



**RÉORGANISER UN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ POUR
AJUSTER LES PRESTATIONS DE SERVICE À LA
MODIFICATION DES BESOINS DES USAGERS**

SEBBAG Christine

2009

cafdes



Sommaire

Sommaire	1
Liste des sigles utilisés	1
Introduction	1
1 La modification des besoins des usagers met en évidence les limites de l'offre de service du FAM de Constancie.	3
1.1 Être adulte en situation de handicap mental ou psychique, très dépendant d'une tierce personne et pour autant porté par sa propre dynamique de projet.	3
1.1.1 Les résidents du FAM de Constancie : des personnes particulières.....	3
1.1.2 L'évolution des mentalités vis-à-vis de la notion de Handicap.	4
1.1.3 Être « adulte » en situation de handicap mental et psychique générant une dépendance importante vis-à-vis d'un tiers.	6
1.2 L'accompagnement d'adultes en situation de handicap : des généralités du secteur aux particularismes institutionnels.	8
1.2.1 Le cadre législatif et réglementaire en lien avec l'accompagnement des personnes handicapées.	8
1.2.2 Le contexte régional, départemental et local.	11
1.2.3 Pourquoi un FAM APAJH à Lacaune ?.....	13
1.3 L'offre de service du Foyer d'Accueil Médicalisé de Constancie : des atouts en perpétuel réajustement.	16
1.3.1 Le contexte architectural et organisationnel au service des usagers du FAM de Constancie.	16
1.3.2 Les prestations de service actuellement développées sur le FAM.....	19
1.3.3 Les besoins nouveaux ou émergents.	21
2 L'offre de services : une évolution prioritaire.	25
2.1 L'évolution des besoins des usagers met à mal l'efficience de l'organisation du FAM.	25
2.1.1 L'augmentation des troubles somatiques accroît la dépendance des usagers....	25
2.1.2 Le difficile accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement au FAM :.....	29

2.1.3	Analyse d'un contexte organisationnel défaillant.....	31
2.2	Le projet comme leitmotiv de pilotage de la qualité du service rendu.....	34
2.2.1	Fondements du concept de projet.....	34
2.2.2	Le projet d'établissement comme ancrage du management institutionnel.....	36
2.2.3	Le projet individualisé (PI) à déclinaisons multiples.....	39
2.3	La lutte contre l'épuisement professionnel : un enjeu majeur pour préserver un accompagnement de qualité.....	41
2.3.1	Les risques psychosociaux.....	41
2.3.2	Les risques d'usure professionnelle dans l'accompagnement des personnes en grande dépendance.....	44
2.3.3	Qu'en est-il au FAM de Constance ?.....	46
3	Le FAM de Constance ajuste ses prestations de service aux besoins des usagers en se réorganisant.....	50
3.1	Créer un cadre institutionnel au service du projet d'établissement.....	51
3.1.1	Transformer le cadre structurel existant.....	52
3.1.2	Créer un cycle de travail professionnel récurrent, rythmé et porteur de sens.....	54
3.1.3	Assurer le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.....	58
3.2	Soutenir la politique de gestion des ressources humaines.....	61
3.2.1	Valoriser les savoir-faire c'est lutter contre l'épuisement professionnel.....	61
3.2.2	Recruter.....	63
3.2.3	Accueillir puis intégrer les nouveaux salariés.....	66
3.3	Garantir une offre de service étayée et personnalisée.....	68
3.3.1	Écrire un projet de thérapeutique et de soins pour les personnes en perte d'autonomie.....	68
3.3.2	Préserver l'équilibre institutionnel indispensable au bien-être des usagers.....	71
3.3.3	Clarifier la gestion des soins dans l'établissement et avec les partenaires du FAM.....	75
	Conclusion.....	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapée

AMP : Aide-Médico-Psychologique

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APAJH : Association Pour Adulte et Jeunes Handicapés

AT 81 : Association Tutélaire des Majeurs Protégés du Tarn

CAE : Contrat d'Aide à l'Emploi

CDA : Commission des Droits à l'Autonomie

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail

CIF : Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

ETP : Équivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FOT : Foyer Occupationnel Thérapeutique

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

IME : Institut Médico-Éducatif

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PI : Projet Individualisé

PPC : Plan Personnalisé de Compensation

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

TED : Troubles Envahissants du Développement

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UJAAD : Unité Jeunes Adultes Autistes Déficitaires

Introduction

Le Complexe de Constancie est localisé dans un village de moyenne montagne à Lacaune dans le Tarn. Il est déterminant de souligner que cette bourgade, de 3100 habitants, est très isolée de toute infrastructure urbaine dans la mesure où il faut parcourir entre 50 et 75 kms pour atteindre la ville la plus proche. Il est géré par la Fédération des APAJH et est composé de deux établissements¹ : un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), de 35 lits, situé sur le domaine de Constancie et un Foyer Occupationnel Thérapeutique (FOT) de 22 places dont 12 sont localisées sur le domaine et 10 au sein d'un quartier résidentiel du village d'implantation. Même si les projets de l'un ou de l'autre des établissements s'entrecroisent, nous nous intéresserons plus particulièrement au FAM.

Le FAM accueille des adultes en situation de handicap mental et/ou psychique générant une dépendance très lourde vis-à-vis d'un tiers. C'est vers ce particularisme d'accueil que l'établissement s'est orienté, au fil des ans. Cet état de fait a permis de construire une offre de services adaptée, et évolutive avec le temps, en adéquation avec les nécessités de cette population. Il est très difficile d'accompagner des sujets dont l'autonomie est très limitée, avec un langage souvent absent ou quasi inexistant, et manifestant d'importants troubles du comportement. Les projets d'établissement et individualisés, des personnes accueillies dans cet internat, intègrent prioritairement la dimension de protection et de sécurité dont elles ont besoin tout en préservant leur qualité de vie.

Travailler auprès d'adultes lourdement handicapés demande à chaque professionnel d'aménager constamment l'espace de la possible rencontre, d'inventer des médiations et des dispositifs d'aide, et pour finir d'organiser le temps et l'espace. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit l'importance de fournir « une prise en charge de qualité, ouverte et individualisée, favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptée à son âge et à ses besoins, dans le respect de son libre choix, de son consentement et de la confidentialité ». Ceci a confirmé le souhait de réellement construire, pour et avec l'utilisateur, un accompagnement individualisé de qualité, mais a aussi fait émerger la nécessité de mettre en contraste la réalité de cette intention à l'évaluation. C'est ainsi que, très rapidement, le complexe a rendu opérationnel l'ensemble des outils exigés.

¹ Annexe 1 : arrêté portant habilitation au foyer à double tarification du complexe de Constancie à Lacaune 1996 et l'arrêté conjoint portant autorisation d'extension de capacité du foyer d'accueil médicalisé le 27 novembre 2007.

Cependant, à l'heure actuelle, les équipes d'accompagnement éducatif sont confrontées à des questions majeures, telles que, comment gérer :

- L'augmentation de la dépendance des résidants ?
- L'aggravation des troubles du comportement ?
- L'extension prévue pour l'année 2011 en direction de 10 individus atteints d'autisme ?

Le projet d'établissement est à reconsidérer et à étayer au regard de la modification des besoins des résidants présents et futurs. De plus, les options managériales défendues depuis la création du FAM en 1996 sont aujourd'hui obsolètes. Pour finir, l'organisation devient de plus en plus inappropriée.

Cette problématique, de l'émergence de besoins nouveaux pour les usagers, implique donc des réponses nouvelles de la part du FAM. C'est autour de ce thème que j'ai construit ce mémoire.

Dans un premier temps, je préciserai que l'environnement réglementaire, notamment en raison de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées, a précipité le secteur du médico-social vers de profondes mutations. Le FAM s'est dans un premier temps remis en question, dans un second temps s'est adapté et pour finir a clarifié son offre de service. Cependant, et au regard du décret du 20 mars 2009, posant certaines obligations aux FAM, et en corrélation avec l'évolution des besoins de certains usagers plusieurs limites ont pu être mises en exergues, notamment la continuité de l'accompagnement dans le temps.

Dans un second temps, j'analyserai comment l'offre de service doit intégrer les mutations inhérentes à l'évolution des résidants dans le souci d'un management par projet et au regard des tenants et aboutissants institutionnels.

J'ai choisi d'élaborer la troisième partie du mémoire de manière très pragmatique. Mon objectif a été dès le départ de répondre à la problématique énoncée et construire un support technique déterminant mes orientations de travail pour l'année 2010 et donner de l'envergure à mon projet de direction au service des usagers.

1 La modification des besoins des usagers met en évidence les limites de l'offre de service du FAM de Constancie.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de Constancie a développé depuis 13 ans en accord avec les politiques publiques une offre de services adaptée aux adultes en situation de handicap mental ou psychique. Je définirai donc progressivement l'aspect contextuel d'un adulte en situation de handicap mental ou psychique très dépendant (1.1), comment s'est construit, avec le temps, l'accompagnement de ces personnes (1.2) et quelle est l'offre de service au FAM.

1.1 Être adulte en situation de handicap mental ou psychique, très dépendant d'une tierce personne et pour autant porté par sa propre dynamique de projet.

Depuis 1996, les établissements du Complexe de Constancie, dont je suis la directrice depuis novembre 2008, accueillent des adultes en situation de handicap sévère. Je vous propose dans un premier temps de partir à la rencontre de quelques usagers du FAM de Constancie (1.1.1), puis de définir plus précisément l'évolution de la notion de handicap (1.1.2) et pour finir de préciser ce qu'est être « adulte » en situation de handicap mental et psychique et générant une dépendance importante vis-à-vis d'un tiers (1.1.3).

1.1.1 Les résidents du FAM de Constancie : des personnes particulières.

Le FAM de Constancie est composé de cinq unités de vie. Chacune d'entre elles accueille sept personnes. La première des sensations en entrant dans le FAM, c'est un sentiment d'immuabilité : effectivement, chaque objet est à sa place et chaque résident s'est approprié un territoire dans l'espace. Le personnel d'accompagnement nous transmet rapidement la consigne de ne rien modifier à l'environnement au risque de leur provoquer des réactions très impressionnantes mêlant cris et passages à l'acte violent. Effectivement, certains peuvent détruire le matériel, faire preuve d'auto-agressivité ou d'hétéroagressivité puisque leur hypersélectivité ne leur permet pas d'envisager l'environnement dans sa dimension globale mais sur le versant détails ; lorsque le détail change, le monde change.

Pauline, dans le coin à droite, se balance d'avant en arrière puis de droite à gauche en scrutant l'horizon ou en s'hypnotisant avec un mouvement répétitif des doigts. Puis, à table, Maurine fait et refait inlassablement un collier de perles, pendant que Paul sur une chaise limitrophe fait des vagues avec ses bras devant ses yeux en poussant des cris stridents. Pour autant personne n'a l'air de l'entendre. Sur le canapé, face à la télévision allumée, Patric, non-voyant, attentif au moindre bruit, agrippe tout visiteur qui passe près

de lui, le salue en le respirant très fort, sourit si l'identification est faite ou crie si la personne reste inconnue. Attention, retournez-vous rapidement, car vous devez éviter Frédéric qui dans sa course, sur son lieu de vie, arrive sur vous comme si vous étiez invisible. Mais après vous avoir dépassé, il fait demi-tour, saisit votre poignet puis avance votre main vers la cafetière afin qu'elle lui serve un café. Du coup Nadia vous interpelle en vous demandant plusieurs fois d'affilée « à boire » ou « on va manger ? » sans attendre une réponse. Pour finir, Alfred, collé au mur entre la table et le radiateur, vous épie sans tourner la tête, tout en continuant à jouer avec son lacet.

Actuellement et au regard des indicateurs médico-sociaux de l'établissement, le FAM compte 35 adultes en internat, tous en situation de handicap psychique et mental, profond et sévère. Ces problématiques s'accompagnent souvent d'un ou plusieurs troubles associés divers tels : l'épilepsie pour dix-neuf personnes, de troubles envahissants du développement de type autistique pour treize, de pathologies d'origine génétique (ex. : trisomie) pour sept et de syndromes congénitaux pour cinq autres.

Autant de situations sont existantes dans l'établissement. Autant de contraintes sont à prendre en compte dans l'accompagnement personnalisé qui est dû à chaque résident.

1.1.2 L'évolution des mentalités vis-à-vis de la notion de Handicap.

Sur le plan humain, concevoir le handicap reste quasi impossible. Pour tout un chacun, « le handicap constitue un événement qui vient donner corps à quelque chose d'impensable, de l'ordre de l'horreur »². Il est donc opportun de clarifier l'origine du mot « handicap » (A). De décrypter l'évolution de la pensée collective concernant le « handicap » (B) et de poser l'aboutissement qu'est la notion politique de « personne en situation de handicap » (C).

A) L'origine du mot « handicap » :

Le « handicap » est un mot d'origine anglaise qui signifie « la main dans le chapeau » (Hand in cap). La première signification renvoie à une égalité des chances vis-à-vis de la possibilité de gagner pendant des courses de chevaux. Le handicapier pénalise l'animal le plus rapide, celui qui est hors-norme, en lui attribuant un poids ou une longueur supplémentaire. Ceci permet au moins performant d'avoir la même chance de remporter l'épreuve que le meilleur. Mais en passant du sport au médico-social, la charge complémentaire a été vue dans l'infirmité, l'invalidité et la déficience. Le mot handicap désigne une infériorité et non plus une supériorité. Et pourtant, en changeant de vocable, la société a cherché à éviter des expressions, à connotation fortement négative et

² ZRIBI G., CHAPPELLIER J-L. *Penser le handicap mental* Rennes ENSP, 2006, p14 : Peut-on penser le handicap mental ? Simone KORFF-SAUSSE.

discriminante comme paralytique, mutilée, débile, idiot, en bref des personnes anormales, infirmes ou invalides.

B) L'évolution des « pensées » :

Le sens commun a vu évoluer sa vision du handicap vis-à-vis de deux notions : la santé et la différence.

De prime abord, l'inconscient social tend à considérer qu'être handicapé c'est être en mauvaise santé. Et la normalité, dans le sens commun, c'est être en « bonne santé ». Normalement, on voit, on marche, on entend... Les modèles biologiques du XXe siècle s'attachaient de manière presque exclusive au traitement des manifestations organiques. Mais être « handicapé » c'est aussi être différent ou anormal. Le handicap est « un écart trop important par rapport à la moyenne du groupe..., car il se répercute sur les acquisitions scolaires, professionnelles et sociales, toujours organisées selon certaines normes de développement »³. Les théoriciens du social et du médico-social ont longtemps pensé le « handicap » en terme de désavantage par rapport à cette norme. D'ailleurs en 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition du handicap : « *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise* ».

Puis les modèles qui permettent de définir la santé évoluent au même titre que ceux qui précisent la notion de handicap. L'individu est envisagé dans l'entière complexité : médicale ou organique mais aussi psychologique et sociale. La frontière entre ces visions s'agrège au point de ne plus faire qu'un. La France a ainsi pris le parti de s'appuyer sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF-OMS, 2001) qui elle-même s'inspire des critères de l'OMS qui vise à décrire le procès humain dans les trois registres du corps, des activités et de la coopération sociale. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, de la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne une définition du handicap dans l'article 2 : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison de son altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble invalidant* ». Depuis, les perspectives individuelles définissent autant que les aspects sociaux la détermination du handicap, car la définition intègre les facteurs

³ Grand dictionnaire de la psychologie, édition Larousse, 1992.

contextuels et environnementaux dans l'apparition, la réduction ou l'aggravation des symptômes.

C) La notion de « personnes en situation de handicap » :

Cette approche du handicap permet de prendre en compte la globalité de l'individu. Effectivement, on ne perçoit pas uniquement la cause mais les conséquences et le produit de l'inadaptation de la société. On considère donc que le handicap n'est pas qu'intrinsèque à une personne mais que l'environnement, ne s'étant pas adapté à ses besoins, la rend handicapée. De fait, tout ce qui permet la vie d'une personne : son lieu de vie, son quartier et sa ville sont autant d'éléments constitutifs du handicap. C'est en cela que l'on parle aujourd'hui de « personne en situation de handicap ». Cette approche positiviste est beaucoup plus pragmatique qu'auparavant. Elle met l'accent sur le fonctionnement individuel des personnes. Elle sous-tend les orientations des politiques publiques qui ont fait le choix de développer la compensation et invite les professionnels à s'intéresser aux potentiels des individus et non aux déficits. Il est donc plus opportun de travailler avec la notion de « personne en situation de handicap ». Car, quelque soit le diagnostic iatrique⁴, il est essentiel d'évaluer les capacités de la personne dans les actes élémentaires de la vie quotidienne et à l'égard des autres son potentiel de socialisation avant de proposer des moyens de compensation du handicap.

1.1.3 Être « adulte » en situation de handicap mental et psychique générant une dépendance importante vis-à-vis d'un tiers.

Le regard porté sur la personne en situation de handicap conditionne les fondements des représentations du sujet. De fait, il est important d'envisager les aspects cliniques de la grande dépendance des personnes concernées (A), de clarifier la notion d'adulte (B) et d'envisager que la personne en situation de handicap mental et psychique soit propulsée dans un processus dynamique d'évolution (C).

A) Les aspects cliniques de la grande dépendance des personnes en situation de handicap mental et psychique :

Le handicap mental est associé à la déficience intellectuelle. Lorsqu'elle est profonde et sévère, les symptômes s'avèrent stables, durables et irréversibles. Le handicap psychique a comme origine soit une maladie, soit des troubles psychiatriques ou bien une perturbation d'équilibre psychologique. Les capacités mentales, cognitives et intellectuelles de ces personnes se révèlent perturbées par des symptômes qui invalident, limitent ou déforment de façon plus ou moins passagère et à des degrés divers, leur vie

⁴ Fait par un médecin

mentale, affective ou physique. Cependant, dans la mesure où elles sont dans un état de vulnérabilité constante et de grande dépendance vis-à-vis d'un tiers, la limite entre handicaps mental et psychique est difficilement évaluable. Ces notions deviennent plus complémentaires qu'étrangères et trouvent des points de similitudes à cause de l'altération de l'état de santé, relative au psychisme (psychose précoce, psychose autistique ou autisme infantile) et au retard important des fonctions intellectuelles (déficience mentale profonde et sévère). Effectivement, les professionnels parlent fréquemment de personnes déficientes lourdes avec conduites autistiques associées. M. Philippe Gabbai, neuropsychiatre, a toujours travaillé auprès de ces personnes. Il énonce les caractéristiques suivantes⁵ :

- une autonomie très limitée, très dépendante dans les actes de la vie courante avec peu ou pas d'indépendance sociale,
- un langage souvent absent ou quasi inexistant et très perturbé (écholalie, stéréotypies verbales ou troubles du langage) avec utilisation d'un jargon n'ayant pas toujours valeur de communication,
- d'importants troubles du comportement : angoisses, fuites, errances, auto-agressivité, stéréotypies, violence et agressivité, émergences d'une forme de sexualité, troubles du sommeil, bizarreries comportementales, exigences sans limites, enfermement dans des conduites répétitives.

B) Être « adulte » et en situation de handicap mental ou psychique :

Être « adulte » c'est tout d'abord atteindre l'âge de la majorité légale de 18 ans. La majorité est un concept d'ordre juridique et social ; c'est l'âge légal où l'on attribue à l'être humain la responsabilité de ses actes, ainsi que les droits qu'elle implique. La loi considère en effet qu'à partir d'un certain âge l'individu est capable de se diriger lui-même, d'être un homme ou une femme à part entière. Cette majorité s'illustre notamment par la citoyenneté, le mariage, le métier, le droit de vote et le plein usage de ses biens.

