à savoir le non respect des engagements des associations concernant les dispositions relatives aux droits des usagers du secteur social et médico-social : le projet d'établissement fait partie de ces dispositions. Tout directeur a donc obligation d'élaborer un tel document.

La restructuration de l'I.M.PRO. J.BESSE s'est faite en l'absence de projet d'établissement. Nous avons pu constater et analyser les difficultés rencontrées. Aussi, l'enjeu est de taille et l'adoption de la loi 2002-2 est une opportunité que je dois saisir en terme de renouveau dans notre fonctionnement. En d'autres termes, je dois me servir de cette loi dans le but comme le précise J.R.LOUBAT,⁹⁴ « *de revisiter notre fonctionnement, de se reposer les « questions fondamentales quant à notre vocation et notre méthodologie ».*

Le défi n'est pas tant de réaliser un document en conformité avec les exigences des textes de la loi 2002-2, mais d'être plutôt à l'initiative d'une réflexion collective qui permettra une analyse de nos pratiques professionnelles. Plus encore, le projet d'établissement doit opérer un véritable changement de mentalité dans notre façon d'accompagner les usagers et leurs familles.

Le projet d'établissement doit être le reflet des changements de société. À ce titre, il est nécessaire que je l'aborde dans le cadre des politiques publiques. Les textes de loi du secteur social et médico-social accompagnent cette évolution et nous devons, au-delà de notre culture historique, prendre en compte tous ces changements afin de donner à l'usager du secteur social et médico-social, quel que soit son handicap, la place que la société lui confère : celle de citoyen à part entière bénéficiant d'une prestation de service adaptée à ses besoins.

J.R.LOUBAT précise dans son ouvrage⁹⁵ : « *le travail social devrait poursuivre une rénovation fondamentale* ». Certains points cités sont incontournables dans l'approche que je souhaite aborder :

- *Une meilleure inscription des dispositifs dans l'environnement.*

⁹⁴ Page 74. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Contexte, méthode, outils. Jean-René LOUBAT. Editions DUNOD. Octobre 2002.

⁹⁵ Page 19. Même ouvrage.

- *L'utilisation de multiples partenariats.*
- *Une évolution des dispositifs vers une plus grande souplesse.*
- *Le recentrage sur la famille.*
- *L'exigence d'évaluations des résultats.*

Le personnel présent à la M.A.S., pour certains depuis l'adoption de la loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées, raisonne toujours en termes institutionnels. La notion de placement prime à celle de prestation de service. Plus que la manière de travailler, c'est le modèle intellectuel qu'il faudra à long terme modifier.

C'est dans cette optique là que je souhaite aborder le projet d'établissement. Aussi, avant de se focaliser sur la méthodologie liée à ce vaste chantier quelque peu déstabilisant, j'ai décidé en concertation avec l'adjointe de direction et après consultation du Comité d'Entreprise,⁹⁶ de mettre en place des séquences de formations de trois jours auxquelles l'ensemble du personnel de la M.A.S. participera. La consigne donnée aux formateurs est d'insister à travers la présentation de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, sur l'essence même de cette loi et des changements fondamentaux qu'elle opérera dans notre secteur, autant auprès des usagers, des professionnels que des associations.

Cette même logique doit aussi être tenue par rapport aux familles des personnes accueillies. La J.P.A. n'est pas une association de parents et ces derniers n'ont que très peu de moyens relatifs à l'information des évolutions de notre secteur. Tel que cela sera fait avec le personnel, les éléments relatifs à la loi 2002-2 seront donnés aux parents lors d'une réunion afin de leur expliquer les changements en cours, non pas seulement au niveau de l'établissement mais aussi par rapport au contexte des politiques publiques. Le but que je me fixe pour cette réunion, est de préparer les familles à l'élaboration du projet d'établissement qui va suivre.

Il sera indispensable dans un deuxième temps, que je mette en place une organisation par rapport à la conception même du projet d'établissement. C'est-à-dire élaborer une méthodologie de travail basée sur la consultation de l'ensemble des professionnels afin de pouvoir entrer dans les détails tels que le contenu, l'organisation et les perspectives d'évolution.

⁹⁶ C.E. : Comité d'Entreprise.

Le projet d'établissement permet de se (re)positionner par rapport à l'ensemble de nos prestations. D'un public enfants, nous sommes passés à une population adulte présentant des handicaps définis. C'est donc à ces personnes que nous nous adressons, et nous devons être en mesure de savoir ce que nous leur proposons et dans quel but. Le positionnement de l'établissement nous permet de fixer des objectifs et les moyens qui doivent être mis en œuvre pour les atteindre.

Cependant, chaque personne accueillie est différente et le projet d'établissement n'a de sens que s'il peut s'adapter aux besoins de chacun. Il doit donc se décliner sous forme de projet individualisé qui prend en compte les besoins particuliers de chaque usager.

3.1.2 Du livret d'accueil au contrat de séjour ou la mise en place d'une prestation de service individualisée.

L'un des enjeux de la loi 2002-2 a été de placer l'utilisateur du secteur social et médico-social au cœur du dispositif grâce à une reconnaissance de ses droits. À ce titre, il est précisé dans l'article 7⁹⁷ : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux...* ». L'individualisation de la prise en charge ou de l'accompagnement fait partie de ces droits et est mentionné dans le même article⁹⁸ : « *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut le consentement de son représentant légal doit être recherché.* ». Avec comme objectif de rendre ces droits effectifs, la loi 2002-2 a prévu un ensemble de dispositifs, notamment le livret d'accueil et le contrat de séjour.

L'élaboration de ces documents me paraît être un outil essentiel pour pallier les difficultés rencontrées lors des admissions des usagers, notamment par rapport à la diversification des prises en charge qui en découle. La principale difficulté provient du sentiment d'un placement « par défaut » pour l'ensemble des familles pensant que le handicap de leur enfant ne correspond pas à celui des autres personnes accueillies.

En fait, ce sentiment naît d'un manque de préparation dès l'admission de la personne, mais aussi d'une impossibilité à nous positionner dans les objectifs que nous mettrons en œuvre, la concernant. Ainsi, les parents de jeunes polyhandicapés déjà présents trouvent

⁹⁷ Article 7 de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002. Inséré dans le code de l'action sociale et des familles sous l'article L.311.3

⁹⁸ Point 3 de l'article 7 de la même loi.

les nouveaux résidants trop âgés par rapport à leurs enfants et dans une dynamique de vieillissement. Au contraire, les parents de ces personnes nouvellement admises voient d'un mauvais œil le handicap lourd de ces jeunes adultes et regrettent la structure F.O.T dans laquelle leurs enfants évoluaient. Le plus difficile consiste dans les placements par résignation des parents de personnes cérébro-lésées qui ne comprennent pas que leur enfant, conjoint, frère ou sœur ait à évoluer au milieu de personnes handicapées mentales.

Le livret d'accueil ne doit pas se résumer, quelle que soit sa qualité, à un travail lié à l'accueil. Aussi, il me paraît important, dans un premier temps, d'insister sur la notion d'accueil précédant une admission. Ce premier contact me semble en effet primordial dans la suite des relations et du travail d'accompagnement que nous mettrons en place avec la famille et la personne concernée. J'ai tenu à réunir le médecin chef de service, la psychologue, l'assistante de service social et l'adjointe de direction en vue de discuter à l'élaboration d'une procédure d'accueil à mettre en place dans un futur proche.

La circulaire D.G.A.S.⁹⁹ n°138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil,¹⁰⁰ en précise à titre indicatif, le contenu. Cette circulaire me sera utile dans l'élaboration de ce document ; cependant, le livret d'accueil doit, à mon sens, modifier ce sentiment prépondérant chez les familles qui consiste à penser que leur enfant n'a pas sa place dans notre structure. À cet effet, un important travail devra être effectué sur les caractéristiques des populations accueillies et les prestations qui en découlent.

Le livret d'accueil rassurera les familles dans le sens où figurera parmi nos préoccupations, la prise en charge des personnes cérébro-lésées ou le vieillissement des personnes handicapées. Le sentiment d'un placement dans notre établissement par manque de solution doit s'estomper et le capital confiance avec les familles s'en trouvera considérablement augmenté et permettra de nouer certainement de meilleures relations.

Pour chaque usager, le contrat de séjour doit être l'aboutissement du projet individualisé. Il n'y a eu, à ce jour, aucun décret relatif à son contenu dans le cadre de la loi 2002-2. Il me paraît primordial, dans l'élaboration de ce document, de ne pas enfermer les familles et l'établissement dans une logique de contractualisation dans laquelle chaque partie

⁹⁹ D.G.A.S. : Direction Générale de l'Action Sociale.

¹⁰⁰ Circulaire DGAS n°138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L-311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

pourrait se retourner contre l'autre, si un élément du contrat n'était pas respecté. Le contrat de séjour permet en fait une collaboration active de l'utilisateur ou de son représentant légal, lorsque celui-ci ne peut apporter son consentement éclairé dans la définition des objectifs et la nature de la prise en charge individualisée.

L'essentiel du travail doit être la mise en place du projet individualisé qui sert de référence à l'élaboration du contrat de séjour. Comme le précise J.DANANCIER¹⁰¹, le projet individualisé repose sur deux notions clés :

- *L'évaluation du parcours de l'utilisateur,*
- *Son adhésion active au déroulement des actions proposées.*

Ainsi l'auteur précise¹⁰² : « *Le projet individualisé est l'objet du travail commun de l'utilisateur et du travailleur social construit sur le parcours de l'utilisateur. C'est un document écrit de référence qui doit comporter une matérialité de l'observation de départ et des actions prévues dans un délai précisé* ». Je devrai donc orienter la mise en œuvre de ce travail à partir d'interventions définies sur des durées précises et à partir de moyens énoncés, et d'autre part sur la présentation à la famille des objectifs du « projet d'action individualisée » dans le cadre d'un calendrier établi.

Ce projet d'action individualisée devra être élaboré en équipe pluridisciplinaire car il comporte les objectifs définis par les différentes corporations intervenant auprès de l'utilisateur. Afin de vérifier la pertinence des objectifs et des moyens mis en œuvre, des bilans intermédiaires devront avoir lieu avant chaque évaluation.

Avant d'être mis en pratique, le projet d'action individualisée est à présenter à l'utilisateur et à sa famille. Suite aux modifications éventuelles effectuées à partir de cette rencontre, le contrat de séjour peut être établi : « *Les objectifs liés à la prise en charge individualisée de l'utilisateur seront dictés dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.* »¹⁰³
L'implication des familles en M.A.S. est primordiale étant donné la grande difficulté pour

¹⁰¹ Page 2. Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif, contexte, méthodes, outils. Jacques DANANCIER. Editions Dunod. Mai 1999.

¹⁰² Page 9. Même ouvrage.

¹⁰³ Page 5540. Dictionnaire Permanent Action Sociale. Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale Bulletin spécial 166. Editions Législatives. 19 février 2002.

les personnes accueillies de participer aux choix entrepris dans la définition des objectifs les concernant directement.

3.1.3 Les familles des personnes accueillies : soutien et participation à la vie sociale de l'établissement.

Le passé de la M.A.S. en tant qu'I.M.PRO. aurait pu nous permettre un travail plus rapproché avec les familles. La circulaire du 30 octobre 1989¹⁰⁴ dans le cadre de la réforme des Annexes XXIV précise le rôle de la famille : « ...s'exerce dans le cadre de la prise en charge (...), que la famille doit être informée (...), qu'elle doit être associée (...), qu'elle doit être soutenue (...), que les contacts avec la famille doivent être maintenus et favorisés »¹⁰⁵.

