



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes Adultes Handicapées

**PRÉVENIR LE RISQUE DE MALTRAITANCE DES PERSONNES
LOURDEMENT HANDICAPÉES EN FOYER DE VIE**

Sur le chemin de la bienveillance...

Martine ZOLESI

Sommaire

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION.....	1
1 L'USAGER, SES DROITS ET SES BESOINS.....	4
1.1 MALTRAITANCE ET BIENTRAITANCE, UNE PRÉOCCUPATION ACTUELLE.....	5
1.1.1 La maltraitance, mieux la définir pour mieux la prévenir.....	6
1.1.2 La bientraitance : une notion émergente.....	11
1.1.3 La définition des besoins.....	12
1.2 LA RÉPONSE DU CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF.....	15
1.2.1 Le contexte législatif : de l'intégration à la protection.....	15
1.2.2 Le dispositif de lutte contre les maltraitements.....	18
1.2.3 Le contexte réglementaire : placement et réponses adaptées.....	19
1.2.4 Le schéma départemental des Bouches du Rhône : une tentative de réponse à l'insuffisance des dispositifs.....	23
1.3 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	25
2 LES FACTEURS DE RISQUE AU FOYER DE VIE.....	26
2.1 LES ÉTABLISSEMENTS LOUIS PHILIBERT : UNE MISSION COMMUNE EN DIRECTION DE PUBLICS DIVERSIFIÉS.....	26
2.1.1 Présentation de l'établissement.....	26
2.1.2 Le rôle de l'histoire.....	29
2.1.3 Un projet de service fondé sur l'adaptabilité du service aux usagers.....	31
2.2 ÉTUDE DE LA POPULATION ACCUEILLIE.....	35
2.2.1 La combinaison des troubles psychiatriques et de l'arriération mentale.....	35
2.2.2 La dépendance des personnes handicapées.....	37
2.2.3 La perte du lien avec la famille.....	40
2.2.4 Le manque de trace des itinéraires de vie.....	41
2.2.5 Des indices de maltraitance passive au quotidien.....	42

2.3	L'USURE PROFESSIONNELLE.....	44
2.3.1	Analyse des ressources humaines du Foyer de Vie.	44
2.3.2	Le vécu du personnel.	47
2.4	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	51
3	CONDUIRE LE CHANGEMENT POUR ACCÉDER AU CHEMIN DE LA BIEN-TRAITANCE.....	52
3.1	LES VALEURS QUI FONDENT MON ACTION	53
3.2	LE MANAGEMENT AU SERVICE DU CHANGEMENT.....	54
3.2.1	La communication, une des conditions de la réussite.....	55
3.2.2	Susciter la coopération.....	56
3.2.3	Utiliser les compétences existantes.....	58
3.3	LE PILOTAGE DE L'ACTION.....	59
3.3.1	Les axes prioritaires à faire évoluer	59
3.3.2	La mise en place d'un Comité de veille sur la bien- traïtance.	61
3.3.3	L'auto-évaluation, un outil incontournable.	62
3.3.4	Définir des projets individuels qui correspondent aux besoins des usagers.....	65
3.3.5	Enrayer l'usure professionnelle.....	69
3.3.6	L'écoute, l'accueil et le soutien des familles.....	72
3.4	CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.....	74
	CONCLUSION	75
	Bibliographie.....	78
	Liste des annexes.....	I



Liste des sigles utilisés

AMP :	Aide-Médico-Psychologique
ATO :	Atelier Occupationnel
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CIDHI :	Classification Internationale des Handicaps et des Inadaptations
CIH 2 :	Classification Internationale des Handicaps n°2
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DDASS :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DGAS :	Direction Générale Adjointe de la Solidarité (Conseil général)
ESMS :	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP :	Équivalents temps plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FO :	Foyer Occupationnel
IME :	Institut- Médico-Educatif
MAP :	Modèle d'accompagnement personnalisé
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisé
MBI	Maslach Burnout Inventory
ONU :	Organisation des Nations Unies
QI :	Quotient Intellectuel
RQTH	Reconnaissance de la qualification de travailleur handicapé
UNAPEI :	Union nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées mentales
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

INTRODUCTION

En ce début de XXI^e siècle la question de la maltraitance des personnes vulnérables se pose encore au pays des droits de l'homme. Il y a plus de 200 ans, les représentants du peuple français, dans le préambule de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen de 1789, considéraient avec clairvoyance que *"l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'homme sont les seules causes des malheurs publics"*.

Le champ du handicap n'échappe pas à cet anachronisme. Les institutions médico-sociales sont particulièrement concernées, parce que le quotidien qu'elles proposent aux personnes handicapées est le terrain de prédilection où peut s'installer la maltraitance.

Ma carrière professionnelle m'a conduit à côtoyer les personnes handicapées mentales, de l'enfance à la vieillesse, dans un IME, dans un CAT et enfin dans un Foyer de Vie.

Souvent, j'ai constaté que certaines de ces personnes parviennent à trouver un équilibre de vie, alors que d'autres manifestent des symptômes de malaise qui semblent résister aux actions qui sont mises en oeuvre. La violence, l'automutilation, les fugues mobilisent beaucoup d'énergie de la part des professionnels et semblent mettre en échec toutes les actions entreprises.

On a l'impression d'avoir tout tenté pour répondre aux besoins de ces personnes, mais est-ce bien la réalité?

Connaît-on réellement ces personnes et leurs besoins spécifiques ?

Le cadre de vie leur convient-il?

Le type d'accompagnement est-il adapté?

Ces personnes on les appelle souvent des cas limites. Mais de quelles limites parle-t-on?

N'a-t-on pas vite fait de parler des limites de la personne, alors que ce sont celles de l'institution qu'il faudrait peut-être revoir ?

Est-ce au résident de s'adapter, alors qu'il n'a pas choisi d'être là, qu'il est envahi par son handicap ou sa maladie mentale ?

Et comment pourrait-il dans ces conditions revendiquer ses droits d'usager ? D'utilisateur d'un service ?

Alors même que ces personnes ne sont pas en mesure de créer leur propre bien-être, le type de réponse que nous leur apportons est-il adéquat?

La problématique de ce mémoire concerne le paradoxe qui existe entre d'une part une volonté forte de lutte contre la maltraitance de la part des pouvoirs publics et des différents acteurs du secteur médico-social (la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 est le témoignage) et d'autre part la persistance de la maltraitance (même si elle est le plus souvent passive) dans les établissements. Ceci signifie que les lois, les règlements et les dispositifs ne parviennent pas à enrayer ce phénomène. Les solutions sont donc à rechercher ailleurs.

Pour répondre à cette question, j'effectuerai une étude en trois parties.

Dans une première partie je la contextualiserai. Tout d'abord, je tenterai, pour pouvoir la reconnaître, de définir la maltraitance au regard des travaux de recherche existant sur le plan international et national.

Je m'intéresserai ensuite à la notion de bientraitance. Est-elle seulement le contraire de la maltraitance et comment, en concernant le bien-être de la personne, fait-elle référence à la notion de besoin?

Je m'attacherai ensuite à répertorier les différentes dispositions législatives et réglementaires mises en place pour lutter contre la maltraitance.

La deuxième partie concernera le terrain de ma pratique, le Foyer de Vie Louis Philibert. Cet établissement accueille des personnes handicapées mentales très déficientes. J'y rechercherai les facteurs de risque de maltraitance. J'effectuerai un diagnostic qui concernera les grandes lignes du projet d'établissement, les caractéristiques de la population, les atouts et les faiblesses des ressources humaines.

La troisième partie mettra en évidence la nécessité de conduire le changement au Foyer de Vie pour que l'établissement accède au chemin de la bientraitance.

En effet, le directeur ne peut pas se contenter d'être seulement dans une position de réaction vis à vis de la maltraitance. Sans attendre qu'elle existe, sa responsabilité de protection des personnes vulnérables l'oblige à mettre en œuvre une réelle politique de prévention, en particulier vis-à-vis de la maltraitance passive qui est plus difficile à détecter.

Pour mettre en œuvre cette politique des valeurs fortes doivent fonder des choix managériaux axés vers la communication, la coopération du personnel et l'utilisation des ses compétences.

Le plan d'action s'attachera à corriger les facteurs de risque mis en évidence dans le diagnostic. Une politique globale de prévention sera mise en oeuvre, représentée par un Comité de veille sur la bienveillance.

L'évaluation y aura une place privilégiée, tant sur le plan de la qualité du service que nous proposons, que sur le plan de la connaissance des besoins des résidents. La lutte contre l'usure professionnelle sera le deuxième volet de l'action pour prendre en compte le facteur humain. Le dernier axe sera constitué par le soutien des familles en vue de préserver, pour les résidents, les liens affectifs indispensables à tout être humain.

1 L'USAGER, SES DROITS ET SES BESOINS.

Les usagers des Foyers de Vie sont des personnes en situation de handicap mental.

Ils présentent donc une double particularité :

- d'une part ils sont utilisateurs d'un service médico-social, ils font partie d'une collectivité qui assure une réponse à leur statut de personne handicapée;
- d'autre part ils présentent tous des problématiques particulières qui réclament des solutions adaptées.

La société s'acquitte envers eux d'un devoir qui concerne leurs droits.

Les institutions, à l'intérieur de ce cadre légal doivent s'appliquer à répondre à leurs besoins.

La difficulté d'allier ces deux aspects s'explique par les contradictions que l'on rencontre lorsqu'on veut réunir les aspects collectifs et individuels, l'organisation et le respect du rythme de chacun.

Cette difficulté n'affecte pas la lutte contre la maltraitance. Par contre elle peut être un obstacle à la recherche de bientraitance qui touche non seulement le droit des personnes, mais également leurs besoins particuliers.

En effet, sans être maltraitée, la personne handicapée peut ne pas être bien traitée. Il existe un écart entre l'absence de maltraitance et l'existence d'une réelle bientraitance. C'est dans cet espace que le risque de maltraitance peut s'installer.

Pour cerner cette problématique, j'ai souhaité contextualiser la maltraitance. Pour cela j'ai recherché les définitions existantes de la maltraitance et de la bientraitance, puis j'ai étudié les éléments du dispositif législatif et réglementaire qui indiquent les orientations des politiques publiques et les dispositions concrètes les concernant.

1.1 MALTRAITANCE ET BIEN TRAITEMENT, UNE PRÉOCCUPATION ACTUELLE.

A la fin de l'année 2000, l'affaire des "disparues de l'Yonne" éclatait au grand jour et créait un véritable "séisme médiatique". Vingt ans après les faits on découvrait que des jeunes femmes, handicapées mentales avaient été agressées, assassinées.

L'opinion publique apprenait que l'horreur existait dans ce monde à part, le monde des personnes handicapées.

La mobilisation contre la maltraitance existait déjà dans le secteur des personnes âgées et celui des enfants. Mais le handicap ne mobilisait pas sur ce thème. Pourtant, ça et là certaines affaires éclataient, elles étaient traitées localement, y compris dans leur diffusion télévisée.

Souvent les media ne sont que le reflet des préoccupations du moment.

Les violences faites à un enfant ou à une personne âgée renvoient à chacun de nous les violences que pourraient subir des membres de notre famille.

Il est certainement plus difficile de s'identifier à une personne handicapée qu'à un enfant ou à une personne âgée. Et donc de s'impliquer à ses côtés. Il aura donc fallu cette affaire sordide pour que le mur du silence soit brisé à propos des maltraitements que subissent les personnes handicapées.

Une commission d'enquête sur la maltraitance en institution diligentée par le Sénat a rendu son rapport publié le 12 juin 2003¹.

Il donne de la maltraitance une image moins spectaculaire, mais plus quotidienne.

Ce rapport fait ressortir que la maltraitance la plus fréquemment rencontrée est faite *"d'une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes handicapées."*²

Il la nomme maltraitance "en creux" par rapport à la maltraitance "en bosse" (violences physiques, sexuelles ou psychologiques) qui est beaucoup plus voyante et donc facile à repérer.

¹ Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002. Paru en juin 2003. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr>

² Ibid page 21

Ce rapport affirme que les pouvoirs publics ont longtemps ignoré *"une réalité ancienne mais longtemps dissimulée"*.³ Il explique que la société française a longtemps ignoré les maltraitements envers les personnes handicapées à cause de la peur du handicap, du tabou qu'il représentait.

Ces préjugés amenaient à héberger les personnes handicapées dans des endroits reculés ou elles n'avaient accès à aucune vie sociale, et donc à l'abri de tout regard sur leurs conditions d'hébergement.

Ces représentations sociales *"ont donc conduit à un silence pesant propice à la maltraitance, souvent involontaire et parfois même inconsciente"*.⁴ Alors que l'enfance en danger et les personnes âgées bénéficiaient de l'attention des pouvoirs publics, *"au cours des 25 dernières années, le problème n'a pas été considéré comme un problème touchant l'ensemble de la collectivité nationale"*.⁵

Le rapport du Sénat a entraîné une mobilisation autour de la maltraitance des personnes handicapées. C'est un phénomène nouveau, mais qui se déploie avec force et rapidité.

La recherche de la bientraitance suit la même courbe ascendante, elle est apparue dans les différentes publications, ouvrages, articles environ peu après.

En juin 2003, une recherche concernant le mot maltraitance sur internet fournissait une vingtaine de sites. Pour le mot bientraitance les résultats étaient peu nombreux, moins de 10. En juin 2004 la même recherche donnait plus de 400 sites pour ces deux recherches. Même si ces sites sont en majorité consacrés aux personnes âgées et aux enfants, les personnes handicapées y sont aussi représentées. Il y a là un signe de l'appropriation de ce terme par les professionnels du secteur médico-social qui, progressivement, en le diffusant sur des sites ouverts à tous commencent à l'inclure dans le vocabulaire courant.

1.1.1 La maltraitance, mieux la définir pour mieux la prévenir.

Pour prévenir la maltraitance, il faut pouvoir la reconnaître.

Le dictionnaire Larousse nous apprend que la maltraitance se définit ainsi : *"mauvais traitements infligés à une personne qu'on a sous son autorité ou sous sa garde."*

Pourtant, comme nous le verrons, la maltraitance n'est pas obligatoirement liée à la notion d'autorité, elle peut également s'exercer de façon inversée par rapport à cette notion d'autorité ou de façon collatérale, entre pairs.

Il s'agit en fait d'un concept multiforme que de nombreuses instances ont tenté de définir.

³ Ibid page 53

⁴ Ibid page 54

⁵ Ibid page 56

Dans les définitions qui vont suivre, le mot maltraitance est actuellement un terme générique. Selon le contexte, les mots abus, violences et maltraitance recouvrent les mêmes réalités.

Dans son livre blanc, l'Union Nationale des Amis et des Parents d'Enfants Inadaptés a exposé les raisons qui rendent difficile une définition claire de la maltraitance:

" À chaque fois, lors de la recherche de la définition la plus précise et utilisable, se pose la question des critères (ce qui est maltraitance de ce qui ne l'est pas), du seuil (la limite en deçà de laquelle il ne s'agit pas de maltraitance), de l'intentionnalité (on ne prendrait en compte que les maltraitements volontaires, avec volonté de nuire ou de négliger), des effets sur la personne de toute attitude même involontaire mais qui aurait des effets négatifs à plus ou moins brève échéance..."Il en va ainsi, par exemple, des fautes professionnelles (erreurs ou incompétences) ou des dysfonctionnements institutionnels qui, s'ils génèrent de la souffrance, ne peuvent être assimilés à de la maltraitance.

De même, si l'on considère comme maltraitance toute forme de contrainte, on serait amené à incriminer aussi la volonté d'éducation, qui, effectivement, est forcément contraignante, que ce soit au sein de la famille ou dans l'institution.

Autre point de discussion repéré dans la société, la variabilité culturelle des seuils de tolérance quant aux violences dites légitimes, acceptables, voire bénéfiques (punitions, privations, données avec un objectif éducatif)".⁶

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a défini la violence de la manière suivante : " la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée".

Le Conseil de l'Europe a créé un groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées.

Ce groupe constitué de représentants de différentes nations européennes, énumère au sein d'un rapport⁷, les différents abus : physiques et sexuels, psychologiques et financiers.

⁶ Maltraitements des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : Prévenir, repérer, agir. Livre blanc de l'UNAPEI, juillet 2000.

⁷ Disponible sur internet : <http://www.agevillage.com>

Il y ajoute les négligences et les abandons d'ordre matériel ou affectif.

Ce rapport définit l'abus comme " *tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter* ".

Il est à noter que l'intentionnalité n'est pas forcément requise pour qu'il y ait abus. De même, l'absence d'action (puisqu'il est question d'omission) ne peut pas dans cette définition être invoquée dans le but d'atténuer la qualification d'abus ou de maltraitance.

Le Réseau Francophone pour la promotion de la santé décline les différents types d'abus et en renforce la définition. "*Acte commis ou omis par une personne de confiance dont il résulte une blessure ou un préjudice pour la personne*"⁸.

Les abus sont classés en dix catégories :

1. "*L'abus physique : infliger délibérément une douleur physique, une blessure; négliger ou refuser des soins de première nécessité; négliger de soulager la douleur exprimée; imposer des traitements médicaux et para-médicaux, inadaptés ou inutiles.*
2. "*L'abus sexuel : par la force ou la ruse, obliger une personne à des relations sexuelles, à des actes à caractère sexuel; effectuer des attouchements sexuels sans consentement ; érotisation de la relation en situation d'autorité; forcer à participer au visionnage ou à la production de matériel pornographique.*
3. "*L'abus psychologique : dans le but de contrôler la personne, par des propos ou des attitudes, infliger de l'angoisse, de l'insécurité, provoquer la peur ou menacer d'isolement, négliger de soulager la douleur malgré les plaintes, agresser verbalement, intimider, contrôler systématiquement ou sous-estimer les capacités de la personne, manipuler ou inciter à poser des gestes interdits.*
4. "*L'abus par délaissement ou abandon : le refus intentionnel ou non de répondre aux besoins fondamentaux d'une personne dépendante; la privation de nourriture et de soins, d'affection, de services médicaux ou d'éducation.*

⁸ Réseau Francophone International pour la promotion de la Santé. Disponible sur internet
« [http : //www.refips.org](http://www.refips.org) »

5. *L'abus matériel et financier : s'approprier ou tenter de s'approprier l'argent ou tout autre bien de la personne; la retenue du salaire ou de la rente, le détournement de fonds, le vol de biens personnels; faire un usage abusif de son argent ou de sa propriété; détournement des droits des héritiers.*
6. *La négligence : le manquement volontaire ou non, d'une personne responsable à répondre aux besoins d'une personne handicapée, compromettant sa santé, sa sécurité et ses capacités de développement; le défaut d'assurer les traitements médicaux adéquats, l'absence de diagnostic; le défaut d'informer la personne ou la famille de ses droits à des services ou bénéfices; pas de suivi de contacts avec les proches d'une personne hébergée.*
7. *Les abus liés aux institutions de prise en charge et d'hébergement : imposer des aménagements, des conditions de vie ou une organisation de services et de soins causant des situations humiliantes, déshumanisantes; pas de prise en compte des contraintes spatiales ou des aménagements dans les activités de la vie quotidienne.*
8. *La violation du droit à la liberté : empêcher une personne handicapée d'exercer tout contrôle sur sa vie; discipliner les horaires, limiter les relations, contraindre à l'institutionnalisation d'un enfant.*
9. *L'abus de pouvoir et d'autorité : dans l'exercice d'un rôle parental, de soignant, d'accompagnement ou d'apprentissage, réaliser des actes qui compromettent l'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne : internement abusif, expérimentation sans consentement, harcèlement administratif, sous-utilisation des ressources attribuées aux activités, contrôle injustifié de l'intimité de la personne, imposition de traitements médicaux et para-médicaux.*
10. *L'abus social : tout préjugé ou comportement social tendant à nier la dignité d'une personne handicapée, à l'exclure socialement, et à diminuer son estime d'elle-même, telles l'indifférence sociale et l'exclusion de l'école, du travail ou d'activités sociales."*

Ce catalogue d'actes maltraitants indique bien, au-delà de la recherche de l'exhaustivité, que la maltraitance est un concept multiforme qui concerne aussi bien une action qu'une absence d'action.

Elle peut toucher un seul ou plusieurs domaines de la vie d'une personne.

Elle peut être intentionnelle ou involontaire.

Elle peut également dans certains cas être difficile à repérer ou à prouver.

Quoiqu'il en soit la maltraitance concerne le quotidien de milliers de personnes en situation de vulnérabilité.

Il est à remarquer que le Conseil de l'Europe et le Réseau Francophone utilisent tous deux le terme d'abus, ce qui permet d'aller au-delà de la seule notion de maltraitance, assimilée aux mauvais traitements.

Le rapport de la Commission d'enquête du Sénat distingue :

- la négligence, qui se définit par le défaut de subvenir aux besoins psychiques, psychologiques, affectifs ou spirituels d'une personne : elle peut être passive, comme dans le cas d'une non-intervention par manque de connaissance, ou active, ce qui survient plus rarement, comme dans le cas d'un refus d'assistance,
- l'abus ou la maltraitance active, qui se caractérise par l'administration volontaire et de façon active de contraintes causant du mal sur le plan psychique, psychologique ou sexuel, ou du tort sur le plan financier.

Je retiendrai pour ma part la classification du Réseau Francophone parce qu'en étant très complète, elle peut être un instrument de prise de conscience dans les institutions.

Les différents items déclinés sont suffisamment explicites pour pouvoir faire écho chez les professionnels et susciter la réflexion et le débat.

Un point à ne pas écarter est la maltraitance entre résidents des établissements d'accueil. La proportion d'actes maltraitants imputables aux personnes handicapées par rapport au reste des maltraitances répertoriées reste très difficile à évaluer. Le rapport de la commission d'enquête du Sénat cite des chiffres divers qui vont de un tiers des agressions à six fois sur dix⁹.

La cause semble être en grande partie les différences entre les degrés de handicap qui génèrent des tensions entre résidents.

Pour compléter ma connaissance de la réalité de la maltraitance, j'ai rencontré le service de la DDASS des Bouches du Rhône chargé de recueillir et de traiter les signalements pour maltraitance. On décompte une dizaine de cas durant les six derniers mois.

L'origine des signalements se répartit entre les institutions et les familles.

Pour les cas signalés par les institutions les situations se soldent par un licenciement.

Pour les cas signalés par les familles, les enquêtes administratives sont encore en cours.

⁹ Ibid page 28.

1.1.2 La bientraitance : une notion émergente.

La notion de bientraitance est relativement nouvelle.

On n'en trouve la définition dans aucun dictionnaire courant. Elle est issue des secteurs de la protection de l'enfance et des personnes âgées.

En juin 2000 un article de la revue "adsp" traite de l'indéfinition du concept de bientraitance : *"les puristes objectent : si la pratique existe bien, le mot n'est pas français... la langue évolue et bientraitance sera probablement bientôt admise par les linguistes"*¹⁰

Ce que nous devons retenir dans le cadre d'un mémoire professionnel, c'est que même si le concept n'est pas encore totalement délimité, la réalité que recouvre ce mot, est significative d'une recherche d'amélioration de la qualité de vie des personnes vulnérables.