« Être adulte » c'est aussi parvenir au terme de sa croissance à avoir normalement la capacité de se reproduire. C'est aussi atteindre la maturité psychologique qui s'acquiert par le biais des expériences. Se pose donc la question de savoir si comme pour la majorité il existe un âge fixe à partir duquel il est possible de déclarer que tel individu est adulte, ou si cet état est une conquête qui nécessite certaines expériences et réflexions.

N'y a-t-il pas en ce sens un paradoxe ? Effectivement, le concept d'adulte accolé au qualificatif de handicap mental et psychique place les travailleurs sociaux devant une

⁵ Les journées d'étude de GERFI+, le travail auprès des personnes lourdement handicapées, 30 et 31 octobre 1996, intervention de M. Gabbai, neuropsychiatre : les interventions à l'âge adulte auprès de sujets autistes et psychotiques à autonomie réduite - p3.

contradiction fondamentale. Le terme « d'adulte » renvoie à la responsabilité alors que « le handicap mental et psychique grave » représente le stigmate de l'éternelle enfance et de l'irresponsabilité. Ces personnes ne comprennent pas, en général, l'idée de majorité dès lors qu'elles n'ont pas de représentation de la notion de temps. Elles sont souvent dans une situation de vulnérabilité extrême et bénéficient toutes d'une tutelle.

C) L'accompagnement, un processus dynamique d'évolution :

Il va de soi que l'âge de la maturité n'est pas toujours identique à la majorité ; dans nos sociétés industrielles, l'âge où l'on peut exercer un métier, l'âge de la production est nettement postérieure à celui de la reproduction. Quant à la maturité psychologique, cette sûreté de jugement qu'on n'acquiert que par une longue expérience n'arrive que fort tard, parfois même jamais.

Dans ces conditions, quels droits peut-on proposer, et quels devoirs y associer sans pour autant nier l'évidence que ces personnes ne sont plus des enfants ? Ces questions sont fondamentales même si elles ne trouvent pas de réponses immédiates et définitives. Elles permettent aux professionnels de comprendre l'autre dans sa dimension complexe d'individu, de le reconnaître dans son humanité et d'accompagner son parcours d'adulte. Inscrire un usager dans un temps commun légitime, dans un cycle de vie marqué par les changements, loin des stigmates de l'éternel enfant lui permet de rentrer lui aussi dans un processus dynamique d'évolution.

1.2 L'accompagnement d'adultes en situation de handicap : des généralités du secteur aux particularismes institutionnels.

Nous appréhenderons ici l'accompagnement de la personne en situation de handicap à travers les politiques publiques du champ médico-social (1.2.1), le contexte régional, départemental et local (1.2.2) et pour finir au sein du FAM de Constance (1.2.3).

1.2.1 Le cadre législatif et réglementaire en lien avec l'accompagnement des personnes handicapées.

La prise en compte des handicaps a subi une forte évolution dans le temps (A) et depuis peu une véritable réforme. La France se l'approprie en deux temps : la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale (B), puis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées (C).

A) L'histoire du handicap dans le secteur social et médico-social :

Le handicap a subi une grande révolution. Au début du 20^e siècle, s'il était repéré, il n'était pas pour autant pris en charge. La seule alternative existante à l'internement asilaire était le maintien à domicile. Aidé par la loi de juillet 1901, le secteur social et médico-social se

structure autour du domaine privé non lucratif. Les institutions sont alors gérées par des associations caritatives, souvent d'obédience religieuse. Ce sont les organisations missionnaires décrites par Minsberg⁶, où l'adhésion de tous aux valeurs (la plupart du temps religieuses) est d'ordinaire l'unique exigence vis-à-vis des professionnels.

De 1945 à 1975, après la Deuxième Guerre mondiale, les débuts de la Sécurité Sociale et l'adoption (par l'ensemble de la société) de l'idée de « devoir de solidarité » permettent la création de nombreuses structures dans le champ des troubles du caractère, de la personnalité et de la déficience mentale. Le secteur se développe et se structure. De nouveaux protagonistes s'y impliquent : les sciences humaines sont en expansion, les associations d'usagers ou de leurs représentants voient le jour. Les acteurs se professionnalisent en même temps qu'ils se laïcisent. Le contexte de croissance économique favorise l'augmentation du budget social et médico-social. En 1975, les deux lois complémentaires adoptées le 30 juin marquent cette rupture dans la prise en charge des personnes handicapées. Elles viennent valider le remplacement de l'assistance par la solidarité nationale. La loi de reconnaissance, loi n° 75-534 d'orientation, institue les commissions départementales de l'éducation spéciale pour les enfants et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel pour les adultes à partir de 20 ans. Elle leur confère la compétence d'évaluation du handicap et d'orientation. La loi d'organisation, loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales en donne une définition légale. Elle conforte trois modalités d'organisation encore d'actualité : une gestion des établissements assurée par des personnes de droit privé, des moyens d'enseignement mis à disposition par l'État et un financement largement pris en charge par l'assurance maladie. Depuis, il n'a cessé de diversifier les offres de services, de favoriser l'intégration dans l'environnement urbain, éducatif et social. Ainsi, la création d'institutions se multiplie.

B) Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale :

En France, malgré une adaptation du secteur aux besoins, on perçoit toujours une grande inégalité de traitement de la problématique des bénéficiaires. Des différences territoriales sont avérées en ce qui concerne le nombre d'établissements mis à disposition sur tous les départements. Mais il existe aussi des écarts dans l'évaluation de la prise en charge. Cette dernière n'est pas corrigée par le régime de compensation bien qu'il soit prouvé que l'origine sociale joue non seulement sur la prévalence des déficiences mais aussi sur les modalités d'accompagnement⁷. Il est aussi impossible aux pouvoirs publics d'apprécier la

⁶ Minsberg, p.389, l'idéologie et l'organisation missionnaire, Eyrolles, éditions d'organisation : « le management : voyage au centre des organisations ».

⁷ Morniche P., division des enquêtes et des études démographiques, Insee et le groupe de projet HID, « le handicap se conjugue au pluriel », n° 742-octobre 2000.

qualité du service rendu et de contrôler la création d'équipements sociaux. Résultats : 5 ans de consultation, de négociation et de réflexion avec les différents acteurs ont été nécessaires pour donner corps à la loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'évolution des mentalités concernant la prise en charge des enfants et adolescents handicapés sur le territoire français s'inscrit dans un mouvement international de rénovation des normes. La convention de New York (sur les droits de l'enfant) adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1989, la Charte Sociale européenne révisée en 1996 puis la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union européenne stipulent en 2000 : « l'exercice effectif du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté ».

La notion nouvellement introduite est d'affirmer que l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans « les missions d'intérêt général et d'utilité publique ». Les principes prioritaires étant de respecter l'égalité de tous les êtres humains en répondant de façon adaptée à chacun d'entre eux et en garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Cette loi, intégrée dans le processus général de réorganisation de la santé, dénombre donc 3 principales orientations :

- la reconnaissance des droits des usagers : ce dernier est placé au centre du dispositif d'aide, ce qui devient la norme supérieure pour toute organisation,
- les outils de pilotages sont renforcés : l'objectif étant de mieux coordonner l'action des décideurs et financeurs publics sans pour autant bouleverser les compétences de chacun,
- la mise en place d'une évaluation spécifique de la qualité : le but étant de trouver un nouvel équilibre entre droits et obligations des usagers, des établissements ou services sociaux et ceux des promoteurs et commanditaires.

C) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées :

Elle vise également à renforcer la cohérence du pilotage du secteur par la programmation et de l'évaluation des pratiques. Mais elle apporte surtout des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes en situation de handicap, elle traduit un véritable souci d'amélioration des conditions de vie et souhaite leur participation réelle dans la vie sociale. Elle met en œuvre le principe du droit à compensation qui solvabilise la demande et met le demandeur en position de client, seul évaluateur des prestations que le secteur médico-social lui propose. Cette prestation couvre les besoins humains, techniques ou animaliers, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée. Elle reconnaît à tout enfant porteur de handicaps d'être inscrit dans le milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile. Elle réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés

pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, établit des incitations et les étend aux employeurs publics. Elle définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité. Elle oblige la mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans. Elle crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) qui ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Le principe de non-discrimination devient effectif. Au sein des MDPH, la Commission des Droits à l'Autonomie (CDA) évalue globalement, individuellement et avec cohérence les aptitudes et les besoins en prenant en compte le projet de vie de la personne concernée. Puis elle opte pour un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) puis oriente vers des structures d'accueil adaptées.

1.2.2 Le contexte régional, départemental et local.

Nous déterminerons ici le cadre législatif et réglementaire spécifique d'un FAM (A), puis le situerons sur le plan régional, départemental (B) et local (C). Cette étape permettra de comprendre le contexte environnemental particulier de l'établissement de Constance

A) Le cadre légal et règlementaire d'un FAM :

Anciennement appelés foyers à double tarification, et conformément à la circulaire n° 86-6 du 14 février 1996 repris à l'article L321-1 alinéas 7 du Code de l'action sociale et des Familles, les FAM accueillent des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel. Elles nécessitent l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Aujourd'hui, les personnes accueillies en FAM se voient proposer plusieurs formes d'accueil : l'internat, l'accueil de jour et l'accueil temporaire qui est limité à 90 jours par an. Ces établissements proposent, d'une part une aide thérapeutique pour veiller au bien-être physique et psychique et d'autre part, une aide éducative qui favorisera l'autonomie par le maintien des acquis ou l'acquisition de compétences nouvelles au quotidien.

Les FAM sont financés par un tarif journalier d'hébergement et d'accompagnement à la vie sociale fixé par le Président du Conseil Général et par un forfait journalier ou annuel de soins pris en charge par le régime d'assurance maladie, déterminé par le Préfet du département. La personne handicapée participe aux frais d'hébergement et d'entretien et ce en fonction de ses revenus. Toutefois, cette contribution est plafonnée et ses ressources ne peuvent être inférieures à 30 % de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH)

soit 195,78 € au 1^{er} janvier 2009⁸. Une lettre ministérielle précise les protocoles de facturation des prix de journée dans ces foyers et notamment pour les personnes admises en internat de semaine (lettre de la Direction Générale de l'Action Sociale : DGAS/5B du 7 août 2008).

Depuis le 20 mars 2009 un décret pose les obligations des FAM, en terme de continuité d'accompagnement, et apporte les précisions relatives, entre autres, au contrat de séjour et au projet d'établissement. Les institutions visées voient, leurs règles d'organisation et de fonctionnement ainsi que les missions et la composition des équipes pluridisciplinaires de professionnels, précisés.

B) Le contexte régional et départemental :

La région Midi-Pyrénées, composée de 8 départements, présente des particularités spécifiques issues de l'existence d'une seule grande agglomération, celle de Toulouse située en Haute-Garonne. Cette dernière exerce une forte attraction. Il persiste des disparités importantes tant en terme de démographie que de réponses médico-sociales pour jeunes et adultes handicapés et les personnes âgées dépendantes. Les orientations du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de 2007-2011 tentent de soutenir l'expansion des équipements dans les secteurs géographiques prioritaires ou par redéploiement pour les autres, ceci dans un souci de rééquilibrage des moyens. Il préconise de mettre l'accent sur la prise en charge d'usagers atteints de Troubles Envahissants du Développement (TED). Pour finir, il recommande d'agir en ce qui concerne l'accompagnement spécifique des individus vieillissants en MAS et FAM. Cependant, dans la région, de 1999 à 2005, il a été investi 1 896 700 € pour 79 places en faveur d'autistes en MAS ou FAM. Un montant de plus de 24,7 millions d'Euros a été redéployé dont 54 % en provenance de l'enveloppe sanitaire notamment par conversion de lits de psychiatrie en place de MAS. Ainsi, 490 accueils, en MAS ou FAM, ont été concernées par ces redéploiements, soit à titre de création, d'extension ou de renforcement de moyens, répartis comme suit : 24 dans l'Ariège, 105 dans l'Aveyron, 67 dans le Gers, 60 dans le Lot, 140 dans les Hautes-Pyrénées, 86 dans le Tarn et 8 dans le Tarn-et-Garonne. De fait, le Tarn est considéré comme étant relativement bien équipé au regard du ratio national. Cependant, l'offre est encore inférieure à la demande. Effectivement, il existe à la MDPH une liste d'attente d'environ 100 personnes. De plus, il est aussi probable que dans les années à venir, une majorité de résidents, actuellement en FOT, auront besoin d'un accompagnement plus spécifique en matière de soins du fait de leur vieillissement. Donc le département aura forcément

⁸ Source : Les chiffres de l'action sociale, éditions législatives (janvier 2009), n° 254-1 de l'action sociale.

besoin de davantage de places en FAM. Le Tarn compte actuellement 3 FAM totalisant 99 places, tous accueillant des personnes en situation de handicap sévère. Un seul, celui de Constancie, est dédié à l'accueil de personnes en situation de handicap mental et/ou psychique grave.

C) Le milieu rural en moyenne montagne des Monts de Lacaune :

Le territoire qui nous intéresse se trouve au sud-est du département du Tarn. La Montagne tarnaise est constituée des monts d'Alban, de la Montagne Noire et des monts de Lacaune culminant à 1000 ms d'altitude. Ces derniers représentent un espace rural en situation d'enclavement, éloigné des grands axes routiers, mais préservé grâce à une desserte régulière et adaptée, de transport en commun. Le site est accessible aux différents points du département du Tarn, ainsi que depuis les départements limitrophes : l'Hérault et l'Aveyron⁹.

Les caractéristiques économiques sont peu diversifiées. Le domaine prédominant est l'entreprise de charcuterie qui emploie 41 % d'ouvriers lors du dernier recensement en 1999¹⁰ sur 1374 emplois. Les salariés tous services confondus et les professions intermédiaires représentent 38 % des emplois. L'agriculture, autrefois secteur de développement, se limite, aujourd'hui, à 4 % de l'activité. Effectivement, Le sud-est du Tarn possède la réputation d'être un territoire peu dynamique, focalisé sur des bastions économiques en perte de vitesse et en crise.

Cependant, Lacaune les Bains, petite bourgade de 3100 habitants, offre à ces habitants des activités sociales riches et diversifiées grâce au dynamisme, associatif et commercial, local. Le village entretient de nombreuses ressources qui favorisent l'intégration dans la cité, telles que : les services et commerces citadins, un environnement propice à la pratique d'activités nature, des équipements de loisirs, une vie associative dense et de qualité, et des services médicaux et paramédicaux.

1.2.3 Pourquoi un FAM APAJH à Lacaune ?

Les orientations de travail concernant l'accompagnement du handicap en Midi-Pyrénées et plus précisément dans le département du Tarn ont permis à la fédération des APAJH de s'implanter dans le secteur rural des monts de Lacaune (A). L'APAJH a pu ainsi véhiculer ses valeurs au sein du Complexe de Constancie (B) plus encore depuis qu'elle s'est organisée en territoire de travail (C).

⁹ Annexe 1 : plan régional.

¹⁰ Source : recensement de la population française mars 1999.

A) L'implantation de la fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) à Lacaune :

Constancie était à la base, avec un autre établissement (Braconnac-Les Ormes) du Tarn, un ensemble d'établissements privés à but lucratif. Avant d'accueillir des adultes handicapés, il a, sous l'appellation « Saint Joseph », répondu au fil des temps à différentes missions. Depuis l'hébergement de « jeunes filles en danger moral », il devient préventorium en 1942, puis aérium en 1945 puis IMP (Institut Médico-pédagogique) en 1964 avec plus de 140 enfants pris en charge.

Cependant en 1976, Constancie ainsi que Braconnac-Les Ormes essuient de conséquentes difficultés financières et déposent le bilan. La DDASS du Tarn, soucieuse de maintenir l'offre de service sur le territoire, propose à l'APAJH, au regard de leur compétence en matière d'accompagnement des personnes handicapées, de reprendre la gestion de ces établissements. La Fédération des APAJH accepte. En ce qui concerne plus précisément Constancie, l'établissement adopte à ce moment-là une appellation plus séculière de « Complexe APAJH de Constancie ». Au-delà de sa fonction gestionnaire, la Fédération assure l'expertise en matière éthique, juridique, sociale et financière.

L'accueil de personnes en situation de handicap et l'emploi de professionnels contribuent à la démographie ainsi qu'à la vie sociale et économique locale. En 1983, l'établissement accueille à ce moment-là plus que 60 enfants, les pathologies s'alourdissent. L'APAJH obtient un agrément d'IME et peut garantir ainsi une continuité dans la prise en charge des jeunes devenus adolescents puis rapidement adultes. Le 1^{er} mars 1996¹¹, c'est l'inauguration du Foyer d'Accueil Médicalisé de 35 places et du Foyer Occupationnel Thérapeutique de 10 lits, qui passera à 22 places en 2003. Ces événements soulignent l'adaptation la plus récente et la plus significative qui marque l'orientation du Complexe vers l'accompagnement d'adultes.

B) La fédération des APAJH :

Le FAM est géré par la fédération des APAJH, dont le siège se situe à Saint-Cloud (Haut de Seine). Créé en 1962 par des enseignants et des parents d'enfants handicapés, l'APAJH est reconnue d'utilité publique depuis 1974. Elle fonde son action sur le respect des convictions individuelles et entend promouvoir la dignité des personnes en situation de handicap en œuvrant pour la mise en place de moyens favorisant leur complet épanouissement et leur meilleure intégration à toute forme de vie sociale. Elle intervient à trois niveaux complémentaires :

¹¹ Annexe 2 : arrêté portant habilitation au foyer à double tarification du complexe de Constancie à Lacaune 1996 et l'arrêté conjoint portant autorisation d'extension de capacité du foyer d'accueil médicalisé le 27 novembre 2007.

- local par le biais de ses associations départementales et des établissements en gestion directe,
- national comme fédération, elle contribue aux travaux du Conseil National Consultatifs des Personnes Handicapées,
- européen en tant que membre fondateur du Conseil Français des Personnes Handicapées pour les questions Européennes (CFHE) et membre de la COFACE Handicap (Confédération des organisations familiales des personnes handicapées de l'Union européenne).

L'APAJH est animée de convictions fortes et pérennes qui constituent un ferment d'unité et d'identité pour les établissements et services qui la composent. Ces valeurs humanistes et sociales, portées et traduites au quotidien, ont pour nom :

- Solidarité : parce que l'enfant et l'adulte en situation de handicap sont semblables aux autres, même si des difficultés affaiblissent leur faculté, d'où sa traduction pratique : l'intégration la plus large possible.
- Éducation : parce que toute personne a droit à la culture, quelle que soit la gravité du handicap.
- Laïcité : dans une authentique citoyenneté dans la défense du droit de l'individu, de son épanouissement, l'acceptation des différences et du respect des diverses convictions.

C) Les territoires APAJH :

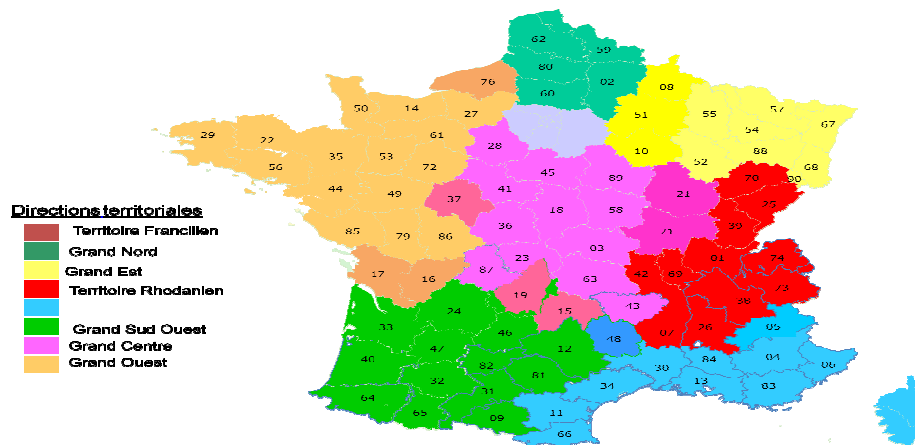
Depuis plusieurs années, le conseil d'administration souhaitait assumer pleinement leur responsabilité d'employeur. Il ne faut pas oublier que la fédération des APAJH c'est 3851 agréments¹² en 2008.