Pourtant aujourd'hui encore, les familles sont souvent vécues comme faisant intrusion dans notre dispositif. Je dois me servir du travail qui sera effectué dans le cadre du projet d'établissement comme une opportunité qui facilitera l'instauration de relations à partir d'un mode constructif et positif avec les familles, remplaçant ainsi les relations uniquement basées sur des difficultés, et souvent sources de conflits. Rencontrer les familles et leur proposer des objectifs clairs et précis pour leur enfant permettra d'une part de les impliquer dans notre fonctionnement et d'autre part d'éviter les jugements de valeur et les attitudes de méfiance de la part du personnel.

Je souhaiterais cependant aller au delà dans le travail auprès des familles et développer deux axes :

- Le soutien des familles en difficulté.
- La participation des familles à la vie sociale de l'établissement.

Les parents de personnes handicapées adultes ont une certaine connaissance des prestations offertes dans le champ du handicap (types de structures, allocations versées, prestations à domicile, services tels que la CO.T.O.RE.P., site pour la vie autonome). Le travail sur l'acceptation du handicap de leur enfant remonte à une vingtaine d'années. Il n'en est pas de même concernant le vécu et les connaissances des familles de

¹⁰⁴ Circulaire du 30 octobre 1989, relative aux enfants et adolescents déficients intellectuels et inadaptés pris en charge par l'Education Spéciale.

¹⁰⁵ Pages 207-208. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Contexte, méthode, outils. Jean-René LOUBAT. Editions DUNOD. Octobre 2002.

personnes cérébro-lésées. Malgré la parution de la circulaire du 6 juillet 1996¹⁰⁶ prévoyant « *la mise en place d'un réseau, dans chaque région, d'un réseau d'institutions médico-sociales adaptées aux besoins des traumatisés crâniens* »,¹⁰⁷ ces familles sont souvent isolées et ne se reconnaissent pas dans le champ du handicap mental.

Il existe dans l'établissement les ressources nécessaires pour venir en aide à ces familles. Je pense entre autre à l'équipe médico-sociale composée du médecin-psychiatre, de la psychologue et de l'assistante de service social. Les compétences de ces professionnels peuvent respectivement servir de soutien sur différents fronts tels que la mise en place de liens avec le service sanitaire lorsque l'utilisateur nécessite des séjours en hôpital, les entretiens à caractère psychologique à la demande des familles, ou encore les démarches administratives. Ce dispositif fonctionne déjà, reste à l'adapter encore.

Je devrai donc me rapprocher de l'équipe médico-sociale afin de définir avec elle, en quoi peuvent consister leurs interventions. Il me faudra aussi dégager des moyens à partir du Plan Annuel d'Utilisation des Fonds¹⁰⁸ et des budgets¹⁰⁹ pour que ces personnes puissent participer à des colloques et à des journées de formation liés à la problématique des familles de personnes cérébro-lésées. L'apport de connaissances de ces professionnels sera un plus dans la relation avec ces familles car elles auront en face d'elles des professionnels qui les comprendront, amèneront des réponses et pourront servir de soutien dans les moments difficiles.

La journée «rencontres des familles » est la seule occasion pour les familles d'être invitées dans l'établissement. Cette journée est un vestige de l'ancienne kermesse de l'I.M.PRO. Le contenu n'en a pas changé. Les parents viennent manger avec leur enfant, il y a une vente « bric à brac » à partir d'objets récupérés par le personnel, ainsi qu'une animation. Il y a tout de même des parents élus au comité de gestion et conseil de la vie sociale.¹¹⁰ Cependant, ces réunions consistent pour les parents à recueillir des informations. Il est difficile pour eux d'être les représentants des usagers car ils n'ont que très peu de contacts avec les autres familles, ces rencontres étant aléatoires les samedis en fonction de celles qui viennent chercher leur enfant.

¹⁰⁶ Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.

¹⁰⁷ Page 30. Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI. N°75-76. 1997.

¹⁰⁸ P.A.U.F. : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds.

¹⁰⁹ Groupe I. Classe 62. Compte 62510 Voyages et déplacements.

¹¹⁰ C.V.S. : Conseil de la Vie Sociale.

Une première rencontre a eu lieu avec les parents élus de la M.A.S. et nous leur avons proposé de réfléchir ensemble sur le dispositif à mettre en œuvre dans le but d'une meilleure participation à la vie sociale du service. Après avoir tracé les principales pistes de travail, un consensus a été dégagé.

Les « réunions familles » ont été créées et ont lieu deux fois par an. L'objectif de ces réunions est d'évoquer le quotidien du service. Elles se déroulent en deux temps d'une heure chacun. La première partie est animée par les parents élus de la M.A.S. Aucun personnel n'est présent à ce moment là. Les parents réunis entre eux, abordent les sujets qu'ils souhaitent. À la deuxième heure, je me joins à cette réunion, accompagné de l'adjointe de direction, d'un personnel éducatif et de soins.

Je profite de cette occasion pour donner des informations d'ordre général, ensuite, un parent élu prend la parole et aborde les sujets évoqués l'heure d'avant. Les premières réunions furent d'une agressivité surprenante et leur contenu était constitué de plaintes de tous ordres. Je me suis demandé, les débats étant si passionnels, s'il avait été opportun de réunir toutes ces familles dans un seul et même endroit pour lesquelles nous avons l'impression d'être une cible parfaite... Par la suite, ces réunions furent plus sereines car les sujets préoccupant les familles étaient régulièrement abordés dans des espaces officiels et traités au fur et à mesure.

Ces réunions ont toujours lieu avant les deux comités de gestion et les deux conseils d'établissement.¹¹¹ Ce calendrier permet aux parents élus d'être les représentants des familles à part entière car ils débattent par anticipation les sujets relatifs aux usagers et au quotidien du service.

Dans l'esprit d'une information régulière de sujets concernant les préoccupations des usagers et de leurs familles, j'ai tenu à créer la « réunion à thème ». Celle-ci a lieu une

¹¹¹ *Le décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement reste applicable au fonctionnement de chacune des instances de participation existantes, jusqu'à l'installation de l'instance qui lui est substituée en application du nouveau décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation.* Page 4. Les fiches techniques de la F.E.H.A.P. (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif). Loi du 2 janvier 2002. 14 avril 2004. Les élections du conseil d'établissement ayant lieu en décembre 2004, nous appliquerons à ce moment là, les règles relatives au CVS.

fois par an et aborde un sujet dont le choix peut nous être présenté par les familles, tel le thème de la succession après le décès des parents. L'adoption de la loi 2002-2 a été abordée lors de ce type de réunion. Des spécialistes liés aux thèmes sont invités tel que notaire ou intervenants divers. Des documents sont ensuite remis aux familles présentes. Un compte rendu de réunion est envoyé à celles qui ne peuvent effectuer le déplacement que ce soit pour les réunions « familles » ou à thème.

Les familles sont ainsi soutenues dans les difficultés de tout ordre qu'elle peuvent traverser. Il leur est aussi donné un rôle et une place plus importants dans le fonctionnement du service où réside leur enfant à travers la communication et les connaissances du contexte médico-social.

La réflexion engagée sur le projet d'établissement nous impose d'agir dans plusieurs domaines tels que la gestion des ressources humaines, la structure dans laquelle vivent les usagers et intervient le personnel ainsi que l'environnement local de la M.A.S. Tous ces axes de travail sont primordiaux dans l'édification du changement.

3.2 Un nécessaire repositionnement de la M.A.S. en terme de ressources humaines et à travers la mise en place d'un réseau.

3.2.1 Les actions de formation : une articulation entre les besoins de la M.A.S. et l'évolution du personnel.

Le changement ne peut être créé sans un climat propice à l'évolution professionnelle du personnel, la formation en est un outil indispensable. Bien qu'elle relève d'un dispositif réglementaire, la formation ne doit pas être le financement de demandes disparates de salariés n'ayant aucun lien avec l'objet de leur travail au sein de la structure. Ces propos concernent uniquement les demandes relatives au P.A.U.F. Celui-ci doit servir de lien entre les besoins de la M.A.S. et ceux du personnel. Cette articulation est essentielle dans l'évolution liée au projet d'établissement.

P.LEFÈVRE¹¹² précise que la formation n'est pas seulement un outil d'apport de connaissances et de qualifications du personnel, elle sert aussi à créer des évolutions culturelles et comportementales. Les actions de formation sur la connaissance de la loi 2002-2 préalables au projet d'établissement doivent aller dans ce sens : s'imprégner de la

¹¹² Page 245. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Patrick LEFÈVRE. DUNOD août 2001.

philosophie d'une loi et de l'évolution de la place de la personne en situation de handicap dans la société dans le but de considérer différemment son travail auprès des personnes accueillies à la M.A.S. et de l'usager du secteur social et médico-social en règle générale.

Mon souci par rapport au plan de formation est de traduire par les actions inscrites au P.A.U.F., les changements à venir, à ce titre, elles doivent être associées aux orientations du projet d'établissement. Le changement lié à ces orientations ne peut se faire sans la mobilisation des professionnels, il me semble donc primordial de définir les sujets à aborder en collaboration avec la commission formation du C.E.

Un plan pluriannuel de formation de deux ans a été déterminé à partir d'une option pour la formation intra-muros. Bien entendu, les actions à l'initiative des salariés à l'extérieur de l'établissement n'ont pas été pénalisées, elles totalisent cinquante et un pour cent du P.A.U.F. Outre les avantages financiers de la formation à l'intérieur de l'établissement, il me semble important de prendre en considération les éléments « *de cohérence et de cohésion* »¹¹³ qu'elle peut amener au sein des équipes pluridisciplinaires. P.DUCALET et M.LAFORCADE¹¹⁴ précisent « *que la personne formée retrouve vite les usages collectifs qui ne sont que très rarement infléchis par une action de formation individuelle* ». Il s'agit dans ma démarche, d'adapter l'action de formation aux préoccupations concrètes de la M.A.S. et de faire en sorte que les échanges produits lors de ces journées aient des effets multiplicateurs parmi les expériences partagées entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Avant d'engager ces formations, j'ai entrepris en 2003 un premier travail avec la collaboration de l'équipe médico-sociale. Ce travail résultait des carences existantes dans la connaissance des caractéristiques des personnes accueillies. Le médecin a présenté au personnel les pathologies des usagers, la psychologue a évoqué quant à elle, le profil psychologique des personnes accueillies et les problématiques liées à certaines familles. L'assistante de service social a repris les démarches relatives aux parcours des familles par rapport aux différents organismes liés à l'orientation de la personne handicapée, les attributions d'allocations, les organismes payeurs, et enfin la procédure d'admission dans notre établissement différente de la procédure d'accueil.

¹¹³ Page 247. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Patrick LEFÈVRE. DUNOD août 2001.

¹¹⁴ Page 179. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE. Editions Seli Arslan. Septembre 2000.