C'est parce que ces personnes ne sont pas en mesure de créer elles-mêmes et de maintenir les conditions de leur bien-être, que les professionnels doivent se mobiliser pour le leur assurer.

Faire de cette mission une priorité de notre action, relève d'un choix éthique parce qu'il concerne notre système de valeurs : la place des plus vulnérables au sein de notre société.

Le rapport du Sénat déjà cité formule vingt-sept propositions qui s'articulent autour de deux axes :

- Améliorer l'actuel dispositif de lutte contre les mauvais traitements.

Pour cet axe, les propositions qu'il m'apparaît important de citer sont:

- Le renforcement des services d'accueil anonyme, en favorisant leur accès aux personnes handicapées;
- Lever le secret professionnel des médecins dans les cas de maltraitance; élargir la saisine du médiateur (cf. loi 2002-2) aux personnels des établissements;
- Élargir les pouvoirs du Préfet aux établissements qui ne sont pas sous sa tutelle directe;
- Utiliser plus largement la procédure de mise à pied à titre conservatoire pour les salariés mis en cause dans une affaire de maltraitance.

¹⁰ Article : " de la maltraitance à la bientraitance " Michel Manciaux. Revue adsp. Juin 2000. P. 63

- Renforcer la prévention.

Pour cet axe, les mesures essentielles sont:

- La réglementation de la profession d'Aide-Médico-Psychologique et une obligation d'obtenir le diplôme dans les cinq ans qui suivent l'embauche;
- La nécessité de la formation continue concernant ce sujet, y compris pour les personnels des services généraux;
- Rendre obligatoire pour les COTOREP la proposition d'un panel de solutions après que la personne handicapée ait bénéficié d'un entretien approfondi;
- Engager une réflexion d'ensemble sur la question du placement des personnes handicapées vieillissantes;
- Modifier le système de tarification afin que les personnes handicapées puissent rejoindre leurs familles lorsqu'elles le souhaitent (prise en charge financière égale.

Dans le chapitre III du même rapport, les établissements sont invités à susciter une dynamique de la bienveillance. Je pense que le souci de la bienveillance va au-delà du droit à être protégé. Il fait référence à la qualité de vie et donc à la satisfaction des besoins, qu'il s'agisse des besoins communs à tous les êtres humains, aux besoins particuliers aux personnes handicapées.

1.1.3 La définition des besoins.

L'UNAPEI a donné une définition spécifique des besoins des personnes handicapées:

"Le droit à la compensation de la personne handicapée, quel que soit le type de handicap est un droit fondamental... Cette compensation peut recouvrir des aspects fort différents :

- *La personne handicapée physique sait ce qu'elle a à faire; elle a besoin prioritairement d'aides techniques et/ou humaines,*
- *La personne handicapée mentale peut accomplir des gestes, mais a besoin d'une aide humaine, pour prendre les bonnes décisions au bon moment,*
- *Enfin, les personnes dont le handicap est multiforme, ont besoin de ces deux types d'aide"¹¹*

Ces besoins spécifiques doivent être reliés aux besoins fondamentaux mis en évidence par Abraham Maslow et Virginia Henderson.

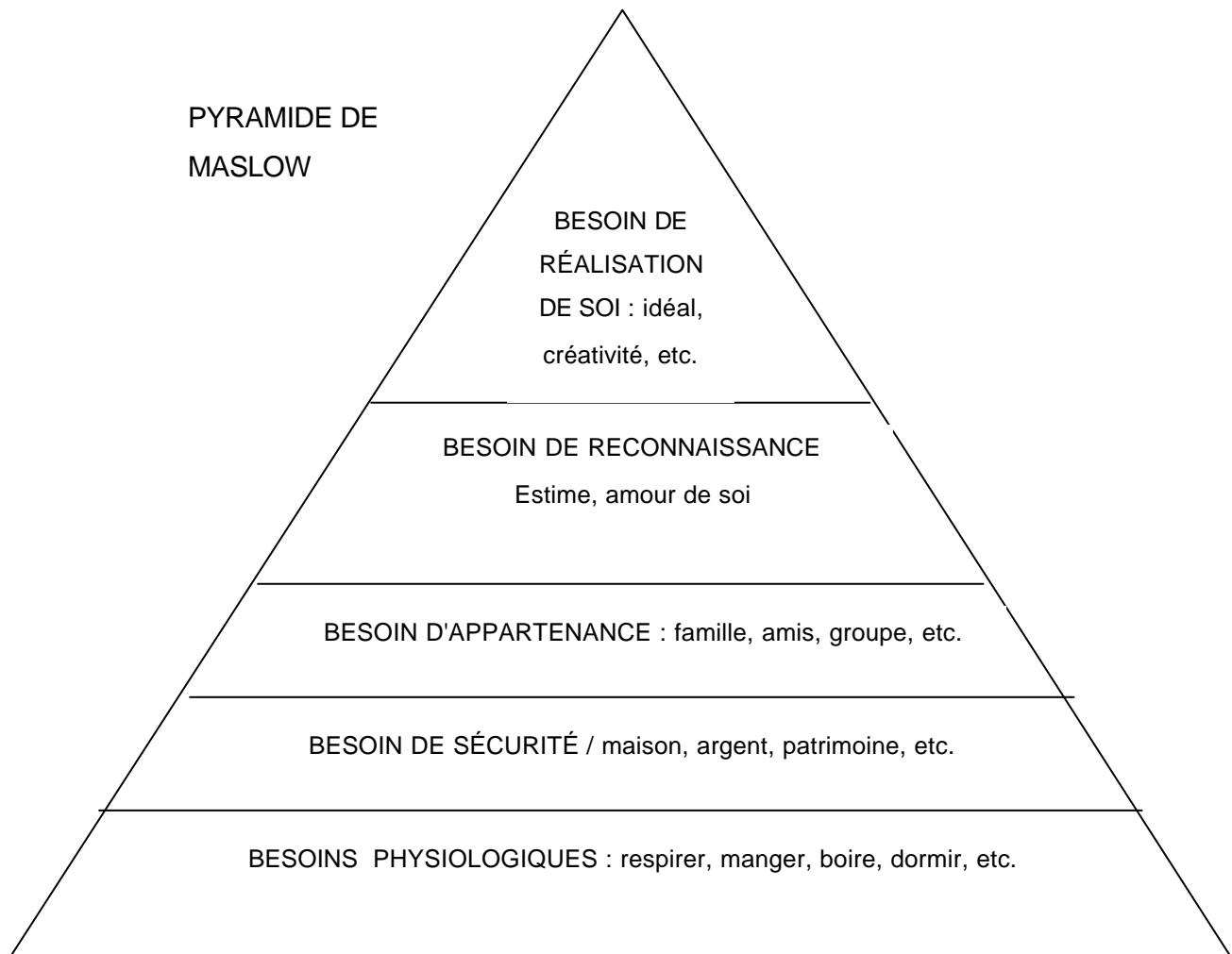
¹¹ Évaluation du besoin d'accompagnement de la personne handicapée mentale. Handicaps et références. Les cahiers de l'UNAPEI. Page 3

Pour aborder l'exposé des besoins fondamentaux, je me référerai aux travaux d'Abraham Maslow concernant la motivation et son classement des besoins fondamentaux. Cette classification est devenue universelle.

En 1942, il reconnaît trois principes à la motivation :

1. Les besoins humains peuvent être classés en cinq grandes familles.
2. L'homme cherche à les satisfaire selon un ordre hiérarchique
3. Dès qu'un besoin est satisfait, un autre apparaît. Mais il y a une instabilité constante. Par exemple, deux fois par jour, le besoin alimentaire prend l'ascendant sur les autres.

Ces besoins sont schématisés sous forme d'une pyramide. Le passage d'un degré à l'autre se fait lorsque le besoin inférieur est satisfait, sinon il constitue un frein puissant à toute tentative d'élévation de la motivation.



Cette classification pose des repères, et distingue différentes catégories de besoins.

Les deux premiers paliers sont fondamentaux ou primaires.

Les suivants sont secondaires, mais eux seuls sont motivants.

Sous cet éclairage le décodage des besoins fondamentaux chez des personnes souffrant de troubles de la communication est essentiel, parce qu'ensuite seulement les activités de type socialisantes et créatives peuvent être abordées.

Virginia Henderson (1897-1996), infirmière et chercheuse a complété cette classification pour le conseil international des infirmières et a décliné quatorze besoins fondamentaux qui se manifestent dans trois dimensions : bio-physiologique, psychologique et socioculturelle :

1. Respirer,
2. Boire et manger,
3. Éliminer,
4. Se mouvoir et maintenir dans une bonne posture,
5. Dormir et se reposer,
6. Se vêtir et se dévêtir,
7. Maintenir la température du corps dans les limites de la normale,
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments,
9. Éviter les dangers,
10. Communiquer,
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs,
12. S'occuper en vue de se réaliser,
13. Se divertir,
14. Apprendre.

Certains de ces besoins, s'ils paraissent évidents à satisfaire, ne le sont pas pour des personnes lourdement handicapées, qui n'ont pas pour manger ou boire, par exemple, la conscience de devoir le faire, ou l'autonomie pour y arriver sans aide.

C'est pourquoi les personnes handicapées présentent des besoins spécifiques qui viennent s'ajouter aux besoins fondamentaux que nous venons d'aborder.

1.2 LA RÉPONSE DU CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

La compréhension des questions qui se posent autour de la maltraitance et de la bientraitance nécessite un détour par les textes législatifs qui sont l'expression des politiques publiques.

1.2.1 Le contexte législatif : de l'intégration à la protection

Le thème de la prévention des maltraitements dans les établissements qui accueillent des personnes vulnérables est devenu une priorité nationale.

Cette volonté s'enracine dans la période de l'après-guerre, au moment où la communauté internationale a voulu tourner une page d'histoire empreinte d'atrocités en mettant à nouveau en exergue les droits fondamentaux.

Près de deux siècles après la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, l'Organisation des Nations Unies a proclamé la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948.

La constitution française de 1958 a également intégré le préambule de 1946 concernant les droits fondamentaux.

En 1971 le ministère de la santé et de l'action sociale a été doté d'un bloc de compétences concernant les personnes vulnérables.

La Loi du 24 décembre de la même année instituait une surveillance administrative des établissements recevant des personnes relevant de l'aide et de l'action sociale.

Parallèlement, l'émergence et l'essor des associations d'usagers ont consacré les problématiques spécifiques de différentes catégories de la population.

Les années 1975 ont vu s'exprimer au regard des textes législatifs, la préoccupation de prendre en compte les problèmes spécifiques des personnes handicapées :

La Déclaration des droits des personnes handicapées¹² adoptée à l'unanimité en 1975 par l'Assemblée Générale des Nations Unies stipule que " *le handicapé a droit au respect de sa dignité humaine comme tous ses concitoyens et doit jouir d'une vie décente aussi normale et épanouie que possible*".

¹² Résolution 3447 adoptée par l'assemblée Générale des Nations Unies du 9 décembre 1975 : Déclaration des droits des personnes handicapées.

La Loi 75-534, loi d'Orientation en faveur des personnes handicapées, est actuellement en cours de réforme. Cette loi définit comme une obligation nationale 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 handicapé.

Le projet de loi pour "l'égalité des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées" adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 17 juin 2004¹³.

Ce texte énonce comme principe que toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui garantit l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens.

Le droit à la compensation des conséquences du handicap est mis au premier plan. Cette compensation consiste à répondre aux besoins de la personne, et doit prendre en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent seules exprimer leurs besoins.

Ce projet de loi montre l'évolution d'une préoccupation relativement large concernant l'intégration et la citoyenneté des personnes handicapées, à celle plus précise de la protection des personnes vulnérables et de la satisfaction de leurs besoins. De même la notion de compensation des conséquences du handicap met l'accent sur l'environnement de la personne et réclame des solutions individualisées.

La loi 75-535 organisant le secteur médico-social, vient d'être rénovée par la Loi 2002-2 de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Elle a officialisé le statut d'usager pour les personnes accueillies en institutions et services médico-sociaux.

Cette loi affirme une intention forte de lutte contre la maltraitance et institue des obligations et procédures visant à mettre en œuvre et évaluer la lutte contre la maltraitance dans le secteur médico-social.

La loi 2002-2 replace l'usager au centre du dispositif. Elle cite les droits issus des droits fondamentaux (respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée et de la sécurité) mais également énumère des droits nouveaux :

- L'accès de la personne à toute information ou document relatif à sa prise en charge

¹³ Projet de loi "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" Disponible sur internet : <http://www.handicap.gouv.fr>

- La participation directe de la personne ou de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement.
- Le droit à une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières dont elle dispose.

Comme l'indiquent JF. Bauduret et M. Jaeger "*L'article L.311-3 aborde ensuite le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement... C'est une façon de rappeler que l'action sociale et médico-sociale ne correspond plus à une "production de masse"*¹⁴.

" *Chaque usager doit être considéré comme une personne singulière*".

L'article 8 de la loi indique que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour doivent être remis à l'utilisateur ou à son représentant légal afin de prévenir notamment tout risque de maltraitance.

La Charte des droits et Libertés de la personne accueillie¹⁵ décline un certain nombre de droits, parmi lesquels :

- le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté (article 2),
- le droit au respect des liens familiaux (article 6),
- Le droit à la protection (article 7).

De façon plus générale la loi 2002-2 soumet les institutions à un certain nombre d'obligations qui visent à garantir la qualité du service rendu :

- régime d'ouverture et de fermeture des établissements et services,
- évaluation interne et externe, obligation de professionnalité pour les personnels.

L'article L.311-3 aborde le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement

L'article 8 de la loi indique que la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour doivent être remis à l'utilisateur ou à son représentant légal afin de prévenir notamment tout risque de maltraitance.

La loi de janvier 2002 a inversé le rapport entre l'utilisateur et les institutions. Elle nous rappelle que l'utilisateur est la raison d'être de l'institution.

¹⁴ Rénover l'action sociale et médico-sociale. Jean François Bauduret et Marcel Jaeger. Editions Dunod.

¹⁵ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel du 9 octobre 2003.

Il devient un partenaire, un acteur de cette collectivité. Les lieux d'expression de ses droits, ses modes de recours sont institués et réglementés.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne¹⁶, signée et proclamée par les Présidents du Parlement européen lors du le 7 décembre 2000 à Nice précise dans l'article 26 que l'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées. L'article 1° déclare la dignité humaine inviolable.

L'article 4 interdit la torture, les peines ou traitements inhumains ou dégradants.

L'article 6 proclame pour toute personne le droit à la liberté et à la sûreté.

1.2.2 Le dispositif de lutte contre les maltraitances

Le contrôle exercé par les pouvoirs publics sur les établissements sociaux et médico-sociaux comporte deux séries de missions :

1. Les missions de régulation administrative partagées entre les services de l'Etat et les départements : la détermination des capacités d'accueil et des régimes d'activité, la détermination des budgets et de la tarification des établissements, le contrôle des aspects techniques spécifiques (prévention des risques d'incendie, normes d'hygiène alimentaire, etc).
2. La mission de protection des personnes qui est attribuée aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales par délégation des Préfets de département. Elle présente un caractère permanent et ne se résume pas à des interventions ponctuelles. On peut y voir la volonté du législateur d'instituer un système de veille en amont des incidents qui pourraient se produire. C'est à ce titre que les autorités doivent s'assurer que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies. Ces éléments sont considérés comme faisant partie de l'ordre public : il s'agit donc de prévenir ou de sanctionner le cas échéant.

Il convient de signaler la circulaire DGAS n° 2001:306 du 3 juillet 2001 sur la prévention des violences et maltraitances en institution même si elle ne concerne que les enfants et les adolescents. Elle donne au Préfet un pouvoir d'intervention au titre de l'ordre public. Les contrôles effectués par la DDASS peuvent aller jusqu'à la fermeture de l'institution.

¹⁶ Charte des droits fondamentaux de l'union européenne. Office des publications officielles des communautés européennes.

La même circulaire préconise l'émergence d'une culture de prévention tout en indiquant les sanctions pénales prévues.

Le double volet prévention/sanction apparaît donc.

La circulaire DGAS n° 2002-265 parue 30 avril 2002 vient renforcer la 1^{ère} en citant les enfants et adultes vulnérables. Elle rappelle les obligations qui pèsent sur les établissements et établit une protection pour les personnes qui signalent des mauvais traitements aux autorités.

En 2001 un programme de contrôle est mis en œuvre pour la période 2001-2006. L'ensemble des établissements doit effectuer une auto évaluation à partir d'une grille formalisée.

En 2002 le programme quinquennal d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) est lancé par la DGAS¹⁷.

En complément de ce programme, le dispositif Prévention des Risques, Inspections et Signalements des Maltraitements dans les Établissements sociaux et médico-sociaux (PRISME) est instauré par l'Arrêté du 10 mai 2004.

Mis en place par la DGAS, il doit permettre de disposer d'éléments de connaissance quantitatifs et qualitatifs en particulier sur les facteurs de risque afin de :

1. concevoir, piloter et animer une politique de prévention adaptée,
2. favoriser le traitement des signalements de maltraitance et assurer le suivi des établissements,
3. apporter aux services déconcentrés un appui technique et juridique,
4. diffuser les bonnes pratiques en matière d'inspection, de prévention et de lutte contre la maltraitance
5. Constituer une base de données relative au contrôle des ESMS ainsi qu'un outil d'analyse des violences et des maltraitements dans les établissements.

1.2.3 Le contexte réglementaire : placement et réponses adaptées.

La réglementation concernant les dispositifs d'orientation et d'hébergement fait aussi partie de ce contexte.

Les structures d'accueil que je citerai plus loin sont censées correspondre à des types ou des niveaux de handicap précis.

¹⁷ Direction Générale de l'Action Sociale.

La Commission Technique d'Orientation et de reclassement Professionnel (COTOREP) décide de l'orientation des personnes handicapées en fonction des possibilités qui existent sur le territoire qui relève de sa compétence.

Pour étayer ma recherche, j'ai effectué un stage à la COTOREP en juin 2003.

J'ai pu constater que si les critères d'orientation en structure de travail protégé sont relativement clairs en fonction de l'évaluation de la capacité de travail par rapport à un travailleur ordinaire, il n'en est pas de même pour l'orientation en structure d'hébergement.

Les cas les plus cruciaux sont ceux qui ne relèvent pas du travail protégé (CAT, ateliers protégés) à cause de handicaps trop importants. En effet, le manque crucial de places dans les Foyers Occupationnels, les Foyers d'Accueil Médicalisés et les Maisons d'accueil Spécialisées conduit parfois à des placements inadéquats.

Un autre facteur d'augmentation des besoins est l'allongement de la durée de vie qui n'est d'ailleurs pas propre à la population handicapée. On sait que le vieillissement s'accompagne à terme de phénomènes de dépendance qui nécessitent des soins et des conditions de vie adaptées.

Cette question de la réorientation des personnes handicapées vieillissantes fait débat au sein du secteur médico-social, certainement parce qu'il n'y a pas une réponse unique et qu'il y a nécessité d'individualiser les réponses en fonction des personnes. Actuellement quelques solutions sont proposées mais en nombre insuffisant.

Les structures existantes accueillent donc, avec leurs moyens, des adultes handicapés qui nécessiteraient un accueil adapté, soit à cause de la lourdeur de leur handicap, soit à cause du vieillissement. Il arrive de rencontrer dans les foyers de vie des personnes polyhandicapées qui y ont placées pour des raisons historiques et à cause de la pénurie de maisons d'accueil spécialisées.

Certes, ces personnes bénéficient d'un placement, le dispositif médico-social répond donc à sa mission. Mais l'écart entre le contenu de l'offre de placement et les besoins effectifs des usagers remet en cause la qualité de vie dont ils auraient besoin.

Les COTOREP orientent les adultes handicapés dans les différentes structures d'hébergement existantes en fonction du type et du degré de handicap :

- Les Centres d'aide par le travail permettent aux personnes d'avoir le statut de travailleurs handicapés en milieu protégé. Le CAT doit leur offrir la possibilité d'exercer une activité professionnelle avec un soutien médico-social. Il a pour mission de préparer la personne à une insertion en milieu ordinaire ou en atelier protégé.

- Les foyers d'hébergement souvent annexés aux CAT, accueillent des travailleurs handicapés exerçant en milieu protégé comme en milieu ordinaire. Leur mission est d'offrir un soutien éducatif à visée d'intégration sociale, par des actions favorisant l'autonomie et l'émancipation des personnes.

Pour ces deux types de structures, c'est la Reconnaissance de la Qualification de Travailleur Handicapé (RQTH) accordée par la COTOREP qui sert de critère. On peut donc considérer que les personnes qui y sont orientées se retrouvent dans un environnement qui leur correspond.

La question est toute autre pour les structures qui vont suivre. Elles concernent les handicaps plus lourds et sortent du champ du travail protégé.

- Les foyers de vie ou occupationnels ont été créés par les départements après la décentralisation pour accueillir une population de personnes handicapées dans l'incapacité de travailler dans le cadre d'un CAT, mais ne relevant pas d'une prise en charge en Maison d'Accueil Spécialisée.

Leur définition s'est donc fait par défaut et en l'absence de textes réglementaires.

La définition occupationnelle contenue dans l'appellation de ces institutions a conduit très souvent à structurer la prise en charge autour de deux volets :

les temps d'atelier, et les temps d'hébergement, un peu à la manière des CAT et des Foyers d'Hébergement.

Parfois, cette structuration a abouti à la création d'un Atelier Occupationnel et d'un Foyer Occupationnel.

Pour les adultes orientés dans ces structures deux cas de figure se présentent :

- la personne est jeune, avec des capacités qui ne lui permettent pas d'aller en CAT, mais qui sont perfectibles. Dans ce cas là, la stimulation et la structuration qu'elle va rencontrer lui permettront d'optimiser ses compétences,
- la personne souffre de handicap lourd, d'une pathologie mentale ou physique importante. Elle devrait être accueillie en Foyer d'Accueil Médicalisé, mais comme nous le verrons, le petit nombre de ces foyers a conduit la COTOREP à l'orienter en Foyer Occupationnel. La personne handicapée devrait bénéficier d'un rythme de vie plus souple, de soins dispensés par un personnel adapté : aide-soignants, psychiatres, psychologues.

Or, les foyers Occupationnels recrutent en grande majorité des aides-médico-psychologiques, formés certes à un accompagnement de qualité, mais qui se retrouvent démunis face à l'importance des pathologies physiques et mentales.

Pour répondre à cette question, certains établissements optent plutôt pour une option occupationnelle, d'autres pour une option plus orientée sur la vie quotidienne.

D'autres établissements constituent des sections ou des services séparés, et s'adaptent ainsi au type d'usagers qu'ils accueillent.