Il a donc été demandé aux salariés-cadres de réfléchir à une organisation plus optimale afin de répondre avec encore plus d'efficacité aux attentes des usagers et des militants, aux objectifs de développement et d'innovation en matière d'accompagnement, aux exigences de la réglementation, à l'obligation de permettre un service de qualité et de respect des engagements.

De fait, la fédération des APAJH a développé un véritable maillage de compétences. Elle pilote l'ensemble des établissements en gestion nationale et à ceux dépendants d'une association départementale elle propose de travailler sur des savoir-faire partagés. Ainsi, elle offre un appui technique concernant : l'administration générale (réseau associatif, formation, loisirs et communication), la recherche, le développement et la qualité (quatre secteurs ont été retenus : enfance-jeunesse-scolarité, vie professionnelle, vie sociale et grande dépendance, ce dernier applicable aux FAM), la gestion financière (comptabilité, contrôle de gestion et audit) et les ressources humaines (gestion du

¹² Source : référence 2008 de la fédération des APAJH.

personnel, développement professionnel, affaires juridiques et relations sociales). Pour finir, les établissements en gestion nationale fonctionnent sous la houlette d'un directeur territorial. Huit territoires sont effectifs depuis janvier 2009. Ils sont eux-mêmes décomposés en pôles afin de faciliter la circulation de l'information et le traitement des données, ce essentiellement pour l'aspect comptable. Le territoire est ainsi constitué :



Sur le territoire grand sud-ouest, et donc pour le complexe de Constancie, cette organisation¹³ aura une influence majeure pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les modalités de prise en charge des usagers ne pourront plus être posées dans un microcosme mais en tenant compte d'une globalité territoriale, nationale mais aussi européenne. Le rôle de la direction se voit quelque peu modifié par l'ampleur des influences extérieures de plus en plus prégnantes.

1.3 L'offre de service du Foyer d'Accueil Médicalisé de Constancie : des atouts en perpétuel réajustement.

Nous détaillerons le contexte architectural et organisationnel du FAM (1.3.1) puis les prestations de services actuellement énoncées (1.3.2) et pour finir la réactualisation perpétuelle et nécessaire du projet d'établissement (1.3.3).

1.3.1 Le contexte architectural et organisationnel au service des usagers du FAM de Constancie.

Il est important d'envisager le FAM dans sa globalité. Après avoir fait une visite rapide des locaux et de l'organisation correspondante (A), je détaillerai l'origine des personnes accueillies (B) ainsi que leurs caractéristiques (C).

¹³ Annexe 3 : organigrammes hiérarchiques

A) Le Complexe de Constancie :

L'établissement a fait le choix de favoriser l'espace et la sécurité. Les bâtiments du FAM¹⁴ sont construits dans un domaine de quinze hectares boisés au relief vallonné. Entièrement clos, il permet aux résidants de bénéficier d'un grand parc sécurisé. La construction est divisée en 5 unités de vie portant des noms de Vents accueillant chacune 7 personnes. Chaque unité est organisée de manière assez similaire avec une pièce commune (un coin salon, un coin-cuisine) au fond de laquelle part un couloir qui dessert les chambres individuelles. Ces dernières disposent d'un sanitaire « douche, lavabo et WC ». Quelques-unes d'entre elles sont partagées par deux usagers. Une grande salle de bains collective est dotée de deux baignoires dont une permettant l'accueil de personnes à mobilité réduite.

Les espaces de vie sont regroupés sur deux niveaux dans le même bâtiment équipé d'un ascenseur. Ce dernier héberge un restaurant, une cuisine centrale, une infirmerie, une balnéothérapie, un local pourvu d'un système de télésurveillance pour le veilleur de nuit et de l'alarme incendie, de bureaux et lieux de stockage, une salle de lecture et de réunions. Une bâtisse annexe, nommée « le club » est composée de différentes pièces affectées à des activités spécifiques (bain à bulles, kitchenette, salle de repos, esthétique, atelier terre, bricolage, sport, snoezelen...) et d'un vaste accueil permettant diverses manifestations (spectacles, assemblées des parents...). À partir de 14 h 30 et jusqu'à 16 h 30, cet espace accueille les résidants et leurs accompagnateurs comme point de maillage de l'animation.

B) Les origines de la population du FAM :

À l'ouverture, le 1^{er} mai 1996 : trente des usagers étaient déjà présents sur le site du temps de l'Institut médico-éducatif (IME). Trois adultes du Foyer occupationnel thérapeutique (FOT) ont intégré la structure pour faire suite à une décision de réorientation. Mais, généralement les résidants sont originaires d'une institution médico-sociale qu'ils ont fréquentée jusqu'à l'âge adulte. Majoritairement, il s'agit de l'ex-IME de Constancie. Sept viennent de l'IME de Séverac-le-Château, trois de l'IME de Florentin, cinq sont issus de services de pédopsychiatrie de la région toulousaine, deux de l'Hôpital Spécialisé du Bon Sauveur d'Albi, deux de celui de Pinel à Lavar.

Leur origine est en majorité, centrée sur le département du Tarn, je peux donc en déduire que l'établissement répond pour partie aux besoins du territoire.

¹⁴ Annexe 4 : plan de masse du FAM de Constancie

Les origines territoriaux

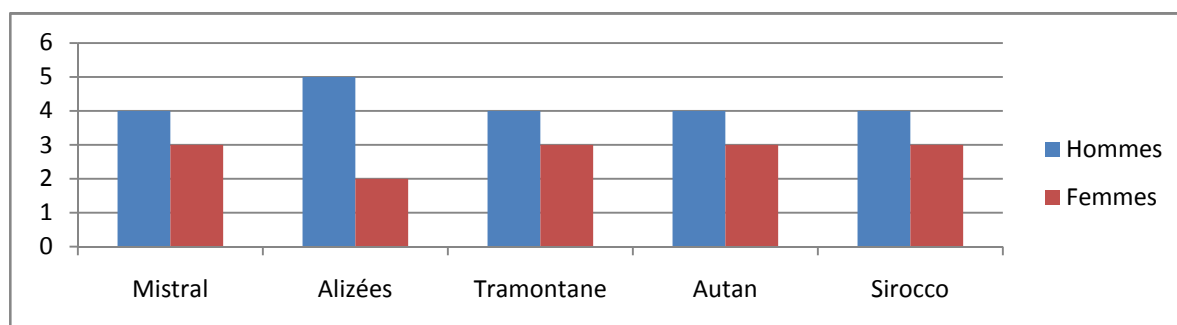


Les liens familiaux sont favorisés même pour les parents qui restent très éloignés. Cependant, leur présence est très dépendante de leur vieillissement ainsi que de l'aggravation de la pathologie du résidant : autant de facteurs qui rendent difficiles les possibilités de visites au domicile des familles.

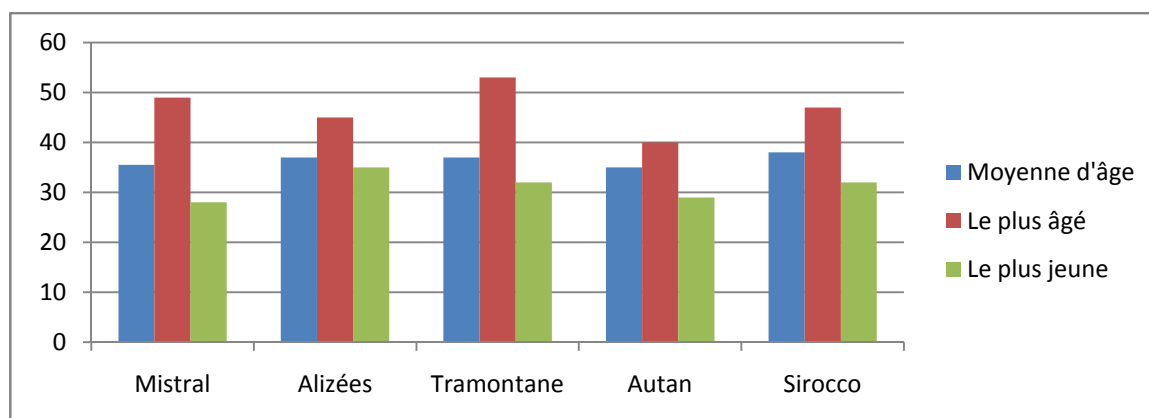
La durée du séjour au FAM est au regard du cadre législatif illimité. Même si certains usagers partent de l'établissement pour une réorientation en FOT ou pour répondre à un besoin de rapprochement familial, la plupart des personnes sortantes ont le plus souvent été hospitalisées jusqu'au terme de leur vie.

C) Les caractéristiques de la population accueillie :

Les résidents vivent à sept sur cinq unités de vie bien différenciées et mixtes.



La moyenne d'âge est de 36,5 ans, cependant, les tranches d'âges et la durée de séjour n'ont pas d'incidences majeures sur les modalités d'accompagnement. Celles-ci dépendent davantage du niveau d'autonomie et des nécessités des usagers. Ainsi, ceux qui nécessitent actuellement le plus d'aides pour les actes de la vie courante ne sont pas les plus âgés, et l'unité qui présente la plus jeune moyenne d'âge est celle dont les besoins d'aide sont paradoxalement constants.



Le manque d'autonomie des adultes accueillis conduit les équipes à adapter certaines activités en durée, en effort et à intensifier les aides apportées aux gestes de la vie quotidienne. Tous les résidents sont sous tutelle exercée soit par des professionnels (22) représentés par des organismes tels : l'APAJH (16), UDAF (2) ou AT 81 (2) soit par leur famille (13) ou des gérants (2).

1.3.2 Les prestations de service actuellement développées sur le FAM.

Sans être dans la réduction, les accompagnateurs ont pu mettre en exergue les besoins de ces personnes grâce à l'observation. La vie de l'établissement repose sur 8 prestations-cadres. Elles servent de base à la personnalisation de l'accompagnement, formalisé dans le projet individualisé.

Prestation 1 : « fournir aux usagers un lieu de résidence ».

L'objectif est de permettre à l'ensemble des bénéficiaires de transformer l'habitat collectif qui leur est imposé en un endroit enveloppant où l'individualité de chacun peut s'exprimer. Leur chambre et la pièce commune peuvent être personnalisées par un ameublement, une décoration et un équipement qui leur correspond. L'établissement est ainsi exploité en terme de lieu de vie. Les personnels de proximité ont pour mission d'accompagner le résident dans l'investissement des espaces intimes. Les repas préparés en cuisine collective respectent les goûts, les régimes alimentaires, le choix des textures de chacun. Ils sont servis au restaurant du complexe pour les déjeuners de semaine et sur les unités le reste du temps. L'entretien collectif et personnel est assuré par les équipes des services généraux internes dans le respect de l'intimité

Prestation 2 : « assurer aux usagers une sécurité et une protection, tout en préservant leur liberté individuelle ».

L'établissement vise à protéger chaque bénéficiaire des dangers provenant de l'environnement, d'autrui ou qu'il pourrait s'infliger lui-même. La présence permanente d'un professionnel constitue un élément majeur de la sécurité. Le FAM module la protection fournie et la liberté accordée à chaque usager en fonction de sa capacité à se repérer, à se déplacer, à s'exprimer, à rentrer en contact avec autrui, à évaluer les conduites à risque... etc.

Prestation 3 : « assurer un suivi en matière de santé ».

Le besoin de soins peut se traduire de différentes manières. Il est impératif de travailler en étroite collaboration avec les médecins généraliste et psychiatre afin de répondre aux diverses altérations somatiques. Par exemple, l'ajustement alimentaire est primordial pour suffire à l'absence fréquente de la mastication qui induit forcément des troubles digestifs. Un apport conséquent et régulier vient satisfaire aux dépenses énergétiques massives dues à la déambulation et l'hyperactivité. Les états autistiques et psychotiques nécessitent l'ajustement des souhaits spécifiques par des chimiothérapies psychotropes

et par des thérapies délivrées au quotidien par les professionnels de proximité (contentions sous toutes ses formes). Par ailleurs, un travail d'adaptation des soins non spécifiques réalisés par l'achat d'équipements adaptés (lits, sièges, vêtements...), l'organisation des rythmes de vie (alternance entre activités et repos) et la mise en place de soins corporels de confort (balnéothérapie, séances snoëzelen, bains à bulles, sports...).

Prestation 4 : « assurer un soutien psychologique, une aide ou un conseil relationnel au bénéficiaire ».

Le personnel est attentif à toute situation de repli ou d'isolement anormal et se tient disponible et à l'écoute des préoccupations des usagers. Ce premier degré de soutien est assuré par l'équipe d'accompagnement éducatif en relation avec la psychologue de l'établissement au quotidien. Cette médiation permet l'adulte en situation de handicap mental ou psychique d'exister aux yeux des autres par le biais d'une relation affective. Ce quotidien doit être à la mesure des sollicitations possibles pour leur permettre une vie équilibrée, ou tendant à l'être avec une dimension quasi familiale. Les stimulations doivent être organisées tant dans l'espace que dans le temps afin que la ritualisation des journées soit suffisamment séquencée et que le repérage temporo-spatial, indispensable à leur bien-être, soit effectif. Si le besoin s'en fait sentir, un suivi psychologique plus conséquent est mis en place.

Prestation 5 : « accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ».

Il s'agit d'accompagner l'utilisateur de manière modulée, en fonction de son niveau d'autonomie et de compétences. Cela s'applique aux situations les plus courantes comme la toilette, l'habillement, l'entretien et le rangement de sa chambre, la prise des repas. Le besoin de privilégier la vie quotidienne est primordial car sans ce type de régularités la subsistance physique serait en danger. Nous considérons les repas comme des moments de socialisation et d'apprentissage de la tolérance face aux difficultés des autres. Le fait de pouvoir manger avec des couverts ordinaires dans un grand ensemble permet aussi l'intégration car une majorité des usagers peuvent par la suite aller au restaurant dans la ville. La démarche des accompagnateurs est de maintenir, voire le développer leurs capacités à réaliser eux-mêmes tout ou partie de ces actes.

Prestation 6 : « favoriser un lien entre l'utilisateur et sa famille ».

Toute action concernant les liens de l'utilisateur avec sa famille a pour préalables une compréhension claire de cette relation et des souhaits du résident adulte. Cela étant, l'établissement dispose de différents moyens pour entretenir ce lien. Il invite les proches à participer à l'élaboration du projet individualisé en proposant de rencontrer les accompagnateurs ou l'assistante sociale. Il met en place l'information nécessaire telle que : le « petit courrier », des réunions thématiques sur l'évolution de la législation, les problématiques du handicap, le Conseil de la Vie Sociale (CVS)... Il offre la possibilité de

prendre part à des évènements festifs : Noël, fête de la musique. Mais surtout, il organise et accompagne les retours en famille sur les week-ends, les vacances, plus modestement lors d'une visite sur une journée.

Prestations 7 : favoriser l'accès à la citoyenneté de l'utilisateur ».

Cette dynamique n'est possible au FAM qu'avec la collaboration des représentants légaux et des familles. Leur participation directe restant somme toute très limitée voire inexistante. Cependant, accompagner la personne accueillie dans ce domaine, c'est encore faire valoir et reconnaître ses droits, ses obligations et ses intérêts dans les différentes dimensions de sa participation à la vie de la cité. Dès le processus d'accueil, les éducateurs présentent et commentent au résidant l'accompagnement proposé en langage adapté et circonstancié en s'appuyant intellectuellement sur la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. Durant son séjour, les professionnels continuent à favoriser sa coopération et sont très attentifs à toutes manifestations non verbales susceptibles de donner une orientation différente notamment en ce qui concerne par exemple les menus, les activités, les liens entre usagers...

Prestation 8 : « assurer un climat relationnel et une animation de qualité afin de promouvoir le développement personnel du bénéficiaire ».

L'établissement s'engage à maintenir une qualité de relation agréable et constructive entre les personnes qui y cohabitent tant au sein des unités de vie que lors des temps d'animation. La collectivité n'étant pas toujours facile à vivre. Ce climat social doit permettre à chacun de trouver sa place dans le groupe, de choisir parmi les propositions de stimulations offertes, ainsi que la possibilité de faire respecter ses impératifs d'intimité ou de solitude. Le besoin d'activités perdure à l'âge adulte et donne la perspective d'apprendre encore pour certains, ou d'entretenir les acquis pour d'autres. Tous types d'animations peuvent être proposés : culturelles, physiques ou d'éveil sensoriel et de socialisation, c'est un éventail assez conséquent des nécessités évaluées. Il ne faut pas oublier que chaque occupation doit s'intégrer parfaitement dans le quotidien et c'est à ce prix que l'accompagnement prendra tout son sens.

1.3.3 Les besoins nouveaux ou émergents.

Ce qui était considéré comme des atouts autrefois peut s'avérer aujourd'hui en discordance avec les besoins nouveaux ou émergents des usagers. Nous extrairons les forces et faiblesses de l'accompagnement individualisé (A) et de l'extension de 10 places prévue pour 2011 (B), sans pour autant omettre de mettre en avant l'organisation transversale du FAM (C).

A) Une équipe soucieuse de construire un accompagnement sur mesure :

Depuis bientôt cinq ans, l'équipe pluridisciplinaire construit 35 Projets Individualisés (PI) par an. Elle évalue systématiquement les desiderata des usagers. Elle observe les usagers vivre et dégage des besoins d'accompagnement en équipe. Elle détermine des objectifs de travail et des moyens d'action appropriés. Chaque année, une évaluation des moyens est retranscrite au regard des conclusions émises en réunion d'équipe.

Les professionnels effectués un travail de lecture et d'appropriation du dossier administratif et médical. Il prend ainsi virtuellement connaissance de la situation d'un nouvel arrivant. Ceci permet de faciliter son accueil, mais aussi de préparer son intégration en sensibilisant, avant son arrivée, les usagers résidents au sein de l'établissement. Puis, la personne nouvellement accueillie est particulièrement accompagnée par les éducateurs qui doivent faire part d'une grande disponibilité pour simplifier son incorporation au groupe. Les difficultés d'expression des résidents ont pour conséquence la nécessité d'un travail interprofessionnel approfondi. Afin d'assurer le suivi du PI, un coordinateur est nommé par le chef de service. C'est un membre de l'équipe d'accompagnement éducatif qui, pour une durée maximale de trois ans et pour deux usagers. Son objectif est de rassembler au plus juste les besoins individuels et d'adapter l'accompagnement au potentiel observé par l'ensemble de l'équipe. Le PI est ensuite développé et écrit en conformité avec les prestations du FAM. Ce coordinateur garantit ensuite l'application au quotidien du projet de vie déterminé et s'en inquiète plus particulièrement. Lors des réunions en équipe pluri-professionnelle, il se charge de lier l'intervention de l'ensemble des professionnels.

Pour faciliter l'accompagnement, et rendre le collectif plus agréable à tous, il a été fait le choix suivant, les usagers, de niveaux de dépendance complètement hétérogènes, cohabitent sur les différentes unités de vie. Ceci avait, lorsque le FAM accueillait des jeunes adultes, pour effet de stimuler les plus dépendants mais aussi d'équilibrer le niveau d'effervescence possible au long cours. L'établissement se positionnait alors encore avec une logique éducative progressive comme en IME. Cette organisation permet, aussi, à chaque intervenant un travail plus diversifié et favorise leur motivation.