Cette clarification des caractéristiques de la population accueillie au sein de la M.A.S. est selon moi indispensable avant d'évoquer avec le personnel, les thèmes de formation qui seront utiles dans la mise en place du projet d'établissement. La partie du PAUF consacrée à la formation collective a été employée aux thèmes de la personne handicapée vieillissante, ainsi qu'aux troubles d'origine psychiatrique, analyse des comportements et réponses adaptées. Ces formations se sont déroulées au cours de l'année 2004. Les thèmes abordés en 2005 seront basés sur la gestion des phénomènes de crises sur les pavillons et la formation des gestes et postures afin d'améliorer le confort de la personne handicapée lors de manutentions et prévenir les accidents de travail.

J'ai cependant voulu aller plus loin dans les actions de formation entreprises, aussi j'ai fait appel au fonds d'intervention pour actions exceptionnelles de PROMOFAF.¹¹⁵ J'ai argumenté le recours à ce fonds à partir des travaux engagés pour le projet d'établissement et en évoquant la restructuration de 1998. La Commission Régionale Paritaire de PROMOFAF nous a accordé treize mille euros pour l'année 2004 et trente mille euros pour 2005.

Ces compléments de budgets de formation qui sont à partager avec le F.A.M., nous permettront de mener à bien quatre nouvelles actions de formation complémentaires dans l'acquisition de connaissances et compétences du personnel : l'hygiène, l'alimentation, la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire et les notions de bientraitance. Ces budgets comprennent des possibilités de remplacements de cent pour cent afin que ces séquences de formation ne se fassent pas au détriment de la prise en charge des personnes accueillies.

Certains sujets tels que la communication sont en relation avec l'organisation du travail. L'hygiène et l'alimentation sont en rapport avec les spécificités liées aux personnes accueillies et à leur évolution. La formation liée à la notion de bientraitance est une forme de prévention contre les actions de maltraitance que l'institution peut développer au travers de son organisation.

Au-delà des thèmes abordés, je me sers des actions de formation comme un outil de mobilisation des salariés et de ralentissement relatif à l'épuisement professionnel. Dans

¹¹⁵ PROMOFAF : Organisme Paritaire Collecteur Agréé (O.C.P.A.), collecte les fonds relatifs à la formation des établissements d'une partie du secteur sanitaire et social.

notre cas, ces actions facilitent le changement lié à la restructuration de la M.A.S. et à l'évolution de la population accueillie ainsi qu'à celle du contexte social et médico-social. En ce sens, les plans pluriannuels de formation permettent «*de dépasser des freins culturels souvent ancrés dans les comportements des acteurs et des équipes* ». ¹¹⁶ Dans cette perspective, l'action de formation que je mets en œuvre doit créer un lien entre les besoins individuels du personnel et ceux de l'établissement qui les emploie.

3.2.2 Une réflexion architecturale au service de l'identité de la M.A.S. et du bien-être des usagers.

La conception d'un projet architectural et les années de vécu laissent apparaître des écarts entre ce qui était souhaité au départ et l'investissement réel des lieux par les personnes qui y vivent et y travaillent. Quelquefois, et c'est le cas pour la M.A.S., une rénovation des bâtiments laisse peu de place à une réflexion, surtout lorsque le public est différent, et le projet d'accueil amène à une autre configuration des espaces de vie.

Les six années de fonctionnement de la M.A.S. et la réflexion sur le projet d'établissement permettront d'effectuer des constats et de mener à bien une réflexion sur l'adaptation des locaux à nos axes de travail. Certes, nous avons dû nous adapter à l'existant ; cependant, il me semble que des améliorations peuvent être effectuées sans avoir à engager de lourds travaux nécessitant des emprunts. Je dois également axer la réflexion sur les interventions auprès des usagers afin d'agir différemment sur l'espace et en tirer, ainsi, une meilleure exploitation.

L'identité de la M.A.S. est une de mes préoccupations premières, à savoir redonner du lien entre les deux pavillons et faire en sorte que le personnel et les familles considèrent la structure comme une seule entité. Les réunions sont un moment fort de la vie institutionnelle. La M.A.S. n'a pas de lieu de réunions, celles-ci se déroulent à la salle polyvalente, local de l'institut J.BESSE assez grand pour accueillir jusqu'à cent cinquante participants assis ou quarante personnes autour d'une table. Outre que ce lieu ne se prête pas à des réunions de service, il n'est pas investi comme un espace approprié.

Après une étude de faisabilité avec le gestionnaire, j'ai fait mener en interne des travaux sur un ancien logement de fonction situé au dessus de la M.A.S. et financés par le budget de fonctionnement. À ce jour, nous nous retrouvons régulièrement dans ce lieu pour

¹¹⁶ Page 249. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Patrick LEFÈVRE. DUNOD août 2001.

évoquer des sujets relatifs au service, dans un endroit appartenant au service. Le personnel peut aussi se retrouver dans cet espace pour effectuer les écrits nécessaires à la prise en charge des usagers.

Il me faut compléter cette action par un travail directement lié au contenu des réunions. Les actions de formation et les réunions liées au projet d'établissement doivent mettre en évidence une participation plus active du personnel sur l'ensemble des situations concernant les usagers de la M.A.S. Il ne s'agit plus d'évoquer des usagers du B3 ou du B4 que l'on connaît bien, mais d'élargir la discussion en y incluant plus de théorie et donc d'analyse des situations, Telle la mise en place des réunions avec les familles qui a créé un seul groupe de parents, les réunions doivent rapprocher le personnel des B3 et B4.

Dans cette même logique, j'ai lancé l'étude d'un espace commun appelé «l'espace sécurisé » créé autour des deux pavillons. Plus de trois mille mètres carrés de terrain ont été clôturés. Des tables de pique-nique ont été commandées, des arbres ont été plantés et a été construite une terrasse protégée par une pergola. Enfin des ouvertures sur les deux pavillons ont été créées directement sur cet espace afin qu'il soit facilement accessible. L'expérience démontre que le personnel des B3 et B4 s'y regroupe avec les usagers et organise fréquemment des collations.

J'ai inclus le financement de ce projet dans la section d'investissement 2004. Un paysagiste a été sollicité, notamment dans le choix des matériaux car nous ne souhaitons pas que la clôture donne une impression d'enfermement. Nous avons opté pour des bandes de bois se fondant dans le paysage du parc et les parents ont eu la possibilité de choisir parmi les modèles présentés.

Des repas à thème ont aussi été créés et ont lieu une fois par mois. Le menu et l'animation sont en lien avec le thème choisi. L'ensemble du personnel de la M.A.S., agents de service y compris, travaille sur ces animations. Cette fois, il s'agit d'inviter du personnel transversal à tous les services (cadres, secrétaires, agents d'entretien...) qui vient prendre les repas sur la structure et participe ainsi à la vie du service.

Les changements liés aux locaux de la M.A.S. doivent aussi m'aider à changer la représentation mentale du personnel, à savoir, laisser la possibilité aux personnes accueillies de déambuler à leur guise dans l'ensemble des espaces du service, tout en maintenant bien entendu la vigilance et la sécurité nécessaires.

À ce titre, l'espace sécurisé offre un deuxième atout : permettre aux usagers d'entrer et sortir à leur guise à l'extérieur des locaux sans être obligatoirement accompagné d'un

personnel. Une liberté nouvelle s'offre ainsi à eux. De plus, un des objectifs qui m'était cher dans la création de cet espace était de faire baisser les difficultés de comportement liées plus à la pression du groupe contenu dans des espaces fermés et restreints, qu'à des troubles du comportement et de la conduite d'origine endogène.

Le travail d'aménagement des locaux ayant ses limites, j'ai élargi la réflexion sur l'environnement direct de la M.A.S. Malgré les vingt-sept hectares de parc, les infrastructures de l'institut et les possibilités que nous offre la mutualisation de l'organigramme du personnel, la M.A.S. s'est repliée sur elle-même et les usagers et le personnel se sont confinés dans des locaux d'où ils sortent très peu.

Je suis donc intervenu sur un éclatement du groupe dans la journée afin de donner aux usagers, de nouvelles possibilités quant aux prestations de service, tout en prenant en compte les limites que nous offrent les moyens de notre organisation. L'activité « marche » a été fortement développée et ce, en toutes saisons. Elle permet tout d'abord la régularité d'une activité physique et l'opportunité d'une sortie en plein air. Les personnes se déplaçant au moyen d'un fauteuil roulant sont inclus dans cette activité.

Afin que cette activité soit adaptée à toutes les capacités physiques, j'ai demandé à ce que soient étudiées différentes distances sur plusieurs parcours dans le parc ainsi que la fatigabilité des participants. Après plusieurs essais, plus d'une vingtaine de bancs ont été installés qui permettent au groupe de faire des pauses et de respecter ainsi les rythmes de chacun. Deux autres aires de pique-nique ont aussi été aménagées dans des endroits ombragés, donnant au parc des aires d'agrément.

J'ai récupéré dans l'espace de l'animation de jour (anciennes classes de l'Institut-Médico-Pédagogique¹¹⁷) une salle d'activité avec, là aussi, l'objectif d'éclater le groupe et de faire sortir les personnes du lieu d'hébergement. J'ai fait rénover cette salle par le financement de travaux collectifs ventilés sur les différentes structures de l'institut et une sortie a été créée sur l'extérieur avec terrasse couverte. Les usagers de la M.A.S. y font des repas rupture et des activités et se joignent à la vie collective de l'animation de jour.

Le personnel doit prendre part à cet élargissement du territoire des usagers de la M.A.S. J'ai demandé à l'adjointe de direction à ce que les salariés soient systématiquement accompagnés de certains usagers tous les jours à la lingerie pour les aider à conduire les

¹¹⁷ I.M.P. : Institut-Médico-Pédagogique.

chariots de linge sale et propre. Idem lorsque le service a besoin de fournitures de bureau. À ce jour, le personnel a pris l'habitude de se faire accompagner par des usagers lorsqu'il se rend dans un service de l'institut.

Tous ces détails sont d'une grande importance dans la qualité du quotidien des personnes accueillies. Ils leur permettent de participer aux activités relevant du fonctionnement du service. Afin que les locaux de la M.A.S. puissent témoigner de ce quotidien et des sorties effectuées, j'ai demandé à ce que soient installés des panneaux d'affichage avec des photographies. Les usagers s'arrêtent quelquefois devant. Un effort très important et très inventif a aussi été fait dans la décoration des lieux collectifs afin de les rendre moins institutionnalisés. Finalement, les locaux de la M.A.S. semblaient très étroits pour une vie tournée vers l'intérieur, ces nouveaux axes de travail leur ont donné plus de largesse.

3.2.3 L'ouverture vers l'extérieur à travers la mise en place de réseaux.

La M.A.S. n'a pas su profiter des avantages de l'institut J.BESSE, dont elle fait pourtant partie. Il en est de même pour notre environnement local. Nous devons tirer profit des partenaires existants à ce jour non sollicités. La loi 2002-2 nous l'a rappelé dans son article 21¹¹⁸ : *« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre des réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1(...) peuvent :1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé (...) »*.