Cette adaptation à la personne vise à adapter le type d'accompagnement à la diversité de besoins rencontrés.

- Les foyers d'accueil médicalisés (ex foyers à double tarification) ont été initiés, en tant que programme expérimental, par la circulaire du 14 février 1986, afin de répondre au besoin d'accueil de publics lourdement handicapés.

Ils sont cités dans la Loi 2002-2 comme faisant partie des établissements sociaux et médico-sociaux.

La population accueillie dans ces structures doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement de type éducatif et de soins adaptés à leur état de santé. Ce qui explique la double compétence qui s'exerce sous forme de prix de journée pour l'hébergement (aide sociale départementale) et forfait soin (assurance maladie).

Les FAM devraient pouvoir accueillir les usagers cités plus haut qui sont orientés par défaut vers les Foyers Occupationnels. Mais leur petit nombre exclut cette solution (voir statistiques plus loin.)

Le problème du placement reste donc entier.

- Les maisons d'accueil spécialisées, créés par la loi de 75 (art 46) complété par un décret du décembre 78, ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées dont l'état justifie une surveillance médicale et des soins constants .

Leur financement est entièrement à la charge de l'assurance maladie.

Les usagers sont souvent des personnes souffrant de poly-handicaps. Ils bénéficient de soins dispensés par un personnel qualifié.

Les statistiques¹⁸ au 1^{er} janvier 2001¹⁹ indiquent un déséquilibre de l'équipement médico-social qui se retrouve à tous les échelons territoriaux.

L'importance de l'écart entre le pourcentage de places entre les foyers de Vie et les FAM est tel qu'il indique une carence de réponses aux besoins spécifiques d'une frange de la population handicapée dans notre pays.

¹⁸ Source Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé. Internet: <http://www.sante.gouv.fr>

¹⁹ Cf. annexe 1

Chiffres publiés par la DREES	Bouches du Rhône		Région PACA		Territoire français	
	Établissements	Places%	Établissements	Places %	Établissements	Places %
Foyers de Vie	21	64 %	59	61 %	1057	60 %
Foyers d'Accueil Médicalisés	3	8 %	10	9 %	269	14 %
Maisons d'Accueil Spécialisées	12	28 %	28	30 %	358	26 %

Le rapport du Sénat concernant la maltraitance en institution nomme l'inadéquation du placement comme étant l'une des sources de la maltraitance²⁰.

Au regard de ces chiffres on peut comprendre que ce problème concerne nombre de personnes placées en institution.

1.2.4 Le schéma départemental des Bouches du Rhône : une tentative de réponse à l'insuffisance des dispositifs.

Le Conseil Général des Bouches du Rhône est le maître d'œuvre d'une partie importante de la politique médico-sociale depuis la décentralisation.

Le schéma Départemental adopté en 1998 a été mis en œuvre progressivement autour des années 2000.

En préambule du document final de 1998, la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (Conseil Général) affirmait ne pas être partie d'un cadre budgétaire prédéterminé, mais d'une orientation politique forte, visant avant tout à agir sur les situations handicapantes. Ce schéma voulait (avec ses réponses techniques, organisationnelles et financières) correspondre à cette conception non discriminatrice de la place de la personne handicapée dans la société.

Le schéma a été établi sur la base d'un travail collectif (structures spécialisées, professionnels, représentants des services de l'état, organismes publics et privés, techniciens du Conseil Général, élus, représentant d'associations gestionnaires) qui a duré un an et demi.

Cette pluralité a influencé la définition des enjeux suivants :

- Le vieillissement des personnes handicapées et de leur famille;

²⁰ Ibid page 34.

- La plus grande complexité des situations individuelles;
- Le respect des différents types de structure face à l'évolution des populations accueillies. Il est en effet cité dans le rapport de la Cour des Comptes sur la décentralisation de l'aide sociale le non-respect de la vocation des différents types d'établissements d'accueil pour personnes adultes handicapées et ceci sur le plan national. Le manque de structures a, dans un premier temps, obligé les familles à accepter un placement parfois mal adapté. Lorsque, dans un deuxième temps, le nombre de structures a augmenté, (développement de la capacité des Maisons d'accueil Spécialisées et des Foyers de Vie) les réorientations n'ont pas eu lieu.

Il est important de préciser que dans les éléments de bilan transmis aux différents participants aux groupes de travail (professionnels) la DGAS déclare que :

"la prise en charge globale de la personne handicapée requiert parfois d'allier soins, aide à la vie quotidienne et accompagnement à la vie sociale : le partage actuel des compétences et les contraintes qui pèsent sur les différents services, ne facilitent pas la mise en place d'un projet global intégrant toutes les dimensions de la vie de la personne."

Les réponses finalement retenues pour le schéma départemental en 2004 s'articulent autour du dispositif départemental comme suit :

La réponse au vieillissement ne peut pas être unique.

Il devient possible de créer des sections maison de retraite dans des établissements pour personnes handicapées et vice-versa dans le respect de l'équité de traitement entre personnes handicapées devenues âgées et de personnes âgées devenues handicapées :

- application de la législation de l'aide sociale aux personnes âgées et ratio d'encadrement adapté mais comparable.
- Susciter l'émergence de pôles d'accueil territoriaux. Sélectionnés par appel à projets, conventionnés pour une capacité déterminée en fonction d'une aire d'intervention, ces pôles devraient offrir une palette étendue de services : accès au logement, accueil familial, accueil en alternance, accompagnement social.
- Le développement de l'accueil de jour en semi-internat en foyer occupationnel
- Le développement de l'accueil familial autour des établissements existants et sous leur responsabilité

Ces conclusions montrent qu'il existe une volonté de sortir de la globalisation des réponses pour les individualiser chaque fois que c'est possible.

1.3 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Nous pouvons constater que les préoccupations des politiques publiques sont fortement orientées vers la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables en général, et des personnes handicapées en particulier.

Depuis une quarantaine d'années, les textes législatifs internationaux se sont succédés, de plus en plus précis. La mise en place de dispositifs règlementaires a été progressive et devrait garantir la protection de chacun.

Le secteur médico-social existant est théoriquement riche de solutions qui devraient pouvoir répondre à la multiplicité des cas rencontrés.

Tout devrait donc concourir à une adéquation du service rendu aux usagers concernés.

Force est de constater que ce n'est pas le cas : la maltraitance persiste.

Il s'agit donc, au-delà de la lutte contre les mauvais traitements, de rechercher les facteurs de risque qui peuvent favoriser la maltraitance. C'est à l'intérieur de chaque établissement que ces facteurs doivent être détectés par un diagnostic de tous les domaines qui pourraient être concernés.

2 LES FACTEURS DE RISQUE AU FOYER DE VIE.

La recherche des facteurs de risque de maltraitance, est étroitement liée au contexte interne. En effet, chaque établissement présente des caractéristiques particulières qui peuvent influencer sur le mode d'accompagnement des personnes handicapées.

Cette deuxième partie est consacrée à l'exposé de ces caractéristiques, afin d'y rechercher les facteurs de risque qui en découlent.

2.1 LES ÉTABLISSEMENTS LOUIS PHILIBERT : UNE MISSION COMMUNE EN DIRECTION DE PUBLICS DIVERSIFIÉS.

L'Établissement " les Avaux de Jean " tenait son nom depuis l'origine du lieu-dit où il est implanté.

En Octobre 2000, il prend le nom de "Louis Philibert", son fondateur (1^{er} président du conseil général des Bouches du Rhône).

Situés en bordure de la route départementale 561, au nord d'Aix Provence et à trois kilomètres du village de Puy Sainte Réparate, les lieux de vie et les ateliers se répartissent dans un cadre boisé de 10 hectares.

L'image des établissements au plan local est fortement marquée par les activités d'entreprise du Centre d'aide par le Travail. En effet, les marchés de prestations conclus avec les différentes collectivités locales, les entreprises, les établissements du secteur médico-social, les particuliers ont créé un réseau de partenariat très étendu.

Les fournisseurs de biens et de services sont multiples et l'établissement est aussi l'un des plus gros employeurs de la commune et du canton.

Quelques 220 salariés, en moyenne annuelle, sont employés par l'établissement pour accueillir 200 personnes handicapées.

2.1.1 Présentation de l'établissement

Sur le plan administratif, le CAT/Foyers Louis Philibert est un établissement public doté d'un Conseil d'Administration qui définit la politique générale de l'établissement et vote des délibérations différentes pour chaque établissement : le Centre d'Aide par le Travail (105 places), le Foyer d'Hébergement (65 places), le Foyer Occupationnel (83 places)

Le contrôle administratif et financier est assuré par le conseil général des Bouches du Rhône.

Le contrôle de légalité des actes administratifs est assuré par la DDASS.

La mission commune énoncée dans le document "Livret d'Accueil et règlement de fonctionnement" se décline en fonction de la nature et du type de placement demandé conformément aux obligations légales.

1. *"accueillir, accompagner, offrir une activité et permettre un projet de vie aux personnes adultes présentant un trouble mental et une déficience intellectuelle. Constituer un réseau de liens avec chaque famille en y favorisant les échanges et le dialogue.*
2. *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge dans l'établissement : ce dernier lui assure le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. Toute discrimination ou maltraitance sera sanctionnée."*

Les outils de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui ont été mis en place sont :

- le projet d'établissement,
- le livret d'accueil,
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- le règlement de fonctionnement,
- le Conseil de Vie Sociale,

Les organes consultatifs sont : le Comité Technique d'Établissement commission paritaire (donnant un avis sur toutes les questions collectives), les Commissions Administratives paritaires (qui statuent sur les situations individuelles du personnel), le Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail.

Le prix de journée alloué au Foyer Occupationnel pour l'année 2004 s'élève à 178,66 €

Les personnels relèvent du Titre IV de la Fonction Publique Hospitalière.

LE PROJET D'ETABLISSEMENT (extraits)

a) Le sens

A l'intérieur de ce complexe, il existe quelques dispositifs qui nous semblent résumer la valeur et le sens donné à l'accueil de ces personnes :

- Le travail d'équipe pluridisciplinaire est aussi un travail d'éthique. A toutes les strates du fonctionnement le principe de la collégialité, de la confrontation et de l'élaboration de stratégies d'action est présent.
- De l'équipe de direction aux équipes de terrain, et jusqu'aux réunions hebdomadaires des résidents, il est clairement établi qu'il s'agit de circulation de la parole, de prise en compte de la position de chacun mais aussi de décision établie par le responsable et mise en œuvre.

- L'affirmation de la responsabilité de chacun pour les actes qu'il engage ou qu'il commet n'est pas déniée aux personnes accueillies. Les droits sont affirmés avec autant de force que les devoirs. Cela va de pair avec la confiance accordée, le partage des tâches, les missions confiées et les sanctions qui posent les limites.
- L'intégration et l'exercice de la citoyenneté sont mises en œuvre par des actions collectives. L'établissement est une forme de société qui se veut ouverte, non discriminatoire. Chaque résident peut aborder chaque membre du personnel, les groupes de résidents d'intérêt ou d'autonomie différents se côtoient. Les lieux, les circulations sont le plus libres possible, prenant en compte aussi la sécurité des personnes qui mentalisent mal leurs limites.

b) Les outils de suivi et d'évaluation :

1 - Pour toutes les équipes concernées par le soin des résidents, les outils formalisés sont :

Une réunion hebdomadaire qui réunit les différents professionnels (cadres, éducateurs, maîtresses de maison, médecins et paramédicaux).

Cette instance permet :

- l'autoévaluation du travail par la confrontation des idées, la reprise de situation,
- la construction de stratégies de prise en charge,
- la décision concernant les organisations et les projets,
- la formalisation des projets personnalisés qui sont consignés dans le dossier individuel.

2 – Les supports écrits :

- la fiche individuelle tenue par l'éducateur référent qui y inscrit les événements importants de la vie du résident,
- les rapports et bilans permettant à la COTOREP de se prononcer sur le placement,
- les comptes-rendus de réunions diffusés à l'ensemble des participants et à la direction,
- l'agenda ou carnet de bord pour la liaison quotidienne,
- les projets et bilans annuels d'activité (par service, par type d'activités).

3 – Le support informatique en réseau (secrétariat et cadres) permet un suivi administratif de chaque personne en ce qui concerne le placement, les ressources, la situation sociale.

4 - Pour l'ensemble du personnel un processus d'évaluation annuelle est en place notamment un entretien individuel annuel est réalisé pour chaque agent avec son chef de service.

Il est l'occasion de faire le bilan sur la position professionnelle de chacun ses projets et ses objectifs de travail et d'engagement personnel pour l'année à venir, d'échanger sur les souhaits ou la nécessité de changement d'affectation ou de formation permanente. Une grille d'évaluation spécifique²¹ a été élaborée dans l'établissement. Distribuée à tous les membres du personnel, elle permet à chaque salarié de préparer son auto-évaluation.

2.1.2 Le rôle de l'histoire

L'établissement a ouvert en 1975, en concordance avec les projets politiques nationaux, dans cette période marquée par les deux lois sur l'accueil des personnes handicapées et la création des établissements médico-sociaux.

Sa création étant directement de la responsabilité des pouvoirs publics, n'étant pas relayée par une association, il prit donc le statut d'établissement public départemental.

Né de la volonté politique locale, il répondait à un double objectifs : faire du département le maître d'œuvre d'une création en faveur des personnes handicapées, dans un souci humaniste, mais aussi permettre de répondre à des besoins sociaux en termes de "bassin d'emploi", et notamment sur la petite commune de Puy Sainte Réparate.

L'opportunité saisie à ce moment-là était un terrain appartenant à E.D.F., base de chantier pour la construction du canal de Provence.

Les locaux bâtis en 1975 sont disséminés sur quelques hectares. Ce sont 14 unités de vie, chacune ayant une surface d'un peu plus de 200m L'établissement a drainé des populations issues de l'agglomération marseillaise mais aussi pour une part non négligeable des départements limitrophes (Var, Vaucluse, Gard).

Cet établissement public a été un partenaire obligé de l'hôpital psychiatrique du secteur, par les besoins d'hospitalisations liés aux limites de sa prise en charge ; mais aussi par les besoins qu'avait l'hôpital de sortir de ses murs des jeunes adultes placés par défaut. Cette image d'un établissement à définition "psychiatrique" est encore présente aujourd'hui, alors que peu d'admissions de malades issus directement de l'hôpital ont été réalisées au cours des dix dernières années.

Cet Institut Médico- Éducatif a donc répondu à des besoins locaux étendus et a vu sa capacité diminuer au fil des années.

²¹ Cf. Annexe 2

C'est ainsi qu'en 1983, une partie de l'I.M.E. se transforme en Foyer Occupationnel, suivant en cela une logique d'âge des résidents présents.

Il faut aussi remarquer que dès les premières années de fonctionnement se met en place une structure de Centre d'Aide par le Travail, qui accueillera pour partie les sortants d'I.M.E.

En 1986, l'I.M.E. est définitivement fermé. Il s'agit là d'une étape importante qui, comme nous le verrons, aura des conséquences sur la culture interne de l'établissement.

La décentralisation fait son chemin et l'établissement est érigé en Établissement Public.

Dès sa création, ce foyer accueillant les personnes handicapées jugées incapables de travailler dans le cadre du Centre d'Aide par le Travail, prend l'appellation de "Foyer Occupationnel". Cette structure prend en compte une population très hétérogène sur le plan des capacités et des troubles. Il n'y avait guère d'autre alternative à l'hospitalisation en psychiatrie pour un certain nombre de personnes.

Jusqu'en 1989, la capacité d'accueil restera stable, le foyer occupationnel accueillant 60 personnes et le CAT 50 travailleurs handicapés.

La progression en capacité, en taux d'activité et en dotation de personnel a été constante de 1983 à 1997. Depuis, l'activité est stable, avec une légère augmentation des journées réalisées, due à une diminution de l'absentéisme. Ceci parce que les résidents sortent de moins en moins dans leurs familles en fin de semaine et aux périodes de "vacances".

L'ouverture est permanente sur 365 jours.

Les personnels recrutés sans formation ont été pris en charge en formation continue et donc remplacés pour leur temps de formation. Sur l'effectif actuel, 62% des personnels éducatifs ont été formés en cours d'emploi (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs et surtout ces dernières années, aides-médico-psychologiques.)

Le Foyer Occupationnel n'a pas échappé au placement par défaut et accueille donc une population très hétérogène. En effet, certaines personnes sont jeunes, montrent une aptitude à acquérir des compétences et peuvent être préparées à une orientation en CAT²². Elles bénéficient d'une activité occupationnelle à la journée sous la forme d'ateliers espaces verts, conditionnement, etc. Par contre, un autre groupe présente des déficiences et des pathologies mentales si importantes qu'une activité quotidienne est inenvisageable.

²² Centre d'aide par le travail

Pour s'adapter à cette diversité, le Foyer Occupationnel s'est scindé en trois services :

1 et 2 : le Foyer Occupationnel et l'Atelier Occupationnel qui concernent les mêmes résidents en accueil d'internat et de jour.

Le Foyer Occupationnel et l'Atelier Occupationnel accueillent des résidents qui correspondent à la définition donnée par le Dictionnaire du handicap : *"institutions qui prennent en charge des adultes handicapés disposant d'une relative autonomie dans les actes de la vie quotidienne (marcher, se nourrir, aller aux toilettes...) mais incapables d'exercer une activité professionnelle dans un cadre protégé"*.²³

3 : Le Foyer de Vie héberge des personnes qui correspondent plutôt à la définition donnée au Foyer à Double Tarification (à présent nommés Foyer d'Accueil Médicalisés) du même ouvrage: *"adultes gravement handicapés dont la dépendance totale ou partielle (...) rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants."*²⁴

Il propose un projet d'accueil global basé sur une individualisation de la prise en charge.

C'est sur la population du Foyer de Vie que j'ai choisi de faire porter mon étude sur la prévention de la maltraitance parce que, comme nous le verrons, elle présente des caractéristiques qui la rendent plus vulnérable au risque de maltraitance.

A partir de ce moment je vais centrer mon diagnostic sur le Foyer de Vie.

Le projet de service s'articule au Projet d'Établissement et se réclame des mêmes valeurs.

2.1.3 Un projet de service fondé sur l'adaptabilité du service aux usagers.

Le Foyer de Vie Louis Philibert accueille 36 résidents, hommes et femmes. L'ouverture est permanente : 365 jours par an. Ceci permet d'accueillir des personnes qui n'ont plus de famille.

Le souci d'humanisation a conduit à créer de petites unités de vie accueillant neuf personnes encadrées par une équipe autonome. Chaque unité de vie est encadrée par 8 éducateurs et une maîtresse de maison. En 2002 de nouveaux locaux ont été attribués à ces résidents. Ils sont semblables à une maison, avec une salle à manger pouvant accueillir une dizaine de personnes, des chambres individuelles ou doubles attenantes à

²³ Dictionnaire du handicap. G.Zribi, D.Poupée-Fontaine. Éditions ENSP. 2000. Page 155.

²⁴ Ibid. Page 152

un cabinet de toilette. Ils permettent un accompagnement individualisé qui respecte l'intimité de chacun.

J'ai pu constater depuis l'installation dans ces locaux une baisse importante du nombre d'agressions entre résidents. D'une part parce que chacun, en disposant d'un espace privé, peut s'isoler du groupe et subit donc moins de tensions. D'autre part, parce qu'en ayant créé des groupes restreints, il a été possible d'amener les personnes handicapées à comprendre et respecter les règles de vie en collectivité.

Le projet de service et l'organisation qui en découle sont structurés autour des pathologies et handicaps des résidents.

Il s'est construit, au fil des années, par l'observation des différents symptômes qui ont été pour nous autant d'indicateurs de la route à suivre et des réajustements à apporter à nos pratiques. Le projet individualisé concerne tous les aspects de la vie du résident. Il est élaboré et revisité dans les réunions pluridisciplinaires.

Il comporte des axes de travail :

1. La qualité de la vie, le bien-être doivent être "cultivés". Les résidents ont tous été marqués de façon dramatique par la maladie. Le soulagement de leur souffrance physique ou psychique est le préalable à toute démarche d'accompagnement. De même l'intégration des règles de vie ne peut être abordée qu'après avoir rétabli un plancher de réassurance.
2. L'observation et le décodage des signes de malaise ou de bien-être.
3. La stimulation de l'intérêt permet le maintien des acquis.
4. La lutte contre les effets du vieillissement.
5. Le soin de la sphère corporelle dans sa globalité.

Les outils au service de ces objectifs sont :

1. Le projet individuel.

Chaque résident, en fonction de son projet individuel bénéficie d'un programme personnalisé. Selon son programme hebdomadaire personnel chacun peut au cours de la journée être en activité de ou rester dans sa maison pour bénéficier d'un accompagnement plus personnel. Des sorties individuelles sont aussi organisées, ce sont des moments privilégiés entre le résident et son référent. Pourtant, on note une répétitivité dans la rédaction des projets, qui est dû à une difficulté à évaluer les besoins réels des résidents à un moment donné.

2. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire.

Il est la clé de voûte de l'action éducative. Il s'exerce dans toutes les strates de l'organisation du service. Chacun y a sa place et son rôle à tenir.

Ainsi, dans chaque groupe d'éducateurs les différentes tâches sont réparties et chacun doit rendre compte au reste de l'équipe.

Les réunions pluridisciplinaires sont hebdomadaires. Sous la conduite du chef de service elles réunissent éducateurs, infirmières et psychologues. Ces réunions se déroulent en trois temps : un temps d'information, un temps de règlement des affaires courantes qui ont eu lieu dans la semaine précédente tant au niveau des personnes accueillies que du personnel encadrant. Le troisième temps est consacré à l'étude du dossier d'un résident, suivant une liste préétablie.

Chaque référent présente un rapport d'observation (je reviendrai au rôle du référent). Cette observation fait l'objet d'une discussion et d'une prise de décision collective qui s'impose à tous. Cette décision ne peut être remise en cause qu'au cours d'une des réunions suivantes à la lumière de nouveaux éléments. Un compte rendu écrit est rédigé à chaque séance.

Toutes les 3 semaines le médecin psychiatre et la psychomotricienne sont présents. D'autres intervenants comme le médecin généraliste peuvent être présents à la demande.

La tenue d'un cahier de liaison permet la circulation de l'information, chacun doit y noter au fil des jours toute information lui parvenant.

3. Le référent.

Chaque éducateur est référent d'un ou plusieurs résidents. Le référent est le garant de la mise en œuvre du projet individualisé. Il représente aussi un point d'ancrage, et à ce titre il doit exprimer les besoins et attentes de la personne handicapée, l'informer des options qui ont été prises et qui le concernent. Toutefois, il ne doit en aucun cas en être le seul acteur pour éviter la dérive de la dépendance du résident vis à vis de lui. Ainsi donc il doit passer le relais à ses collègues de travail chaque fois que c'est nécessaire. Dans les tâches qui lui incombent, on note également le suivi de son budget et la tenue du dossier individuel.