Cependant, pris par le quotidien, les aidants sont obligés de privilégier au fil du temps l'accompagnement qui demande le plus d'attention. Il est vrai que de plus en plus d'usagers déjà très dépendants perdent de plus en plus d'autonomie, ils ont besoin de davantage de repos et de calme. Prioriser ce type d'accompagnement restreint le potentiel d'animation qui serait nécessaire aux autres usagers. On se rend compte aussi que certains après-midi, plusieurs résidents, d'unité de vie différente, ne peuvent pas rejoindre la salle du club (pour des raisons de fatigue) et leur surveillance devient difficile. Leur lieu de résidence n'est pas regroupé. Mais il se peut à l'inverse que certains développent des manifestations comportementales qui obnubilent les professionnels. De

fait, les usagers les plus dépendants subissent un accompagnement qui ne leur convient pas et les stimule trop.

B) Une organisation transversale :

Afin que l'offre de services soit effective et efficiente, les directions successives du FAM ont privilégié une organisation transversale :

- Les missions de chaque accompagnateur sont très élargies et incluent l'accompagnement tant des actes de la vie quotidienne que l'animation. En semaine, deux moments forts constituent la vie sur l'unité : le matin comme phase de préparation de la journée et l'après-midi où des animations sont suggérées afin d'encourager l'échange et les stimuler tant physiques que cognitifs. Le week-end, le rythme est plus calme, l'accompagnement propose moins de stimulation et l'organisation y est moins contraignante. Il est difficile, quel que soit le professionnel, qu'il construise simultanément un accompagnement des actes de la vie quotidienne, des soins ou encore une animation de qualité. Le professionnel fatigué par tant de remue-ménage se laisse tomber dans une organisation répétitive qui rythme ses journées.
- Les professionnels, tous diplômés confondus, avaient des fonctions similaires. Cet aspect des choses a évolué depuis la mise en place des entretiens annuels d'activité. Effectivement, la précédente direction a amorcé la différenciation des postes (par la mise en place de fiches de poste). Par exemple, n'importe quel accompagnateur peut être référent d'un usager. Une maigre prérogative a été donnée aux diplômés supérieurs puisqu'il est précisé que l'éducateur spécialisé est garant des écrits des projets individualisés. Mais, étant donné que ces professionnels en question ont peu de moyens de mettre en pratique leur prérogative. Effectivement, les concertations entre les membres de l'équipe sont peu nombreuses et ne leur sont pas déléguées directement, donc ils se sont cantonnés à faire de la correction des travaux des autres intervenants.

C) Une extension de 10 places prévue pour 2011 au FAM de Constance :

Au regard du PRIAC, les orientations interdépartementales par région¹⁵ ne concernent que très peu le département du Tarn, si ce n'est pour le secteur « enfance ». Pour ce qui concerne les MAS et FAM (financement Assurance maladie), quatre départements ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale de 1,91 place financée pour 1000 habitants de 20 à 59 ans au 31/12/2005 : le Lot, la Haute-Garonne, le Tarn-et-Garonne et dans une moindre mesure le Tarn. Les orientations sont de faire un lien avec le Plan Psychiatrie et Santé Mentale qui prévoient dans le cadre des mesures nouvelles,

¹⁵ PRIAC 2007-2011, p 8.

des places dédiées aux handicapés psychiques et d'améliorer la connaissance des handicaps et de leurs conséquences par l'observation.

C'est dans ce contexte-là que le FAM a reçu l'autorisation, en décembre 2007, d'augmenter sa capacité d'accueil de 10 lits pour un public autiste. D'un point de vue architectural, il faut revenir à la composition du complexe initial. Effectivement, ce dernier est constitué, en 1996, d'un FOT et d'un FAM. Les usagers du FOT qui se trouvent à Constancie vont déménager en ville et rejoindre ceux qui ont intégré le bâtiment prévu pour l'extension de 2003 qui sera reconsidéré. Le bâtiment que je nommerais maintenant l'annexe abritera en 2011, au regard du projet accepté, les 10 nouveaux résidents du FAM.

Cette extension est une aubaine pour le FAM, cette opération dynamise l'ensemble du personnel autour d'un projet commun. Cependant, accueillir 10 personnes autistes simultanément et sur le même lieu, dans un contexte déjà préétabli et relativement stabilisé, apparaît de plus en plus difficile pour le personnel. Il considère cette proposition comme étant une gageure organisationnelle.

Cette première partie a permis d'envisager les personnes accueillies au FAM de Constancie et le cadre législatif et réglementaire spécifique qui définissent la dimension complexe de l'accompagnement professionnel.

Proposer un accompagnement de proximité et sur-mesure à chaque usager est une priorité. Mais, les besoins de certains usagers sont en évolution et la conception transversale de l'organisation laisse apparaître certaines limites. De plus, l'extension prévue va nécessairement donner de nouvelles prérogatives organisationnelles à l'offre de service. Cette problématique sera donc le fil conducteur de ce mémoire.

Dans une seconde partie, il s'agit d'identifier pourquoi la perte d'autonomie et l'accueil de 10 personnes autistes sont de préoccupations essentielles et centrales pour amorcer et justifier le bien-fondé de la réorganisation institutionnelle.

2 L'offre de services : une évolution prioritaire.

Dans cette seconde partie, il sera important d'approfondir les trois items suivants afin de préciser pourquoi le FAM de Constance doit se réorganiser son activité s'il veut préserver des prestations de service à son plus haut potentiel qualitatif. À savoir :

- L'augmentation de la dépendance et son évolution dans le temps, ainsi que l'accroissement du nombre de personnes présentant des troubles du comportement ont des conséquences sur les pratiques (2.1).
- Le projet doit devenir un véritable outil de pilotage de la qualité du service rendu (2.2).
- Faire de la lutte contre l'usure professionnelle, un axe primordial de management (2.3).

2.1 L'évolution des besoins des usagers met à mal l'efficience de l'organisation du FAM.

Nous aborderons ici, comment l'aggravation de dépendance (2.1.1) et la gestion des personnes autistes (2.1.2) ont un impact réel sur le contexte organisationnel (2.1.3).

2.1.1 L'augmentation des troubles somatiques accroît la dépendance des usagers.

Les usagers évoluent et manifestent de plus en plus de troubles somatiques (A), qui inévitablement portent conséquence aux pratiques professionnelles (B). Peut-on, pour autant qualifier cet état de fait de vieillissement (C) ?

A) Les troubles somatiques émergents :

Depuis plusieurs années, les professionnels lors des réunions de projets individualisés et d'équipe mettent en avant un certain nombre d'éléments émergeant et qui laissent à penser que la dépendance (concernant l'obligation de recourir à l'aide d'un tiers pour effectuer un ou plusieurs actes de la vie quotidienne) des usagers s'accroît. Les intervenants constatent les manifestations suivantes :

1 - Les désagréments cutanés ont fait leur apparition. Il était très rare, il y a de cela encore cinq ans, d'utiliser des produits de toilette moins agressifs. L'établissement a fait le choix, il y a deux ans, de prendre en charge, par l'intermédiaire du forfait soins, l'achat de crèmes hydratantes spécifiques estimant alors que la sécheresse de la peau était un traitement et non plus une prévention esthétique du vieillissement des tissus. La pédicure intervient cinq fois plus qu'en 2005 pour traiter des infections fongiques à répétition, malgré l'utilisation de produits, pour salles de bain, plus performants et des protocoles d'hygiène pour la toilette qui se sont enrichis de l'apport continu des recommandations infirmières.

2 - Trois personnes, à la suite d'une visite ophtalmologique systématique en 2008, se sont vues prescrire des verres correcteurs. On peut parler ici d'une évolution banale de la

vision. Cependant, en 2007 pour deux résidants et en 2008 pour une, les hospitalisations ont été décidées afin d'intervenir pour des soins de cataractes.

Si les troubles de l'audition existent, ils sont plus difficilement détectables et donc moins soignés au FAM.

3 - Un fait marquant pour 2008 : l'établissement a dû s'équiper d'un lit médicalisé et d'un fauteuil roulant. Effectivement, sur deux ans, 5 chutes, 10 hématomes et 3 fractures ont été dénombrés et traités. Souvent, les professionnels n'arrivaient pas à mettre en lien une difficulté extérieure avec ce type de lésions puisque c'est souvent le matin que le personnel de jour constate ce type de manifestation. L'hypothèse émise par le médecin du FAM est que les personnes affectées ont un squelette fragilisé, qu'ils sortent de leur lit, tombent et se recouchent. Le handicap locomoteur n'est pas évalué comme étant permanent, mais périodiquement l'utilisation d'un matériel adapté peut s'avérer nécessaire.

4 - De manière plus affirmative, les services infirmerie et cuisine notent une recrudescence de l'usage de nourriture hachée et pour certains même mixée. Des risques de fausse-route ont été observés par les professionnels de proximité. Ce trouble nutritionnel majeur s'accompagne d'une diminution de l'appétit et d'un transit intestinal perturbé. Ces symptômes sont souvent dus à une dentition qui se détériore, associés à des problèmes de mastication et de déglutition initiaux. Le médecin nous sensibilise souvent au fait que les traitements psychotropes impliqueront une évolution des fonctions hépatiques.

5 – Il est noté, chez certains sujets, une apparition d'incontinence urinaire. Ce problème urogénital amène inévitablement pour une personne lourdement handicapée un trouble fonctionnel anal du fait de l'utilisation de protection de jour comme de nuit.

6 - Certains résidants déjà atteints d'allergies, d'asthme ou de toux résistante ont vu leurs affections augmentées. Durant ces périodes, les bénéficiaires ont besoin de davantage de repos et donc ne participent plus aux animations proposées.

7 - Pour finir, et pour trois d'entre eux, les équipes d'accompagnements ont souligné une désorientation temporospatiale portant sur des actes quotidiens qui jusqu'alors étaient systématisés. Par exemple, pendant plusieurs jours, un usager ne retrouvait plus sa chambre après un soin de toilette. Après consultation chez un neurologue, il est difficile de mettre en liaison ce type d'événement avec une altération des fonctions cérébrales et nerveuses du fait de la difficile évaluation de la déprédation substantielle entre l'état initial de la personne et l'état actuel. Par contre, il est incontournable de repérer les troubles émergents du sommeil. On note de plus en plus de difficultés à l'endormissement, aux insomnies, aux réveils fréquents et aux somnolences diurnes. Le rythme journalier est relativement altéré pour certains.

B) Les conséquences sur les pratiques :

L'ampleur de cette évaluation a des conséquences directes sur les pratiques des professionnels. Je les scinderai en trois points clés.

1 - Les répercussions financières sont à noter tant pour l'usager que pour l'institution. Effectivement, certains achats sont imputables directement à la personne concernée du fait qu'ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale ou qu'ils soient assimilés à des traitements de confort. Je pense, notamment, aux actes de pédicurie, trois fois par an en moyenne pour la somme de 25 euros par séance. Mais cette évolution va, en outre, avoir des retentissements en ce qui concerne le forfait soins. Il faudra nécessairement prévoir, lors de l'élaboration budgétaire, des charges supplémentaires liées à l'acquisition de matériel de première nécessité ainsi que des investissements plus importants. Pour l'instant l'équipement est régulier, 5 000 € d'investissement sont à prévoir pour l'achat de matériel adapté (lit médicalisé, fauteuil roulant ou pèse-personne) par contre, les charges concernant les produits pharmaceutiques et de confort augmentent la moyenne annuellement depuis trois ans, de 6 %.

2 - La charge de travail sera plus conséquente. Tout d'abord, l'augmentation du nombre de soins prodigués sera inévitable. Le dépistage sera systématisé et favorisé par le médecin référent. Des soins de confort s'intensifieront, les professionnels font d'ores et déjà davantage usage de techniques de relaxation (Snoëzelen, bain à bulles, balnéothérapie...) afin de soulager le corps. On constate aussi une multiplication des aides au quotidien notamment dans la prise des repas ou encore la mise en place d'un nursing régulier. Les veilleurs sont de plus en plus sollicités, deux aides soignants travaillent ensemble pour les 35 résidents sur toute la période de nuit. Ces derniers voient leur charge de travail augmenter lors des différentes rondes établies mais doivent aussi gérer des usagers réveillés une bonne partie de la nuit. Cet état de fait affecte aussi les services associés, tels que par exemple la cuisine où les professionnels devront s'adapter envisager à terme de faire des La Tour individualité. Ceci représente donc une masse plus importante de tâches à effectuer sur le même temps de travail.

3 – L'institution constate progressivement que le lien, avec les partenaires extérieures tels que les hôpitaux, les cabinets de spécialistes..., s'est considérablement décuplé. Il ne faut pas oublier qu'une distance de 50 à 150 kms sépare l'établissement d'un centre urbain. Effectivement, les hospitalisations sont de plus en plus nombreuses pour des raisons allant des soins dentaires à des soins beaucoup plus vitaux. Les équipes doivent travailler en collaboration avec les hôpitaux, les spécialistes mais aussi les organismes de tutelle, puisque toute sortie de l'établissement, pour des questions médicales, implique une autorisation préalable. Une lourdeur administrative apparaît alors, puisque la responsabilité d'une telle situation incombe inévitablement au tuteur ou au médecin en cas d'urgence.

C) Une dépendance qui s'accroît :

Au vu de l'énonciation des troubles somatiques de plus en plus importants ainsi que de leurs conséquences, il me paraîtrait logique de parler de vieillissement précoce. D'ailleurs, si l'on considère une conception philosophique, « le vieillissement est l'usure d'un vivant, laquelle diminue ses performances (sa puissance d'exister, de penser, d'agir...) et le rapproche de la mort... Que ce soit physiquement ou intellectuellement, la plupart sont moins performants à quarante ans qu'à vingt, à soixante qu'à quarante... C'est une espèce d'entropie (le second principe de la thermodynamique stipule que le désordre ou entropie d'un système clos ne peut que croître) à la première personne : dans un organisme vivant, passé le cap de la maturité, le désordre et la fatigue tendent vers un maximum. Le vieillissement est cette tendance ; la vieillesse son résultat »¹⁶. Le vieillissement est donc un déclin avec l'âge dont l'intensité est variable d'un individu à l'autre et décliné différemment en fonction des représentations sociétales. Il paraît donc bien difficile voire impossible de définir normativement l'âge de la vieillesse.

Cependant, d'un point de vue médical, en dehors des cas de handicap mental avec une origine génétique (ex. Trisomie 21), de certains syndromes d'arriérations mentales profondes encéphalopythiques et dans certains cas de handicap moteur, « on ne peut pas parler de vieillissement précoce dans le handicap mental. Il apparaît en fait assez fréquent que l'avancée en âge s'effectue normalement et de façon quasi superposable à celle de la population globale »¹⁷.

Nous qualifierons donc le phénomène, d'accroissement de la dépendance due à l'aggravation de l'état de santé ayant pour cause :

- Un dépistage souvent difficile lié à l'absence chez les usagers de manifestations en adéquation avec une douleur, une gêne ou un mal-être. De fait, malgré une veille sanitaire importante (prises de sang régulières et analyses en tout genre) le diagnostic symptomatologique est souvent plus tardif qu'en temps ordinaire.
- Des techniques de soin souvent inappropriées, je prends toujours l'exemple d'une extraction dentaire qui est obligée de s'effectuer en bloc opératoire avec une anesthésie générale. Une intervention bénigne, pour la majorité d'entre nous, devient ici un risque vital potentiel.

¹⁶ COMTE-SPONVILLE, dictionnaire philosophique de Comte-Sponville, presses universitaires de France 2001, p.621.

¹⁷ GABBAÏ P., Longévité avancée en âge. Des personnes handicapées mentales et physiques, Gériatrie et société 2004/3, n° 110, p.48.

2.1.2 Le difficile accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement au FAM :

Le deuxième besoin concerne plus particulièrement l'accompagnement d'une personne autiste (A) manifestant souvent des troubles du comportement (B). Il est donc nécessaire de travailler le transfert de soins entre l'établissement médico-social et l'institution psychiatrique (C).

A) Autisme et politiques publiques :

Il apparaît que l'on ne peut pas véritablement établir un inventaire exact des besoins d'accompagnement pour les personnes atteintes d'autisme¹⁸. L'Inserm en 2002 estimait à 60 000 le nombre d'autistes en France et 180 000 en incluant les troubles envahissants du développement (TED), alors que l'OMS (Organisation mondiale de la santé) avance une estimation plus importante, entre 200 000 et 400 000, en 2005. Le comité national d'éthique cite quant à lui le chiffre de 300 000 à 500 000 adultes atteints de « troubles envahissants du développement ».

Selon la classification internationale des maladies (CIM10), l'autisme infantile fait partie d'un ensemble de troubles précoces du développement. Ils sont caractérisés par un déficit des interactions sociales et de la communication, des perturbations des intérêts et des activités. Leurs causes relèvent probablement de processus complexes, où l'intervention de facteurs génétiques multiples a été mise en évidence, et où d'autres facteurs pourraient être impliqués. Il n'est pas possible aujourd'hui de traiter l'autisme et les TED, mais d'en diminuer les conséquences pour la personne et ses proches par une éducation, un accompagnement et des soins adaptés.

Dès la circulaire « autisme » de mars 1995¹⁹, la France a élaboré une politique d'action concernant cette problématique qui n'a cessé dans le temps d'être étayée. Malgré des avancées importantes réalisées dans le domaine de la prise en charge des TED au cours de la période 2005-2007, le plan 2008-2010 se donne les objectifs suivants : faciliter l'accession au diagnostic, établir un référentiel de bonnes pratiques, favoriser l'articulation des réponses entre les différents intervenants professionnels et promouvoir l'inclusion et l'ouverture en milieu ordinaire.

Au sein même du FAM, 23 personnes accueillies sont reconnues comme ayant une « déficience du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves ou ayant

¹⁸ CHOSSY F., la situation des personnes autistes en France - besoins et perspectives. Rapport public 2003.

¹⁹ Circulaire AS/EN n° 95-12 du 27 avril 1995 : prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.

des troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles »²⁰. Sur 23, 7 sont diagnostiqués comme ayant des TED ou autisme très dépendant avec une déficience associée. L'extension, de dix lits pour janvier 2011, est autorisée à la condition d'ouvrir les places à des sujets autistes.

B) Les troubles du comportement :

De fait, les professionnels ont et auront à gérer régulièrement des troubles de la conduite dite violente qui sont souvent verbalisés comme étant des situations de grande dangerosité. Je les qualifierai de « violences ».

Le docteur Gabbai affirme que ces conduites, « fort diverses, ne peuvent se comprendre qu'en référence à des modes de fonctionnement psychopathologique, eux-mêmes divers et souvent utilisés dans leurs différents aspects par un même patient »²¹.

Les agents doivent faire face à des agitations de type :

- Bris de matériel avec parfois une manifestation de sidération et parfois accompagné d'un sourire. Cela peut prendre parfois une ampleur assez conséquente en passant d'une assiette à un meuble et pour finir à une télévision. Au même titre qu'un objet, le sujet peut faire de même avec les individus qui se trouvent autour de lui. Souvent il associe à ses gestes, des cris très intenses mais aussi une automutilation.
- L'hétéroagressivité peut s'amplifier au point de devenir incontrôlable et atteindre l'autre gravement. Il peut alors griffer, tirer les cheveux jusqu'à mettre à terre la personne ciblée, mordre y compris enlever un bout de chair...
- Malgré toutes les précautions d'accompagnement prises, il peut arriver que ces conduites revêtent un caractère insistant, répété et insurmontable.

Le FAM de Constancie a su développer une certaine expertise en la matière. La réflexion a débuté il y a de cela 15 ans lorsque l'établissement était encore un IME. Dans un premier temps l'ensemble du personnel a participé en interne à des formations continues et régulières liées aux problématiques de l'autisme ; sensibilisation puis approfondissement. Peu à peu l'aidant s'est spécialisé en ce qui concerne les stratégies éducatives. La composition d'espaces contenant, l'approche pluriprofessionnelle, l'organisation très ritualisée autour d'activités vers des expériences sensorielles structurantes et apaisantes, la pratique de support de communication (pictogramme), les liens, avec la famille, préservés et l'ouverture sur la cité garantit le cadre d'intervention. De fait, les résidents manifestent peu de troubles du comportement aggravants et problématiques à terme pour leur propre santé.