Le projet de réforme de la loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées¹¹⁹ démontre une fois de plus, l'ouverture sur la société vers laquelle nous devons axer notre travail auprès des usagers. Je dois, en m'appuyant sur ces textes, sensibiliser la M.A.S. à prendre en compte les familles qui font partie de l'environnement immédiat mais aussi le contexte local. La prestation de service a pris le pas sur la logique institutionnelle, l'établissement ne peut plus se suffire à lui-même. La mise en place de réseaux permettra à la M.A.S., comme il l'a été fait pour l'institut J.BESSE, de mutualiser des moyens et des

¹¹⁸ Article 21. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹¹⁹ Projet de loi n°1465 DU 2 mars 2004, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

compétences, « *d'associer l'énergie et les ressources des acteurs qui interviennent dans un même champ.* »¹²⁰.

Un établissement ou service, quel que soit le public accueilli, fait partie du tissu économique et social local. Son insertion dans ce tissu lui ouvrira non seulement de nouvelles formes de participations, mais contribuera de plus à apporter aux usagers et à leur famille des réponses élargies. Pour cela, il est nécessaire que je mette en place une véritable politique d'ouverture et de participation aux différentes instances du champ social, élaborer des accords ou conventions de coopération avec le secteur sanitaire ou des dispositifs de droit commun. L'intégration sociale et humaine de l'établissement, et par là même celle des usagers s'en trouvera favorisée.

Je pense indispensable le développement d'une vraie politique de réseaux à partir de différents rapprochements auprès de partenaires relevant du champ social, médico-social mais aussi du sanitaire. L'objectif étant d'ouvrir la M.A.S. à l'environnement local dont elle fait partie et diversifier ainsi notre prise en charge des usagers, par des réponses plus adéquates.

Dans la prise en compte de l'environnement de la M.A.S., j'ai tenu en premier lieu à redonner aux familles la place qui leur revient. Celles-ci sont associées à la vie du service à partir des actions évoquées au préalable. Les familles doivent être informées des possibilités existantes dans le département et utiles à leur situation. À cette fin, l'assistante de service social est un élément majeur dans la recherche d'informations : une famille a été mise en contact avec l'Association Française des Traumatisés Crâniens du Tarn¹²¹ pour lui permettre d'établir un lien avec un réseau spécifique à ce type de handicap.

La signature d'une convention de labellisation d'une équipe composée du médecin psychiatre, de l'ergothérapeute et de l'assistante de service social de la M.A.S. est en négociation avec le site pour la vie autonome¹²² du Tarn avec lequel je suis en contact.

¹²⁰ Page 50. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Patrick LEFÈVRE. DUNOD août 2001.

¹²¹ A.F.T.C.T : Association Française des Traumatisés Crâniens du Tarn.

¹²² Mis en place par la circulaire ministérielle DGAS/PHAN/3A/2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome. La D.D.A.S.S. est le maître d'ouvrage du dispositif. Financement prévu par une dotation de l'État.

Cette équipe instruira des dossiers de demande d'aménagement et de financement de fauteuils roulants électriques, de véhicules ou d'appartements pour personnes à domicile ou pour des usagers de notre structure dont les familles souhaitent davantage de sorties dans des maisons plus fonctionnelles.

L'adhésion au G.R.E.A.P.¹²³ fait partie de cette politique de partenariat. Je compte beaucoup sur les contacts que je pourrai nouer avec les autres directeurs. Ils m'éviteront les situations d'isolement grâce aux participations à des travaux et réunions avec les autres directeurs de M.A.S. des Midi-Pyrénées. Le G.R.E.A.P. organise trois rencontres par an sur des thèmes précis. Dans ce cadre, il me semble enrichissant de faire participer régulièrement les salariés de la M.A.S. à ces journées. Ils rencontreront d'autres professionnels et échangeront avec eux sur des thèmes partagés tout en visitant leurs structures.

Je pense aussi qu'il faut être plus réceptif qu'auparavant lorsque nous sommes sollicités par des partenaires extérieurs. Une quatrième M.A.S. va ouvrir ses portes dans le département. Notre rencontre leur permettra de s'inclure dans le réseau des M.A.S. s'ils le souhaitent et peut être bénéfique à tous.

Dans le même esprit il m'a semblé important de répondre à la demande de l'Association des Paralysés de France¹²⁴ et Mieux Vivre Son Handicap à Lavour,¹²⁵ à une journée « coup de poing » sur l'accessibilité en ville. La mairie de Lavour en tant que participante à notre conseil d'établissement et à notre comité de gestion, a une forte implication dans la politique du handicap et notamment en ce qui concerne l'accessibilité de la ville. Elle a créé une commission extra-municipale sur ce thème à laquelle du personnel de la M.A.S. participe de façon régulière.

J'essaie, dans mon emploi du temps, de dégager des plages horaires pour participer à nombre de commissions qui représentent un intérêt pour la M.A.S., telle que la commission « vieillissement » organisée par la Direction de la Solidarité Départementale¹²⁶ et qui consiste à réunir les associations des secteurs des personnes

¹²³ Confère page 33 de ce mémoire.

¹²⁴ A.P.F. : Association des Paralysés de France.

¹²⁵ M.V.S.H.L : Mieux Vivre Son Handicap à Lavour (association de loi 1901 à but non lucratif).

¹²⁶ D.S.D. : Direction de la Solidarité Départementale faisant partie des services du Conseil Général du Tarn.

âgées et handicapées afin de préconiser des solutions nouvelles dans le vieillissement des personnes handicapées.

Certains des usagers de la M.A.S. nécessitent des traitements relatifs à des troubles psychiatriques difficiles à stabiliser. Il nous arrive de faire appel au C.H.S. «Philippe PINEL » pour des séjours liés à des décompensations, cependant une convention qui permettrait de mettre en place des séjours réguliers serait opportune. Il en est de même avec l'hôpital général de Lavour : ses services nous seraient utiles car le vieillissement des personnes polyhandicapées et l'état de santé de personnes cérébro-lésées entraînent une médicalisation plus importante et des séjours fréquents en hôpital.

Le médecin-psychiatre est un allié important non négligeable. Il détient le « savoir médical » et un discours propre au milieu sanitaire, il connaît les praticiens et services du secteur. Il me semble primordial de l'associer en tant que professionnel de la médecine, à des rencontres avec les responsables des structures sanitaires et d'obtenir la signature de conventions nécessaires à certains de nos usagers pour une meilleure prise en charge hospitalière.

Le partenariat c'est aussi se rendre utile pour la collectivité et je rencontre régulièrement des responsables d'organismes afin de leur faire part de la possibilité d'utilisation de nos installations : prêt de notre salle polyvalente, accès au parc pour les écoles maternelles, préparation des repas du midi pour les pompiers, location à prix modique du bassin de balnéothérapie pour d'autres établissements ou associations tel que « libres enfants dans l'eau ». J'ai dernièrement invité en collaboration avec l'assistante de service social, l'équipe du Centre Communal d'Action Sociale¹²⁷ de Lavour avec qui il nous arrive de traiter certains dossiers. Enfin je travaille actuellement avec la direction d'un collège sur l'organisation en 2005 d'un forum des métiers : les étudiants intéressés pourront se renseigner auprès de nos professionnels, sur les métiers du médico-social.

Tous ces échanges divers permettent de réduire l'enfermement dans lequel la M.A.S. se trouve confrontée. Je me fixe pour objectif que la M.A.S. devienne au même titre que nombre d'établissements, associations ou organismes publics, le partenaire d'un réseau où chacun a des compétences, savoirs-faire, équipements à faire partager au service du lien social. Cette volonté de partenariat doit m'animer et il est important que je

¹²⁷ C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale.

m'investisse dans une démarche de communication vers l'extérieur. Cette stratégie aura une forte influence sur la mise en œuvre du changement.

3.3 Le directeur, garant de la mise en œuvre du changement.

3.3.1 Un travail de réorganisation de l'équipe de direction et des salariés de la M.A.S.

La mise en œuvre du projet d'établissement que je souhaite opérer amènera inévitablement des changements importants au niveau de l'organisation de la M.A.S. mais aussi dans les relations de travail entre salariés. La conduite de projet ne peut se réduire « à une succession de tâches programmées qui s'enchaînent logiquement les unes aux autres.¹²⁸ La désorganisation du quotidien liée à la mise en place du projet entraîne une part de non maîtrise, elle est une réponse d'adaptation des salariés aux changements.

M.CROZIER et E.FRIDBERG¹²⁹ précisent que pour qu'il y ait transformation d'un système d'action, « les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, et nouvelles formes de contrôle social. ». Le changement amène toujours son lot d'inconnu et tout naturellement induit de la résistance de la part des personnes concernées. Ce comportement est la traduction de l'attachement des salariés à leur quotidien structuré par des repères sociaux et professionnels. La résistance sera d'autant plus forte si je n'associe pas le personnel au changement, il doit donc en connaître les règles du jeu de manière à ce qu'il soit le résultat d'une réflexion collective.

Je ne peux imposer la mise en place du projet d'établissement sans travail préalable auprès des salariés, cela m'exposerait inévitablement à une opposition massive et certaine du personnel qui n'en comprendrait pas le sens. Une institution est formée de salariés dont les objectifs et le travail sont différents. Il s'agit donc de regrouper ces acteurs autour d'une même démarche et cohérence d'action. Je dois mener la démarche du projet d'établissement et donc du changement qui l'accompagne, avec l'adhésion du personnel. À ce titre, il doit pouvoir y trouver un intérêt et non se sentir menacé par une perte de son autonomie et de son champ d'action.

¹²⁸ Page 25. Conduire un projet dans les services. Martine CHAMBON. Henri PÉROUZE. Chronique sociale. Janvier 1998.

¹²⁹ Page 332. Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG. L'acteur et le système. Point. Editions du seuil. 1977.

Certes, il est illusoire de penser que l'ensemble des acteurs adhèrera au changement ; cependant, celui-ci doit se construire non pas dans une mobilisation générale, mais à partir de débats contradictoires qui enrichiront la réflexion. *« L'intention est ici de faire « avec » et « par » les acteurs de l'entreprise, et non « pour » ou « contre » eux. »*.¹³⁰ À cette fin, il est nécessaire que je développe au sein de l'établissement, une conscience collective qui permette d'insuffler une confiance réciproque entre chacun des acteurs. Selon L.BARANSKI¹³¹ *« la démarche participative reste la seule qui permette véritablement à l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise de devenir acteurs du changement. »*.

Le management participatif a tout de même ses limites et ses écueils se traduisent par des réunions sans fin et sans prise de décision sous prétexte que les solutions doivent à tout prix être le résultat d'une mise en commun et appropriation de tous les acteurs présents (qui auront d'ailleurs tendance à se démotiver). Je dois veiller à mettre en place les outils adéquats afin que cette méthode de participation managériale ait du sens et produise surtout les effets escomptés.

Seul le directeur est en mesure d'aborder le changement lié au projet d'établissement. J'en impulserai la démarche et en assurerai la dynamique tout au long du processus. À cet égard, cette volonté ne peut pas reposer sur ma seule personne mais doit être le fruit d'une volonté collective. Je ne dois pas recommencer les mêmes erreurs produites lors de la restructuration de l'I.M.PRO., à savoir définir de nouvelles orientations dans l'accueil de nouveaux publics par le simple fait de déposer des projets techniques au C.R.O.S.S. Ces projets ont d'ailleurs fortement modifié la structure directionnelle de l'institut J.BESSE et une de mes premières préoccupations est de redéfinir le rôle et la place de chacun au sein de l'équipe de direction qui s'est au fil du temps étoffée.