4. L'ouverture vers l'extérieur

Le regard de l'autre donne une dimension socialisante. Malgré leurs difficultés les résidents ont conscience de devoir se comporter de façon adaptée et de faire des efforts pour se faire accepter. Ils oeuvrent eux-mêmes à la transformation de leur propre image auprès des personnes dites valides.

Leur appétence pour une vie sociable qui les "oxygène" est visible.

Les sorties et activités à l'extérieur sont favorisées parce qu'elles représentent un outil d'insertion dans le tissu social.

Notons pour l'année 2004 : des sorties au cinéma et au restaurant (comportements sociables, les retours sont toujours très positifs), aquagym et le judo dans un club, la ferme équestre, la piscine.

Le Sport Adapté est une occasion particulière de faire des rencontres aussi bien pour les résidents que pour les éducateurs. Plusieurs fois par mois ils participent à des rencontres inter établissements et retrouvent des "copains" avec qui ils participent à des activités sportives. Ils vivent alors la joie de se retrouver, avec le sentiment d'avoir un "ailleurs".

Le choix de l'individualisation de l'accompagnement est devenu une valeur intégrée à la culture du service. Le résident qui arrive au Foyer de Vie est en bout de course. Souvent son inadaptation à une activité régulière à l'Atelier Occupationnel en est la cause.

Le premier travail est de lui redonner une place en lui affirmant notre acceptation de sa différence. Étant donné la grande diversité des pathologies et des troubles mentaux rencontrés, il s'agit de permettre à chacun de vivre sa singularité au sein d'une collectivité.

2.2 ÉTUDE DE LA POPULATION ACCUEILLIE.

C'est une population issue de la région marseillaise mais également des départements limitrophes, 12 personnes issues du Vaucluse, Var, Gard.

On compte 15 femmes (42 %) et 21 hommes (58 %).²⁵

Les ages s'échelonnent actuellement de 25 à 69 ans

AGES	Hommes	Femmes	POURCENTAGE DE LA TRANCHE D'AGE
20 à 25 ans	1	0	3 %
26 à 29 ans	0	0	0 %
30 à 35 ans	1	2	8 %
36 à 39 ans	8	3	30 %
40 à 45 ans	3	3	17 %
46 à 49 ans	2	3	14 %
50 à 55 ans	3	1	11 %
56 à 59 ans	1	2	8 %
60 à 65 ans	0	1	3 %
66 à 70 ans	2	0	6 %
TOTAL	21	15	100 %

Ce tableau fait apparaître l'âge élevé de certains résidents qui à cause de leur handicap souffrent déjà d'un vieillissement prématuré. Les déficiences préexistantes se trouvent aggravées du fait de ce vieillissement

2.2.1 La combinaison des troubles psychiatriques et de l'arriération mentale.

Le concept de handicap a récemment été modifié. Par exemple, les conséquences des pathologies mentales sont considérées dorénavant comme source de handicap psychique. Mais quelle que soit leur dénomination, les individus souffrant de ces pathologies ont souvent été accueillis par le passé dans le secteur médico-social et continuent à l'être.

²⁵ Représentation graphique des données sur la population en annexe 3

Le concept de handicap est très large. Il a été défini pour la première fois dans l'article 1 de la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées par l'Assemblée Générale des Nations Unies: *"Le terme "handicapé" désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales"*²⁶

Pour pouvoir malgré tout repérer les besoins existant, afin d'y répondre en terme de politique de santé et de dispositifs adaptés, les handicaps ont été classés.

L'Organisation Mondiale de la Santé a adopté la classification internationale des handicaps et inadaptations (CIDHI) issue des travaux de PHN Wood. Depuis 1993 le Guide Barème pour l'Évaluation des Personnes Handicapées indique à la COTOREP comment évaluer le taux de handicap à partir d'un diagnostic (officialisé par le décret 93-1216 du 4 novembre 1993 et la circulaire de la Direction de l'Action Sociale du 23 novembre 1993)

Ce guide différencie la déficience (atteinte des organes ou des fonctions) de sa conséquence : l'incapacité qui est une limitation des capacités dans les gestes ou actes élémentaires de la vie quotidienne. Quant au désavantage social, il est concrétisé par une limitation dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal dans un environnement donné.

Dans ce cadre d'évaluation, le handicap mental est repéré à travers deux types de déficiences : les déficiences intellectuelles (intelligence, mémoire et pensée) et leurs conséquences sur la vie quotidienne; les déficiences psychiques et également leurs conséquences sur la vie quotidienne.

Cette classification vient d'être révisée par l'Organisation Mondiale de la Santé. En effet, en 1993, l'O.N.U avait adopté "les règles pour l'égalisation des chances des handicapés" axées sur la non-discrimination et la pleine participation à la société. La révision de la C.I.H visait à la faire correspondre avec cette logique.

La CIH 2 également nommée CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé) modifie la vision du handicap. Elle prend en compte les aspects sociaux du handicap et propose un mécanisme pour repérer l'impact de l'environnement social et physique sur le fonctionnement d'une personne. La CIF met sur un pied d'égalité toutes les maladies et pathologies, y compris les troubles mentaux.

²⁶ Résolution 3447 adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies du 9 décembre 1975 - Déclaration des droits des personnes handicapées

Elle dresse ensuite la liste des facteurs environnementaux qui ont un impact sur ces composantes : l'environnement physique et matériel, les relations avec la famille, les amis, les pairs...mais aussi les lois et les réglementations, les réseaux sociaux officiels, etc....

Il est intéressant de noter que l'environnement est désormais considéré comme facteur aggravant du handicap ou, au contraire, comme facilitateur. C'est donc l'environnement immédiat des personnes accueillies en institution qui doit être revisité afin de considérer en quoi il peut être facteur d'amélioration ou d'aggravation.

La typologie des handicaps et troubles mentaux citée en annexe ²⁷ se retrouve au Foyer de Vie et représente la diversité des personnes accueillies au Foyer de Vie.

Il faut préciser la difficulté du diagnostic lorsque les troubles psychiatriques se combinent aux effets de l'arriération mentale. En ce qui concerne la population qui nous intéresse, je me réfère aux relevés que j'ai effectués dans les dossiers et qui nous fournissent le diagnostic principal du médecin psychiatre et la prescription de médicaments psychotropes.

	Nombre	Pourcentage
Arriération mentale	21	58 %
Autisme	6	17 %
Psychose	9	25 %
Traitement psychotrope	28	78 %

A ce jour il n'existe pas de "mode d'emploi" concernant le mode d'accompagnement de ces adultes. Les querelles d'école sont nombreuses notamment en ce qui concerne les autistes. Le secteur médico-social n'a pas encore su se construire un référentiel concernant les modes d'accueil. Chaque établissement en est donc réduit à créer son propre dispositif, à inventer des formules qui tentent de répondre aux questions qui se posent, lorsqu'elles se posent.

2.2.2 La dépendance des personnes handicapées.

La dépendance a été définie par la Sécurité Sociale ²⁸Art. 348. "*Est considérée comme dépendance au sens du présent livre, l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin*

²⁷ Cf. annexe 4

²⁸ Loi du 19 juin 1998, l'article 348. Disponible sur Internet « <http://www.social.gouv.fr>

important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie".

Les actes essentiels de la vie comprennent:

- *Dans le domaine de l'hygiène corporelle: se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses vêtements, éliminer;*
- *Dans le domaine de la nutrition: la préparation en vue de l'absorption d'une alimentation adaptée et l'assistance pour absorption de cette alimentation;*
- *Dans le domaine de la mobilité: exécuter le transfert et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.*

L'assistance d'une tierce personne consiste à soutenir et à motiver la personne dépendante, à effectuer en tout ou en partie à sa place les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à instruire la personne dépendante en vue de permettre l'exécution autonome de ces actes."

Le Foyer de Vie accueille des personnes souffrant de troubles divers qui se caractérisent par des dysfonctionnements importants du comportement, par une incapacité partielle ou totale à communiquer et à se fixer sur une activité de type occupationnel tous les jours et toute la journée.

Une enquête réalisée auprès des services éducatifs du foyer m'a permis de réunir les informations suivantes :

Parmi les 36 résidents, 16 seulement disposent de l'usage d'une parole organisée. Les 20 autres personnes s'expriment au moyen de cris, de gestes ou d'attitude corporelle. Le personnel grâce à une proximité importante a appris peu à peu à décoder les signes qu'émettent les résidents en cas de malaise ou de bien-être. Parfois, pour des raisons ignorées les manifestations changent et le travail de décodage doit être recommencé.

Une éducatrice signalait en réunion que M. n'avait plus le même cri qu'auparavant lorsqu'elle avait faim. Cela brouillait les pistes et l'équipe a dû se montrer plus attentive pour comprendre la signification des cris de M.

Le tableau suivant démontre les disparités entre la possession des moyens d'expression et la capacité de l'utiliser de façon efficace pour exprimer ses besoins vitaux (faim, soif, douleur, etc.)

	Exprime ses besoins	N'exprime pas ses besoins	Total	Pourcentage
Parole organisée	8	8	16	44 %
Autres modes d'expression	5	15	20	56 %
Total	13	23	36	
Pourcentage	36 %	64 %		100 %

Parallèlement, l'autonomie dans les gestes essentiels de la vie quotidienne est très réduite :

	Autonomie relative, besoin d'accompagnement	Autonomie faible, nécessité d'une intervention extérieure	Aucune autonomie, nécessité d'assistance totale	Total
Toilette	2 5 %	21 58 %	13 36 %	36
Habillage	31 86 %	5 14 %	0 0 %	36
Repas	6 17 %	30 83 %	0 0 %	36
Protection contre le froid ou la chaleur	8 22 %	10 28 %	18 50 %	100 %

Ce tableau indique qu'il existe un phénomène massif de dépendance qui donne toute la mesure de la vulnérabilité de cette population. Nous pouvons également constater l'hétérogénéité qui existe au sein de cette dépendance.

Parmi les dix-huit résidents qui ne peuvent pas se soustraire au froid ou à la chaleur (au point qu'on peut se demander s'ils en perçoivent la sensation) certains savent s'habiller en partie et peuvent manger seuls. De même aucun résident n'a besoin d'être nourri, mais une proportion importante doit être lavée.

Ceci signifie que non seulement les niveaux sont très hétérogènes, mais également que la même personne peut présenter différents niveaux de dépendance selon les domaines de la vie quotidienne. A ce constat se rajoute, comme nous l'avons vu, l'incapacité d'exprimer ses besoins. Nous pouvons mesurer là l'importance de la mesure du besoin d'accompagnement afin de personnaliser l'accompagnement en fonction de chacun.

2.2.3 La perte du lien avec la famille.

La politique institutionnelle d'ouverture vis à vis des familles s'impose à tous les services éducatifs. Elle est faite de dialogue et de respect mutuel. Nous privilégions le maintien des relations entre la personne accueillie et sa famille. Mais l'âge des résidents du Foyer de Vie et donc de leurs parents nous conduit à individualiser la possibilité de ces contacts. Beaucoup de résidents ne peuvent plus être accueillis le week end, nous avons dans le bâtiment une pièce où des rencontres familiales sont possibles. La liaison téléphonique est également réalisable.

Parmi les 36 internes, 19 n'ont plus de famille et ne sortent pas en famille les fins de semaine, 5 sortent de façon très épisodique ou ont parfois des visites, 12 ont encore des relations régulières parfois avec leurs parents, parfois avec un frère ou une sœur.

On peut penser que l'âge et la lourdeur du handicap interviennent dans la distension des liens familiaux.

Tous les résidents sont des majeurs protégés : 19 sont sous la tutelle d'un membre de la famille, même si les relations sont rompues, 17 sont sous la tutelle d'associations tutélaires.

Il faut noter que progressivement les familles qui se montraient présentes auparavant ont une tendance croissante à laisser le relais à l'institution. Les sorties se raréfient pour beaucoup et les visites s'espacent de plus en plus. Certains résidents en arrivent à de réelles situations d'abandon, n'ayant plus aucune nouvelle. Parfois même au détour d'un courrier administratif qui revient nous apprenons que la famille n'habite plus à l'adresse indiquée sans aucune explication.

A l'inverse depuis quelques années nous voyons apparaître notamment des frères et sœurs dont nous ignorions l'existence étant donnée la pauvreté des dossiers. Il s'agit d'un phénomène nouveau du peut-être à la médiatisation des problèmes du handicap. Nous recevons ces fratries, avant toute rencontre avec le résident. Il est toujours nécessaire d'amortir le choc de cette rencontre qui se fait toujours avec une connotation très forte de culpabilité pour celui qui vient voir son frère ou sa sœur handicapée après toutes ces années (souvent depuis l'enfance)

Mais invariablement les visites représentent un choc affectif et émotionnel important pour les protagonistes. Le résident réagit souvent très mal en se montrant sous son plus mauvais jour, le frère ou la sœur supportant mal la réalité de la rencontre qu'il avait idéalisée. Certains persévèrent et tentent de reconstruire un lien mais la majorité des fratries disparaît à nouveau après quelques visites. L'impact de ce nouvel abandon sur les résidents est toujours très puissant. Certains voient leur état psychologique se détériorer après ces épisodes et développent des syndromes dépressifs importants.

La maltraitance en famille se manifeste de deux façons : elle peut être subie par la personne handicapée, les parents sont alors les agresseurs. Mais, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense, les adultes handicapés peuvent également faire subir des violences à leurs parents. Cela se produit souvent dans le cas de familles monoparentales ou la mère, seule, assume son enfant. Ces difficultés peuvent entraîner un renoncement au week-end en famille de la part des parents. Elles provoquent chez la personne handicapée un fort sentiment de culpabilité qui le paralyse. Les contacts qui se distendent avec la famille sont toujours vécus comme un abandon.

Lorsque la famille l'accepte, le psychologue la reçoit en entretien afin de l'aider à gérer la violence de l'adulte handicapé. Il en ressort que cette violence est multifactorielle. Elle résulte souvent d'un contexte relationnel complexe, ou l'adulte handicapé ne se sent pas considéré comme un adulte et cherche à sa manière la voie de l'autonomie vis à vis de sa famille. L'équipe éducative, en relation avec le psychologue veille alors à la qualité des échanges entre la famille et le résident au moment des départs et retours de week end. Si le besoin se fait sentir, et avec l'accord des parents, le Chef de Service convoque le résident à un entretien où l'interdit de la violence lui est rappelé. Il lui est également précisé que cet interdit est valable pour chacun : ses camarades, les éducateurs, ses parents.

Cette procédure, arrivant à posteriori n'est pas satisfaisante. En effet ce dérapage, même s'il ne se reproduit pas laisse des "cicatrices". La violence exprimée à un certain moment a créé un précédent et déstabilisée une relation affective essentielle pour le résident.

2.2.4 Le manque de trace des itinéraires de vie.

A la lecture des dossiers, cette étude de population s'avère difficile par manque d'éléments objectifs. En effet, nombre des personnes accueillies ont été placées dès leur plus jeune âge sans qu'on ne puisse trouver de traces des placements les plus anciens. Très souvent on ne trouve que la demande d'admission du précédent établissement d'accueil, demande qui tient lieu de dossier. Pour certains résidents nous n'avons aucune information sur la famille si ce n'est un acte de naissance.

Pour les personnes précédemment accueillies à l'IME du Puy Sainte Réparate, les dossiers sont plus fournis mais les renseignements ne paraissent pas très fiables. Telle personne est classée oligophrène, puis comme autiste 10 ans plus tard. Aucun dépistage de l'autisme n'a été effectué, pas plus qu'un caryotype qui pourrait donner une indication sur l'origine génétique des troubles et déficiences.

Lorsque l'histoire du résident est connue nous pouvons mieux comprendre ce qu'il nous donne à voir. Cela facilite alors le travail des équipes accompagnantes parce qu'elle change leur regard.

La connaissance des parcours individuels devient nécessaire pour répondre au mieux aux besoins de chacun. Lorsqu'un des résidents a présenté une décompensation de type psychiatrique au moment de la réapparition de sa sœur, nous entamé une recherche sur son passé en questionnant les différentes institutions où il avait séjourné. Mais cette recherche n'est pas fréquente, ce qui fait souvent perdre de vue l'origine des troubles que nous observons.

Les éléments que j'ai recueillis doivent être complétés par l'exposé des observations suivantes. Ils ont pour but de mieux faire appréhender au lecteur comment la maltraitance passive peut s'exprimer dans le quotidien de ces personnes.

2.2.5 Des indices de maltraitance passive au quotidien.

Recueil des indices par l'exposé d'exemples significatifs.

- Le médecin psychiatre m'alerte à propos d'un résident qui présente des troubles psychiatriques importants. Il vient de refuser une augmentation du traitement à un éducateur qui estime que cette personne est trop agitée. Il s'agit d'une demande individuelle. L'agitation de la personne n'a pas été abordée en réunion, le reste de l'équipe éducative n'est pas au courant. Le risque de maltraitance consiste en une surmédicalisation de la personne, aucun travail de réflexion n'ayant eu lieu concernant les causes de son agitation.
- J'apprends au cours d'une réunion que certains éducateurs ont demandé un régime pour un résident qu'ils considèrent comme étant trop gros. Cette personne ne présente aucune pathologie particulière, ses analyses sanguines sont normales. Par contre, à cause de sa lenteur elle est très peu sollicitée pour participer à des activités physiques. Le risque de maltraitance consiste à régler par le biais d'une privation que subirait le résident, un défaut de prise en charge : le manque de stimulation.
- Les troubles somatiques inquiètent parfois de façon massive les équipes et les poussent à demander des examens complémentaires au secteur médical. C'est souvent le cas en ce qui concerne les diarrhées et les vomissements. Des examens médicaux sont pratiqués en général sous anesthésie générale à cause de l'instabilité comportementale des adultes handicapés. Souvent ces examens ne donnent aucun résultat probant. Le risque de maltraitance consiste là aussi en une surmédicalisation.

La dramatisation de petits maux quotidiens conduit à un surinvestissement du corps de la personne handicapée qui occulte toutes les causes psychologiques qui peuvent provoquer des troubles digestifs.

- Je surprends à la fin d'un repas une remplaçante embauchée depuis peu qui parle à un monsieur d'une soixantaine d'années : "alors Papinou tu as bien mangé aujourd'hui?" En parlant avec elle, je me rends compte qu'elle est persuadée d'avoir bien agi et de s'être comportée avec gentillesse avec le résident. Il ressort en réunion que Papinou est le surnom utilisé par un certain nombre de membres de l'équipe. Quant au tutoiement c'est la règle générale. Le risque de maltraitance se situe autour de la banalisation d'une attitude condescendante et irrespectueuse et de la perte de conscience que les personnes accueillies sont les usagers d'un service.
- Le manque de communication, le non passage d'information qui se produit parfois aboutit à des carences dans la prise en charge : les départs en famille des fins de semaine peuvent être occultés, des rendez-vous médicaux manqués. L'éducateur rappelé à l'ordre dira: "j'ai oublié, je ne savais pas".
- La minoration des capacités de la personne accueillie constitue également un facteur potentiel de maltraitance. Avec les meilleures intentions, le discours qui se véhicule est que le résident est fatigué et qu'il faut le laisser tranquille. L'abandon de l'idée même de stimulation consiste à tomber dans le piège de l'assistanat en ne prenant plus en compte la possibilité de maintien des acquis. La personne handicapée décline alors rapidement avec un sentiment de perte d'estime de soi.
- A l'inverse, l'acharnement éducatif consiste à continuer à chercher l'acquisition et l'optimisation des compétences chez des personnes qui sont sur le déclin et n'aspirent qu'au repos.

Tous ces exemples sont autant de signes de maltraitance passive. On peut y mesurer l'écart qui existe entre la volonté institutionnelle et la réalité de terrain.

2.3 L'USURE PROFESSIONNELLE.

Avant d'aborder le phénomène de l'usure professionnelle, j'ai opté pour une analyse des ressources humaines, afin de présenter le personnel de façon objective. Les graphiques en annexe illustrent ces données²⁹.

2.3.1 Analyse des ressources humaines du Foyer de Vie.

Les 36 résidents du Foyer de Vie sont encadrés par 32 ETP³⁰ auxquels s'ajoutent 6 ETP de maîtresses de maison. Le ratio d'encadrement global (tous personnels confondus) est de 1.12. En l'absence de données concernant les Foyers de Vie, on peut le comparer avec le ratio moyen des MAS³¹ qui est de 1,03 et celui des FAM³² qui est de 0,97 (chiffres fournis par Infodas³³). Rappelons que les MAS et les FAM sont censés recevoir une population souffrant de handicaps plus lourds. Nous avons abordé les difficultés que les COTOREP³⁴ rencontrent à cause de la relative pénurie de ces établissements. Le ratio d'encadrement relativement élevé du Foyer de Vie est le reflet d'une alternative acceptée par les autorités de contrôle pour pallier à ce manque.

Il m'a paru plus pertinent pour la suite de cet exposé d'exclure les personnels qui sont communs à plusieurs établissements du complexe : médecins, infirmières, secrétaires, cuisiniers, ouvriers d'entretien. En effet, j'ai préféré me centrer sur les salariés qui sont directement affectés au Foyer de Vie parce que ce sont ceux qui sont le plus directement en lien avec les résidents et donc concernés par le risque de maltraitance.

Au delà des postes budgétés, ce sont les individus qui vivent cette usure. Par conséquent, les chiffres qui vont suivre concernent les 43 personnes physiques³⁵ qui occupent les 32 postes.

²⁹ Cf. annexe 5

³⁰ Équivalents temps plein

³¹ Maisons d'accueil Spécialisées.

³² Foyers d'Accueil Médicalisés.

³³ Infodas. Le financement des établissements et services sous compétence de l'état. Résultats synthétiques 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Sous-Direction des Institutions, des Affaires Juridiques et Financière. Bureau Budgets et Finances. 2000.

³⁴ Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

³⁵ Cf. représentation graphique, annexe 5

RÉPARTITION PAR SEXE	Hommes	Femmes	Total
Nombre	8	35	43
Pourcentage	19 %	81 %	100 %

Le tableau ci-dessus montre une forte féminisation des équipes. Ce déséquilibre est dû à un déficit en nombre d'hommes dans les candidatures que nous recevons. Cela pose d'ailleurs certains problèmes, notamment au niveau de la prise en charge. En effet, les résidents sont, de façon très instinctive, sensibles aux différences entre les sexes et développent des troubles du comportement différenciés en fonction du contexte. Cela est renforcé par les équipes qui font "porter" aux hommes une fonction d'autorité parfois irréfléchie. La réflexion collective en réunion permet la plupart du temps de réguler ce phénomène.

La féminisation des équipes a également pour conséquence un pourcentage élevé de temps partiels (31 %) représenté dans le tableau ci-dessous.