²⁰ Source : indicateurs médico-sociaux 2008.

²¹ Gabbai P., les conduites dites violentes dans les Troubles Envahissants du Développement à l'âge adulte. Les cahiers de l'actif n°390/391, p. 151-164.

C) Transfert de soins et soins en transfert :

De surcroît, le taux d'encadrement du FAM ne permet pas aux équipes de prendre en compte des comportements exclusifs, violents ou déviants sans mettre à défaut le service que l'on se doit de donner aux autres bénéficiaires. Le médecin psychiatre du complexe joue un rôle très important de régulateur. Il conseille les professionnels entourant l'utilisateur concerné et évalue où serait la limite de l'intervention médico-sociale. Il coordonne la prise en charge médicale et conditionne la marge de collaboration avec les établissements de santé. Depuis 1992, le FAM travaille en étroite coopération avec une unité de soins spécialisés pour les adultes autistes d'Albi à 70kms de Lacaune. Chaque structure a dû se fédérer autour d'une approche globale de la personne tout en conservant chacune sa spécificité et ainsi éviter la rupture du projet éducatif ou thérapeutique. Une réflexion a été menée sur les outils respectifs utilisés, des formations concernant l'accompagnement de personnes autistes ont été programmées et communes pour les intervenants des deux structures, et des réunions trimestrielles permettent aux différentes équipes d'échanger sur les patients ou résidents communs. La convention, formalisée en 1997 a pour but de décliner l'articulation des deux services en quatre axes :

- l'hôpital peut pratiquer un rééquilibrage de la prise en charge médicamenteuse dans un espace consacré aux soins, afin de traiter les aspects psychiatriques potentiellement évolutifs,
- il sert d'intermédiaire lors d'une hospitalisation en médecine générale, la continuité de l'accompagnement perdue,
- il prend le relais du FAM et permet aux équipes médico-sociales de rompre avec des situations où les troubles du comportement sont trop importants,
- le FAM lui, propose un lieu d'accueil pour des personnes stabilisées et pour lesquelles le secteur sanitaire n'est plus adapté.

Depuis deux ans, ce service psychiatrique est jumelé avec le Centre de Ressources Autisme Midi-Pyrénées et donc ouvre un cinquième point de collaboration plus vaste en terme de recherche dans l'élaboration d'un « guide des bonnes pratiques » pour lequel le FAM pourrait apporter sa contribution.

2.1.3 Analyse d'un contexte organisationnel défaillant.

En complémentarité des problématiques émergentes concernant les usagers, il est important alors d'évaluer les pratiques au FAM de Constance (A), d'envisager au regard des risques de maltraitances (B) l'efficacité de son organisation spécifique (C).

A) Point sur une organisation spécifique :

Quels que soient le potentiel et la déficience du résident, la vie quotidienne constitue le principal support de l'action éducative. Il permet de maintenir, de développer, d'aménager

ses capacités d'autonomies. Les différents moments de la journée : lever, petit déjeuner, toilettes, soins, rangement et ménage de la chambre, déjeuner, repos, activité ou sortie, soirée, préparation du coucher... sont imposés à tous et sont autant de repères dans le temps et d'opportunités pour chacun de s'organiser seul ou accompagné.

Des espaces différenciés matérialisent le rythme journalier et favorisent le repérage spatio-temporel. Ainsi, les usagers se rendent dans un bâtiment spécifique pour les activités que l'on nomme le club. C'est donc ensemble, professionnels et usagers, qu'ils se déplacent physiquement d'un bâtiment à un autre à partir de 14 heures et se jusqu'à 16 heures 30. Mais tout ceci cumulé pose un réel problème d'adaptation et d'organisation pour répondre vraiment aux besoins des personnes accueillies. Pour l'instant, une salle de repos a été mise en place au club de manière à permettre la continuité de la vie institutionnelle sans pour autant pénaliser les usagers. Ceci étant, cette option n'est pas satisfaisante et ne sera pas viable à long terme du fait de l'aggravation de la dépendance et de l'augmentation du nombre de résidents ayant le même besoin.

B) Le risque de maltraitance institutionnelle :

La maltraitance (ou violence) est un terme difficile à définir en raison de la grande variété de formes qu'elle peut avoir et de la multiplicité de ses causes.

Une définition a été émise par l'ANESM²² en référence à celle du conseil de l'Europe de 1987 à propos des personnes âgées : « une violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne si elle porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Cette définition a été complétée en 1992 précisant les champs : les violences physiques, psychiques ou morales et médicales ou médicamenteuses, matérielles et financières mais aussi les négligences actives et passives puis pour finir les privations ou violations de droits.

La Direction Générale de l'Action Sociale en juillet 2002 édite le guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux. À ce titre, il est intéressant de souligner la clarification du concept de maltraitements institutionnelles. En s'appuyant sur les écrits de Stanislas Tomckiewicz, qui stipule : « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui

²² ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Mission de responsables d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de maltraitance. Décembre 2008.

cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure »²³.

Il peut donc y avoir maltraitance ou violence envers l'utilisateur lorsque la mission à son égard n'est plus respectée. Au moment où la qualité du service ne peut pas être garantie et que l'établissement n'assure pas les conditions d'installation, d'organisation, et de fonctionnement nécessaires.

C) L'accompagnement jusqu'au bout de la vie

Pour le respect de l'utilisateur et de son humanité, je serais tentée de privilégier la continuité de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie.

Mais, l'institution se heurte à certaines limites :

- L'éloignement géographique : il est vrai qu'aujourd'hui, un dysfonctionnement antérieur à ma prise de fonction persiste dans le sens où, dès le premier signe de symptômes inquiétants, les résidents sont orientés vers une prise en charge médicale avec hospitalisation. Le fait d'être un secteur rural de moyenne montagne impose au médecin généraliste un risque supplémentaire à savoir, l'impossibilité de soins spécifiques en cas d'urgence.
- La professionnalisation du plateau technique : effectivement, l'histoire institutionnelle établie bien que certains accompagnateurs, ayant une ancienneté de 30,40 voire 42 ans, ont dû adapter leurs pratiques à l'évolution des usagers dans le temps. Les salariés, qui pour leur majorité sont de qualification AMP, manquent d'expérience en ce qui concerne le suivi de soins des usagers.
- Des défaillances dans l'organisation structurelle : le fonctionnement est déterminé au niveau du complexe et non du service ce qui laisse apparaître un projet d'établissement commun. Malgré le recrutement d'un chef de service de formation initiale paramédicale (infirmière), l'évaluation, l'accompagnement des équipes de soins et la gestion des spécificités imposées par une rigueur médicale au FAM ne sont pas encore prise en compte à sa juste valeur.
- Une architecture qui ne permet pas pour l'instant l'accueil et le suivi de personnes en fin de vie : il est primordial de projeter une restructuration de la salle de soins avec une réorganisation des surfaces prévoyant la sécurisation du site, le stockage des médicaments, une salle de soins et une salle de préparation du pilulier. L'espace limitrophe à l'infirmerie devra être revisité afin d'y intégrer une chambre d'appoint pour les personnes ayant besoin de soins particuliers, extrêmement réguliers en fin de vie. Cette

²³ Direction générale de l'action sociale - bureau de la protection des personnes, guide de repérage des risques de maltraitance de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux, juillet 2002.

dernière pourra intégrer, à terme, une chambre mortuaire afin de permettre aux familles, usagers et professionnels de se recueillir auprès de la personne décédée.

- Une offre de soin qui évolue : pour l'instant elle est optimale, puisque la présence salariale continue est relativement bien organisée, mais risque d'être à l'épreuve de la pénurie d'infirmières sur le marché de l'emploi. De ce fait, l'établissement devrait être en mesure d'envisager progressivement la délégation de la distribution des traitements médicamenteux aux équipes d'accompagnements de proximité.

L'objectif primordial est bel et bien de construire un accompagnement global, en fonction de l'évolution des besoins individuels sans rupture avec le projet de vie. Il s'agit là de respecter la personne dans toute son humanité.

2.2 Le projet comme leitmotiv de pilotage de la qualité du service rendu.

Je souhaite privilégier le management par projet. Il sera une véritable mine d'or pour le FAM de Constance. Effectivement, il permettra aux équipes d'adapter plus rapidement les prestations de l'établissement aux besoins émergents des usagers. Pour ce faire il est important de clarifier la notion de projet (2.3.1), et de détailler les concepts de projet d'établissement (2.3.2) et individualisé (2.3.3).

2.2.1 Fondements du concept de projet.

Dans le secteur médico-social, l'organisation par projet est très répandue. Mais il est indispensable d'en clarifier une définition (A) et les préalables à sa conception (B). Cependant, et ce malgré certaines réticences, ce concept initial fait aussi référence à des notions telles que l'évaluation, le contrôle et le suivi (C).

A) Définition :

Les projets concernent autant les institutions (projet scolaire, projet d'établissement hospitalier, projet de loi, projet politique, projet de société, projet d'entreprise...) que les individus, à tous les stades de la vie (du projet éducatif au projet de retraite, en passant par les projets professionnels, familiaux, existentiels, de vie...). Cette omniprésence du mode projet dans tous les aspects de l'activité humaine renvoie à une vision idéalisée de ce mode d'action. Il semble devenu un instrument qui donne l'espoir à chacun d'entre nous, de ne plus seulement subir les événements, mais de maîtriser le cours de l'histoire et forger le futur à sa façon. De quoi parle-t-on exactement ?

Le mot « projet » est associé à l'idée de se projeter, se jeter en avant, ou encore regarder devant soi... Il est lié à la vie et au développement des sociétés et des hommes et couvre à la fois les processus de construction et d'agencement des moyens afin d'atteindre les objectifs préalablement déterminés. « Le projet assure les conditions d'échapper au

déterminisme et exerce une fonction transitionnelle, liant le passé, le présent et l'avenir »²⁴. En plus de l'espace-temps, il relie les individus entre eux autour d'un socle commun servant de base à leurs interventions dans un espace prédéterminé.

Le projet est, en fait, une entreprise temporaire qui a pour objet de créer quelque chose d'innovant, une conceptualisation du futur, une schématisation d'une mission et son plan d'action. Il fait office de référence et d'engagement pour tous les acteurs.

Dans le secteur, cette culture est bien ancrée dans les mentalités. De plus, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale en impose un certain nombre. Des projets associatifs en passant par le projet d'établissement puis de service, sans oublier le projet individuel ou le projet de vie, on peut déterminer cette organisation comme étant la représentation de systèmes à part entière et pour autant imbriqués les uns aux autres.

B) Prérequis à la conception d'un projet :

Un projet est souvent une pensée, une idée, un désir de progrès et d'évolution. S'il est commun à plusieurs personnes, il va devoir être conceptualisé et écrit. On l'associe, à l'accoutumée, aux notions de processus, procédure ou protocole. Le socle de référence ne sera pas seulement verbal mais bel et bien formalisé. Il symbolisera la norme comme si écrire permettait à l'ensemble des protagonistes d'ériger entre eux un lien concret, incontestable et prégnant de sens.

Il apparaît donc nécessaire, pour qu'un projet existe, qu'il doive répondre à quatre obligations de la part des projecteurs :

- une collaboration impérative entre concepteurs et acteurs-réalisateurs,
- une prise de conscience de la complexité d'un espace référent pluridimensionnel,
- une singularité dans la solution projetée,
- une ouverture à tous les possibles, il doit être générateur de créativité et d'innovation.

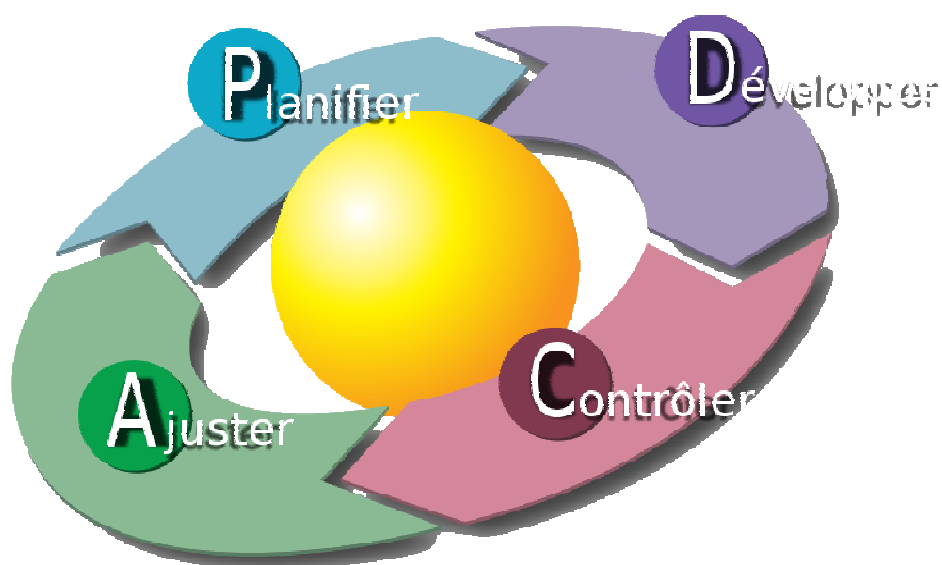
C) L'évaluation, le contrôle et le suivi :

Le secteur de l'action sociale a toujours prôné l'impossible évaluation de son activité dans la mesure où son domaine de prédilection œuvre dans le champ des sciences humaines. Et malgré qu'elle soit inscrite dans la loi n° 2002-2, elle fait encore débat.

Or, un projet en soi n'est qu'utopie ou enfermement s'il n'est pas relié au concept d'évaluation. Il est indispensable d'interroger et de reconsidérer les orientations de départ en fonction de l'évolution de l'environnement et de permettre au projet d'avoir du sens et de devenir un véritable support de communication. Ce processus d'amélioration continue

²⁴ LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* : Paris. Dunod, 2003, p.199.

légitime les décisions quant à la reconduction, la généralisation ou la transformation de la démarche selon le principe pas de la roue de Deming.



Donc, évaluer c'est aussi contrôler. C'est par l'objectivation des situations qu'est envisagée la conformité des actions avec le fil conducteur des missions imparties. C'est la confrontation entre ce qui est possible, permis et ce qui ne l'est pas. Il se base sur des indicateurs connus et clarifiés à l'avance comme les critères budgétaires, les textes réglementaires ou encore les normes professionnelles. Le contrôle est toujours pratiqué par une instance extérieure au dispositif du projet (DDASS, Conseil Général...) et prévu dans le Code de l'action sociale et des familles.

Afin de s'inscrire dans la conformité tant avec les orientations obligatoires que singulières au projet, il est nécessaire de déterminer la formalisation du suivi des actions. Les objectifs opérationnels doivent être conformes aux ambitions initialement énoncées. Le système d'organisation devra alors responsabiliser des coordinateurs afin que les finalités communes puissent être atteintes.

2.2.2 Le projet d'établissement comme ancrage du management institutionnel.

Comme déjà énoncé plus haut, le projet d'établissement est un outil qui s'imbrique entre, en amont, le projet associatif, et en ce qui concerne le FAM le projet de la fédération des APAJ H et des territoires, et en aval, les projets de service, s'il en existe, et des projets individuels d'accompagnement des usagers. Nous aborderons le projet d'établissement dans ce qu'il a d'important en tant que support centré sur les besoins des usagers (A) et nécessaire au pilotage de l'établissement (B). Il ne permet pas pour l'instant d'identifier des spécificités de l'accompagnement (C) en lien avec l'évolution des usagers.

A) L'utilisateur est au centre du dispositif :

La loi 2002-2 prévoit que chaque établissement service social ou médico-social ou lieu de vie doit construire un projet d'établissement ou de service²⁵. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Elle vise ainsi à ce que les structures du secteur aient une démarche prospective en planifiant sur le moyen terme leurs objectifs et leurs moyens. « Le projet d'établissement est une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico-sociale fixée par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires. Le projet, étant contenu, traduit dans un écrit ou un ensemble de documents à destination internes et externes, est aussi un processus de réflexion, une mobilisation interne des acteurs professionnels salariés et bénévoles, usagers et partenaires. Le projet d'établissement constitue une référence institutionnelle qui définit une plate-forme contractuelle, il peut être décliné en projet de service ou programme. Il est régulièrement évalué afin d'analyser les écarts et de proposer des ajustements »²⁶.

Le projet d'établissement est une œuvre collective, il doit donc être en cohérence avec ceux situés en amont et se doit de placer l'utilisateur au centre du dispositif. Ce dernier est réellement acteur du système mais aussi concepteur par l'intermédiaire des instances de participations qui lui sont allouées. Le projet devient « tiers » et sert d'archétype à tous les protagonistes. Il sert de support à la régulation interne parce qu'il s'oppose à la toute-puissance des uns et des autres : chacun peut y faire référence et s'en inspirer. Ce système privilégie les responsabilités individuelles dans une organisation collective.

B) Le directeur pilote le système :

Dans une institution de type associatif, la fonction de direction n'est pas, en soi, légitime. Il ne peut pas exercer sa fonction hiérarchique sur la légitimité d'intérêts privés. Le directeur est inévitablement un lien entre l'association et l'établissement. Il « exerce la responsabilité de la délégation de pouvoir dans la prise en compte de l'objet social et du projet d'association »²⁷.

²⁵ « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit les objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. » (Article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles).

²⁶ LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* : Paris. Dunod, 2003, p. 200.

²⁷ LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* : Paris. Dunod, 2003, p. 80.

Il va donc devoir utiliser cet outil de projet d'établissement qui va lui permettre de favoriser l'adhésion des équipes à la progression inévitable de la structure.

C'est en ce sens que pour diriger un établissement médico-social il est nécessaire d'envisager la fonction au travers de deux concepts indissociables : le projet d'établissement et la délégation de pouvoir.

Le terme de « délégation » renvoie à la conception et à la division du travail dans l'organisation. Elle devient l'élément essentiel de la déclinaison de la structure hiérarchique. La fédération des APAJH a fait le choix d'un système qui puisse avoir un fonctionnement optimal : elle est stratégique et technique.

Cette délégation permet d'institutionnaliser mais surtout de personnaliser un fonctionnement, une prise de décision ou un mode de communication en fonction de la personne occupant le poste bref de créer un véritable projet de direction. Celle-ci garantit pour autant la démarche globale, identitaire et stratégique de l'établissement puisqu'elle se détermine entre les orientations associatives et institutionnelles. Il me semble que ce métier est de trouver un équilibre entre l'association gestionnaire, les autorités de tarification, les partenaires et l'établissement. Il doit essayer, pour le service à rendre à l'usager, de faire cohabiter l'entièreté des logiques sectorielles. De fait, la complémentarité des ensembles permet la légitimité décisionnelle de la hiérarchie tout en privilégiant les responsabilités individuelles.

C) Le FAM est en quête d'un projet identitaire plus spécifique :

Le 17 juillet 2009 la DDASS du Tarn a réalisé une inspection sur le FAM de Constancie. Cette visite s'inscrit dans le cadre du programme annuel de contrôle dit : « prévention des maltraitances et violences institutionnelles », comme il est précisé dans l'article L. 313-13 du Code de l'action sociale et des familles. Il a pour but de faire un état des lieux du fonctionnement de l'établissement et de son inscription dans ce travail en réseau. Des points de vérification sont évalués conjointement entre l'inspecteur DDASS, le médecin inspecteur de Santé Publique et le contrôleur du Conseil Général. Les conclusions et propositions d'orientations de travail sont bel et bien conformes à l'évaluation de la qualité. L'établissement avait, depuis sa création, un projet commun aux deux structures FAM et FOT. En 2008-2009, le complexe a opté pour une réactualisation complète : les salariés ont participé, lors de six journées d'étude, à sa réécriture sous la houlette d'un intervenant extérieur.