Bien qu'indépendante dans son fonctionnement, la M.A.S. fait partie intégrante de l'Institut J.BESSE. L'adjointe de direction doit composer avec différents cadres autres que le directeur. Ces cadres ont une fonction technique et non d'encadrement ; cependant, je devrai profiter de la réflexion sur le projet d'établissement pour mettre en place des fiches de poste pour chacun des cadres afin de clarifier les missions et délégations qui leur

¹³⁰ Page 185. Le manager éclairé. Piloter le changement. Laurence BARANSKI. Editions d'organisation. Août 2001.

¹³¹ Page 179. Même ouvrage.

incombent. Le pouvoir de décision dans les champs de compétence qui leur sont réservés s'en trouvera augmenté.

Ma préoccupation auprès de l'équipe de direction est de rapprocher la prise de décision du terrain. Nous y gagnerons en gain de temps et en qualité de décision, les cadres intermédiaires ayant une plus grande proximité et connaissance du terrain. Il me semble d'autant plus important de développer cet axe de travail dans le sens où, comme je l'ai précisé auparavant, un directeur doit pouvoir jouer son rôle à l'extérieur auprès de différentes instances utiles à la mise en place d'un réseau.

Ce travail sera tout aussi important dans la méthodologie de mise en œuvre du projet d'établissement. Il me faudra veiller à déléguer des responsabilités à des chefs de projets qui animeront des réunions à thèmes sans pour autant avoir une fonction hiérarchique au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Je dois veiller à ce que soit fait un travail semblable auprès de l'ensemble des salariés et notamment dans l'élaboration des fiches de postes relatives à chaque qualification. Le réajustement de l'organigramme effectué a peu guidé les salariés dans leurs interventions auprès des usagers. Il faut développer les compétences en fonction des formations du personnel sans toutefois trop sectoriser le travail de chacun. Cette rigidité nuit à la cohérence et complémentarité des interventions autour de la personne accueillie.

Je devrai accompagner cette mise en œuvre d'un travail de réflexion sur des supports techniques qui nous aideront à revoir le fonctionnement de notre quotidien.

3.3.2 Des supports techniques élaborés en commun à partir de la réflexion engagée dans le cadre du projet d'établissement.

Il serait vain de penser que la mise en place d'un projet d'établissement peut uniquement se nourrir de bonnes intentions. Les orientations prises doivent faire l'objet d'applications formelles, connues et comprises de tous. *«La structure organisationnelle est ce qui permet à l'organisation dans son ensemble d'être stable et d'établir les interrelations nécessaires à son fonctionnement pour atteindre les buts qu'elle s'est fixée. Elle est l'ensemble des moyens utilisés pour diviser l'activité en unités pertinentes et pour assurer la coordination entre ces unités et leurs processus.»*¹³² La réflexion sur le projet d'établissement doit obligatoirement s'accompagner d'une visite des supports

¹³² Page 155. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. P.DUCALET. M.LAFORCADE. Editions Seli Arslan. Septembre 2000.

organisationnels existants et d'une innovation de nouveaux outils qui nous sembleront pertinents pour l'évolution de la M.A.S.

La communication est primordiale dans une institution : elle permet d'une part le passage de l'information et d'autre part d'« *établir des liens et des relations* »¹³³ entre les différents acteurs. Plus la communication aura des supports solides et formalisés, plus les acteurs se comprendront et parleront le même langage.

Dans un souci de diffusion rapide de l'information et de son traitement, j'ai fait installer un réseau interne informatisé, il permet à chaque salarié d'avoir sa boîte à lettre personnelle qu'il peut consulter à tout moment. En ce qui concerne les documents sur support papier, des « diffuseurs » ont été mis en place : petites fiches sur lesquelles sont écrits les noms de l'équipe de direction et des services transversaux et que nous agrafons sur les documents à distribuer pour lecture et traitement. Toujours dans un souci d'amélioration de la communication, des casiers individuels pour chaque personnel de la M.A.S. ont été installés dans les bureaux du pavillon. Des documents peuvent ainsi être transmis aux salariés pendant leur absence sans risque d'égarement.

Un effort particulier est à faire sur les cahiers de liaison. Ce cahier à destination des salariés de la M.A.S., contient une multitude d'informations difficile à exploiter. Au lieu du cahier traditionnel, j'ai demandé à l'adjointe de direction d'entamer en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, une réflexion dans le but de savoir ce qui est attendu d'un tel document.

Un nouveau document est né de cette réflexion. Ainsi nous pouvons retrouver des rubriques relatives à la vie du service, aux usagers, pour le personnel de nuit, infirmier, de rééducation. Un cahier de liaison mensuel est remis par le secrétariat et sur la couverture figure une agenda avec les dates importantes à retenir ainsi que les dates d'anniversaires des personnes accueillies. Les informations sont classées et la communication s'en trouve améliorée.

Il me faudra entreprendre un travail sur les emplois du temps du personnel et dégager des temps de liaison entre les équipes du matin et de l'après-midi. Actuellement il y a peu de liaisons, celles-ci se faisant sur le temps libre de l'équipe du matin. Les plages

¹³³ Page 265. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. P.LEFÈVRE. Editions DUNOD. Août 2001.

dégagées devront être comprises dans les horaires de travail et donner le temps nécessaire à une transmission de qualité.

Je devrai aussi m'attacher à repérer des temps de coordination dans les plannings du personnel éducatif. Ces temps leur permettront de se retirer du terrain pour se consacrer aux écrits utiles dans le suivi de la prise en charge des usagers. Cela évitera bien des conflits ou des situations durant lesquelles le personnel éducatif culpabilise de devoir laisser ses collègues sur le terrain.

Les réunions sont un temps fort de la vie institutionnelle de la M.A.S., encore faut-il qu'elles soient un espace de dialogue, d'écoute et de prises de décisions. Je dois développer un réel travail dans l'animation des réunions. La qualité d'une réunion passe obligatoirement par celui qui l'anime, le cadre occupe généralement cette position. La régularité des réunions inscrites sur les emplois du temps fait perdre une certaine efficacité dans le sens où elles sont devenues une routine pour les professionnels présents.

Les ordres du jour sont découverts par le personnel au moment même où commence la réunion. Un tour de table est ensuite effectué pour aborder les sujets à l'initiative des salariés. Certains évoquent le nom d'un usager pour ne pas être en reste. Mais beaucoup de personnels participent encore aux réunions pour le principe d'être présents sans apporter une contribution véritablement active.

Les sujets concernant les usagers « difficiles » reviennent souvent et nous assistons à de véritables synthèses lors des réunions de service. Ainsi le temps pour les autres sujets n'est pas respecté et soit la réunion dépasse l'horaire imparti, soit le contenu en est bâclé. Des débats peuvent finir en impasse ou être remis à une autre réunion sans qu'aucune solution ou décision ne soit prise. Enfin, pour finir de noircir le tableau, certains personnels se permettent d'arriver sans même un stylo et une feuille de papier avec pour argument qu'un compte-rendu écrit sera effectué.

L'animation d'une réunion ne s'improvise pas. Elle passe par de nombreux éléments qui doivent être repérés. Y.BLANC¹³⁴ énumère certains points sur lesquels il sera primordial de se pencher dans un proche avenir :

¹³⁴ Page 137. Le manager à l'écoute. 6 défis pour améliorer vos capacités d'écoute. Y.BLANC. Editions DUNOD. Septembre 2002.

- *Pourquoi ? Quelle est la finalité de cette réunion ?*
- *Quoi ? Quels sont les sujets à aborder et dans quel ordre ?*
- *Qui ? Qui doit y participer ? À quel titre ?*
- *Combien ? Combien de personnes ? Combien de temps devra-t-elle durer ?*
- *Où et quand ? À quel moment l'organiser ? Comment organiser la salle de travail ?*
- *Comment ? Quels supports ? Quelles techniques d'animation ?*

Il devra être engagé auprès de l'équipe de direction, un travail de formation sur l'animation des réunions avec pour objectif d'acquérir des techniques professionnelles mais surtout de sensibiliser les cadres au travail d'écoute et de communication qui doivent se dégager de ces lieux formels.

J'ai tout de même souhaité amener certaines améliorations dans le dispositif des réunions avant la mise en place de ce travail de formation : des réunions de pavillon, d'une durée de trente minutes, ont lieu une fois par semaine sur les deux bâtiments ; elles permettent de désengorger les réunions de service et de régler très rapidement les aléas du quotidien.

En ce qui concerne la communication avec les usagers et leurs familles, un quotidien mensuel appelé « le trait d'union » a été lancé et nous nous servons de ce support pour donner des informations relatives à la vie du service.

L'amélioration d'un dispositif nécessite la possibilité d'identifier les supports dont nous nous servons et de vérifier leur efficacité. L'évaluation doit nous aider dans cette voie.

3.3.3 L'évaluation du projet d'établissement à partir d'un référentiel de bonnes pratiques professionnelles : une garantie de qualité dans la prise en charge des personnes accueillies.

L'article 22 de la loi 2002-2 rend obligatoire pour les établissements sociaux et médico-sociaux « l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». À cet effet a été créé le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale¹³⁵ qui a pour rôle¹³⁶ :

¹³⁵ C.N.E.S.M.S : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale.

¹³⁶ Chapitre 4/1.5 page 1. Tome 1. Démarche qualité en établissement social et médico-social. Éditions WEKA. Février 2002.

- *D'élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ou valider celles qui se trouveraient opportunes.*
- *De donner son avis sur la constitution d'une liste fixée par décret des organismes qui seront habilités à procéder aux évaluations extérieures.*

Selon la loi 2002-2, les établissements devront effectuer tous les cinq ans, une évaluation interne en utilisant des référentiels de bonnes pratiques, ainsi qu'une évaluation externe, tous les sept ans, menée par un organisme indépendant. Celles-ci seront, dans tous les cas, associées au projet d'établissement mis en place. Cette notion d'évaluation est nouvelle dans le secteur social et médico-social dans le sens où notre action historique et légitime suffisait à démontrer les valeurs de bienfaisance. Aujourd'hui, cette bonne volonté ne suffit plus : les professionnels de notre secteur doivent démontrer de façon critique, l'efficacité des actions mises en œuvre.

Cette « révolution » n'est pas sans poser une résistance culturelle, éthique et technique. Les motifs évoqués par les professionnels sont divers : les relations humaines ne peuvent s'évaluer à partir de grilles rigides, l'évaluation n'est qu'un prétexte justifiant le contrôle, les moyens du secteur social et médico-social seront rationalisés comme dans le secteur sanitaire depuis l'accréditation...

Pouvons-nous pourtant aujourd'hui ne pas vouloir rendre compte de notre action ? Je n'ai aucun doute grâce à l'évaluation, sur la possible remise en cause de nos pratiques professionnelles et de l'évolution de nos institutions et des professionnels qui y travaillent. Par là même, les services rendus aux usagers du secteur social et médico-social seront de meilleure qualité, non pas seulement au sens technique du terme mais aussi sous un angle éthique. L'évaluation doit être au cœur des engagements du secteur de par le fait que l'utilisateur est notre préoccupation première.

Il est vrai qu'il existe une ambiguïté entre les notions de contrôle et d'évaluation. L'évaluation externe ne sera pas sans conséquence pour les établissements ou services qui n'auront pas mis en application les recommandations de la loi 2002-2. L'évaluation doit-elle se vivre comme un contrôle, à savoir l'exercice d'une autorité capable de sanctionner, ou plutôt comme une aide dans la mise en place de la planification et mesure des actions ? La façon dont j'aborderai l'évaluation sera déterminante par rapport à cette question et le discours que je tiendrai sera décisif dans la perception qu'en auront les salariés.