RÉPARTITION DU TEMPS DE TRAVAIL	Temps plein	Temps partiel 80 %	Temps partiel 50 %	Total
Nombre	30	8	5	43
Pourcentage	69 %	19 %	12 %	100 %

Ces temps partiels se retrouvent presque entièrement chez des femmes qui ont des enfants en bas âge et qui souhaitent avoir plus de temps pour les élever. Ceci est tout à fait respectable et mon propos n'est pas de le remettre en question. Néanmoins, l'impact sur le suivi de l'accompagnement est réel. Chacune des 4 équipes comprend entre 1 et 4 temps partiels. Ceci rend plus difficile la continuité de la prise en charge et demande une rigueur particulière dans le passage de l'information et la mise en cohérence des actes éducatifs lors des réunions d'équipe.

Les chiffres suivants concernent l'âge et l'ancienneté du personnel.

L'age moyen est de 40 ans.

AGES	Nombre	Pourcentage
20 à 25 ans	1	2 %
26 à 29 ans	3	7 %
30 à 35 ans	8	19 %
36 à 39 ans	11	26 %
40 à 45 ans	10	23 %
46 à 49 ans	7	16 %
50 à 55 ans	3	7 %
56 à 60 ans	0	0 %
Total	43	100 %

Le tableau ci-dessus fait apparaître une forte proportion de salariés qui ont entre 40 et 50 ans (39 %) Il s'agit certes d'une fourchette d'âge où l'expérience professionnelle présente un intérêt non négligeable, mais que la lassitude peut venir obérer, comme nous le verrons.

On peut constater que peu de départs en retraite sont prévisibles, même si les AMP et les aide-soignants peuvent partir dès 55 ans.

Le tableau suivant concerne l'ancienneté dans l'établissement et vient compléter les éléments précédents.

L'ancienneté moyenne de 10 ans.

Ancienneté dans l'établissement	Nombre	Pourcentage
29-25 ans	3	7 %
24-20 ans	3	7 %
19-15 ans	6	14 %
14-10 ans	15	34 %
9-5 ans	8	19 %
4 ans et moins	8	19 %
Total	43	100 %

On constate que 14 % du personnel est présent depuis plus de 20 ans ce qui peut être un facteur d'usure. Ceci est relativisé par les 31 % qui sont présents depuis moins de 10 ans. Un renouvellement a eu lieu lors de l'extension du Foyer de Vie dans les années 1990.

Depuis 5 ans, les personnes embauchées ont déjà eu une expérience professionnelle. Il s'agit là d'un atout, car les apports extérieurs dynamisent le travail collectif.

Les qualifications se répartissent de la façon suivante :

Qualification	Éducateurs Spécialisés	Moniteurs Éducateurs	Aide-Médico Psychologiques	Aide Soignants	Sans	Total
Nombre	2	6	18 dont 2 En formation	9	8 dont 7 maîtresses de maison	43
Pourcentage	5 %	14 %	41 %	21 %	19 %	100 %

Ce tableau nous enseigne que les métiers éducatifs (éducateurs spécialisés et moniteurs-éducateurs) sont minoritaires (19 %) par rapport aux métiers axés sur l'accompagnement et le soin (62 %)

Cela nous indique la "coloration" de ces équipes qui prennent en charge des adultes dépendants et atteints de maladies mentales importantes. Néanmoins la présence des métiers dits éducatifs est souhaitable car elle permet de maintenir la stimulation de la vie sociale de ces personnes.

Les éducateurs spécialisés, les moniteurs-éducateurs et les aides-soignants étaient tous diplômés lors de l'embauche. Par contre les AMP ont presque tous été formés en cours d'emploi après leur embauche.

L'enseignement des données chiffrées des ressources humaines ne peut prendre son sens que par une réflexion concernant les mécanismes humains qui se rencontrent chez les professionnels au contact de populations lourdement handicapées.

La recherche de bienveillance y prend une dimension plus large, car elle concerne toute la collectivité institutionnelle.

2.3.2 Le vécu du personnel.

Éducateurs spécialisés, moniteur-éducateurs, aide-soignants et Aide-Médico-Psychologiques encadrent et accompagnent les résidents nuit et jour par roulement. Nous avons pour habitude de nommer "éducateur" tous les salariés qui travaillent dans le champ de l'accompagnement. Ils doivent être particulièrement polyvalents et chacun doit, quelle que soit sa formation d'origine acquérir d'autres compétences de terrain.

C'est pourquoi la pluridisciplinarité est encouragée afin que chacun apprenne au contact de l'autre.

Citons dans les compétences requises : le suivi du projet individualisé de la personne dont on est référent, l'animation d'activités, la prise en charge du quotidien et notamment les soins du corps, l'observation et l'analyse des situations et des comportements, la rédaction des écrits. La maîtresse de maison, dont la fonction première est le maintien de l'hygiène des locaux, a également un rôle important de prise en charge du cadre de vie. Bien souvent en étant présente tous les jours à heure fixe, elle représente un repère affectif important pour les résidents. Il est donc essentiel qu'elle collabore au quotidien avec les éducateurs et qu'elle participe aux réunions.

La caractéristique essentielle de l'usure professionnelle est la perte d'intérêt pour les personnes que le professionnel est censé aider.

L'analyse que nous en livre JL. Fouchard³⁶ dans le secteur des adultes handicapés fait ressortir qu'elle peut être liée à différents facteurs³⁷ :

- *" l'usure liée à la difficulté de la prise en charge de l'adulte handicapé" Des mécanismes de défense sont alors développés par les professionnels : "humour, la plaisanterie, et parfois l'ironie ou la moquerie. Autre mécanisme : le désintérêt, la distance, l'évitement, ou encore l'obsession éducative"*

La restructuration de 1986, ce transfert du secteur enfant vers le secteur adulte fut vécue douloureusement par une partie du personnel éducatif. Les raisons en étaient: la peur de l'inconnu, l'obligation de modifier les pratiques, l'arrivée d'adultes issus d'hôpitaux psychiatriques, le départ de l'institution des adolescents restant.

La nécessité de former les personnels notamment éducatifs s'est manifestée. Dans le but d'adapter les compétences, un plan de formation pluriannuel a été mis en place. Actuellement la formation qualifiante et la formation continue font partie intégrante de la vie institutionnelle.

Cette volonté a permis d'encadrer des personnes souvent fortement handicapées avec plus de professionnalisme que lors de l'ouverture. Ceci a facilité la capacité d'adaptation du personnel qui présentaient des difficultés à s'adapter à des handicaps et des âges différents au cours des restructurations.

³⁶ Fouchard JL. De la motivation à l'érosion; l'usure professionnelle. Les cahiers de l'actif. N° 296/297

³⁷ Ibid page 225

Pourtant, il faut noter que la formation continue n'est pas très prisée par le personnel. Lors d'une récente formation concernant le travail avec les familles, j'ai dû inscrire d'office un éducateur par équipe, faute de candidats.

- *"l'usure liée aux représentations de ses qualifications"*

Lorsque l'établissement s'est ouvert en 1975, le personnel issu des villages avoisinants fut recruté sans qualification particulière avec pour motivation essentielle de ne plus travailler dans le secteur agricole. Au fil des années un "écrémage" s'est effectué et ne sont restés que les agents motivés pour ce travail. Beaucoup ont découvert avec intérêt le monde du handicap mental et des pathologies psychiatriques.

Il est d'autant plus essentiel de combattre cette usure, qu'elle atteint des personnes qui étaient enthousiastes à l'embauche en découvrant le monde du handicap mental. Pour toutes ces personnes la formation d'AMP est venue soutenir cet intérêt et le professionnaliser. Les AMP en formation découvrent qu'il est intéressant de comprendre les comportements et de savoir y répondre.

L'obtention du diplôme et la reconnaissance statutaire et salariale constituent une valorisation et la véritable entrée dans le monde des professionnels du handicap.

Pourtant, ce parcours finit par s'essouffler au fil du temps. La confrontation au quotidien a raison de bien des motivations. Pour les personnels, la répétition d'actes matériels, la rareté des progrès, la proximité du corps de l'autre au cours de la toilette par exemple, érodent la motivation et créent une absence de distance avec sa pratique professionnelle.

- *"l'usure qui prend sa source dans les difficultés du travail d'équipe, dans les déceptions venant d'un manque de reconnaissance par ses collègues et la hiérarchie de l'établissement"*

L'usure professionnelle fait d'autant plus de ravages qu'elle ne se dit pas. Elle constitue souvent un tabou qui fait qu'aucune réunion d'analyse des pratiques n'a jamais pu se mettre réellement en place au Foyer de Vie. Dans les réunions pluridisciplinaires on assiste souvent à l'expression d'une "parole unique" qui correspond au discours dominant. On peut penser qu'il y a une pression du groupe pour ne pas bousculer le quotidien et les habitudes. Par contre, en pratiquant une quarantaine d'entretiens individuels,³⁸ j'ai pu dégager une dominante concernant l'usure professionnelle dont souffrent certains personnels et qui pourraient amener des éléments de réponse face à des comportements qui paraissent illogiques.

³⁸ Grille d'évaluation en annexe 4.

A la fin de l'année 2003, une partie du personnel a pu exprimer une insatisfaction sous une forme qui ne se manifeste jamais en situation collective. Les points principaux qui ont été développés sont :

- "Les résidents sont trop limités, on ne peut rien faire".
- " Le travail est trop répétitif".
- " Je suis fatigué".
- "Partir en formation me fait peur".
- "En réunion je n'exprime pas mes désaccords parce que ce qui compte c'est la convivialité. Les résidents sont déjà assez difficiles, alors si en plus on n'est pas d'accord entre nous..."
- "Les autres m'empêchent de faire telle activité. Ils pensent que c'est trop compliqué, que ça va perturber le fonctionnement, que tout le monde doit être d'accord avant de commencer".
- "La désorganisation des autres m'empêche de m'organiser. Ça me gêne pour mettre en place des actions".

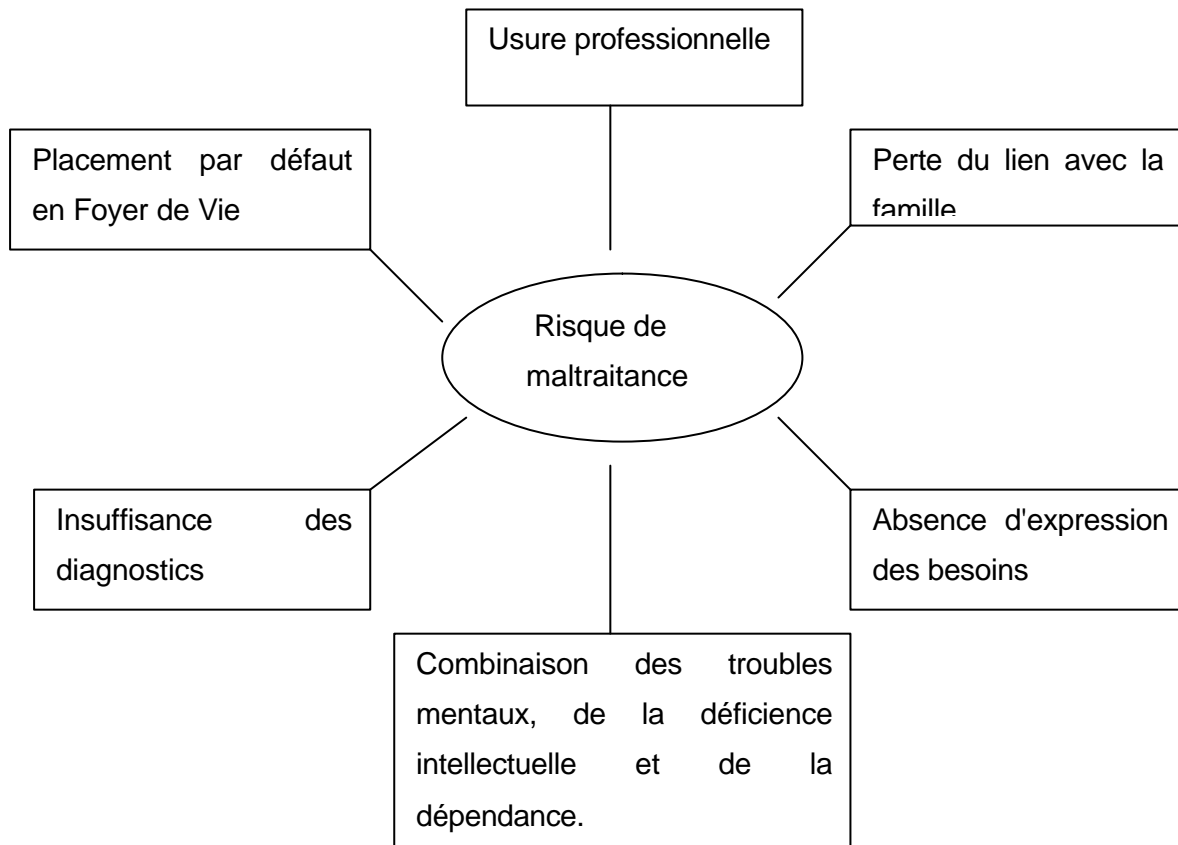
Il faut également préciser que le personnel, s'il est mobile à l'intérieur du Foyer de Vie, ne présente aucun attrait pour expérimenter d'autres pratiques avec un autre type de population. Ceci serait tout à fait possible à l'intérieur d'un complexe comme celui du Puy Sainte Réparate, qui comprend également un CAT et un Foyer d'Hébergement.

- *"l'usure qui marque la fatigue de la personne, fatigue physique ou mentale*
Un constat vient s'ajouter aux précédents. La confrontation des idées et des pratiques est mal vécue. Elle semble représenter une menace pour ce qu'on imagine être une cohésion d'équipe. Lors de certaines réunions, il est difficile d'amorcer un débat et d'éviter l'installation d'une parole unique. Les différents s'expriment alors de façon détournée.

Parmi les éléments qui me donnent à penser qu'une usure professionnelle est en train de s'installer au Foyer de Vie, il y a le nombre d'arrêts maladie pour l'année 2003. Ces arrêts ne sont jamais de longue durée (5 jours en moyenne) mais relativement fréquents.

2.4 CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Le diagnostic du Foyer de Vie Louis Philibert fait ressortir les facteurs de risque représentés dans le schéma ci dessous:



A la lumière de ces éléments, pratiquement en miroir de ce qui est constaté sur le plan national, ce diagnostic fait apparaître :

- Des valeurs affirmées sur le plan institutionnel
- Les outils de la Loi 2002-2 qui sont mis en place
- Un personnel en nombre suffisant et relativement formé
- Et, malgré tout, des signes de maltraitance passive au quotidien

Les facteurs de risque mis en évidence se combinent et se renforcent mutuellement. Leur prévention passe par la recherche de bientraitance. En effet en impulsant cette dynamique sur le plan institutionnel, je m'attacherai à la rendre collective, pour qu'elle devienne l'affaire de chaque professionnel.

3 CONDUIRE LE CHANGEMENT POUR ACCÉDER AU CHEMIN DE LA BIENTRAITANCE

Suite au diagnostic du Foyer de Vie Louis Philibert, il m'apparaît comme une évidence que tout ce qui devrait faire référence est mal connu du personnel.

La Loi 2002-2 nous impose, comme nous l'avons vu un certain nombre d'obligations. Les deux axes essentiels sont la place de l'utilisateur au centre des institutions et l'exigence d'une qualité du service rendu.

Le projet d'établissement du Foyer de Vie se veut la traduction institutionnelle de ce texte de référence. Il énonce des valeurs : exercice des droits et libertés, respect de la dignité, refus de la maltraitance. La préoccupation éthique devrait être mise en actes dans toutes les strates du fonctionnement par la circulation de la parole, affirmation de la responsabilité de chacun.

Les outils de la loi du 2 janvier 2002 ont été mis en place, les outils d'évaluation et de suivi sont formalisés, y compris au niveau du personnel.

Les documents essentiels ont été diffusés au personnel, que ce soit les textes officiels (Loi 2002-2, décrets d'application, circulaires) ou les documents internes (projet d'établissement et de service).

Pourtant le diagnostic que j'ai réalisé met en évidence des signes de risque de maltraitance, voire l'existence de maltraitance passive.

Cela signifie que le passage de l'idée aux actes n'est pas réalisé.

Ma première action sera d'activer une appropriation de ces textes et des notions qu'ils comportent. Ce n'est qu'au prix de ce détour qu'une compréhension collective des objectifs sera réalisée.

Le projet d'établissement est un outil qui devrait fédérer le personnel autour du sens et des axes de travail.

3.1 LES VALEURS QUI FONDENT MON ACTION

J'ai exposé au cours de la première partie comment les politiques publiques orientent et structurent l'action médico-sociale.

Ces orientations sont forcément globalisantes puisqu'elles sont censées répondre aux besoins de groupes de population.

Les institutions médico-sociales se trouvent face à un paradoxe qui est d'appliquer des dispositifs prévus pour des groupes de population tout en les adaptant à des individus. Ce paradoxe fait partie de leurs missions, il doit être intégré et rester présent en filigrane des projets d'établissement. A mon sens, une des missions essentielles du directeur est de garantir aux usagers un service de qualité dans le respect de leurs droits sur le plan collectif, et de leurs besoins sur le plan individuel.

Chacun doit trouver des stratégies pour transformer ce paradoxe en défi institutionnel

B. Bouquet dans son ouvrage *Éthique et travail social*³⁹ rappelle la définition de l'éthique selon P. Ricœur : " *c'est la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes*".

La question de la bientraitance trouve une résonance particulière avec cet éclairage. En tant que directrice, en accord avec cette définition, je dois garantir une "vie bonne" pour tous les membres de la collectivité institutionnelle en maintenant "la justice" au sein de l'institution que je dirige.

Dans le même ouvrage les notions d'éthique de conviction et d'éthique de responsabilité font particulièrement écho à cet aspect de la fonction de direction.⁴⁰

L'éthique de conviction, vise à se mettre inconditionnellement au service d'une visée.

L'éthique de responsabilité inclut le principe de réalité dans le but à atteindre, "*le tri parmi les différents choix possibles, et les moyens*".

Le directeur doit savoir intégrer ces deux composantes, agir en fonction de ses convictions tout en tenant compte du contexte de son action.

Il doit trouver un équilibre, voire une alliance entre le respect des droits des usagers et des besoins particuliers des personnes.

³⁹ BOUQUET B. *Éthique et travail social ; une recherche de sens*. Éditions Dunod. 2003

⁴⁰ Ibid page 21

3.2 LE MANAGEMENT AU SERVICE DU CHANGEMENT

Pour que le passage de l'idée aux actes se réalise, un certain nombre d'actions sont à mettre en place. Mon objectif est d'impulser une nouvelle dynamique, garante d'une mise en œuvre du projet, et donc d'une amélioration du service que nous devons rendre.

Le changement que je prévois s'appuie sur la une réappropriation du projet d'établissement par le personnel. Il doit permettre de rassembler le personnel autour du sens de nos actions : à la fois la signification et la direction à suivre. Ceci en vue de devenir la référence institutionnelle qu'il aurait toujours du être.

P. Ducalet et P. Laforcade donnent du management la définition suivante⁴¹ :

" Le management répond à cette question simple et ancestrale : comment conduire l'action collective des hommes et des femmes qui constituent les ressources humaines de toute forme d'organisation vers la réalisation des objectifs que cette dernière s'est assignée".

Ma première action sera d'indiquer le sens, la direction vers laquelle il faut tendre, et d'annoncer clairement que la recherche de bienveillance est un objectif incontournable

Le directeur doit réaliser la cohérence entre les principes éthiques qui le guident et le mode de management qu'il pratique. Idéalement, pour reprendre la définition de P. Ricœur, la vie devrait " être bonne " et " l'institution juste " aussi pour les salariés.

Pour être cohérente et donc crédible auprès du personnel, pour faire accepter l'idée de la bienveillance, je me dois d'appliquer des principes qui guideront le mode de management que j'ai choisi :

- la reconnaissance de la place de chaque salarié,
- son droit à l'information, à l'expression et à la participation,
- le respect de son professionnalisme par l'exigence d'une qualité de travail.

Ce dernier point est une composante importante qui vient compléter les deux précédents. En effet, rendre à chaque professionnel sa responsabilité implique des droits et des devoirs. Un salarié responsable doit pouvoir accéder à l'information, s'exprimer et participer à la mise en œuvre de la mission d'un établissement.

⁴¹ P. Ducalet et P. Laforcade. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Éditions Seli Arslan. 2001. Page 130.

En contrepartie, il doit apporter sa contribution en fournissant, qu'elle que soit sa place, une qualité de travail. Le contrôle de cette qualité est du ressort du directeur, même s'il peut la déléguer aux cadres. Un positionnement clair vis-à-vis de ces questions est une marque de respect du rôle que chacun doit jouer dans la collectivité institutionnelle.

En ce qui concerne le changement que j'entrevois pour le Foyer de Vie, une logique d'amélioration me paraît adaptée dans le sens où elle s'appuiera sur les atouts existants. Suite au diagnostic, je prévois d'utiliser deux atouts qui seront précieux dans la démarche qui va suivre.

D'une part le personnel est sensibilisé à l'auto-évaluation. La satisfaction qu'il manifeste à la fin des entretiens annuels, m'autorise à penser que, dans son ensemble, et pour peu qu'il soit sollicité, le regard critique sur sa propre pratique est bien vécu. Cela pourra servir de tremplin à une auto-évaluation collective.

D'autre part, la pratique de la pluridisciplinarité au quotidien et au cours des réunions facilitera une démarche transversale concernant tous les services.

J'y vois une capacité à s'interroger sur la qualité du travail que chacun fournit, et une aptitude à être confronté aux différentes identités professionnelles.

3.2.1 La communication, une des conditions de la réussite

Le changement que je propose ne pourra se réaliser sans l'adhésion des différents acteurs. Je devrai donc pour cela convaincre le Conseil d'Administration de l'utilité de la recherche de bien-être au Foyer de Vie. Je préparerai donc à son intention un dossier comprenant le diagnostic de l'établissement et les pistes d'action que je propose pour obtenir son aval.

Dans un deuxième temps, j'informerai et je consulterai les instances représentatives : Conseil de vie sociale, et institutions représentatives du personnel.

Dans un troisième temps, une assemblée générale du personnel en présence du Président du Conseil d'Administration aura pour objectif de lancer la démarche et d'affirmer l'engagement de l'organisme gestionnaire. Elle sera organisée sur invitation écrite à chaque membre du personnel. Le thème annoncé sera " la recherche de la bien-être au Foyer de Vie".

Cette phase doit d'abord s'attacher à énoncer clairement les objectifs fixés par la direction. Pour que ces objectifs soient entendus, le message devra comporter les éléments suivants :

1. Le travail accompli par le personnel dans son ensemble est de bonne qualité.
2. Mais les résidents souffrent de pathologies lourdes et d'une dépendance importante.