Il persiste encore quelques points à travailler, puisqu'au regard de la dichotomie visible aujourd'hui vis-à-vis des deux problématiques différentes concernant les usagers, il devient indispensable pour 2010 d'intégrer au PE la deuxième spécificité du FAM, l'accompagnement des personnes présentant une amplification de leurs dépendances

2.2.3 Le projet individualisé (PI) à déclinaisons multiples.

Le projet individualisé, en s'appuyant sur les orientations du projet d'établissement, doit faire le tour des possibles pour proposer à l'usager un accompagnement adapté à ses demandes et besoins. Pour étayer ces propos, nous nous baserons sur l'obligation légale qui est faite aux institutions médico-sociales (A), aux caractéristiques du PI à Constance (B) et nous terminerons par les valeurs retenues pour leur élaboration (C).

A) Le PI, une obligation légale :

L'obligation d'établir des projets individualisés pour les usagers a été traitée pour les premières fois dans les annexes XXIV. Cette orientation a été, largement, confirmée par la loi 2002-2, un document individualisé doit être annexé aux contrats de séjour et donc devient un outil réglementaire en matière d'accompagnement entre la personne accueillie et l'établissement de référence.

L'objectif principal est de favoriser sa qualité de vie. C'est un instrument qui permet aux professionnels de cibler au plus juste les besoins de chacun et d'adapter la prise en charge. Il doit être élaboré en conformité avec les prestations respectivement proposées.

C'est donc un outil représentatif puisqu'il met en perspective la volonté et les besoins du sujet, les objectifs à atteindre, les moyens pour y parvenir et les critères d'évaluation. Mais il est aussi informatif et consensuel entre le bénéficiaire, l'entourage et les acteurs de proximité dans l'accompagnement, les soins et les partenaires. Il sert d'arbitrage à l'orientation choisie. Il profite aussi à l'animation, la coordination interne des équipes et les liaisons avec les intervenants extérieurs. C'est aussi un outil de gestion du temps afin d'envisager ce qui peut se traiter à court, moyen ou long terme. Il favorise la stratégie d'aide puisqu'il permet en quelque sorte la maturation du projet de vie en fonction de l'évolution des personnes. Il n'est pas figé et sous-tend le travail interprofessionnel dû aux difficultés d'expression des usagers.

B) Les caractéristiques du PI au FAM de Constance :

Quel que soit le niveau de potentiels et de déficiences du résident, la vie quotidienne constitue le principal support de l'action éducative. Il permet de maintenir, de développer, d'aménager ses capacités d'autonomie. Mais les usagers peuvent aussi nécessiter des soins et à ce titre le projet individualisé peut être décliné en projet de vie et projet thérapeutique et de soins. C'est à partir des attentes et des besoins de chacun que le PI est élaboré en conformité avec les prestations du FAM. Afin d'assurer son suivi, un coordinateur est nommé. Il est garant de l'application du PI au quotidien, de son élaboration et de sa rédaction selon une procédure schématiquement décrite ci-après :

- L'accueil et l'intégration : l'établissement propose toujours une adaptation progressive par le biais de stages ou de plusieurs journées d'accueil. La nouvelle personne accueillie

est particulièrement accompagnée par les membres des équipes éducatives et soignantes. Ils doivent faire preuve d'une grande disponibilité pour faciliter l'intégration au groupe.

- L'évaluation des souhaits et des besoins des usagers : lors d'un entretien, la psychologue de l'établissement et le coordinateur de projet recueillent les souhaits de l'utilisateur s'il est en capacité d'y participer. Pour ce faire, ils suivent un guide d'entretien, élaboré par le psychologue établissement, qui se réactualise et se retravaille chaque année en fonction de l'évolution des prestations de services. Ce guide est un listing de questions ouvertes favorisant l'échange tout en respectant le cadre institutionnel. Dans la mesure où l'utilisateur est dans l'incapacité de s'exprimer verbalement, les professionnels élaborent le PI à partir d'un guide d'observation préétablie. La partie thérapeutique est traitée directement avec le médecin psychiatre qui coordonne la prise en charge médicale dans l'établissement avec le médecin généraliste ou les spécialistes si nécessaire. La famille et/ou le représentant légal sont consultés par l'assistante sociale.
- L'énoncé des objectifs de travail : la réunion de PI animée par un membre de la direction et le plateau technique (composé de l'équipe d'accompagnement éducatif, du chef de service, des infirmières, du psychologue, de l'assistante sociale, du personnel paramédical et du médecin psychiatre) échange puis décide les objectifs prioritaires d'action et les moyens à mettre en œuvre. Cette réunion a lieu une fois par an et dure 45mn pour chaque usager.
- L'information de l'utilisateur, sa famille et/ou son représentant légal : le coordinateur du PI en collaboration avec l'assistante sociale communique à l'utilisateur ainsi qu'à la famille et/ou à son représentant légal les bases de travail pour l'année à venir, sachant que certains points peuvent être modifiés au regard de demandes qui n'auraient pas pu être exprimées auparavant.
- Le pilotage du PI : au quotidien, les intervenants évaluent les moyens mobilisés et leur adéquation avec les objectifs poursuivis. Les réunions d'équipe mensuelles, animées par le chef de service permettent de décider les ajustements nécessaires. Le PI est élaboré pour une durée de 3 ans et réactualisé chaque année. Il est classé dans le dossier de l'utilisateur. Une copie est disponible dans l'unité d'affectation puisqu'il sert également d'outil de travail pour faciliter son suivi.

C) La bientraitance, un objectif primordial :

La bientraitance est une forme d'action de chacun (chaque professionnel) et de tous (service, établissement) pour promouvoir le bien concret de chaque individu accompagné, tout en gardant à l'esprit les risques possibles de maltraitance. Cependant, ce n'est pour autant pas l'absence de maltraitance, ni sa prévention. C'est à la fois une intention positive et un/des actes pour réaliser cette intention.

Au cas par cas, en fonction des résidants et du projet de l'établissement, l'idée de bientraitance doit guider la mise en place d'échanges, d'activités, de rencontres, les plus individualisés possible et répondant au mieux aux besoins de cette personne. La bientraitance demande donc une concertation entre toutes les parties prenantes : institutions, professionnels, usagers, familles et proches, bénévoles, etc.... Certains piliers sont incontournables : respect de la personne, de son individualité, nécessité d'un cadre clair, respect des choix de la personne et développement des possibilités de décision et questionnement sur la justesse des actes par rapport aux besoins.

Au FAM de Constance les équipes s'accordent sur le fait qu'il est primordial que chaque résidant puisse :

- se sentir à son domicile, y compris dans les espaces collectifs,
- prendre part à l'exécution des tâches de l'unité de vie,
- connaître dans son groupe un climat d'ouverture, qui l'autorise à exprimer des suggestions et initiatives pour améliorer la qualité d'existence (décoration des lieux de convivialité...),
- avoir le droit à une vie affective,
- faire valoir ses goûts et préférences en matière de rythme personnel, d'alimentation, d'habillement, d'activités...

Depuis 2003, l'établissement a mis en place un outil de travail qui permet d'envisager l'accompagnement de l'utilisateur dans sa globalité mais aussi dans sa complexité. Cependant, chaque année, lors de l'évaluation de cet outil, l'équipe de professionnels constate toujours des points à améliorer. L'année suivante sert de réajustement. Plusieurs items restent à travailler comme la démarche d'évaluation des moyens mis en oeuvre et la participation des représentants légaux et des familles.

2.3 La lutte contre l'épuisement professionnel : un enjeu majeur pour préserver un accompagnement de qualité.

Le secteur du médico-social se soucie, depuis longtemps, du salarié en souffrance au travail. Les risques psychosociaux (2.2.1), véritable enjeu pour l'employeur, peuvent se transformer en un danger potentiel d'usure professionnelle (2.2.2). Le FAM, autant qu'ailleurs, y est soumis (2.2.3).

2.3.1 Les risques psychosociaux.

Les lieux de travail ont fortement évolué, les professionnels sont de plus en plus en prise avec un travail générateur de stress, de fatigue (A) qui sont identifiés comme étant responsables des risques psychosociaux (B). Cet état de fait nécessite l'adaptation des lieux de travail (C).

A) Définition :

La loi²⁸ fait obligation à l'employeur d'évaluer les dangers et de préserver une bonne condition physiologique mais aussi psychique des salariés²⁹. Les milieux de travail ont connu au cours de ces dernières décennies de profondes transformations dues au développement de nouveaux matériaux, processus et technologies. De fait, des risques physiques, chimiques et biologiques ont été repérés et traités dans les entreprises. Mais, plusieurs études confirment aussi le lien entre l'environnement professionnel et les manifestations de mal-être des personnes.

Pour autant, ces risques souffrent d'une réelle complexité et n'ont pas de définition propre. Tout d'abord, une gamme terminologique importante les qualifie : harcèlement, violence, burn-out, souffrance, santé mentale... Puis, une difficulté d'identification perdure du fait de la confusion possible dans l'enchevêtrement des facteurs personnels et professionnels. C'est bel et bien une priorité en terme d'évaluation et de prévention. D'ailleurs, un accord national interprofessionnel a été conclu à l'unanimité en juillet 2008 et rendu obligatoire aux entreprises par arrêté ministériel du 6 mai 2009 sur le stress au travail. C'est un état qui « survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception d'une personne à des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face »³⁰.

Par contre, ce surmenage, facteur d'abattement, n'est pas seule source de mal-être ou ressenti négatif dans ces circonstances. L'expression « risques psychosociaux », plus large, apparaît plus appropriée. Elle renvoie à des contextes de situations et de causes très variées : surcharge de travail, contraintes excessives, pertes de repères, difficultés à trouver du sens à l'action, conflits de valeurs... Elle rappelle aussi que la santé mentale n'est pérenne que si les relations interpersonnelles et professionnelles sont construites autour de la reconnaissance, la possibilité d'échanges et de coopération entre collègues mais aussi avec la hiérarchie.

B) Les tensions au travail responsables d'épuisement professionnel :

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) en France a développé une approche originale et pratique des risques psychosociaux. Ils doivent être analysés comme le résultat de « tensions » excessives, non ou insuffisamment régulées par l'organisation de l'activité et le système de relations sociales.

Le réseau Anact dénombre quatre types de tensions liées aux :

²⁸ Transposition de la directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989 et renforcée par les nombreux textes réglementaires ultérieurs.

²⁹ Article L. 4121 -1 du Code du travail

³⁰ Définition de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao en Espagne

- contraintes induisant des situations permanentes de surcharge ou une mauvaise répartition de la charge de travail,
- valeurs et exigences du salarié décalées vis-à-vis de l'entreprise,
- changements récurrents des contextes demandant une adaptabilité constante,
- communication en équipe dégradée.

En conséquence, chaque individu ne réagit pas à l'identique, ce qui implique, à l'issue, des diagnostics bien différents. Pour certains, des répercussions sont à craindre dans toutes les sphères de la vie. Certaines situations, attitudes ou caractéristiques individuelles, peuvent contribuer, dans pareil cas, à ce que le salarié menacé ait des manifestations psychosomatiques. Sur le versant psychologique il peut glisser vers la dépression, développer un sentiment d'échec voire de l'anxiété, des pertes de mémoire, de la confusion, avoir des problèmes de toxicomanie ou à l'extrême, des pensées suicidaires avec ou sans passage à l'acte... Mais, il peut aussi souffrir de troubles physiologiques : alimentaires, diabète, obésité, fatigue persistante, sommeil perturbé, mal de dos, maladies cardio-vasculaires... On perçoit bien ici un processus lent et insidieux.

C) L'enjeu stratégique sur le lieu de travail :

L'effervescence notable des pouvoirs publics à ce propos est induite par le fait que « depuis les années 80, le monde du travail a connu une profonde mutation liée à son intensification, à des changements organisationnels et enfin à une évolution des secteurs d'activité »³¹. Il existe donc un enjeu stratégique important pour l'employeur ou son représentant car il appartient aux dirigeants, avec obligation de résultat, d'évaluer les risques et de mettre en place un plan d'action³² restitué dans le document unique d'évaluation des risques en collaboration avec le CHSCT et ce depuis le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.

Ceci étant, chaque entreprise, organisation ou établissement médico-social ne pourra être efficient qu'à plusieurs conditions :

- Les cadres seront dans l'obligation d'accroître leur expertise en la matière. Effectivement, cette préoccupation monopolise une multitude de savoirs en « médecine, sociologie, ergonomie, voire de cette partie de l'anthropologie qui s'attache à décrypter les tensions qui naissent du heurt de la liberté individuelle et des contraintes sociales »³³.
- La formation des représentants du personnel au CHSCT sera aussi indispensable pour favoriser un véritable dialogue social.

³¹ Dossiers médicaux techniques, INRS, document pour la médecine du travail, TC 108.

³² Code du travail, article R. 4121 -1 et article R. 4121-3.

³³ NASSE P. et LÉGERON P. : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, 12 mars 2008 pour Xavier Bertrand, le ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

- Le repérage et l'évaluation de situations à risques ne seront réellement validés que par la construction d'indicateurs propres à chaque domaine professionnel. Il sera essentiel de les mettre en parallèle avec ceux de gestion des ressources humaines, des services de santé au travail, ceux en lien avec le fonctionnement de l'entreprise et ceux permettant d'envisager les tensions émergentes ou avérées.

L'enjeu majeur est donc d'éviter les climats de crises et de souffrances sur le lieu d'activités qui génère inévitablement de l'absentéisme.

2.3.2 Les risques d'usure professionnelle dans l'accompagnement des personnes en grande dépendance.

Les risques psychosociaux sont essentiellement considérés comme des états de santé à proscrire. La multiplicité des symptômes non conditionnels ne permet pas un diagnostic ferme et reconnu par les médecins du travail. Pour autant, il appartient à la responsabilité de l'employeur de les analyser. Car, il me semble peu probable que pour ce type de phénomène, l'habituelle action-réaction nécessaire en terme de gestion des risques soit très adaptée. Il sera dans un premier temps intéressant d'envisager l'usure professionnelle comme une dynamique d'évolution (A) puis de la mettre en relation avec le secteur d'activités du handicap (B) et pour finir d'étayer l'incontournable analyse des pratiques (C).

A) L'usure professionnelle : une dynamique d'évolution :

Dans le secteur médico-social les salariés parlent davantage « d'usure professionnelle » que de risques psychosociaux.

Le mot « usure » vient du participe passé du verbe latin : « *uti* » voulant dire : « se servir de ». Une des définitions du Petit Larousse l'assimile à une : « détérioration par l'usage ». L'usure renvoie donc au vocable « usagé » qui a déjà servi du fait d'une action répétée. Mais, aussi à celui d'« usage » qui fait référence à l'emploi ou à l'utilisation de quelque chose.

Cette expression a fait son apparition au sein de la presse spécialisée française du travail sanitaire et social à la fin des années 1980. C. Malach propose la sémantique suivante : « Syndrome d'épuisement physique émotionnel impliquant le développement d'une image de soi négative et d'une perte d'intérêt pour les patients ou les personnes à aider, pouvant aller jusqu'à une mise à distance et un comportement cynique, voire hostile »³⁴. L'usure professionnelle peut s'apparenter à un processus de détérioration dans une configuration de travail où s'enchaînent des épreuves. Il y a bien derrière tout cela, une action prolongée et récurrente dans le temps. Elle se caractérise par l'épuisement physique,

³⁴ Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale, édition Bayard, 2006, p 609.

psychique et émotionnel de l'auxiliaire ; la dégradation de la qualité de ses rapports avec ceux qu'il faut soigner ou aider pouvant aller jusqu'à une certaine déshumanisation de la relation ; et enfin l'attitude négative envers soi-même et son travail avec une position de retrait, une perte de rendement, une baisse de l'efficacité³⁵. Le service rendu est nécessairement remis en question.

B) Les manifestations de l'usure des professionnels intervenant auprès de personnes très dépendantes :

À l'ordinaire, les professions médico-sociales sont incarnées par des hommes et des femmes qui se sont engagés dans le secteur vis-à-vis de valeurs propres. Ils manifestent dans leur formation puis dans leur activité professionnelle une forte motivation. Cependant, après 25, 30 ou 40 ans d'ancienneté, ils ressentent une lassitude massive au travail. Il semble que ce phénomène soit exacerbé lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes en situation de grande dépendance. Effectivement, les professionnels verbalisent à de rares exceptions près, une impuissance dans l'accompagnement. Ils l'associent souvent au fait que la dimension de progrès et d'évolution positive de l'utilisateur est presque inexistante, tel Sisyphe qui a été condamné à faire rouler une énorme pierre jusqu'en haut d'une montagne sans jamais parvenir au sommet. Il a dû éternellement reproduire son supplice, ainsi transcrit par Homère dans l'Odyssée. Le professionnel, par analogie, se heurte à l'absurde d'un travail qui n'en finit pas. La question de son utilité prend alors une dimension incommensurable dans l'interprétation qu'il donne à sa vie. Plus les accompagnateurs en ont conscience plus le risque est avéré.

De plus, ils sont confrontés continuellement à l'« autre ». La rencontre avec la personne en situation de handicap sévère affecte les aidants. Ils sont sans cesse submergés d'une charge émotionnelle assez importante qui peut aller de la compassion ou empathie à l'indifférence, au dégoût, à la violence ou même à la haine. La relation d'aide les emprisonne dans un « prendre soin » et leur face à face avec la réalité des handicaps chroniques chez l'adulte.

C) L'accompagnement dans la relation d'aide :

Repenser la question de l'usure professionnelle ne peut se faire qu'en s'interrogeant sur ce qu'est professionnellement l'accompagnement dans la relation d'aide.

La relation d'aide est un idéal éducatif qui s'est imposé comme référence commune. Elle s'articule autour de trois composants : une défaillance, une nécessité de soutien et une personnalisation du lien de compensation. La dépendance devient le maillage et le fil conducteur de l'assistance. L'accompagnement traduit l'espace-temps qui sous-tend un

³⁵ Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, édition Bayard, 2006, p 610.

processus de progression en estimant les protagonistes sur un même pied d'égalité. La relation d'aide n'existe qu'à cause du besoin de l'autre et l'action d'accompagner est rendue légitime grâce à un seul objectif, l'autonomie de la personne aidée. Elle ne prend réellement son qualificatif d'efficace qu'à la conclusion du procès, lors de son évaluation. Il semble important que l'aidant ait et tienne une posture professionnelle. Cette dernière se décline par une éthique définie par le respect d'autrui dans sa différence et son humanité et par un positionnement bienveillant de l'aidant. Effectivement, cette relation est asymétrique, l'accompagnateur doit être vigilant à ne pas être dans de la toute-puissance. Le professionnel n'est plus dans l'analyse des causes mais dans la recherche de solutions. Il va proposer une relation d'écoute, d'observation et impulser un lien de confiance sans jugement qui permettra à l'autre d'exister. Il pourra développer des propositions ou un consentement éclairé vis-à-vis de son évolution et donc de son besoin d'aide. Ce postulat prend en considération les ressources, les compétences de la personne qui est considérée comme la seule véritable actrice de son histoire. De fait, et comme pour Sisyphe, un sens est donné à l'action des professionnels menée auprès d'un public adulte et très dépendant.

2.3.3 Qu'en est-il au FAM de Constancie ?

Le FAM de Constancie, de par sa mission d'accueil de personnes en situation de grande dépendance, cumule trois sortes de difficultés repérées, celles liées à la pénibilité de l'accompagnement (A), aux aléas du travail d'équipe (B) et au risque de l'entre-soi (C).