Il faut aussi distinguer l'évaluation de la démarche qualité, la première étant au service de la deuxième dans le sens où c'est grâce à l'évaluation que nous générerons une démarche qualité.

Pierre GAUTHIER¹³⁷ donne une définition de l'évaluation : « *L'évaluation n'est pas une norme, elle est un outil, une démarche qui consiste à fixer un objectif en début de période et à mesurer l'écart entre l'objectif et le résultat, en recherchant les raisons qui ont pu conduire à cette différence.* ». ¹³⁸ La démarche d'évaluation ne doit pas rester une notion abstraite, elle doit être comprise de ceux qui vont l'appliquer. Cette compréhension ne s'avère cependant pas suffisante, le risque étant que des éventuelles grilles soient automatiquement remplies par du personnel, telle une opération administrative. Je dois donc rechercher l'adhésion du personnel.

La construction des référentiels est une étape primordiale dans cette adhésion du personnel. Elle doit être le résultat d'un travail collectif de terrain, le personnel étant le mieux à même d'évaluer son action. Cela ne veut pas pour autant dire que je vais m'engager à créer la totalité des référentiels, mais je devrai par contre être en mesure d'adapter les outils empruntés à la spécificité de la structure que je dirige, ce qui suppose de ma part, une implication forte ainsi « *qu'une bonne connaissance de la culture de l'institution* ». ¹³⁹

Je dois me servir de l'évaluation comme une stratégie d'évolution organisationnelle. La démarche doit consister à analyser les points forts et les points faibles de notre fonctionnement et à rechercher comment nous souhaiterions les faire évoluer. J.R.LOUBAT¹⁴⁰ précise qu'il existe « *deux grands registres d'évaluation : l'une fonctionnelle, l'autre opératoire* » :

¹³⁷ Pierre GAUTHIER, ancien directeur de l'Action Sociale, aujourd'hui directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Midi-Pyrénées.

¹³⁸ Page 9. L'évaluation du travail social et de l'action sociale. Evaluer pour évoluer. Série ANAS. ESF éditeur. Mars 2000.

¹³⁹ Page 73. Les cahiers de l'actif. n°330-331. Novembre-décembre 2003.

¹⁴⁰ Page 192. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Contexte, méthode, outils. Jean-René LOUBAT. Editions DUNOD. Octobre 2002.

- L'évaluation fonctionnelle : « *ne vise pas à apprécier l'efficacité du service rendu, mais à améliorer l'organisation, c'est-à-dire la mise en œuvre de dispositifs, et l'utilisation de ressources permettant de rendre le service.* ».
- L'évaluation opératoire : « *porte sur les effets produits par l'établissement en matière de service rendu auprès des populations bénéficiaires.* ».

Concernant l'évaluation fonctionnelle, je devrai m'attacher à optimiser l'organisation en améliorant ses outils, qu'ils soient liés à la gestion du personnel (charges de travail), à l'ergonomie (poste de travail)... Ce registre d'évaluation sera facilement repérable car il repose sur des outils de « *management général* ». ¹⁴¹

L'évaluation opératoire s'adressera, quant à elle, directement aux usagers qui en sont les principaux bénéficiaires. Il me faudra engager une démarche d'évaluation collective à partir de l'établissement mais aussi individuelle, sur les niveaux de résultats dans des domaines précis tels que la santé, l'accompagnement dans la vie quotidienne...

Au-delà de l'outil que se révèle être l'évaluation permettant de mesurer les écarts entre les objectifs et les résultats, je ne dois pas perdre de vue le véritable enjeu pour les services et établissements : l'évolution des pratiques professionnelles entraînant une amélioration du statut et de la situation des usagers relevant du secteur social et médico-social. Leurs difficultés liées à leur situation de handicap social, mental, psychique, ou physique ne les mettent pas en position d'imposer la qualité face à des professionnels dont ils dépendent.

Telles les réunions «familles» que j'ai mises en place afin que les parents des personnes accueillies puissent s'exprimer, les évaluations pourront déboucher sur des enquêtes de satisfaction. Elles permettront de donner la parole aux usagers et aux familles de la M.A.S. et de se positionner par rapport au service rendu. Selon ma conviction, l'évaluation est surtout un outil contre la maltraitance institutionnelle dans la mesure où nous chercherons à développer un engagement de qualité à partir des dysfonctionnements constatés et des écarts entre nos intentions et nos réalisations.

¹⁴¹ Page 192. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Contexte, méthode, outils. Jean-René LOUBAT. Editions DUNOD. Octobre 2002.

L'atteinte des objectifs cités nécessite que je développe une démarche évaluative, claire et comprise de tous. Cela implique la mise en oeuvre d'une méthode précise à partir d'outils déterminés et d'indicateurs fiables. Jusqu'à ce jour, il a été difficile de s'appuyer sur des modèles mis en place, aucun des établissements que nous côtoyons n'ayant développé des outils d'évaluation.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes¹⁴² signataires d'une convention tripartite, se sont vus octroyer des éléments de travail grâce à une définition d'un cahier des charges et d'un « *outil de mesure de la qualité des prestations* »¹⁴³ précisé par arrêté du 26 avril 1999.¹⁴⁴ Dans sa mission de « *diffusion des outils et instruments formalisant les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables* »,¹⁴⁵ le C.N.E.S.M.S. pourra-t-il aider les directeurs d'établissements et de services dans la mise en place de l'évaluation ? Je devrai m'appuyer sur diverses sources possibles existantes telles que les services de la F.E.H.A.P. qui distribuent des informations et organisent des réunions sur des thèmes précis, les organismes de formation. Il faudra aussi que je m'appuie sur notre réseau et notamment le G.R.E.A.P.

Le but recherché n'est pas tant de faire un « copier-coller » d'une quelconque méthode d'évaluation appliquée ci et là, je souhaite, au contraire, développer une concertation et une entraide sur ce vaste et difficile chantier qui se présente à nous. L'isolement est le pire des maux qui guette tout directeur qui ne sait pas ou ne veut pas s'ouvrir à des compétences internes et extérieures. Celles-ci m'aideront à développer au sein de la M.A.S., une dynamique entraînant la mobilisation du personnel et une prise en charge de qualité auprès des personnes accueillies.

Conclusion partielle.

La loi 2002-2 est une véritable opportunité en terme de réflexion que je dois développer pour améliorer le fonctionnement de la M.A.S. La mise en place du projet d'établissement

¹⁴² E.H.P.A.D. : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

¹⁴³ Chapitre 4/1.4 page 1. Tome 1. Démarche qualité en établissement social et médico-social. Editions WEKA. Février 2002.

¹⁴⁴ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁴⁵ Page 109. Les cahiers de l'actif. n°330-331. Novembre-décembre 2003.

me donnera l'occasion d'une concertation collective à laquelle seront associés le personnel, les résidants et leurs proches. La place et le rôle des usagers et de leurs familles s'en trouveront modifiés par le biais de l'individualisation de la prise en charge et d'une participation à la vie sociale de l'établissement.

Les travaux concernant le projet d'établissement modifieront tant les aspects liés aux ressources humaines par l'élaboration des plans de formation, que la M.A.S. elle-même, dans sa configuration interne et environnementale. La démarche participative que je souhaite mettre en œuvre, devra accompagner le personnel dans les changements opérés par la mise en place du projet d'établissement et dans l'appropriation de nouveaux supports organisationnels. L'ultime étape sera celle de la mise en place de l'évaluation : sans celle-ci, le projet d'établissement ne serait plus qu'un document désuet et non ajusté à la réalité du terrain.

Dans le but de mener à bien ma mission, je dois me donner les moyens de prendre du recul afin d'anticiper les changements liés à l'évolution des usagers et des politiques publiques. Certes, ma fonction est de diriger mais aussi de prévoir ce que sera la demande de demain afin d'adapter nos prestations de service aux exigences des usagers du secteur social et médico-social.

CONCLUSION

Depuis sa création en 1969, l'I.M.PRO. Jacques BESSE a connu de profonds bouleversements : évolution des populations accueillies et rénovations des lois de 75 concernant le secteur social et médico-social. Ces mutations concernaient à la fois l'environnement local et le contexte national. D'une part, l'établissement ne correspondait plus aux besoins départementaux en termes d'accueil, d'autre part, l'évolution de la place de la personne en situation de handicap dans la société allait changer notre conception du travail.

L'I.M.PRO. J.BESSE s'est restructuré en 1995 dans le secteur adulte afin d'adapter son offre au schéma départemental. La M.A.S. a ouvert ses portes en 1998 à partir d'un redéploiement du personnel. En l'espace de trois ans elle a diversifié la prise en charge des usagers par l'accueil de populations présentant des handicaps divers. Le manque de réflexion commune liée à l'absence de projet d'établissement n'a pas suffisamment préparé personnel, usagers et familles aux changements relatifs à cette restructuration.

Dans ce contexte, il est primordial que je puisse mobiliser le personnel et répondre aux attentes des personnes accueillies et de leurs familles. La loi 2002-2 est pour moi l'opportunité de reprendre un travail qui a été économisé et qui s'avère capital pour l'adaptation de la M.A.S. aux exigences de la société d'aujourd'hui. L'enjeu relatif à l'élaboration du projet d'établissement que je me suis fixé est l'appropriation par le personnel, les usagers et leurs familles, des changements à venir et l'adhésion à un nouveau fonctionnement. Cette appartenance à la mise en place du projet d'établissement est source de fédération et elle facilitera de plus, la mise en œuvre prochaine de l'évaluation.

J'ai pris conscience lors de cette expérience de restructuration que seul le directeur peut être l'élément moteur de cette dynamique. Dans ce but, il développera un style de management qui lui sera propre et mettra en place des stratégies de travail. Elles consisteront à être avant tout présent sur le terrain afin de posséder une parfaite connaissance de l'établissement qu'il gère, autant au niveau du fonctionnement, du personnel que des usagers. Il en connaîtra ainsi les points forts et les points faibles.

Être présent ne veut pas dire être sans cesse disponible. Il faut savoir se planifier des plages horaires continues de travail sans être dérangé. Le directeur doit se garder la possibilité de se mettre en retrait afin d'analyser des situations présentes et de réfléchir

sur ce que sera demain. Se retirer n'est pas synonyme d'isolement. Les conditions doivent être réunies pour être en mesure d'effectuer ce travail tout en s'entourant de conseils et de compétences présentes dans l'institution et auprès de l'association.

Il ne faut pas non plus hésiter à accroître ce champ de compétences en s'appuyant sur des éléments extérieurs tels les réseaux et relations auprès d'organismes divers. Une bonne connaissance de l'environnement local et du contexte social et médico-social permettra au directeur de faire un meilleur diagnostic sur la situation actuelle de l'établissement dont il a la responsabilité de la gestion et de l'évolution ultérieure.