3. De plus les conditions de travail en internat sont difficiles
4. Nous ne pouvons pas considérer que tout risque de maltraitance, y compris involontaire est écarté. Ceci ne concerne pas uniquement les salariés qui encadrent les résidents au quotidien, mais tout l'établissement.
5. Pour valoriser toutes les actions positives et améliorer ce qui doit l'être, une démarche de recherche de la bientraitance est engagée. La première étape sera axée vers une étude des textes fondamentaux et du projet d'établissement afin que chacun dispose de tous les éléments de compréhension. Dans un deuxième temps, un comité de pilotage appelé Comité de veille sur la bientraitance sera constitué, qui aura pour mission de mettre en place des groupes de travail chargés d'évaluer l'existant et de poser des indications d'amélioration.
6. Nous nous trouvons face à un défi collectif : chacun y a un rôle à jouer de sa place.

Il sera fait appel ensuite aux candidatures pour la participation du Comité de veille sur la bientraitance.

Au-delà de l'assemblée générale, l'intervention d'un conférencier qui apportera une vision extérieure du phénomène de maltraitance. Des documents concernant nos obligations vis à vis des usagers seront distribués à chaque salarié.

Régulièrement des supports écrits et des réunions d'information tiendront le personnel au courant de la démarche

3.2.2 Susciter la coopération

La coopération n'est possible que si la communication a permis une compréhension et un langage commun.

La culture interne d'un établissement est une composante collective importante que tout directeur doit prendre en compte pour emporter l'adhésion. Ses composantes essentielles sont :

- Les éléments de son histoire : fondation, restructurations, crises, et du climat humain dans lesquels ces évènements se sont déroulés.
- les représentations et valeurs collectives. On voit ici l'importance des représentations des personnes handicapées qu'ont les professionnels.

Véhiculée par le discours, elle influence fortement les mentalités et agit sur les comportements.

Ceci explique que la culture ne peut pas être modifiée sur un mode de rupture, mais qu'elle peut être enrichie par des apports extérieurs qui vont demander du temps et des moyens conséquents.

La redécouverte du projet d'établissement permettra notamment d'influer sur les représentations que le personnel a des usagers. Parce que le terme d'usager n'est pas anodin dans les institutions accueillant des personnes handicapées. Pour en avoir fait l'expérience, le mot "d'usager" réveille la conscience. Un retour sur la Loi 2002-2 sera donc également nécessaire pour que les professionnels qui travaillent avec des personnes dépendantes fassent un réel rapprochement entre le mot qu'ils ont souvent entendu et les personnes qu'ils accueillent.

Une lecture collective sera organisée dans chaque service. Chacun sera invité à s'exprimer sur sa propre compréhension afin que sous les mots les mêmes réalités prennent corps. Les cadres auront pour consigne d'installer un climat de confiance qui facilite les échanges. L'étape suivante sera la mise en commun en assemblée générale qui aura pour but de finaliser la compréhension commune des textes de référence. Cette période s'étalera sur un trimestre, le temps de la maturation et de l'installation progressive des notions dans la culture de l'établissement.

Il s'agit de favoriser l'émergence d'une intelligence collective, plus productive qu'une intelligence individuelle.

Dans la préface de l'ouvrage de JM. Miramon "Manager le changement dans l'action sociale"⁴², JB Paturet développe une vision de l'éthique que j'ai retenue au regard de son rapport immédiat à la fonction de direction.

L'auteur met en garde contre l'instrumentalisation d'un établissement par un directeur qui ne saurait pas prendre en compte la complexité (avec tout ce qu'elle suppose d'acceptation de la différence, de l'hétérogène) et la complication (qui décompose le réel en éléments simples qui se juxtaposent) : "*le compliqué relève ainsi d'une visée utopique, c'est à dire totalisante de son objet où rien ne saurait échapper au regard démiurge du fantasme de toute-puissance.*"

L'acceptation de la complexité implique une part d'autonomie des acteurs. Elle est essentielle pour mettre en place un plan d'action qui soit sous-tendu par le sens.

Pour que les salariés soient vraiment des acteurs, le directeur doit renoncer au "*fantasme de maîtrise totale*".

⁴² MIRAMON JM. Manager le changement dans l'action sociale. Editions ENSP. 2001 pages XIII à XVIII

Il est prévisible qu'au cours de la démarche des résistances apparaissent.

La restructuration de 1986, le passage du secteur enfant au secteur adulte, a représenté une rupture pour le personnel. Elle a été imposé par des contraintes externes et a provoqué des séquelles qui sont une "frilosité" face au changement, une peur de l'extérieur vécu comme dangereux.

Être installé dans une routine protectrice peut être un frein au désir de changer, de se remettre en jeu.

Je vais devoir tenir compte de cet aspect, la gestion des résistances est un aspect fondamental dans une démarche d'évolution.

En effet, en terme de management, imposer le changement n'aboutit qu'à l'apparition de résistances supplémentaires qui seront autant de freins à la démarche engagée.

Pour que le changement soit accepté, il faut qu'il soit considéré comme une nécessité d'amélioration pour ceux qui vont le vivre.

Il faut susciter la coopération en montrant l'intérêt que les salariés vont trouver à s'inscrire dans une démarche de changement.

Il se pourrait que je rencontre l'écueil d'une parole groupale, un consensus basé sur des réflexes qui vise au confort général au détriment d'une expression individuelle. Pour pouvoir accéder à un positionnement collectif négocié, je suis convaincu que les paroles singulières doivent pouvoir s'exprimer dans un premier temps.

Pour œ faire, et en référence au contenu des entretiens individuels d'évaluation, je diffuserai un questionnaire anonyme de satisfaction auprès du personnel. La mise en évidence d'une insatisfaction devrait m'aider à convaincre le personnel que des modifications sont à apporter dans leur mode de fonctionnement.

Je m'appuierai également sur les salariés qui ont déjà fait cette prise de conscience. Ces professionnels, au cœur de l'institution, pourront diffuser leur accord avec la démarche engagée auprès de leurs collègues.

3.2.3 Utiliser les compétences existantes

Pour que les professionnels soient de véritables acteurs, je ferai appel à leurs compétences et à leur connaissance des résidents et de l'organisation.

Comme nous allons le voir, le personnel sera sollicité dans des groupes de travail. Je pense que ce travail sera générateur de motivation par une prise de conscience des compétences de chacun.

Le diagnostic de l'existant devra être refait par les équipes, afin qu'il devienne un diagnostic partagé. Il fera apparaître la nécessité de mettre en cohérence l'objectif de la bientraitance et les pratiques, dans toutes les strates de l'institution.

3.3 LE PILOTAGE DE L'ACTION

Les choix managériaux que j'ai énoncé me guideront dans le pilotage de l'action. Ils seront au service d'une démarche d'amélioration.

La réactivation du projet d'établissement constitue une dynamique à relancer. En effet, tous les éléments théoriques étant présents, il s'agit de réduire l'écart entre le dire et le faire.

3.3.1 Les axes prioritaires à faire évoluer

Tous les aspects doivent être revisités avec pour finalité la recherche de bientraitance. Le champ de cette recherche étant bien délimité, cela permettra à chacun de bien cerner le problème à traiter.

Le rapport du Sénat déjà cité invite à susciter une dynamique de la bientraitance dans les établissements⁴³ en déclinant les points suivants :

Ouvrir les établissements :

1. Favoriser les liens avec la famille : renforcer la mobilité entre la famille et l'établissement, renforcer l'ouverture sur l'extérieur
2. Assurer une mobilité optimale du personnel
3. Faciliter le changement d'établissement d'une personne handicapée
4. Favoriser l'intervention des tiers
5. Favoriser la mise en réseau des établissements

Améliorer la gouvernance des établissements :

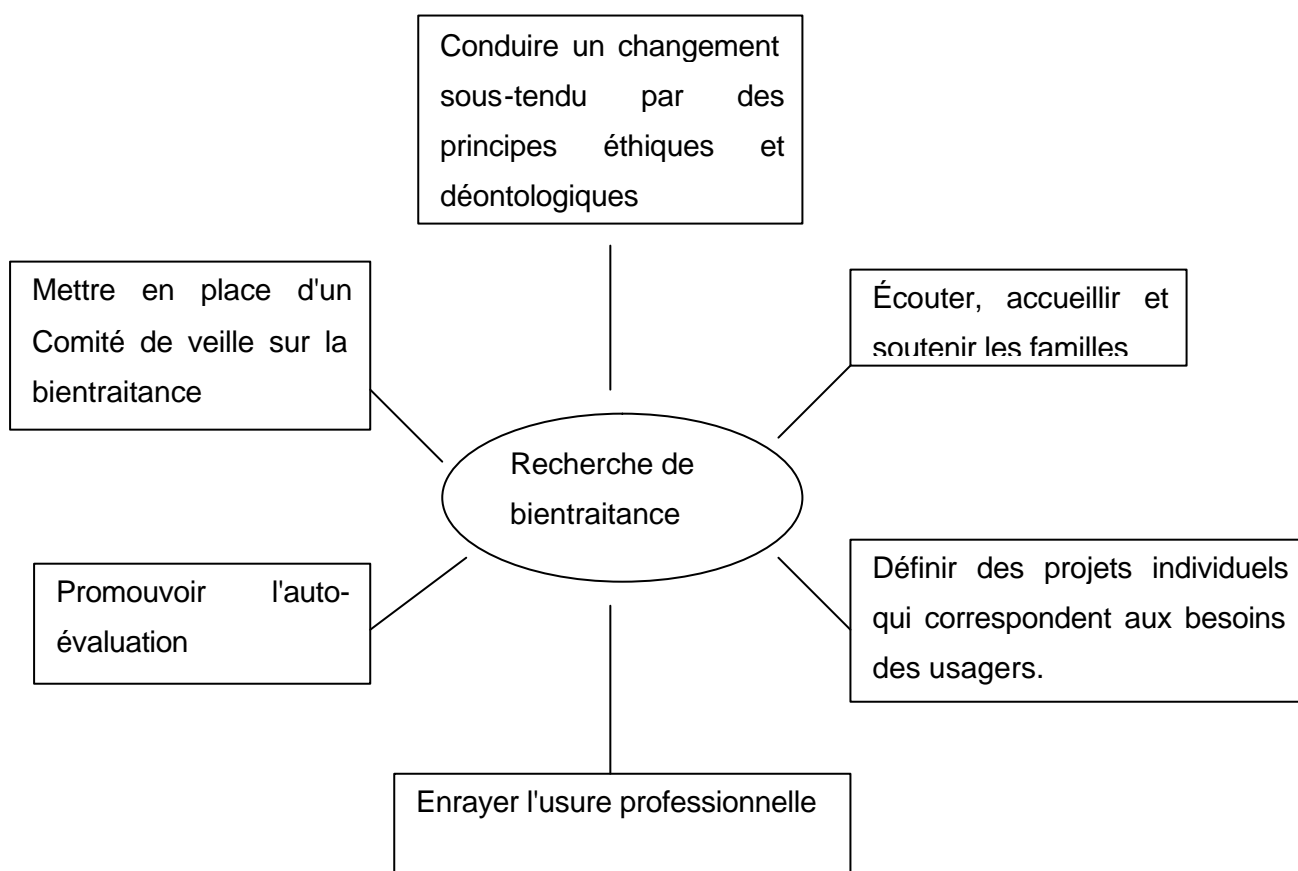
1. Mettre en place une gestion du personnel propice à la bientraitance : embaucher avec circonspection, dynamiser la vie professionnelle
2. Faire prévaloir l'intérêt des personnes handicapées sur la logique institutionnelle : promouvoir la logique de projet, promouvoir la logique participative, promouvoir les droits de la personne
3. Pérenniser la « bientraitance » grâce à une évaluation interne et externe de l'établissement

⁴³ Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médicosociaux et les moyens de la prévenir paru en juin 2003. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr> Page 193

En ce qui concerne le Foyer de Vie, les axes prioritaires qui se dégagent du diagnostic seront : l'auto-évaluation de la qualité de vie des résidents, la construction de projets individuels qui correspondent aux besoins des usagers, la lutte contre l'usure professionnelle, l'écoute et le soutien des familles afin de les aider à maintenir leurs relations.

Le pilotage de l'action que je propose est un support pratique comprenant un certain nombre de procédures et qui s'inscrit dans une démarche globale.

Le schéma ci-dessous représente ce processus.



Le chemin vers la bienveillance sera l'occasion d'installer une dynamique institutionnelle axée sur la recherche du sens, l'amélioration des outils de travail, et en conséquence vers l'amélioration continue de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées.

3.3.2 La mise en place d'un Comité de veille sur la bientraitance.

La Loi du 2 janvier 2002, la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie obligent les établissements à lutter contre toutes les formes de maltraitance.

La mise en place d'un Comité de veille sur la bientraitance institutionnalisera cette préoccupation.

Ce comité sera chargé de veiller à ce que la bientraitance soit recherchée dans tous les domaines. Il sera constitué de 10 à 12 participants désignés par les services éducatifs, médicaux, administratifs et généraux (entretien et cuisine) ainsi que de représentants de la Direction.

Le Comité de veille sur la bientraitance aura une double mission :

1. Élaborer une Charte définissant des principes déontologiques internes. En effet le positionnement éthique, c'est à dire individuel, même s'il est basé sur l'action n'est pas suffisant. Un code de valeurs, règles et procédures visant "*à anticiper notamment les probables dérives, les risques, les conflits d'intérêt et de les limiter par la mise en œuvre de règles plus ou moins strictes*"⁴⁴ est nécessaire pour se rapprocher du référentiel de bonnes pratiques professionnelles institué par la du 2 janvier 2002.

Il sera proposé au Comité d'utiliser comme support le texte du Réseau Francophone International pour la promotion de la Santé qui a donné de l'abus la définition suivante : "acte commis ou omis par une personne de confiance dont il résulte une blessure ou un préjudice pour la personne".

Je l'ai sélectionné parmi d'autres parce que sa classification⁴⁵, très concrète, est directement transférable au quotidien des institutions médico-sociales. Les différents items sont suffisamment explicites pour pouvoir faire écho chez les professionnels et susciter la réflexion et le débat.

2. Mettre en place de groupes de travail chargés de l'évaluation des conditions de vie des résidents sous l'aspect de la bientraitance selon les principes d'un comité de pilotage. Chaque groupe sera animé par un référent bientraitance qui faisant partie du Comité de veille le représentera.

En parallèle, le texte du Réseau francophone sera repris par les cadres, ses implications sur le quotidien seront travaillées dans les différentes réunions de service.

⁴⁴ BOUQUET B. Éthique et travail social ; une recherche de sens. Éditions Dunod. 2003 Page 193

⁴⁵ Cf. page 9

Le Comité de veille sera le moteur de la dynamique amorcée. Mais pour que la recherche de bientraitance fasse partie d'une culture professionnelle, l'action institutionnelle doit avoir plusieurs entrées qui "irriguent" tout l'établissement.

Les groupes travail seront au nombre de 4 qui représenteront les grands domaines à évaluer :

- Vie quotidienne
- Santé
- Hôtellerie
- Administratif

Ces groupes de travail devront mixer les différentes fonctions représentées dans l'institution afin de ne pas refermer chaque service sur lui-même et de faire prendre conscience à chaque participant de l'importance des interactions des actions particulières sur un fonctionnement collectif.

Constitués chacun de 5 personnes, ils se réuniront 3 heures toutes les 2 semaines. Le coût en temps sera de 120 heures par mois.

Les groupes de travail rendront compte tous les mois de l'avancée de leurs travaux au Comité de veille, ce qui correspond à un coût en temps de 30 heures environ.

3.3.3 L'auto-évaluation, un outil incontournable.

Les groupes de travail seront les acteurs de l'auto-évaluation déjà évoquée.

P. Ducalet et M. Laforcade dans leur ouvrage : "Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales" donnent à l'auto-évaluation un sens qui va bien au-delà de la mesure de la qualité. Ils la qualifient de "*mode de dialogue avec le réel et sa pratique professionnelle*"⁴⁶.

Cela demande à l'institution, en effectuant son propre diagnostic, de se repositionner vis à vis de ses valeurs fondamentales.

En effet le diagnostic a fait apparaître les priorités qui existent de fait dans l'établissement. Il mettra inmanquablement en exergue des incohérences entre un fonctionnement collectif et la recherche du bien-être individuel.

La tension entre ces deux préoccupations devra amener à une réflexion qui conduira peut être à une nouvelle hiérarchisation des réponses faites aux usagers.

D'autre part, l'auto-évaluation, en générant une prise de conscience de l'existant, positive, valorise et capitalise les compétences existantes. Elle permet de démystifier une vision réductrice qui la cantonnerait à un simple contrôle de ce qui ne fonctionne pas correctement.

⁴⁶ Ibid Page 109

En effet, en déclinant différents items, elle place au même plan les éléments à conserver (parce que répondant à la mission) et ceux à améliorer. Les items se relativisent mutuellement, ce qui ne peut qu'amoindrir les réactions affectives des participants et les placer dans une position de professionnels responsables.

La spécificité de l'objet de l'évaluation (la bientraitance)et me conduit à préférer charger chaque groupe de la construction des grilles d'évaluation afin qu'elles soient réellement inspirées du quotidien.

Une séance préparatoire réunissant tous les participants de groupes de travail informera sur la nature et la fonction d'un référentiel.

A) La construction des référentiels

Elle représente une étape au moins aussi importante que leur utilisation. En cernant l'existant, elle autorise un regard critique sur les pratiques et permet de fixer des objectifs. Pour cette partie, je me réfère aux indications de F.Charleux⁴⁷ concernant la construction d'un référentiel. Il définit le référentiel comme un outil d'auto-évaluation composé de deux parties : une grille d'observation et un système de notation.

Le référentiel se structure comme une arborescence sur la base de dimensions, de critères et d'indicateurs.

Les dimensions sont les domaines clés à évaluer.

Les critères déterminent le contenu concret qui caractérise chaque dimension.

Les indicateurs sont les composantes des critères, ils permettront de dégager dans un deuxième temps, les objectifs à réaliser.

A titre d'exemple je déclinerai parmi les domaines déjà cités un des critères en indicateurs qui classeront les résultats en trois catégories : satisfaisant, à améliorer, à modifier.

- Vie quotidienne (respect de l'intimité, visites des familles, socialisation, diversité des activités, séjours de ruptures, hygiène corporelle, environnement des repas)

⁴⁷ Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre. Sous la direction de F. Charleux et D.Guaquère. Editions ESF. 2003. Page 119

DOMAINE: vie quotidienne (exemple de grille)

CRITÈRE			
Hygiène corporelle	SATISFAISANT	A AMÉLIORER	A MODIFIER
INDICATEUR 1 Fréquence des douches			
INDICATEUR 2 Temps consacré à la toilette			
INDICATEUR 3 Accompagnement individuel			

- Santé (soulagement de la douleur⁴⁸, rapidité de l'intervention, accès à l'information, sécurité dans la distribution des traitements)
- Hôtellerie (qualité des repas⁴⁹, présentation des plats, choix d'un autre aliment selon les goûts, qualité de la literie, nombre de résidents par salles de bain, qualité de l'entretien du linge, confort : insonorisation, climatisation)
- Administratif (accueil téléphonique⁵⁰, processus d'admission, accès à l'information)

L'échéance pour la construction des référentiels sera de trois mois, à raison de deux séances par mois.

B) L'évaluation de l'existant

Le référentiel, une fois construit servira à l'évaluation de l'existant par chaque groupe de travail. La phase d'évaluation se fera en une séance pour chaque groupe.

Les "référents bienveillance" transmettront au Comité de veille qui réalisera la synthèse des travaux et énoncera les corrections à apporter afin de tendre vers une qualité de vie pour les personnes accueillies.

Un document écrit formalisera les résultats de l'évaluation et les objectifs prioritaires définis par le Comité de Veille. Il sera transmis au Conseil d'Administration et au Conseil de Vie Sociale.

Toutes les préconisations seront relayées par les cadres dans les réunions des services afin qu'elles puissent être mises en application.

⁴⁸ Exemple de grille en annexe 6

⁴⁹ Exemple de grille en annexe 6

⁵⁰ Exemple de grille en annexe 6

C) Le suivi de la démarche et le contrôle de l'application des décisions prises

Tous les 3 mois le Comité de Veille se réunira et remettra en action les groupes de travail. Les résultats obtenus seront comparés aux précédents. En cas de non progression les causes seront recherchées et de nouvelles préconisations énoncées.

Au bout d'un an un bilan général sera effectué.

3.3.4 Définir des projets individuels qui correspondent aux besoins des usagers.

Le handicap mental est essentiellement un handicap de la compréhension, de la communication et de la décision. Le projet individuel est basé sur la compensation des conséquences de ces carences. Il doit intégrer la singularité de chaque individu et apporter des réponses personnalisées.

Cela sous tend un travail préalable de connaissance de chaque personne et d'évaluation de ses besoins propres.

A) La connaissance du parcours de vie du résident.

La méconnaissance de l'histoire des résidents peut être un facteur de risque de maltraitance.

Chez des personnes souffrant de troubles mentaux, elle peut conduire à avoir une réponse erronée à des comportements qui nous paraissent incompréhensibles.

Il est donc important que, pour chaque personne, nous ayons une trace de son parcours, et des évènements marquants qui ont émaillé sa vie.

L'exemple de X. va illustrer ce propos.

X. est un homme d'une cinquantaine d'années qui était arrivé, avec d'autres, suite à la fermeture d'une maison de retraite de la région aixoise.

Rappelons que ces dossiers étaient très succincts et ne comportaient aucune indication pouvant nous éclairer. Il arrivait à F. d'avoir des accès d'angoisse irréductible qui finissaient toujours par une crise d'une violence extrême.

Lors de ces crises, X. citait des animaux et notamment le cochon. Parfois même la crise était précédée de ces mots : " le cochon, le cochon noir..." suivi par un déferlement de gestes désordonnés, de hurlements, de coups sur tout ce qui était à sa portée.

La seule solution était de l'isoler dans sa chambre pour protéger les autres résidents.

Un jour, par hasard, nous avons appris qu'avant son arrivée dans la maison de retraite, X. était interné dans un hôpital psychiatrique rural proche d'une ferme.

Nous avons fait l'hypothèse que X. avait assisté à la mise à mort de cochons et que cette expérience, normale à la campagne, mais traumatisante pour lui, avait laissé des séquelles anxiogènes en lui.

X. n'a jamais pu relater cet épisode clairement. Mais par le biais d'une activité modelage mis en place par une éducatrice, il a pu trouver un exutoire : il modelait des animaux, et notamment des cochons, les cassait avec ses mains, et en remodelait d'autres.

Cette activité a eu une fonction réparatrice sur l'anxiété de X. Peu à peu il s'est libéré de son traumatisme et a pu modeler des animaux sans les détruire.

X. a été inclus dans une activité dans une ferme pédagogique où il peut prendre soin des animaux, et les retrouver bien vivants la semaine suivante.

Ses accès de violence sont devenus rares, et ne sont plus liés à l'expression du nom d'animaux.

L'information que nous avons eue par hasard, nous a aidé à comprendre une part de l'origine des crises de F. mais le hasard n'est pas un outil de travail très fiable!