A) La pénibilité de l'accompagnement :

Lors du dernier CHSCT de 2008, une évaluation des incidents bénins a été effectuée. Sur 14 faits signalés, 9 étaient imputables au service d'accompagnement éducatif, 2 concernaient des courbatures suite à la manipulation d'un usager alité et 7 des contusions et hématomes, dus aux agitations de certains autres. Pour 3 d'entre eux, il y a eu des suites d'accidents de travail de respectivement 6, 12 et 84 jours.

Ceci étant, depuis 2004, la fédération des APAJH a mis en place la pratique des entretiens annuels d'activité. Au FAM de Constancie, c'est le supérieur hiérarchique qui prend en charge ce temps. Cette instance a permis aux salariés, dans un contexte sécurisé d'échanges, d'exprimer leur mal-être. Loin des collègues, certains professionnels ont pu verbaliser les freins qu'ils estimaient avoir dans leur travail.

Les plus jeunes dans la profession évoquent l'aspect physique des usagers. Il est vrai que les adultes en situation de grande dépendance ont souvent un corps abîmé, d'une maigreur impressionnante, déformée, mutilé par des conduites d'automutilation ou d'hétéro-agressivité. Cet autre, emprunt de différences, peut parfois déstabiliser et faire émerger un sentiment de rejet ou de compassion excessive, l'utilisation même d'un fauteuil roulant peut affecter les aidants. Les salariés, prenant en charge l'ensemble des

actes de la vie quotidienne, répèteront, plusieurs fois dans la journée, des gestes de nursing, d'aide alimentaire... de soins vitaux. Pour autant, cet accompagnement, si nécessaire soit-il, est souvent dévalorisé alors qu'il est incontournable et indispensable à la survie de l'usager. De fait, la fonction est infériorisée au même titre que leurs propres actes, le personnel exprime, alors, un manque de reconnaissance professionnelle. Il nous est relaté que pendant une grande majorité de leur temps de travail, ils se retrouvent face à un bénéficiaire atteint de troubles massifs de la communication. Ils n'ont pas d'autres choix, que de converser, pendant sept ou huit heures d'affilée, en langage utile, s'ils ne commentent pas, seuls, les séquences de la vie afin d'imaginer pouvoir y donner un sens, commun. Pour finir, ils se sentent « chosifiés » par l'usager présentant un état autistique, qui n'opère pas de différenciation entre « moi/non-moi ». Un accompagnement au long cours de ces personnes est à terme très fatigant. Ils sont en permanence pénétrés psychologiquement, affectivement, mentalement par des sollicitations importantes et incessantes.

Pour certains, l'engagement idéologique de départ devient désillusion dans la pratique. L'usure professionnelle pourrait alors être qualifiée d'épuisement relationnel.

B) Les aléas du travail d'équipe :

Le FAM, au vu de la complexité de ses ambitions, doit mutualiser des compétences professionnelles très variées. Pour ce faire, l'institution a mis en avant le travail d'équipe. Ce terme renvoie à un petit groupe uni autour d'une tâche commune, à un microcosme soudé, solidaire et capable de faire face à sa mission. Pour chaque unité de vie, le FAM est divisé en 5 pôles de cinq professionnels, chacun d'entre eux étant constitué d'un éducateur spécialisé ou d'un moniteur éducateur, d'une aide-soignante et de 3 Aide-Médico-Psychologiques (AMP). Pour parachever le descriptif de l'organisation, l'ensemble de ces équipes est enrichi d'infirmières, de psychologues, de médecins (psychiatre et généraliste) au besoin.

En 2004, au même moment que les entretiens annuels d'activité, les fiches de postes ont été élaborées pour chacune de ces spécialités. C'est un travail essentiel qui va bien au-delà de la simple nécessité de recruter des personnes avec des compétences en conformité avec les besoins de l'établissement. Elles permettent, à l'ensemble des salariés, de se représenter leur place, leur rôle et leur fonction dans cette organisation. Car il est évident que dans cette composition pluri-professionnelle, si son champ d'intervention n'est pas convenablement défini, l'individu n'aura qu'un seul objectif, du reste très humain : préserver son territoire. Si un certain équilibre est atteint, il n'en demeure pas moins qu'à la moindre adaptation aux besoins, les changements sont souvent vécus comme des minicrises en soi.

C) Le risque de l'entre-soi :

Avec des personnes en grandes vulnérabilités, les acteurs sociaux doivent faire preuve de beaucoup de professionnalisme. Ils doivent contrôler leurs affects car ils sont tenus de « se situer dans une juste distance, ni trop près ni trop loin, ni dans la réponse à miroir, ni dans l'évitement... » Il devient inévitable qu'ils confrontent leurs approches. Depuis le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009, les FAM sont contraints de formaliser « les modes de soutien » aux professionnels. Ils peuvent prendre la forme de « supervision ou analyse des pratiques ».

Le FAM a fait le choix, depuis sa création, d'établir en interne le soutien des personnels. Du fait de l'éloignement géographique du complexe, peu d'intervenants compétents souhaitent y travailler. Cette supervision, pour le FAM, a été menée par la psychologue de l'établissement. Une fois par mois, elle rencontre chaque mini-équipe et aborde soit des thématiques théoriques nécessaires au travail quotidien, soit sert d'intermédiaire dans la résolution des conflits individuels. Cependant, faisant aussi partie de l'équipe pluri-professionnelle, il peut y avoir parfois confusion avec les réunions d'équipe, il se peut qu'elle valide les modalités de l'accompagnement personnalisé aux usagers plutôt que de pratiquer une réelle supervision.

Je pense que les groupes d'analyses des pratiques doivent davantage être centrés sur la reprise des expériences problématiques de la relation, et notamment celles relatives aux prises en charge les plus difficiles, répétitives et incertaines. Ces espaces, fortement influencés par des références psychanalytiques, ne doivent pas pour autant devenir des lieux thérapeutiques. Ils ont comme ligne de conduite de « renforcer les compétences requises des professionnels, d'accroître leur degré d'expertise, de faciliter l'élucidation des contraintes et enjeux spécifiques à leurs univers socioprofessionnels et de développer des capacités de compréhension et d'ajustement à autrui »³⁶. J'insisterai aussi sur le fait que cette formation interne doit être externalisée car par le biais de cet intermédiaire, le FAM réduit le risque de l'entre-soi.

³⁶ Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, édition Bayard, 2006, p65.

Cette deuxième partie a permis de mettre en exergue que l'évolution des besoins des résidents du FAM de Constance et le réajustement nécessaire des prestations de services impliquent de définir la réorganisation.

Cet état de fait sera réalisable qu'en s'appuyant sur le projet d'établissement, véritable outil de management des équipes.

Néanmoins, il sera nécessaire de mettre l'accent sur l'impérieuse nécessité de lutter contre le risque majeur d'épuisement relationnel pour les professionnels.

De fait, dans la troisième partie il sera intéressant d'envisager un plan d'évolution du FAM de Constance. Je l'articulerai autour de trois grands thèmes :

- le cadre institutionnel au service du projet d'établissement,
- la politique des ressources humaines,
- une offre de service étayée et personnalisée.

3 Le FAM de Constance ajuste ses prestations de service aux besoins des usagers en se réorganisant.

Je souhaiterais ici, afin de faciliter la compréhension de la déclinaison de la réorganisation institutionnelle, préciser trois points fondamentaux :

- poser un cadre avant d'envisager les réponses aux besoins des usagers,
- assimiler l'évaluation et la démarche qualité au quotidien institutionnel,
- présenter le descriptif technique d'élaboration du plan d'amélioration proposé.

1- Pourquoi parler de cadre avant de faire des propositions pour répondre aux besoins des usagers ?

Tout d'abord parce que le FAM de Constance est un établissement qui a une histoire vieille de plus de 60 ans. La problématique des résidents a toujours été en première ligne des préoccupations institutionnelles. Puis, parce que depuis un an, les salariés, peut-être pas dans leur intégralité, ont pu transcrire ce que l'institution assure aujourd'hui comme services dans un PE. Ils ont évalué que les besoins de certaines personnes accueillies évoluent et précipitent les accompagnateurs dans la définition d'une nouvelle démarche. Il est donc important qu'ils se mobilisent et se responsabilisent vis-à-vis de leurs nouvelles missions.

Ensuite, parce que chaque individu est dans la capacité de donner du sens à son action au regard de ses propres valeurs. Cependant, les libertés individuelles et les potentiels de créativité de chaque être humain doivent s'harmoniser avec le système clos qu'est le FAM afin de s'épanouir réellement. Pour cela, le professionnel devra avoir une certaine autonomie lui permettant de prendre des initiatives et de réaliser des choix dans son registre d'activités. L'environnement de travail lui offrira la possibilité d'associer l'ensemble de ses décisions en harmonie avec les orientations du projet dans un cadre prédéterminé.

Je pense que l'encadrement institutionnel commun et lisible par tous est un enjeu managérial, si je veux qu'un espace de liberté soit ouvert et puisse devenir le domaine de la créativité et donc des innovations en matière d'accompagnement. Au regard de cette conception, il est nécessaire de réactualiser un système hiérarchisé et fonctionnel, approuvant l'expression individuelle et autorisant un projet d'établissement vivant et réactif.

2- Le processus d'amélioration continue de la qualité est inhérent au système global et non uniquement lié à une obligation légale. De fait, l'évaluation des pratiques, des outils de travail ou encore des missions doivent être intégrés et reliés à l'organisation. La qualité doit être pensée continuellement. Pour ce faire, un comité de pilotage est constitué au FAM de Constance.

Cette instance en collaboration avec l'ensemble des professionnels doit avoir la possibilité de faire des propositions d'amélioration à la direction. Le processus d'évaluation de l'existant et de mise en forme du PE a duré un an. Cette production ne devra pas rester figée pendant les 5 années imposées par la législation en matière de projet d'établissement (art. L311-8 du code de l'action sociale et des familles). Il sera essentiel de le confronter au référentiel des bonnes pratiques APAJH (démarche qualité) et de le réactualiser chaque année par un additif et un plan d'action adéquats qui serviront de base au travail de l'année suivante.

3- Pour finir, il me semble important de clarifier la méthodologie que je vous propose pour l'élaboration du plan d'action. À partir de l'évaluation des besoins des usagers, des salariés et du système (partie 2), l'hypothèse de départ est bel et bien confirmée : le FAM de Constancie doit se réorganiser. Donc, chaque sous-partie de cette séquence intégrera une orientation globale qui se déclinera en plusieurs objectifs de travail. Ces derniers détermineront l'ensemble des actions que je planifierai. J'énoncerai aussi la responsabilité et les acteurs nécessaires à leur réalisation. Enfin, je clarifierai les critères d'évaluation qui seront recherchés à l'issue pour valider la démarche projective. J'ai fait le choix de créer un plan d'action sur un an. Pour une meilleure lecture, les séquences du plan d'action seront présentées dans des tableaux synthétiques successivement à chaque item développé.

Mon plan d'amélioration se décompose donc en trois orientations principales : revoir le fonctionnement hiérarchique et fonctionnel interne est indispensable pour que l'établissement soit en adéquation avec ses intentions projetées (3.1), soutenir la politique de gestion des ressources humaines (3.2) et répondre aux besoins nouveaux des usagers (3.3).

3.1 Créer un cadre institutionnel au service du projet d'établissement.

Le projet d'établissement vient d'être terminé ; après sa validation en conseil d'administration, avant fin 2009, il sera impératif de lui donner une tonalité spécifique lors de sa diffusion. Effectivement, les salariés ont participé notablement à sa réécriture pendant les journées d'étude avec un intervenant extérieur. Il est donc un outil collectif et exhaustif des prestations de service efficaces du FAM de Constancie. Il rend compte du fonctionnement institutionnel aux autorités de tarifications et représente un engagement qualitatif auprès de tous les usagers actuels et futurs. Ce travail responsabilise l'ensemble de l'équipe. Je serai attentive à favoriser en interne la compréhension du cadre de mission de la structure, de son orientation et de son projet mais aussi à améliorer la circulation de l'information interne. Cette dernière dimension servira, *in fine*, à faire valoir la qualité du professionnalisme institutionnel et ainsi, consolider et/ou développer les réseaux partenariaux de la qualité.

Je vais aborder, dans un premier temps, la transformation de l'organisation structurelle (3.1.1). Puis je m'attacherai dans un second temps, à projeter la création d'un cycle de travail professionnel récurrent et rythmé afin de ponctuer l'année d'instances de participation institutionnelle porteuse de sens (3.1.2). Je terminerai enfin sur l'obligation d'assurer le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement (3.1.3).

3.1.1 Transformer le cadre structurel existant.

La transformation de l'organisation hiérarchique est une véritable nécessité (A), et donne de nouvelles perspectives au FAM (B). Il est indispensable d'en établir un plan d'action correspondant à cette orientation (C).

A) Transformer l'organisation hiérarchique, une véritable nécessité :

Le cadre ne peut pas être variable suivant les différents intervenants hiérarchiques. Le système doit être pérenne dans le temps. Il est pensé par la direction dans le respect des orientations associatives et des politiques publiques. Il peut être évalué et faire l'objet de réadaptation en fonction des contraintes budgétaires imparties. Il peut aussi subir une renégociation avec les autorités de tarification, si des créations de postes s'imposent. Relativement bien organisé, il répond à deux sous-objectifs indissociables et indispensables : assurer un service de qualité auprès des usagers et préserver des conditions de travail satisfaisantes aux salariés.

Lorsque je suis arrivée sur le complexe, l'équipe d'encadrement était constituée de deux postes de direction et d'un poste de cadre intermédiaire que j'occupais alors. Jusqu'à présent, l'organigramme hiérarchique était très pyramidal, puisque le directeur, sous la houlette du directeur général, était responsable de tous les services puis déléguait à la directrice adjointe, les services généraux, l'équipe de nuit et l'infirmerie. Le chef de service avait la responsabilité des équipes éducatives à savoir : 34 équivalents temps plein. Les délégations n'étant pas claires, beaucoup de personnels n'étaient pas reconnus dans leur poste et l'énonçaient clairement en entretiens individuels d'activité.

Des problématiques étaient évaluées :

- des coordinations d'équipes difficiles,
- des délégations ou missions peu ou pas repérables,
- des tâches à accomplir trop conséquentes pour certains postes,
- un accompagnement d'équipes discutable au regard des besoins réels.

J'ai donc décidé à ma prise de fonction de réajuster partiellement l'organisation par la création et la définition d'un poste de chef de service supplémentaire et la nomination d'un responsable des services généraux. Le tout ayant été obtenu par redéploiement de postes inoccupés.

Puis la fédération des APAJH a été la mise en place des territoires et en janvier 2009, 3 postes supplémentaires seront créées : un directeur territorial, un responsable des ressources humaines et un responsable-comptable³⁷.

De fait, j'ai signé une nouvelle délégation de pouvoir en juillet 2009 faisant état des domaines délégués :

- l'accueil l'accompagnement de ces personnes en situation de handicap,
- la gestion et animation des ressources humaines,
- la gestion économique et financière.

B) La mise en place des territoires donne de nouvelles perspectives aux établissements :

La proximité d'un directeur territorial a changé, dans l'esprit des salariés, leur vision du complexe. Tant que la direction générale était située à Paris, l'établissement jouissait d'un fabuleux et puissant sentiment d'indépendance, pensant que toute négociation s'établirait si nécessaire sur le territoire, le directeur d'établissement faisant passerelle entre les différentes instances.

Cependant, un directeur territorial, un comité d'entreprise commun à tous les établissements APAJH du Tarn, un responsable des ressources humaines assistant à toutes les réunions des délégués du personnel et une équipe de comptables soumise à des orientations techniques de proximité, a soufflé un sentiment d'insécurité en interne.

De fait, j'ai dû, dans un premier temps, affirmer mes prérogatives de direction en affirmant mes décisions. En exemple, j'ai pris l'habitude de travailler avec les délégués du personnel dans un premier temps, ensuite d'aller faire la présentation des concertations interne. J'ai aussi situé chaque décision énoncée devant le personnel en complétant d'un explicatif à savoir : conforme avec les orientations territoriales et/ou au service des usagers du FAM en tenant compte de toutes leurs particularités. Ceci permet de davantage soutenir ce qui dépend uniquement de moi et en lien direct avec le terrain. Maintenant, mon objectif est de faire en sorte que le territoire ne soit plus considéré comme un extérieur institutionnel mais bel et bien comme un atout associatif luttant contre l'isolement d'un établissement situé en milieu rural de moyenne montagne.

³⁷ Annexe 2 : organigrammes hiérarchiques de la Fédération des APAJH et du FAM de Constancie.

C) Plan d'action :

Orientation 1 : créer un cadre institutionnel au service du PE.		Échéance :
Objectif 1 : transformer le cadre structurel existant.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • la fonction de direction clarifiée et affirmée par ses prérogatives propres, énoncées par la délégation de pouvoir dont je suis assignée, • équipe de direction associée dans les prises de décisions fonctionnelles, • les fonctions hiérarchiques affirmées et fonctionnement facilité, • repérage institutionnel facilité. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : définir le management institutionnel au Complexe de Constancie. Lors de trois réunions de 2 h pendant les réunions de direction, une réflexion sera menée par l'équipe d'encadrement et permettra aux uns et aux autres de comprendre les interactions institutionnelles. À l'issue de ce travail, une fiche de fonction respective sera élaborée par moi-même et avec la directrice adjointe une fiche de fonction pour chaque cadre intermédiaire leur sera proposée.	L'équipe d'encadrement	15/10, 05/11 et 10/12/2009.
Action 2 : plan d'action managérial des cadres intermédiaires. Un plan d'action managérial devra être construit par les cadres intermédiaires (chef de service d'accompagnement et responsable des services généraux). Ce travail sert à clarifier et énoncer au personnel les orientations de l'année en cours. Il devra inclure les orientations du PE ou des additifs.	Direction et cadres intermédiaires	15/10/2009
Action 3 : réunion plénière. Instance qui sera déclinée ultérieurement au 3.1.2. - C. Cette instance est sous ma responsabilité.	Ensemble du personnel	06/01/2010
Action 4 : faciliter l'échange entre l'établissement et le territoire. Mon objectif sera, à chaque outil de travail nouveau, à chaque réflexion... de faciliter le partage et la concertation en ce qui concerne l'ensemble des directeurs des complexes gérés au sein du territoire. Mon rôle sera de privilégier des échanges entre les salariés des différents établissements ; il sera alors plus facile d'entrevoir différentes possibilités d'accompagnement et d'être dans la recherche de la meilleure réponse aux usagers.	Direction, territoire.	Année 2010

3.1.2 Créer un cycle de travail professionnel récurrent, rythmé et porteur de sens.

Je débiterai donc par énoncer la nécessité d'une organisation repérée et opérationnelle (A) et d'un cycle de travail récurrent, rythmé et porteur de sens (B) qui seront définis par un plan d'action correspondant à cette orientation (C).

A) Une organisation bien repérée et opérationnelle :

Le FAM travaille autour d'un certain nombre de réunions planifiées sur l'année. À savoir :

- Les réunions de direction et du pôle éducatif

La première, que j'anime, a lieu tous les 15 jours. Elle permet d'évaluer l'avancée du programme. La deuxième, pilotée par la directrice adjointe, a lieu toutes les semaines. Elle se centre sur l'accompagnement des usagers et l'évaluation du service rendu.

Ces deux instances favorisent le pilotage du management global du Complexe.

- La réunion de fonctionnement

Au-delà des échanges informels qu'entretiennent au quotidien les professionnels pour la prise en charge cohérente et continue des usagers, des réunions animées, organisées et enregistrées ponctuent leur emploi du temps. Elle a lieu une fois par semaine. Cette réunion d'une demi-heure, animée par la direction, permet de réguler le fonctionnement, la sécurité et d'échanger entre équipes sur la mise en œuvre des moyens d'animation. Certaines de ces instances ne servent pas l'organisation interne. Effectivement, les réunions de fonctionnement malgré un désir d'améliorer le concept, restent tout de même un énoncé d'informations et de directives descendantes et laissent peu d'espace à l'échange et la communication. Pourtant, elle reste le seul lien régulier direction/salariés. De plus, malgré un représentant par service ou unités de vie, les participants ne communiquent pas ou mal les sujets abordés.