J'emploie le mot directeur au singulier, mais un homme¹⁴⁶ seul ne peut mener à bien sa mission. Le directeur s'il ne veut pas « s'essouffler », doit s'entourer d'une équipe de direction et se faire seconder dans les tâches à accomplir au quotidien. Ces partenaires ne doivent pas être de simples exécutants mais des collaborateurs à part entière ayant des rôles précis à travers des fiches de postes aux délégations définies. Comme le précise P.LEFÈVRE,¹⁴⁷ « la délégation est une organisation du pouvoir », elle responsabilise et donne des repères aux différents acteurs en les rendant plus autonomes.

De par le fait de son appartenance à l'I.M.PRO. J.BESSE, la M.A.S. ouverte en 1998 a déjà trente ans d'histoire. Il m'a fallu prendre en compte ce passé dans la mise en œuvre de la restructuration et des changements qu'elle a occasionnés. Faire abstraction de l'histoire de l'I.M.PRO. aurait signifié que je ne tenais pas compte des éléments culturels et professionnels que développe au cours de son histoire, une institution.

Les lois et l'évolution du secteur social et médico-social ne changent pas les mentalités et les conceptions professionnelles du jour au lendemain. Tout en provoquant les situations de changement, le directeur doit donner le temps au temps. Les formations, les embauches de personnels nouvellement diplômés, les exigences des usagers et de leurs familles, le cadre organisationnel y participeront.

C'est dans cet esprit là que je souhaite élaborer le projet d'établissement, il nous guidera dans l'individualisation de l'accompagnement des personnes accueillies et dans la diversification des prises en charge au sein de la M.A.S.

¹⁴⁶ Homme est ici employé dans un sens généraliste au sens de la condition humaine. Même remarque pour le terme de directeur.

¹⁴⁷ Page 131. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Patrick LEFÈVRE. DUNOD août 2001.

Bibliographie

Ouvrages :

- Laurence BARANSKI. Le manager éclairé. Piloter le changement. Editions d'organisation. Août 2001.
- Y.BLANC. Le manager à l'écoute. 6 défis pour améliorer vos capacités d'écoute. Editions DUNOD. Septembre 2002.
- Michel BORGETTO. Robert LAFORE. Droit de l'aide et de l'action sociales. Domat. Droit public. 4^{ème} édition. Montchrestien. Mai 2002.
- Martine CHAMBON. Henri PEROUZE. Conduire un projet dans les services. Chronique sociale. Janvier 1998.
- Philippe CHAVAROCHE. Travailler en M.A.S. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien. Editions Erès. Octobre 2002.
- Philippe CHAVAROCHE. Equipes éducatives et soignantes en M.A.S. Pratiques institutionnelles. Editions Matrice. Février 1996.
- Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG. L'acteur et le système. Point. Editions du seuil. 1977.
- Jacques DANANCIER. Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif, contexte, méthodes, outils. Editions Dunod. Mai 1999.
- Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Editions Seli Arslan. Septembre 2000.
- Marcel JAEGER. Guide du secteur social et médico-social. Editions DUNOD. Janvier 1999.
- Patrick LEFÈVRE. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Editions DUNOD. Août 2001.
- Jean-René LOUBAT.Élaborer son projet d'établissement social et médico-social. Editions DUNOD. Octobre 2002.
- Sous la direction de Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY.Le vieillissement des personnes handicapées mentales. Editions E.N.S.P. Octobre 2003.
- Sous la direction de Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY. Construction de soi et handicap mental. Editions E.N.S.P. Mai 2000.

Revue :

- Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I. Handicaps et inadaptations. Le traumatisme crânien. n°75-76. Juillet – décembre 1997.

- C.R.E.A.I. Alsace. Les personnels des Maisons d'Accueil Spécialisées. Collection études et recherches. 1990.
- Les cahiers de l'Actif 264/265. Mai-juin 1998.
- EMPAN. La personne polyhandicapée et son devenir – n°37 – Mars 2000.
- L'évaluation du travail social et de l'action sociale. Evaluer pour évoluer. Série ANAS. E.S.F. éditeur. Mars 2000.
- Les cahiers de l'Actif 330/331. novembre-décembre 2003.

Documents :

- La rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Actualités Sociales Hebdomadaires. n°2245. 11 janvier 2002.
- Tome 1. Démarche qualité en établissement social et médico-social. Editions WEKA. Février 2002.
- Dictionnaire Permanent Action Sociale. Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale Bulletin spécial 166. Editions Législatives. 19 février 2002.
- Plan d'élaboration d'un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale. Jean-René LOUBAT. Document remis le 4/12/03 lors d'une intervention au C.R.F.P.F.D.
- Handicap : le projet de réforme. Actualités Sociales Hebdomadaires. n°2344. 30 janvier 2004.
- Les fiches techniques de la F.E.H.A.P. Loi du 2 janvier 2002. 14 avril 2004.

Textes de Loi :

- Code l'Action Sociale et des Familles. Légifrance.gouv.fr. Le service public de la diffusion du droit.
- Loi hospitalière 70-1318 du 31 décembre 1970.
- Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant la loi 70-1318 du 31 décembre 1970.
- Loi 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.
- Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002. Loi n°2002-2.
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du service de santé.
- Projet de loi n°1465 du 2 mars 2004, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rénovant la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret du 27 octobre 1989 sur les annexes XXIV.
- Décret 78-1211 1978 du 26 décembre 1978. portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi 75-535 du 30 juin 1975.
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article 311-6 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Circulaire du 27 décembre 1967 relative à l'organisation et fonctionnement des sections d'éducation spécialisée créées dans le cadres des Collèges d'Enseignement Secondaire pour l'accueil de déficients intellectuels légers.
- Circulaire n°62 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Circulaire du 30 octobre 1989, relative aux enfants et adolescents déficients intellectuels et inadaptés pris en charge par l'Education Spéciale.
- Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.
- Circulaire ministérielle DGAS/PHAN/3A/2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome.
- Circulaire DGAS n°138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- Convention Collective nationale du 31 octobre 1951 étendue par arrêté du 27 février 1961.

Divers :

- Internet : www.jpa.asso.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme actuel du personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée.

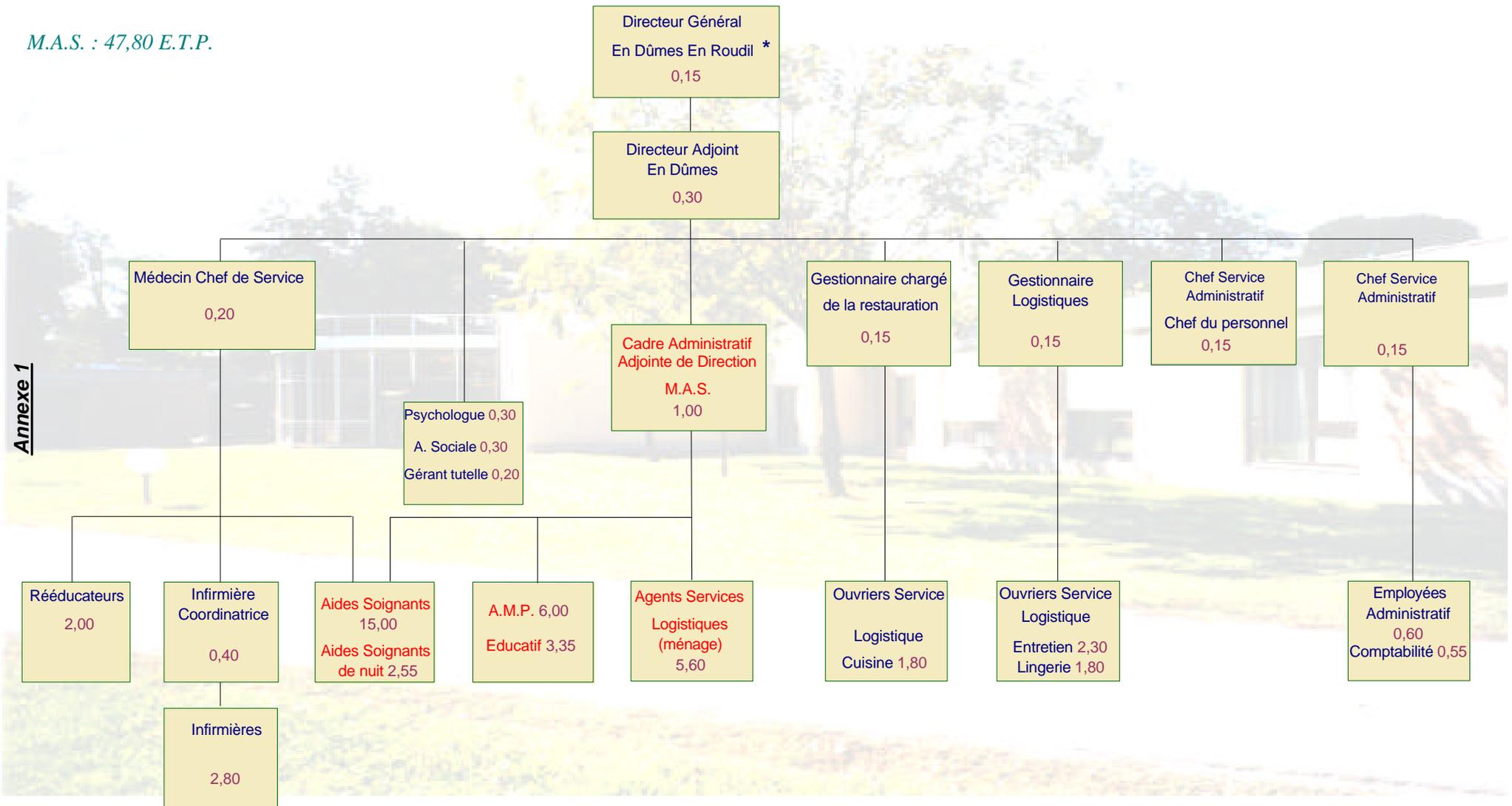
Annexe 2 : Moyenne d'âge du personnel de la M.A.S. (par ordre décroissant).

Annexe 3 : Plan des bâtiments B3 et B4 de l'I.M.PRO. et plan de la M.A.S. après rénovation.

Annexe 4 : Plan de l'organigramme de l'Institut Jacques BESSE.

Organigramme Actuel du Personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée

M.A.S. : 47,80 E.T.P.