La bientraitance concerne également l'accès aux informations propres à la personne, par la personne elle-même.

La déficience ne doit pas être un prétexte pour ne pas chercher et restituer à la personne une partie de sa vie qu'elle ignore.

L'apparition subite d'un frère ou d'une sœur dont tout le monde ignore l'existence en est le meilleur exemple. Tout en respectant la liberté et l'intimité des individus (les frères et sœurs peuvent ne pas vouloir se manifester) l'ignorance totale de leur existence est inacceptable pour tout usager.

Le service que nous devons leur fournir, doit comporter la recherche et la restitution de ces informations. Bien de décompensations de type psychiatriques pourraient être évitées au moment des retrouvailles.

Chaque référent sera mandaté pour effectuer une collecte d'information. Le premier interlocuteur sera la famille. Elle sera invitée à un entretien dans cet objectif. Mon expérience m'a montré que les parents sont toujours ouverts aux questions qui concernent le passé de leur enfant.

C'est donc aux professionnels de favoriser l'émergence d'informations qui peuvent être précieuses pour la compréhension de tel ou tel trouble.

La seconde partie de la recherche concernera les différents lieux où le résident a séjourné avant son arrivée au Foyer de Vie. . Au préalable une réflexion aura lieu au sein des équipes éducatives. En effet, des précautions sont à prendre afin de ne pas outrepasser les règles déontologiques en termes de protection des personnes. Comme l'écrit B. Bouquet, la société, "*a un devoir de mémoire*" alors que l'usager "*a droit à l'oubli, il peut y avoir parfois conflit entre ces deux impératifs*".⁵¹ Il s'agira donc de recueillir l'accord du résident et de ne récolter que les informations vraiment nécessaires à son accompagnement afin de respecter sa vie privée et son intimité.

Le référent aura pour mission de contacter les différentes institutions pour rassembler les informations pouvant nous éclairer

B) L'évaluation des besoins des personnes accueillies.

La méthode que j'ai retenue est le Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP) dont le promoteur est l'UNAPEI. En effet, ce dispositif d'évaluation va bien au delà d'une méthode.

Ce référentiel⁵² a été construit par un groupe de parents et de professionnels intervenant au quotidien auprès de personnes handicapées mentales ainsi que JM Ducoudray, co-auteur de la grille AGGIR pour le secteur des personnes âgées. Des expérimentations ont été menées sur le terrain : l'évaluation des besoins de 1000 personnes a été réalisée, dans différents environnements (famille, institutions)

Le MAP implique une posture pour l'évaluateur qui se base sur le besoin d'accompagnement de la personne handicapée.

Cela me paraît très adapté pour des personnes dont les déficiences sont si importantes que le risque serait de considérer que leurs compétences sont très faibles, voire inexistantes. Ainsi la personne handicapée est replacée au centre de la réflexion, telle qu'elle est, à un moment donné.

Le MAP part de l'observation de ce que la personne fait seule dans son environnement, et non de ce que font les accompagnants. Ici la notion d'environnement est importante car il donne une relativité à ce qui va être évalué. Si l'environnement change, le comportement de la personne changera aussi.

La combinaison des variations de comportement en fonction de l'environnement permet de cerner et définir le réel besoin d'accompagnement.

⁵¹ BOUQUET B. Éthique et travail social. Dunod. 2003. Page 113

⁵² Disponible sur Internet. « <http://www.unapei.org> »

Les 36 items qui sont regroupés dans le MAP permettent d'étudier les aspects suivants:

- Relations et comportements.
- Activités domestiques et sociales.
- Aptitudes observées pour l'exercice d'activités.
- Activités mentales et corporelles.
- Pôle sensoriel.

Pour chaque item, une échelle d'accompagnement est déterminée qui permet d'établir le profil de la personne handicapée⁵³. Le MAP définit ainsi cinq groupes :

Le MAP 1 :

Les personnes nécessitent un accompagnement total et permanent, du fait de troubles important du comportement et/ou de la relation et d'une forte perte d'autonomie pour les actes de la vie domestique et sociale. Cet accompagnement est aussi indispensable pour éviter leur mise en danger ou celle d'autrui.

Le MAP 2 :

Les personnes ont besoin d'une stimulation et d'une surveillance fortes et pérennes dans les actes de la vie domestique et sociale. En effet leurs troubles du comportement et des relations induisent des difficultés pour s'adapter aux événements rencontrés dans leur environnement (géographique, humain, matériel).

Le MAP 3 :

Les personnes nécessitent un accompagnement pour les acquisitions peu sûres et nécessitant en permanence des consolidations de pratiques pour la réalisation de la vie quotidienne du fait de leur difficulté à apprécier le danger, prendre des initiatives, concevoir la notion de temps, elles demandent conseils et accompagnements réguliers pour la réalisation de toutes activités.

Le MAP 4 :

Les personnes sont capables de bonne adaptation sociale et de mesurer les dangers. Leurs besoins ponctuels d'aide et de stimulation concernent l'ensemble des activités de la vie quotidienne; cependant la perception et l'acceptation de leur handicap sont incertaines rendant leur fiabilité aléatoire.

Le MAP 5 :

Les personnes sont susceptibles d'organiser leur vie quotidienne et de gérer leurs relations avec l'environnement grâce à un accompagnement léger de soutien. Capables d'une adaptation sociale, elles ne présentent pas de risque de mise en danger. Leur handicap est perçu et accepté.

⁵³ Cf. annexe 7

Sur la durée, chaque profil évolue en suivant les progrès ou régressions.

Le MAP permet de construire les axes du projet individuel en se référant aux besoins d'accompagnement de l'utilisateur. Il permet de réajuster ce qui doit l'être grâce à la mesure régulière du besoin.

Pour utiliser cette grille d'évaluation, il est important d'y être formé. Une formation sera prévue en 2005, pour permettre aux futurs utilisateurs de maîtriser les principes du MAP et les différents modèles d'évaluation qu'il intègre.

3.3.5 Enrayer l'usure professionnelle.

L'usure professionnelle est communément appelée " burn-out ". Ce concept est issu de la culture nord-américaine et a fait son apparition en France au début des années 1980.

A l'origine, le burn-out est un terme de l'aérospatiale. Il désigne l'épuisement du carburant d'une fusée qui entraîne le sur chauffage et l'explosion du réacteur.

Christina Maslach et Susan Jackson, deux chercheurs américains, ont réalisé en 1981 une série de travaux en vue d'élaborer une définition du burn-out. Cette définition est reprise dans l'ouvrage : *De l'usure à l'identité professionnelle*⁵⁴.

La caractéristique essentielle du burn-out est la perte d'intérêt et de bienveillance pour les personnes que le professionnel est censé aider. Elles le définissent comme un syndrome relationnel composé de trois dimensions :

- *"Un sentiment d'épuisement émotionnel...c'est l'impression d'avoir tari toute son énergie, de ne plus pouvoir donner sur le plan relationnel.*
- *Une tendance à la déshumanisation de la relation : c'est la pierre de touche du burn-out, ce qui lui confère son originalité, cette expression renvoie au développement d'une représentation dépersonnalisée et négative des "clients", à une gestion froide et distante de la relation (conduites d'évitement, attribution de la responsabilité des problèmes du client au client lui-même, cynisme, représentation stéréotypée et impersonnelle des clients ;*
- *Une diminution de l'accomplissement personnel ... bref un profond sentiment d'échec par rapport à une réussite personnelle dans le travail ".*

Un instrument de mesure, le M.B.I (Maslach Burnout Inventory) décline les trois catégories en vingt-et-une 21 caractéristiques essentiellement psychologiques de l'usure.

LES CLES POUR IDENTIFIER LE BURNOUT

Les indicateurs du Maslach burnout Inventory (M.B.I) de Christina Maslach ont été adaptés pour l'éducation nationale⁵⁵.

1 / L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL ET AFFECTIF

- Je suis émotionnellement épuisé par mon travail.
- Je suis fatigué à la fin de la journée.
- Je suis fatigué quand je me lève le matin, je dois faire face à un nouveau jour.
- Travailler avec les élèves, toute la journée, me fatigue énormément. Je me sens frustré par mon travail. Je me sens au bout de mes forces.

2 / LA DÉPERSONNALISATION

- J'ai le sentiment de traiter les personnes comme si elles étaient des objets.
- Je mets une trop grande distance avec mes élèves.
- Je me tracasse car ce travail me durcit sur le plan émotionnel.
- Je ne fais pas vraiment attention à ce que les autres peuvent ressentir.
- Je ressens que les élèves me blâment de leurs problèmes que j'occulte.
- Je n'ai plus le sentiment d'avoir accompli des choses valables dans mon travail.
- Je ne parviens plus à être gai.
- Je me sens frustré dans mon travail parce que je n'ai plus les résultats d'avant.
- Je suis devenu beaucoup plus dur avec mon entourage.
- Je ne prends pas soin de ce qui peut arriver aux autres.

3/ L'ACCOMPLISSEMENT A TRAVERS LE TRAVAIL

- J'ai le sentiment que je ne peux pas influencer d'autres personnes.
- Je deviens plus dur avec mon entourage depuis que j'ai pris ce travail.
- Je sens que je travaille trop.
- Je travaille avec des personnes mais je mets trop de stress sur moi.
- Je ne peux plus créer une atmosphère détendue avec mes élèves.
- J'ai le sentiment que mon travail n'a plus de qualité.
- J'ai le sentiment de ne pas arriver au bout de ce que je veux faire.
- Je ne suis plus sûr de mes compétences professionnelles.

Cette grille me paraît adaptable au travail en internat. Elle servira d'appui à l'équipe de Direction pour rédiger un questionnaire facultatif qui sera joint à la grille d'auto-évaluation au moment de l'entretien annuel du personnel. Les différentes instances seront préalablement consultées.

⁵⁴ Pezet V, Villatte R, Logeay P. De l'usure à l'identité professionnelle. *Le burn-out des travailleurs sociaux*. Editions TSA. Page 77.

L'usure professionnelle prend sa source au sein de plusieurs mécanismes:

1. La difficulté du travail d'accompagnement. Parfois dans les équipes le découragement est contagieux, le renforcement ne peut plus venir des collègues de travail, les réunions sont inefficaces et vides de sens. Il est nécessaire pour chacun de faire évoluer l'image qu'il a de son métier. La fonction éducative doit laisser la place à la fonction d'accompagnement. Le poids du quotidien, la répétitivité, la lenteur et la rareté des progrès ont souvent raison de la motivation de jeunes diplômés. Face à ces difficultés, beaucoup perdent de vue le sens de leur travail et la conscience de leur utilité.
2. Les effets du temps qui touchent particulièrement le personnel qui avance en âge et qui doit assurer son service le soir, la nuit, pendant des amplitudes parfois élevées qui se justifient par le travail en internat.
3. Le handicap mental en particulier est repéré comme mettant en échec les différentes tentatives éducatives et pédagogiques qui devraient conduire à une amélioration. En effet le personnel qui accompagne les adultes handicapés doit faire le deuil d'une certaine forme d'action éducative, celle qui consiste à tout prix à amener le résident vers des acquisitions et des performances.

Face à ces éléments une véritable stratégie de lutte contre l'usure professionnelle doit être mise en place. Elle doit essayer de balayer tous les champs capables de revivifier les professionnels.

1. La valorisation des compétences. Les professionnels du Foyer de Vie ont un besoin important d'être reconnu comme étant les acteurs d'une mission presque impossible : accompagner les personnes handicapées qui à cause de la gravité de leurs déficiences ne peuvent aller ni au CAT, ni au Foyer Occupationnel. Il me paraît important de diffuser dans tout l'établissement les différentes actions menées par l'équipe éducative. Cela pourra se faire par le biais d'un journal qui relaterait les événements qui émaillent le service : fêtes, sorties exceptionnelles, etc. Une exposition des peintures des résidents sera organisée dans le hall de l'établissement.
2. la démarche que je vais initier vise à permettre une prise de distance vis à vis du quotidien par la participation aux différents groupes de travail.
3. L'actualisation des compétences par le biais de la formation continue. Le budget formation représente pour la totalité des établissements Louis Philibert une

⁵⁵ Source Internet : http://www.criseprof.com/content/epuisement_descripteurs_html

cotisation de 2,7% de la masse salariale (règle dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière) qui est versé à l'Association Nationale pour la Formation des Hospitaliers.

Les formations d'AMP ne sont plus suffisantes au regard de la population que nous accueillons. Cependant, vu l'investissement en temps que va représenter le travail d'auto-évaluation, et la nécessité de construire une culture commune, il me semble pertinent de sélectionner des actions de formation par groupe qui vont concerner l'ensemble du personnel. Pour l'année 2005, plusieurs journées d'études seront prévues avec l'intervention de spécialistes sur les thèmes suivants:

- L'autisme sous la forme d'un colloque qui réunira l'ensemble du personnel éducatif (coût approximatif 800 €).
 - Les maladies génétiques sous la même forme (800 €).
 - Les différents troubles psychiatriques, journée d'étude animée par le psychiatre de l'établissement.
 - Formation au Modèle d'Accompagnement personnalisé (4 groupes de 10 éducateurs, 80 € par personne, coût global 3200 €).
4. La mise en place d'une supervision. Il sera fait appel à un psychologue qui intervient sur d'autres établissements du complexe.
 5. La participation à différents colloques qui permettent une ouverture sur l'extérieur.
 6. La mobilité du personnel au sein du complexe sera favorisée, sur volontariat, en concertation avec les autres services. Le changement de poste permet une remise en jeu de ses compétences. Le contact de personnes handicapées présentant d'autres besoins qu'au Foyer de Vie diversifiera l'expérience et pourra chasser la fatigue.

3.3.6 L'écoute, l'accueil et le soutien des familles.

L'article 6 de la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie⁵⁶ stipule que :

"La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice".

⁵⁶ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel du 9 octobre 2003.

Pour s'inscrire dans une réelle bienveillance des familles je mettrai en oeuvre une politique d'accueil et d'écoute au service du maintien de liens familiaux qui existent encore pour les résidents.

La prise en compte de la souffrance des familles est le préalable à toute action dans leur direction.

Des réunions de parents bimestrielles seront organisées avec le support de thèmes qui concerneront leurs préoccupations. Ces thèmes sont ceux qui reviennent régulièrement au cours des rencontres informelles et peuvent être proposés par les parents : l'alimentation et les régimes, la sexualité, l'habillement, le processus d'autonomisation que les résidents mettent en place, la gestion de l'argent, les difficultés relationnelles, etc.

Ces réunions ont pour ambition de devenir des points d'écoute, les thèmes n'étant qu'un support pour libérer la parole et parvenir à exprimer la difficulté première qui est la souffrance d'avoir un enfant handicapé.

L'objectif est le maintien du lien du résident avec sa famille selon des modalités qui sont toutes différentes selon les cas, mais qui sont autant de réponses à des difficultés particulières.

Il est essentiel de prévenir les situations conflictuelles qui conduisent souvent, comme nous l'avons vu à des actes de violence qui compromettent précisément le maintien de ce lien familial.

Ceci viendra renforcer la possibilité pour les parents d'avoir un entretien avec un des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant la réapparition des fratries qui parfois conduisent à des traumatismes importants, il convient de mettre en place une procédure qui définisse des étapes où chacun, le résident et son frère ou sa sœur puissent réapprendre à se rencontrer.

3.4 CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.

Loin de se contenter des obligations légales, le directeur agit avec ses convictions. Sa pratique est l'expression d'une éthique personnelle.

Sur le plan institutionnel cette éthique se traduit par des choix managériaux et des actions orientées vers sa mission.

La recherche de bientraitance est une réponse stratégique au risque de maltraitance parce qu'elle se situe en amont, du côté de la recherche de la qualité de vie, et par conséquent de la prévention. Elle est une réponse au diagnostic particulier à chaque institution.

En ce qui concerne le Foyer de Vie Louis Philibert, les différents axes prioritaires d'amélioration, animés par une démarche participative seront : l'évaluation de la qualité de vie des résidents, la construction de projets individuels adéquats aux besoins des résidents, la lutte contre l'usure professionnelle, l'aide au maintien du lien familial.

Les indicateurs de réussite seront présents dans tous les domaines. Chez les résidents les signes de mieux-être seront répertoriés par les équipes : diminution des troubles somatiques et psychiatriques par exemple.

La pertinence de la démarche sera vérifiée par un questionnaire de satisfaction auprès des familles et des professionnels.

CONCLUSION

La problématique qui a présidé à l'élaboration de ce mémoire se penchait sur l'écart qui existe entre :

1. d'une part une volonté forte des pouvoirs publics et des différents acteurs du secteur médico-social de lutter contre la maltraitance des personnes handicapées accueillies en institution,
2. et d'autre part la persistance du risque de maltraitance mis en exergue notamment grâce au rapport de la commission d'enquête du Sénat paru en juin 2003.

La première partie de mon étude m'a permis de contextualiser cette question, à comprendre ce qu'est la maltraitance pour pouvoir la reconnaître. Les différentes définitions ont fait ressortir une imprécision à laquelle certaines instances ont tenté de répondre en déclinant les cas où la maltraitance est présente.

Les lois, règlements et dispositifs proposent au directeur de réels moyens d'action pour lutter contre les actes maltraitants. Mais bien souvent la maltraitance est essentiellement passive, et donc beaucoup plus floue à cerner. La réponse réclame un diagnostic précis de l'établissement, lieu de vie des personnes handicapées.

La deuxième partie a été consacrée à cet aspect. Sur le plan institutionnel une analyse de la situation a confirmé la problématique. Malgré un projet d'établissement affirmant des principes éthiques, les outils de la Loi du 2 janvier 2002 mis en place et un dispositif d'évaluation existaient, des signes de maltraitance passive au quotidien continuaient à exister.

Les principaux facteurs de risque mis en évidence par le diagnostic étaient liés :

- à la dépendance des résidents et à la combinaison des troubles psychiatriques et de l'arriération mentale
- à la méconnaissance de leurs besoins
- à l'usure professionnelle
- à la perte du lien familial

La troisième partie constituait ma réponse à la problématique. Puisque les valeurs affirmées n'étaient pas toujours mises en action cela signifiait qu'une dynamique collective devait être initiée et que les outils dont l'établissement disposait devaient être affinés et valorisés.

Pour y parvenir, j'ai décidé d'initier une démarche de changement orientée vers une amélioration qui tenait compte des atouts existant.

L'adhésion à la démarche de changement a été recherchée par la valorisation de la place de chaque professionnel, par la recherche de sa participation.

Pour réduire l'écart entre le dire et le faire, j'ai proposé une réappropriation du projet d'établissement par le personnel.

Sur le plan méthodologique, j'ai piloté l'action en instituant un Comité de veille sur la bientraitance chargé de veiller à sa mise en application.

Les instruments de l'évaluation ont largement été utilisés dans mon plan d'action. Soutenus par des principes éthiques et déontologiques, ils constituent actuellement une démarche qui permette de mesurer la qualité des prestations que nous offrons aux usagers avec rigueur et objectivité.

Les différents axes de mon action se sont dégagés naturellement du diagnostic :

- Évaluer la qualité des conditions de vie des usagers et en dégager des axes prioritaires d'amélioration.
- Construire des projets individuels qui correspondent aux besoins des résidents.
- Enrayer l'usure professionnelle.
- Aider au maintien du lien familial.

J'ai choisi d'aborder cette problématique par la promotion de la bientraitance parce que je considère qu'elle réduit l'espace dans lequel la maltraitance peut s'installer :

- Parce qu'elle est une recherche des meilleure qualité d'accueil possible.
- Parce qu'elle instaure une dynamique collective.
- Parce qu'elle mobilise les ressources de l'institution pour faire apparaître ses carences en vue de les corriger.

Une mobilisation humaine et professionnelle importante m'a paru être essentielle, parce qu'en se mettant en chemin, la collectivité institutionnelle partira en quête du sens de sa mission et la reprendra à son propre compte.

Le deuxième niveau de la démarche que j'ai voulu initier est faire rentrer l'évaluation dans la culture du Foyer de Vie.

L'approche qualitative de la recherche de bientraitance a préparé le terrain à une démarche plus globale, une démarche qualité dans le but d'améliorer de façon continue les prestations servies aux usagers : les résidents et leurs familles.

C'est parce que ces personnes ne sont pas en mesure de créer elles-mêmes et de maintenir les conditions de leur bien-être, que les professionnels doivent se mobiliser pour les leur assurer.

Il est essentiel que la société française prenne conscience de cet état de fait. Le système social, et les organisations qui en découlent sont faits pour correspondre aux besoins du plus grand nombre. Mais les personnes handicapées ont des besoins différents à cause de leur singularité. Elles ont le droit d'être bien traitées, comme tout usager, tout citoyen, tout être humain. Elles ont le droit de vivre dans des lieux adaptés, qui compensent les conséquences de leur handicap

Faire de cette mission une priorité de notre action, relève d'un choix éthique parce qu'il concerne notre système de valeurs : la place des plus vulnérables au sein de notre société.

Bibliographie

OUVRAGES :

BAUDURET JF et JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Editions Dunod. 2002

BOUQUET B. *Éthique et travail social ; une recherche de sens*. Éditions Dunod. 2003

CHARLEUX F et GUAQUERE D. *Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre*. Editions ESF. 2003

DUCALET P ET LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Éditions Seli Arslan. 2001

LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Editions Dunod. 2^e édition. 2003

MIRAMON JM. *Manager le changement dans l'action sociale*. Editions ENSP. 2001

MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB. *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Editions ENSP. 2002

MORVAN JS. *Représentations des situations de handicap et d'inadaptations*. CTNERHI. Diffusion PUF. 1998

ZRIBI. G, POUPEE-FONTAINE D. *Dictionnaire du handicap*. Éditions ENSP. 2000

ARTICLES :

CAUQUIL G. Dix années d'évaluation structurante des politiques sociales et du travail social. *Les cahiers de l'Actif : spécial évaluation en travail social*. N° 298-291. Mai-août 2000.

Évaluation du besoin d'accompagnement de la personne handicapée mentale. *Handicaps et références. Les cahiers de l'UNAPEI*

FOUCHARD JL. De la motivation à l'érosion; l'usure professionnelle. *Les cahiers de l'actif*. N° 296/297. Mars-avril 2000

GROS F. Approcher la maltraitance. *Santé mentale* n°77. Avril 2003.

LE BRIS M. Éthique et travail social, un code n'épargnerait pas une réflexion sur la déontologie. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. N° 2365. 25 juin 2004.

LEVY-LEBOYER C. le cœur à l'ouvrage. *Science humaines* N° 97 bis. Août-septembre 1999.

PLANTET J. Mieux s'occuper de nos vieux *Lien social* n°702. 25 mars 2004.

Prévenir la maltraitance *Les ateliers des Défis*. Juin 2004. (document de formation)

SNAPEI. Les inspections dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Le Mensuel* n°18. Avril 2003.

VIDAL JC. Bienveillance : le virage du réalisme ! *Décideurs*. N° 41. septembre 2001

TEXTES : LOIS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES :

Loi 200-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Circulaire DGAS/SD2: 2002/280 du 3 mai 2003 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

Circulaire DGAS-SD2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

Circulaire n° 2001-306 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelle dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne proclamée lors du Conseil Européen de Nice le 7 décembre 2000. Éditeur : Office des publications officielles des communautés européennes.

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS :

Démarche qualité- Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Guide méthodologique DGAS. Mars 2004.

Infodas. Le financement des établissements et services sous compétence de l'état. Résultats synthétiques 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Sous-Direction des Institutions, des Affaires Juridiques et Financière. Bureau Budgets et Finances. 2000.

La maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux : lutte, prévention et repérage : le point de vue du contrôle administratif. DRASS du Centre. Novembre 2002.

Livre blanc de l'UNAPEI Maltraitements des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : Prévenir, repérer, agir. juillet 2000.

Les institutions sociales et médico-sociales face à la maltraitance : l'émergence de l'usager comme référence institutionnelle. DRASS du Centre. 14 mai 2003.

Note.DGAS/5B n0200/-96 du 03/03/2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. DGAS. Février 2004.

Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus. Editions du Conseil de l'Europe. 2002.

Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002. Sénat session 2002-2003. N°339

DECLARATIONS :

Résolution 3447 adoptée par l'assemblée Générale des Nations Unies du 9 décembre 1975 : Déclaration des droits des personnes handicapées.

MEMOIRES :

Beignon Tsegaye S. Prévenir la maltraitance institutionnelle : Du rôle des services déconcentrés des Affaires Sanitaires et Sociales." Mémoire ENSP. Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. 2002.

Dubois G. "La gestion du risque maltraitant pour les personnes âgées en institution." Mémoire ENSP. Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. 2002.

Garcia S. " La bientraitance des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution." Mémoire ENSP. Directeur d'établissement sanitaire et social public. 2002.

Rickwaërt C. "Initier une dynamique de projet : stratégie pour requalifier l'accompagnement en Foyer de Vie." Mémoire ENSP. CAFDES 2003.

DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES CONSULTÉS :

ARGOUD JJ. " La bientraitance" Disponible sur internet « <http://www.levavasseur.org> »

COMMISSION D'ENQUETE DU SENAT. MALTRAITEMENT ENVERS LES PERSONNES HANDICAPEES : briser la loi du silence. Rapport 339. Tome I et II. Disponible sur internet « <http://www.senat.fr> »

CONGRES EUROPEEN DES PERSONNES HANDICAPEES. Déclaration de Madrid. Mars 2002. Disponible sur internet « <http://www.madriddeclaration.org> »

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Statistiques sur la maltraitance dans les structures sociales et médico-sociales. Disponible sur internet* « <http://www.social.gouv.fr> »

EDUCATION NATIONALE : *Épuisement : descripteurs. Clés pour identifier le burnout.* Disponible sur internet <http://criseprof.com>

EPSOS. *Épuisement professionnel. Usure, burn out, stress, dépression...* Disponible sur Internet "<http://assoc.wanadoo.fr/creai.lorraine/Textes/48epuisement.htm>"

ASSEMBLÉE NATIONALE *Projet de loi pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées"* Disponible sur internet : « <http://www.handicap.gouv.fr> »

RESEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Disponible sur internet « <http://www.refips.org> »

Liste des annexes

Annexe 1 : répartition géographique de la capacité d'accueil des personnes handicapées par types de structures

Annexe 2 : grille d'évaluation du personnel

Annexe 3 : représentation graphique des données concernant l'étude de population

Annexe 4 : typologie des handicaps et troubles mentaux rencontrés au Foyer de Vie Louis Philibert

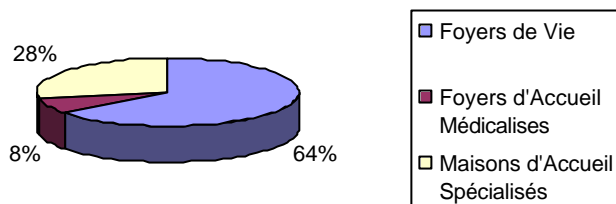
Annexe 5 : représentation graphique des données concernant le personnel

Annexe 6 : Exemples de grilles d'auto-évaluation de la qualité de vie des personnes accueillies

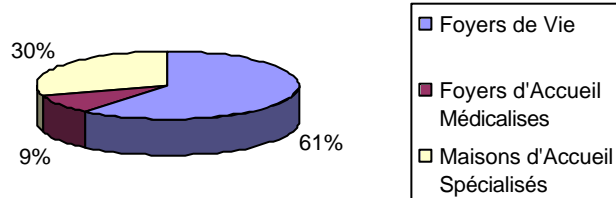
Annexe 7 : Modèle d'accompagnement Personnalisé

ANNEXE 1 : répartition géographique de la capacité d'accueil des adultes handicapés par type de structures

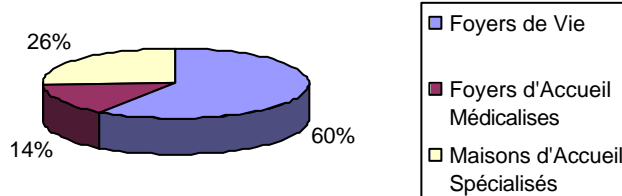
Répartition des places au plan départemental



Répartition des places au plan régional



Répartition des places au plan national



ANNEXE 2 : grille d'évaluation du personnel

NOM :

Prénom :

Date d'entrée dans les services :

Ancienneté dans le poste :

Date de l'entretien :

	Insuffisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Observations Recherche solutions
<p>QUALITÉS PROFESSIONNELLES</p> <p>Connaissances</p> <p>Organisation</p> <p>Respect des procédures</p> <p>Comportement avec les résidents</p> <p>OBJECTIFS</p> <p>INTÉRÊT AU TRAVAIL</p> <p>Activité</p> <p>Esprit d'initiative</p> <p>Volonté d'adaptation et de polyvalence</p> <p>Disponibilité</p> <p>Sens du service public</p> <p>OBJECTIFS</p> <p>ESPRIT D'ÉQUIPE</p> <p>Intégration au groupe de travail</p> <p>Relations-communication au delà du groupe de travail</p> <p>OBJECTIFS</p> <p>ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE</p>				

ADAPTATION AU POSTE DE TRAVAIL

Objectifs de l'année à venir :

- Formation
- Aménagement du temps de travail
- Mobilité professionnelle

CONCLUSION

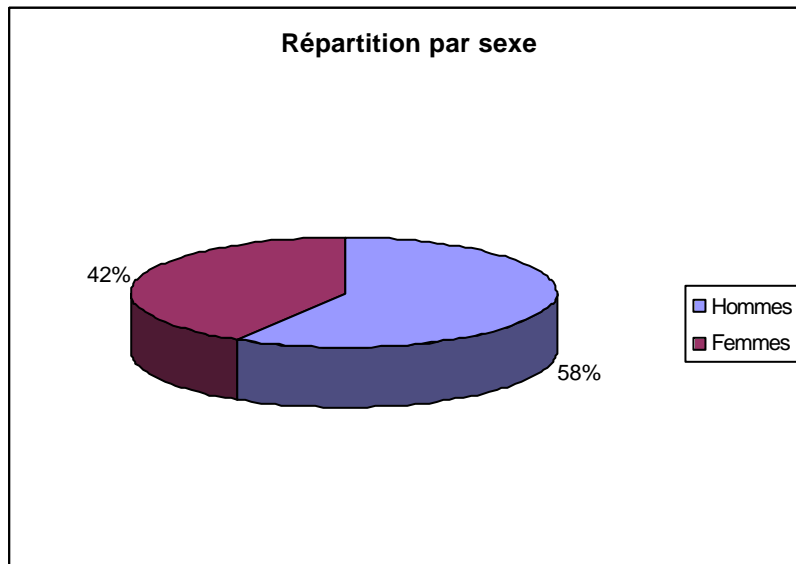
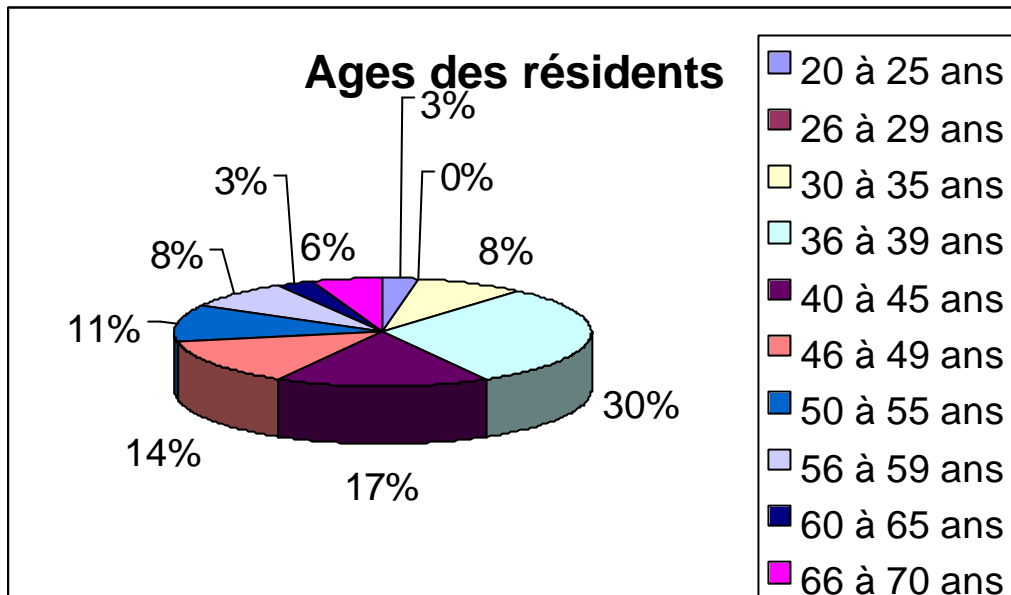
Commentaire de l'évaluateur :

Commentaire de l'évalué

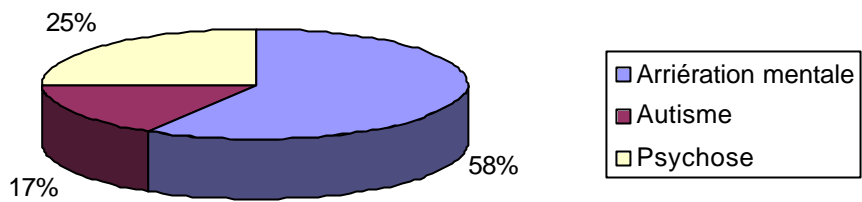
Signature
(évaluateur)

Signature
(évalué)

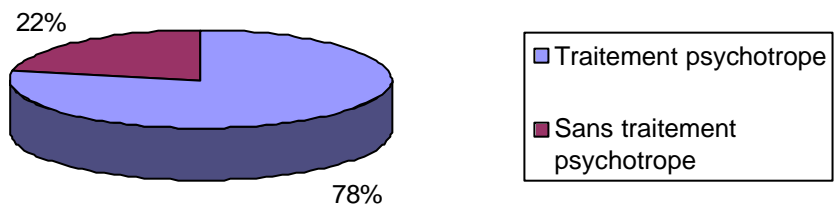
ANNEXE 3 : représentation graphique des données concernant l'étude de population



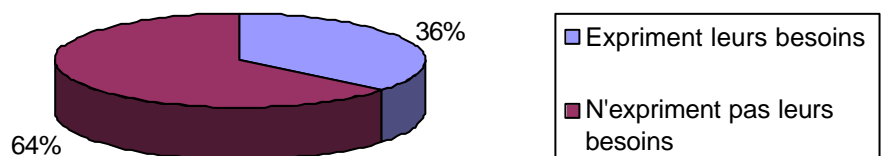
Pathologies mentales



Résidents sous traitement psychotrope



Capacité d'expression des besoins fondamentaux



<p>ANNEXE 4 : typologie des handicaps et troubles mentaux rencontrés au Foyer de Vie Louis Philibert</p>
--

- **La déficience intellectuelle :**

Cette insuffisance du développement des capacités intellectuelles entraîne des carences sur le plan des différents apprentissages (mémoire, compréhension), des savoir-faire et de la communication (langage).

Cette déficience n'est pas homogène et peut concerner certains domaines et non d'autres. Par exemple, une personne qui ne sait pas lire peut savoir coudre ou avoir des capacités de création artistique comme la musique ou la peinture.

Plusieurs facteurs peuvent être repérés dans les causes. Lorsqu'on sait qu'à l'origine il y a un trouble organique, neurologique ou génétique, le diagnostic est aisé. Mais on trouve souvent à l'origine un abandon ou un manque de stimulation durable de l'environnement. Des hospitalisations longues et répétées ont souvent les mêmes conséquences sur le développement de l'enfant. Enfin, la déficience mentale peut n'être que la conséquence d'une pathologie plus importante de l'ordre de la psychose ou de l'autisme.

La déficience intellectuelle a fait l'objet d'une classification sur la base du quotient intellectuel (Q.I) ce test élaboré par Alfred Binet en 1905 avait été initialement prévu pour mieux identifier les enfants qui ne pouvaient suivre une scolarité devenue obligatoire. En ce qui concerne les adultes, le Q.I est encore utilisé par les médecins de la COTOREP et contribuent à classer les personnes dans les différentes catégories. Mais comme nous l'avons vu précédemment il est de plus en plus relativisé par les paramètres environnementaux.

Les principaux signes qui caractérisent la déficience intellectuelle :

1. une difficulté à mémoriser et élaborer une pensée,
2. un attrait pour l'immédiat et une difficulté à envisager un futur,
3. une difficulté à tirer des enseignements de l'expérience sauf dans le cadre d'un conditionnement,
4. des troubles du langage,
5. une immaturité affective et une grande émotivité.

- **L'autisme :**

La Loi Chossy en 1996 a fait basculer l'autisme vers le champ du handicap. Ce faisant elle officialisait que les personnes autistes ne relevaient pas du champ sanitaire mais bien du champ médico-social. En effet, nombre d'autistes étaient hébergées en institution sociale et médico-sociale, que ce soit dans les Instituts-Médico-Educatifs ou les Foyers de Vie. Même si avec les Plans Régionaux pour l'Autisme (PRA) le territoire français commence à s'équiper en établissements spécialisés, nombre d'adultes autistes demeurent encore dans leur établissement d'origine.

L'autisme se manifeste par une perturbation ou une perte de contact avec l'environnement. Il a été décrit pour la première fois par Léo Kanner en 1943 à propos d'enfants.

L'origine de l'autisme a fait l'objet de débats passionnés qui n'ont pas toujours tenu compte de la souffrance des familles. De nombreuses hypothèses ont été avancées sans qu'on ne puisse connaître la clé de l'origine de l'autisme. Actuellement on évoque l'idée de facteurs conjugués : génétique, neurologique, héréditaire, psychologique et relationnel

Les principaux signes qui caractérisent l'autisme :

1. un état d'isolement, de repli de la personne, avec une apparente indifférence,
2. une instabilité dans le contact avec autrui (accès de violence),
3. une intolérance au changement au niveau de l'environnement,
4. une absence de communication verbale et non verbale,
5. des mouvements stéréotypés parfois avec l'utilisation d'objets,
6. des troubles de l'alimentation, du sommeil.

- **Les psychoses**

Aujourd'hui ce terme correspond aux maladies mentales ne s'accompagnant pas de lésions cérébrales évidentes mais plutôt d'une modification de la perception des faits quotidiens.

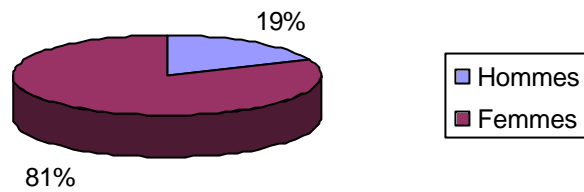
La paraphrénie, la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive font partie de la famille des psychoses.

1. La paraphrénie est une psychose qui se caractérise par un délire imaginatif chronique. Le délire peut se définir comme le fait de capter les perceptions provenant de l'extérieur anormalement, en désordre, en percevant les choses telles qu'elles ne sont pas dans la réalité. Ce délire s'organise toujours autour du même thème (persécution, mysticisme, mélancolie, etc....)

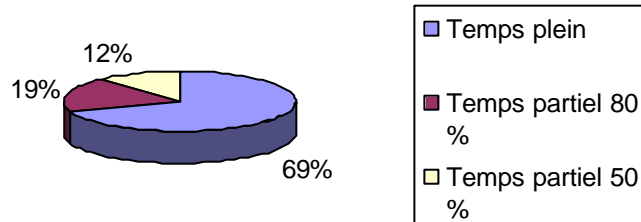
2. La paranoïa se caractérise par un délire systématisé qui implique une surestimation du Moi, des erreurs de jugement liées à un raisonnement logique sur des bases fausses, une rigidité psychique, un dogmatisme et une méfiance allant jusqu'au délire de persécution.
3. La schizophrénie touche le plus souvent l'adolescent et l'adulte avant 40 ans. Elle se caractérise par des hallucinations visuelles et auditives, un délire, une désorganisation de la pensée et du comportement, une catatonie (inertie dans la pensée et dans l'action). Des études auraient montré une composante génétique importante. Des composantes neurologiques et psychoaffectives seraient également en cause.
4. La psychose maniaco-dépressive se caractérise par des accès d'excitation mentale (appelées manies) qui alternent avec des accès de dépression. Il existe aussi ici une prédisposition génétique

ANNEXE 5 : représentation graphique des données concernant le personnel

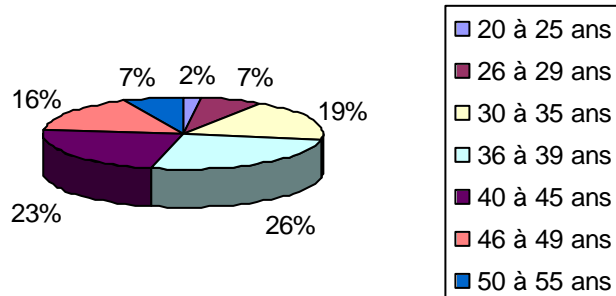
Répartition par sexe

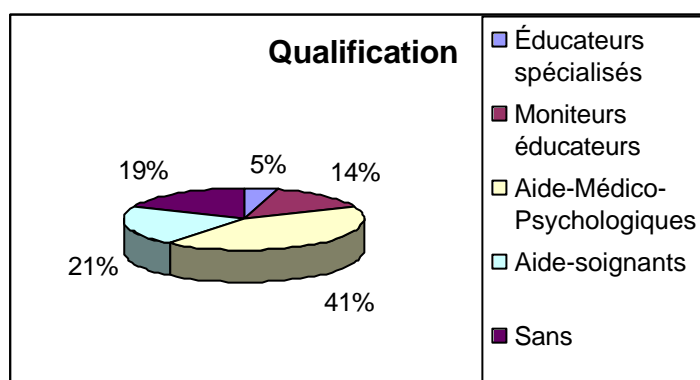
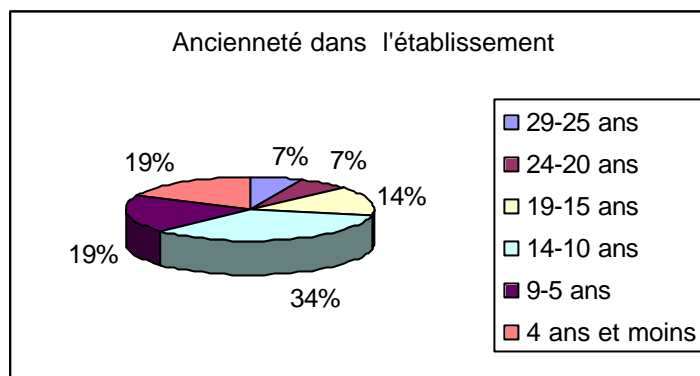


Quotité du temps de temps de travail



Répartition des âges





ANNEXE 6 : exemples de grilles d'auto-évaluation de la qualité de vie
Des personnes accueillies

DOMAINE : vie quotidienne

CRITÈRE	SATISFAISANT	A AMÉLIORER	A MODIFIER
Environnement des repas			
INDICATEUR 1 Présence des éducateurs à table			
INDICATEUR 2 Respect du rythme de chacun			
INDICATEUR 3 Choix de sa place			
INDICATEUR 4 Bruit			
INDICATEUR 5 Possibilité de s'isoler en cas de besoin			

DOMAINE : Santé

CRITÈRE	SATISFAISANT	A AMÉLIORER	A MODIFIER
Soulagement de la douleur			
INDICATEUR 1 Détection chez les résidents mutiques			
INDICATEUR 2 Écoute des plaintes			
INDICATEUR 3 Rapidité de l'intervention			
INDICATEUR 4 Suivi de l'évolution			

DOMAINE: Hôtellerie

CRITÈRE			
Qualité des repas	FATISFAISANT	A AMÉLOIRER	A MODIFIER
INDICATEUR 1 Présentation des plats			
INDICATEUR 2 Qualités gustatives			
INDICATEUR 3 Diversité, équilibre			
INDICATEUR 4 Quantités			
INDICATEUR 5 Adaptation aux cas particuliers : Régimes, hachés, mixés			
INDICATEUR 6 Possibilité de choix			

DOMAINE : Administratif

CRITÈRE			
Communication téléphonique	SATISFAISANT	A AMÉLIORER	A MODIFIER
INDICATEUR 1 Climat relationnel instauré par Celui qui reçoit l'appel (standardiste, secrétaire, éducateur)			
INDICATEUR 2 Transmission des messages aux résidents			
INDICATEUR 3 Appel des résidents à leur famille à la demande			
INDICATEUR 4 Confidentialité			

ANNEXE 7 : Modèle d'Accompagnement Personnalisé

Relations et comportements		A	B	C
R1	Communication décodée			
R2	Sociabilité			
R3	Comportement psycho-affectif			
R4	Conscience de soi			
R5	Rapport au danger			
R6	Conventions sociales			
R7	Sexualité			
R8	Rapport à la nourriture			
R9	Agressivité			
Activités Domestiques et sociales (AGGIR)		A	B	C
D1	Gestion			
D2	Cuisine			
D3	Ménage			
D4	Transport			
D5	Achats			
D6	Suivi de la santé			
D7	Activité de loisir			

Aptitudes observées dans l'exercice d'activités		A	B	C
E1	Constance, continuité			
E2	Suivi des procédures			
E3	Exécution			
E4	Anticipation, initiative			
E5	Réalisation qualitative			
E6	Utilisation d'objets			
E7	Adaptation, formation			
Activités mentales et corporelles (AGGIR)		A	B	C
C1	Cohérence			
C2	Orientation			
C3	Toilette			
C4	Habillage			
C5	Alimentation			
C6	Élimination			
C7	Transferts			
C8	Déplacement intérieur			
C9	Déplacement extérieur			
C10	Communication à distance			
Pôle sensoriel		A	B	C
C1	Voir			

C2	Entendre			
C3	Parler			