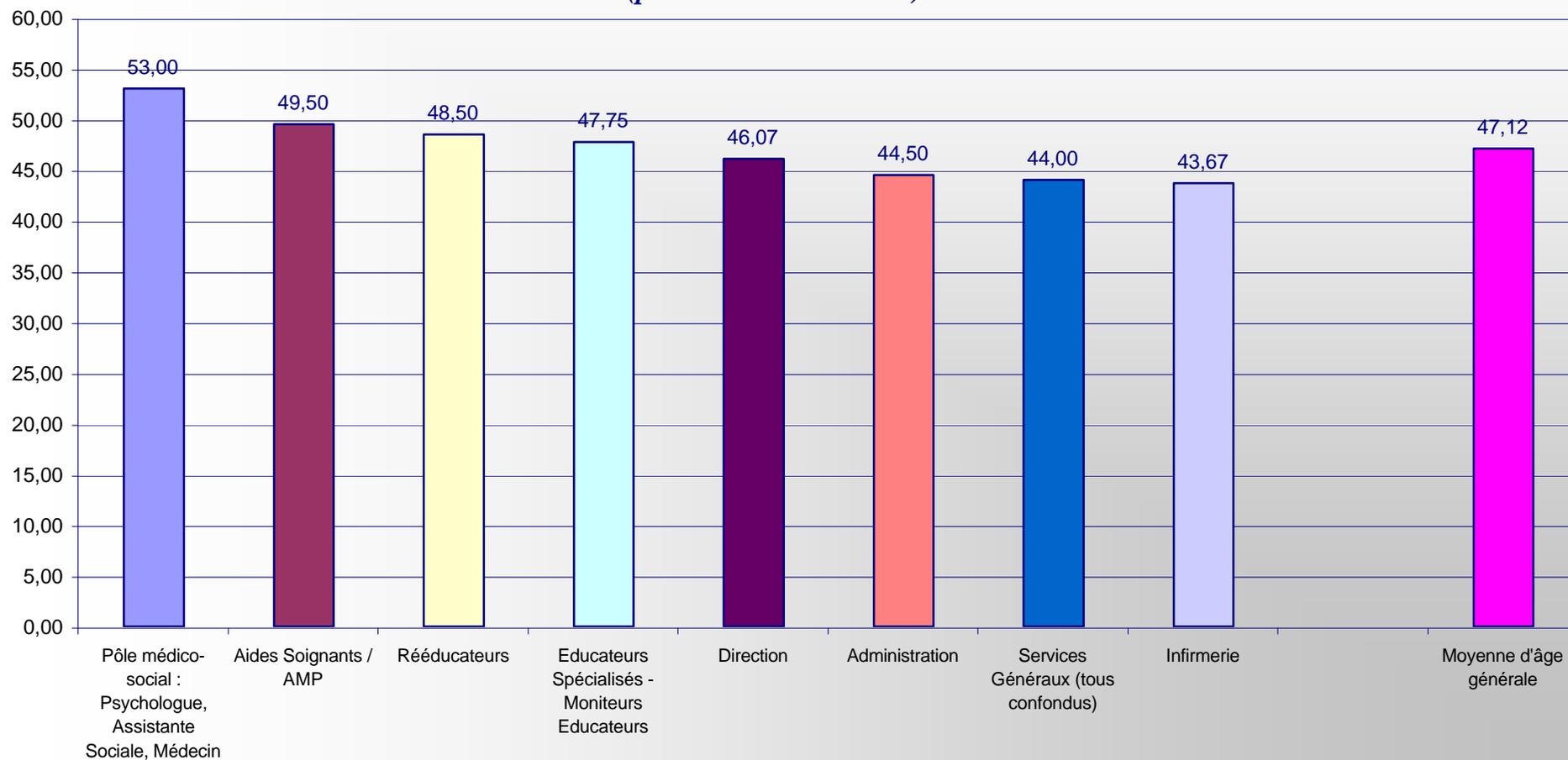


* En Dûmes : Nom du Domaine de l'Institut Jacques Besse

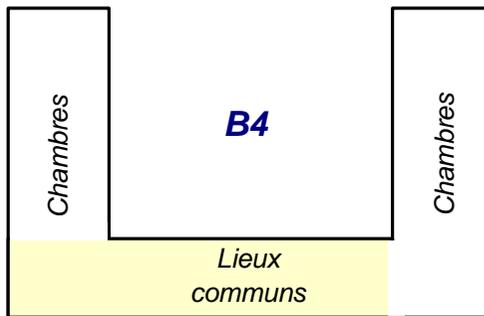
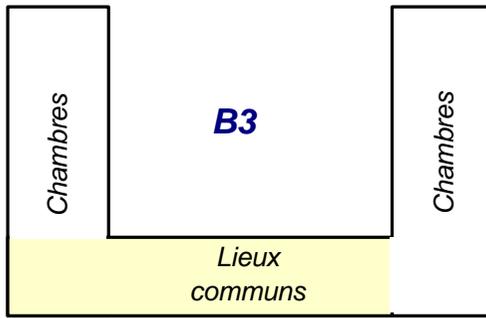
En Roudil : Etablissement composé d'un Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.), d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) et d'un Foyer d'Hébergement.

Moyenne d'âge du personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée

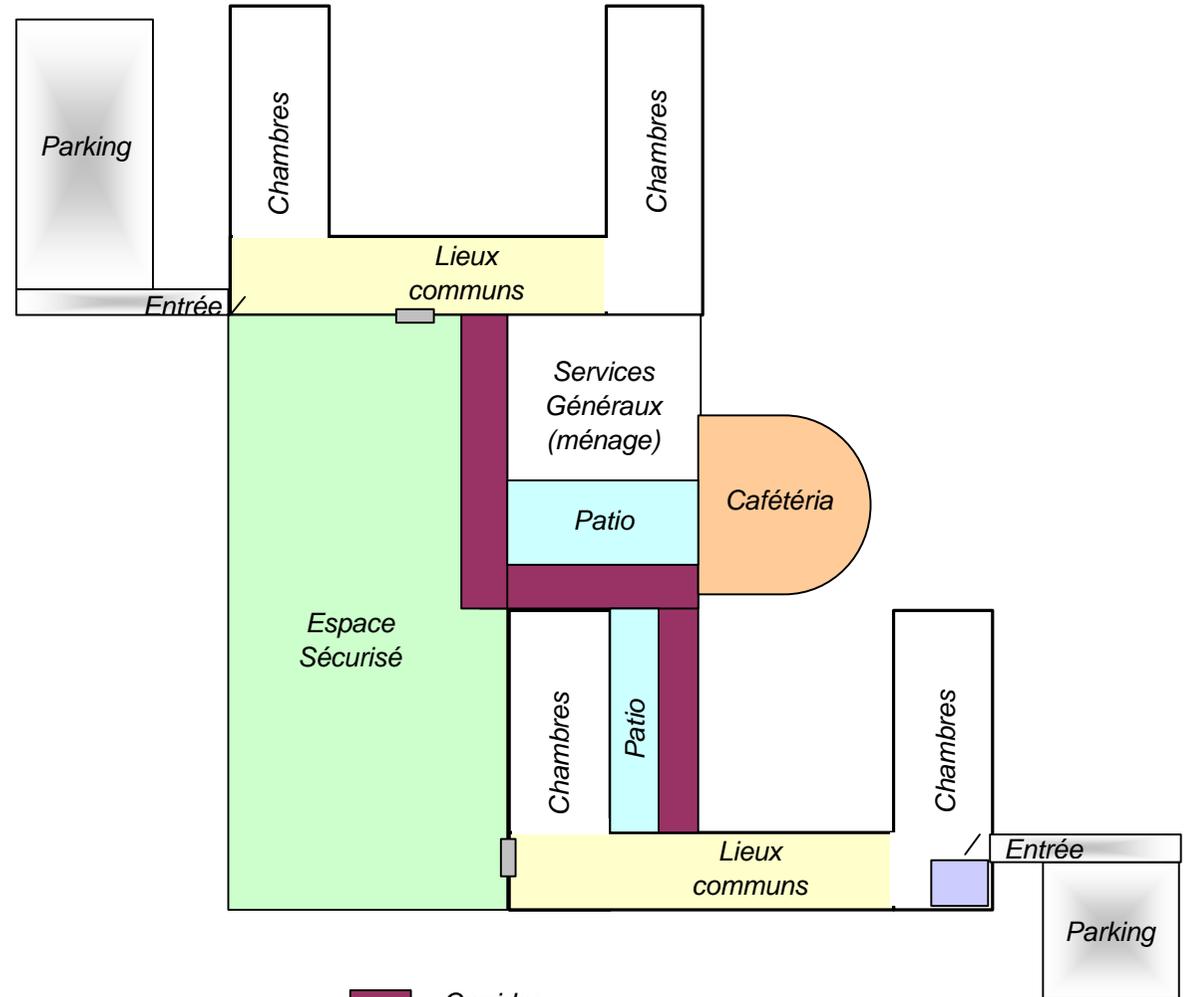
(par ordre décroissant)



Plan des bâtiments B3 et B4
de l'I.M.PRO.



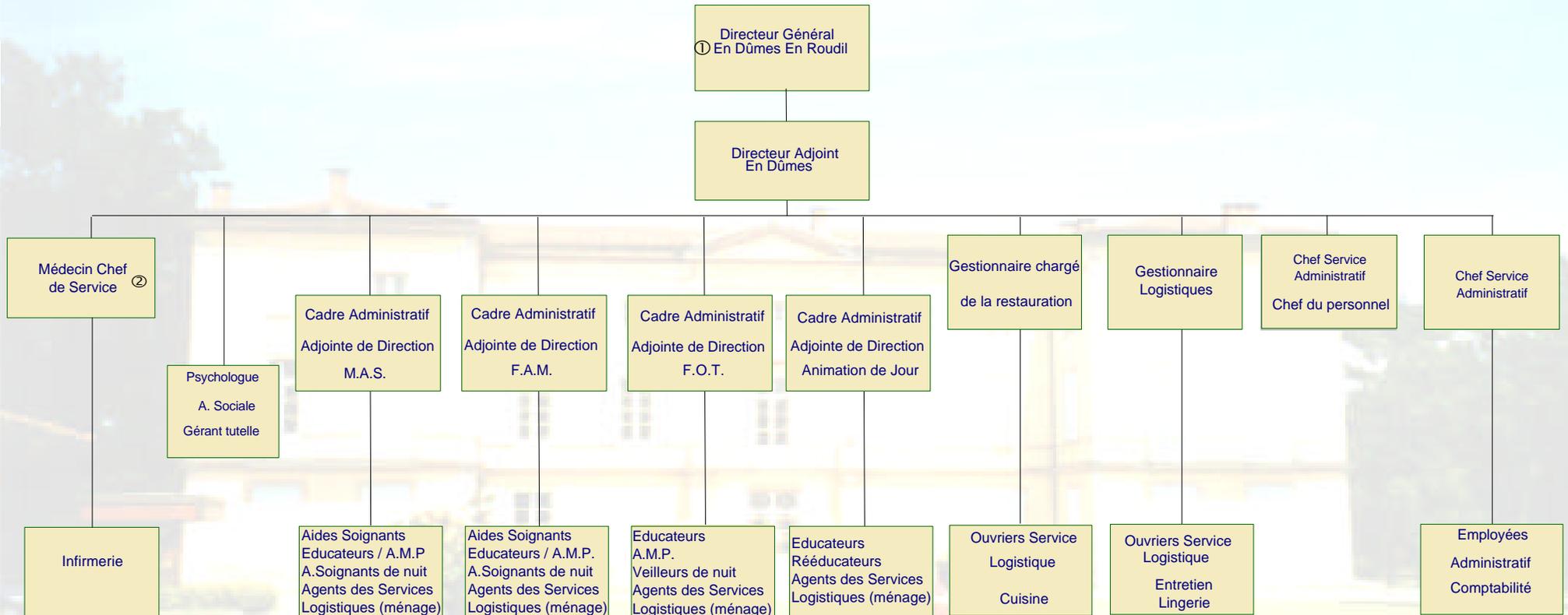
Plan de la M.A.S.
après rénovation



- Corridor
- Ouvertures vers l'espace sécurisé
- Bureau Adjointe de Direction

Organigramme de l'Institut Jacques Besse

Annexe 4



- ① En Dûmes : Nom du Domaine de l'Institut Jacques Besse
En Roudil : Etablissement composé d'un Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.), d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) et d'un Foyer d'Hébergement.
- ② Responsabilité médicale de l'infirmierie, des rééducateurs et des aides-soignants.