- La réunion des cadres, commune au FAM et au FOT

Chaque mardi sous la responsabilité d'un membre de l'équipe de direction, la directrice et/ou la directrice adjointe, les chefs de service, le psychiatre et la psychologue échangent sur la vie de l'institution. Effectivement, l'orientation de l'accompagnement nécessite parfois un arbitrage technique. Au regard d'une situation inventoriée par le chef de service, le psychiatre et la psychologue confrontent leur évaluation et la direction peut soit poser un cadre d'application ou évaluer la faisabilité financière si nécessaire. La conclusion de cette instance sert de base à l'animation des réunions d'équipe de l'après-midi.

- La réunion d'amélioration continue de la qualité des prestations :

Dans la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité, le groupe de pilotage organise, avec les personnels concernés de l'établissement, l'évaluation des outils, des pratiques et des procédures. Je prends note des écarts, détermine les orientations de progrès en collaboration avec les cadres de l'établissement. Puis un plan d'action est conduit conjointement. Des comptes rendus sont consignés dans le « registre qualité ».

De plus, un comité de pilotage de la démarche qualité est institué depuis quatre ans, il n'a pour l'instant qu'un rôle d'évaluateur. Chaque année il considère l'établissement vis-à-vis du référentiel « qualité » APAJH. Les salariés pensent la démarche comme un passage obligé mais dénué de tout sens vis-à-vis de leur réalité professionnelle.

Pour finir, la chef de service du FAM est seule pour assurer l'animation de cinq équipes d'accompagnements éducatifs, une équipe d'infirmières et une équipe de veilles. Même

en instituant certaines réunions sur des espaces différents de la journée prévue à cet effet, elle est dans l'obligation de rencontrer deux fois par mois les différentes équipes éducatives. Or le temps dédié à cet effet est réduit et non satisfaisant à terme car tous les mardis pendant cinq heures elle enchaîne les réunions. Autant dire qu'en fin de journée la concentration est difficile.

B) Donner du sens :

L'objectif est de ponctuer l'année par des temps de réflexion, des rendez-vous incontournables et collectifs afin de parfaire l'offre de services au FAM. Effectivement, malgré la mise en place de la démarche qualité, de l'écriture d'un PE ou d'évaluations régulières des outils (ex. : PI, Commission alimentation, activités, etc.)... les salariés ne sont pas réellement conscients de la valeur de leur apport d'expert en accompagnement éducatif et de son utilisation au sein de ces productions de communication. L'établissement est, comme nous l'avons déjà dit, en milieu rural. De fait, le potentiel humain du secteur a été utilisé par les directions successives ; il est vrai qu'il y a encore de cela une dizaine d'années, les personnes du village choisissaient de ne plus travailler dans l'agriculture ou dans l'agroalimentaire et par reclassement professionnel s'orientaient vers le médico-social dans l'espoir de rencontrer un travail moins pénible. Ils sont donc imprégnés d'une culture d'entreprise où il est de bon ton de répondre à la commande du « chef » sans la discuter. C'est très difficile de les convaincre que leur parole, leurs analyses seront prises en compte dans l'élaboration d'un système organisationnel. Il est impératif, pour l'équipe de direction, de faire la promotion d'une certaine « démocratie sociale » au sein de l'institution mais aussi d'organiser le cycle de travail afin qu'il vienne corroborer l'intention.

Il s'accompagne de plusieurs étapes à sa réalisation et doit incorporer une dimension pédagogique. Le terme de pédagogie doit s'entendre dans le sens d'un système qui permet aux constituants d'apprendre, d'évoluer et de se professionnaliser dans le temps. Au regard du contexte local, l'équipe de direction se doit de donner à l'établissement une impulsion dynamique et créatrice en préservant l'entité de chaque intervenant et leur marge de progression.

Le cycle de travail doit donc posséder cinq fonctions auprès des professionnels :

- comprendre les tenants et les aboutissants des outils imposés au regard des politiques publiques,
- organiser le temps de conceptualisation théorique,
- différencier les temps de réflexion et d'intervention auprès des usagers,
- apprendre à participer aux constructions institutionnelles,
- participer à l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers.

C) Plan d'action :

Orientation 1 : créer un cadre institutionnel au service du PE.		Échéance :
Objectif 2 : créer un cycle de travail professionnel récurrent, rythmé et porteur de sens.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • espaces de concertation repérés de l'ensemble des salariés, • autoévaluation de la qualité effective, • évaluation du PE fait et identification des objectifs de progrès possible, • validité d'un additif du PE en fin de séquences et communication à la direction territoriale, aux autorités de tarification et aux partenaires, • plan d'action effectif pour l'année suivante. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : Réunion plénière avec l'ensemble des professionnels. Sous la houlette de la directrice, le groupe de pilotages « qualité » restitue les conclusions de l'évaluation interne 2009 ainsi que les orientations de travail leur incombant et pour lesquels ils vont devoir s'associer avec le personnel. L'équipe de direction énonce les orientations de travail pour l'année 2010. Cette première étape servant de socle au travail des équipes. Cette séquence aura lieu une fois par an, un mardi de 10 à 12 h	Direction, cadre intermédiaire et membre du comité de pilotage la démarche qualité	06/01/2010 suivante 01/2011
Action 2 : réunions d'équipe plus conséquente. Mise en place d'une régularité plus importante avec les équipes d'accompagnements éducatifs à savoir, le rythme, de 1 h 30 toutes les semaines, serait réellement idéal pour mettre en valeur la continuité l'accompagnement au quotidien. Pour rendre efficiente la démarche, il est nécessaire de renforcer le rôle des animateurs 1re catégorie afin de suppléer la chef de service. Ainsi un travail, entre les personnes concernées et la direction, sera nécessaire tant sur la définition des postes et la responsabilité respective que sur leur projection lors de l'extension. Il devra s'initier avant la fin de l'année 2009 pour expérimenter la validité de l'organisation sur un an et consécutivement à l'évaluation du système fin 2010, le réajuster pour 2011.	Chef de service, équipe de travail	Année 2010
Action 3 : autoévaluation de la qualité. Lors d'une séance de 7 h (9-12 et 13 h 30 - 17 h30) 10 salariés, tous services confondus, s'emploieront à établir un diagnostic de fonctionnement en s'appuyant sur le référentiel qualité APAJH. Cette séquence sera animée par deux professionnels du groupe de pilotage de la démarche qualité.	De référence du comité de pilotage de la démarche qualité + 10 salariés	23/03/2010
Action 4 : analyse des résultats de l'autoévaluation. La direction et le groupe de pilotages au regard des résultats de l'autoévaluation s'appliqueront à énoncer un diagnostic du fonctionnement du FAM.	Direction, cadre intermédiaire et membre du comité de pilotage de	15/04-20/05 et 10/06/2010

	la démarche qualité.	
<p>Action 5 : évaluation du PE au regard de l'évolution de la prise en charge des usagers.</p> <p>Sur le temps des réunions « qualité », un représentant de chaque unité de vie ainsi que les cadres techniques si nécessaires travailleront sur des thèmes précis, sous la responsabilité du chef de service.</p> <p>Un compte-rendu écrit sera fait et transmis à la direction en vue de la réécriture du PE.</p>	Équipe de direction, 5 professionnels d'accompagnement, et cadres techniques	entre le 01/06 et le 05/07/2010
<p>Action 6 : rédaction de l'avenant au PE, du plan d'amélioration et du plan d'action. En me basant sur les productions des groupes de travail j'élaborerai les documents finaux.</p>	Direction	Entre le 11/06 et le 05/07/2010

3.1.3 Assurer le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

Mon objectif sera de faire en sorte que l'établissement soit en conformité lors de l'évaluation externe (A). Cela passera par la redéfinition du champ d'action du groupe de pilotage « qualité » (B). Pour finir, je présenterai le plan d'action correspondant à cette orientation (C).

A) Être en conformité lors de l'évaluation externe :

Il ne faut pas oublier que l'évaluation externe a été introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visées à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies³⁸.

Leurs champs de compétences sont les mêmes et assurent la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu. Le FAM y sera soumis certainement à partir de 2010. Mais, cette hypothèse appartient davantage à une décision de direction générale.

Un paradoxe subsistera : la gestion des temps sera à envisager sérieusement, dans la mesure où l'année en cours ne sera pas terminée qu'il faudra l'évaluer et se projeter dans

³⁸ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

une période future. Pour cela des groupes de travail seront nécessaires afin de ne pas précipiter l'ensemble des salariés dans un déséquilibre postural permanent vers l'avenir.

B) Redéfinir le champ d'action du groupe de pilotage « qualité » :

La qualité du service touche toute l'organisation. Pour qu'un établissement réponde aux critères d'une évaluation externe, il doit mettre en avant l'efficience du système en terme de gestion financière, d'hygiène et sécurité, de restauration et d'accompagnement. Un comité de pilotage de la qualité permet d'instituer le fait que cette préoccupation doit être celle de tout un chacun et non celle de la direction uniquement. Effectivement, la première étape est plus que laborieuse puisqu'elle consiste à lire un référentiel assez important et à « noter » chaque item d'un cinq ou d'un zéro en fonction que l'objectif soit atteint ou pas.

La deuxième étape est d'en analyser les résultats afin d'en extraire les orientations de travail et *a fortiori* un plan d'action. Cette étape ne peut être valide qu'avec la participation d'un ou plusieurs membres de la direction pour que l'analyse soit complète d'une part puis, que cette démarche puisse être validée *in fine*.

Le rôle de cette instance doit ensuite revêtir des qualités d'animation institutionnelle, car sa mission finale serait de mettre en œuvre les objectifs choisis avec le personnel.

Il est indéniable que ce groupe de pilotage doit avoir acquis des compétences techniques afin de mener à bien l'ensemble du processus. De fait, une formation annuelle est proposée à chaque référent qualité sur 3 jours. Il serait même intéressant de sensibiliser les professionnels dans leur totalité sur cette démarche d'évaluation. Cette pratique servirait aussi l'organisation car elle permettrait à l'établissement de devenir réellement un système apprenant.

C) Plan d'action :

Orientation 1 : Créer un cadre institutionnel au service du PE.		Échéance
Objectif 3 : Assurer le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.		:
		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • procédures exigées par la législation, à jour ; • évaluation externe faite et favorable à la reconduction de l'autorisation. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance
		:
Action 1 : Formaliser la procédure de signalement et de gestion des situations de maltraitance.	Comité de pilotage « qualité » et la secrétaire du CHSCT.	09/12/2010
Le Comité de pilotage met en place un groupe de travail en novembre 2010 sur 3 fois 1 h. La secrétaire du complexe se chargera de la frappe de la procédure, temps estimé : 3 h.		
La validation se fera en séance de CHSCT sous ma responsabilité.		
Outre le fait de valider l'évaluation externe, ce travail a comme objectif supplémentaire de promouvoir la bientraitance, clarifier les circuits information et		

pour finir formaliser la traçabilité et la transparence de l'accompagnement.		
<p>Action 2 : Formaliser la procédure de traitement des demandes, des plaintes et des réclamations des usagers.</p> <p>Mise en place d'un comité de travail organisé sous forme d'interviews (temps estimé, 2 X 3 h sur le temps de réunion d'amélioration de qualité).</p> <p>Centralisation et formalisation de l'information élaborée en réunions du comité de pilotage (durée 3 h). Mise en forme informatique par la secrétaire du complexe (durée 3 h). Après échange avec le groupe de pilotage, je valide la procédure (durée 1 h) sur le temps de la réunion direction.</p> <p>Restitution au personnel lors des réunions d'équipe ou de services.</p> <p>Outre la validation de l'évaluation externe le but recherché de valoriser l'expression des usagers et permettre aux professionnels de rechercher, grâce à une réflexion et une collaboration continues, la meilleure réponse possible à un besoin identifié.</p>	2 membres du comité de pilotage « qualité », directrice adjointe et 6 représentants de l'ensemble des services.	19/07/2010
<p>Action 3 : Formaliser les 2 procédures de nettoyage du linge, des locaux et des équipements.</p> <p>Mise en place d'un comité de travail. Centralisation et formalisation de l'information élaborée en réunions avec le responsable des services généraux (durée 3 h).</p> <p>Écriture de la procédure par un secrétaire de séance (durée 3 h) et mise en forme par la secrétaire du complexe.</p> <p>Après échange avec le groupe de pilotage, je valide la procédure (durée 1 h) sur le temps de la réunion direction.</p> <p>Présentation en réunions de CHSCT, puis restitution au personnel lors des réunions d'équipe ou de services.</p> <p>Outre la validation l'évaluation externe, les buts recherchés sont aussi d'harmoniser les pratiques dans le respect des normes d'hygiène et de sécurité et de faciliter la compréhension des tâches des nouveaux salariés.</p>	Comité de pilotages « qualité » et services généraux	27/05/2010
<p>Action 4 : Formaliser la procédure de classement, de réactualisation et d'archivage du dossier administratif de l'utilisateur.</p> <p>Mise en place d'un comité de travail (durée 2 X 1 h) sur les temps de réunion l'amélioration de la qualité.</p> <p>Centralisation et formalisation de l'information élaborée en réunions du comité pilotage de la qualité (durée 3 h).</p> <p>Mise en forme de la procédure par un secrétaire du complexe (durée 3 h).</p> <p>Après échange avec le comité de pilotage, je valide la procédure (durée 1 h) sur le temps de la réunion direction.</p> <p>Restitution au personnel lors des réunions d'équipe de service.</p> <p>Outre la validation de l'évaluation externe, le but recherché de formaliser la traçabilité la transparence dans l'accompagnement tout en s'assurant de la confidentialité des données.</p>	Deux membres du comité de pilotage, directrice adjointe et secrétaire d'accueil	25/11/2010
<p>Action 5 : Formaliser la procédure d'accès au dossier (administratif et médical) de l'utilisateur.</p> <p>Mise en place d'un comité de travail (durée 2 fois 1 h) sur les temps de réunion l'amélioration de la qualité.</p> <p>Centralisation et formalisation de l'information élaborée en réunions du comité</p>	2 membres du comité de pilotages, directrice	25/03/2010

<p>pilotage de la qualité (durée 3 h). Mise en forme de la procédure par un secrétaire du complexe (durée 3 h). Après échange avec le groupe de pilotage, je valide la procédure (durée 1 h) sur le temps de la réunion direction. Restitution au personnel lors des réunions d'équipe ou de services. Outre la validation de l'évaluation externe, le but recherché de favoriser la participation de l'utilisateur est de s'assurer que la transmission d'informations se fait dans de bonnes conditions.</p>	<p>adjointe, AS et secrétaire d'accueil</p>	
--	--	--

3.2 Soutenir la politique de gestion des ressources humaines.

Pour accompagner au mieux la réorganisation institutionnelle, l'établissement doit soutenir sa politique en matière de gestion des ressources humaines. Une extension par excellence impulse à un établissement, une dynamique nouvelle qui permet aux professionnels de se mobiliser sur un projet. Le rôle de l'équipe d'encadrement est de favoriser le lien entre « anciens » et « nouveaux » et d'optimiser l'apport des uns et des autres au système. Les entretiens annuels d'activité, les changements d'équipes, les réunions... sont autant de moyens dont dispose le FAM de Constance pour mobiliser le personnel afin qu'il soit motivé à exercer son travail. Pour l'année 2010, je me focaliserai sur la mise en place d'un plan managérial permettant à la fois, la lutte contre l'usure professionnelle des salariés (3.3.1), la clarification du processus de ce recrutement massif (3.3.2) et l'amélioration de la démarche d'accueil et d'intégration des débutants (3.3.3).

3.2.1 Valoriser les savoir-faire c'est lutter contre l'épuisement professionnel.

Le management institutionnel n'a de raison d'être que dans la recherche d'un équilibre entre le sens donné au projet et la force des protagonistes à atteindre les objectifs fixés. Mais pour autant, les cadres, composant l'équipe de direction, ne peuvent, à eux seuls, lors des réunions d'équipe par exemple, impulser et soutenir un espace de réflexion et d'élaboration théorique. De plus, un système clôt et organisé hiérarchiquement ne permet pas toujours la liberté de parole nécessaire à la construction individuelle.

De fait, il est nécessaire aujourd'hui d'enclencher un travail conséquent en ce qui concerne la formation *intramuros* (A) et d'envisager à terme de mettre en place des groupes d'analyse des pratiques (B). Ces priorités doivent être organisées et un plan d'action construit (C).

A) Former en *intramuros* :

Il est donc nécessaire pour l'établissement, de faire appel à des intervenants extérieurs afin d'atteindre le but recherché, à savoir : penser, peaufiner, travailler suffisamment l'accompagnement pour qu'il parvienne à une qualité optimale.

À court terme, l'objectif sera de mobiliser les professionnels dans la recherche du sens de leur intervention au quotidien. En cela, une instance de formation en *intra* me paraît être

un outil des plus adaptés. Il doit être construit autour d'une préoccupation centrale à l'ensemble des accompagnateurs. J'ai choisi de mobiliser les salariés sur le thème de « l'accompagnement lors de la toilette » dans la mesure où ce temps répond à des besoins d'hygiène, de bien-être et de confort, d'estime de soi, mais qui permet aussi l'insertion car l'usager se prépare pour la journée ? Au-delà de cet objectif, je souhaite que les aidants professionnels soient sensibilisés à l'évaluation de leurs propres besoins dès lors que cet accompagnement les engage personnellement et intimement. Ils doivent faire preuve de nombreuses compétences. Il va s'agir d'associer gestes mais aussi actes techniques et éducatifs dans un cadre où la relation d'aide est privilégiée tout en tenant compte de l'identité et de la singularité de la personne aidée.

B) L'analyse des pratiques :

Il ne faut pas oublier que les personnes en situation de handicap mental et psychique accueillies au FAM de Constance n'ont, pour la majorité, pas la capacité de s'exprimer verbalement. Il est important que les accompagnateurs ne se sentent pas « seuls » dans leur travail par risque de démobilité. Nous l'avons vu, construire avec les autres membres de l'équipe et comprendre les événements du quotidien sont des moyens essentiels. Il est impératif maintenant de s'attacher à développer chez chacun à la fois les capacités à analyser et à évaluer sa pratique. Ceci implique que l'acquisition des compétences professionnelles se fasse selon des modalités qui leur permettent de prendre le recul nécessaire à l'analyse de la complexité de leur activité (analyse de son action, du public destinataire et du contexte).

Cette phase est primordiale car elle autorise les salariés les plus anciens à transmettre aux nouveaux leur expertise de travail en s'appuyant sur une réelle analyse.

C) Plan d'action :

Orientation : soutenir la politique de gestion des ressources humaines.		Échéance :
Objectif : Valoriser les savoir-faire c'est lutter contre l'épuisement professionnel.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • formation régulière effectuée par l'ensemble des accompagnateurs, • de moins en moins de plaintes lors des entretiens annuels d'activité, • diminution de l'absentéisme, • facilitation de la mise à distance du quotidien lors des réunions d'équipe. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : élaboration d'un cahier des charges. La formation devra se dérouler sur 3 h 30 ou 7 h en fonction des contenus. Deux heures de bilan seront prévues afin de permettre évaluation de la première séquence. 1re séquence : des journées de 7 h seront nécessaires pour poser un cadre théorique concernant l'accompagnement de la toilette. Je souhaite plusieurs	Direction, salariés, partenaire de la formation.	Sept 2009

<p>intervenants afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels à plusieurs types d'approches. Des thèmes comme la sensorialité, la bienveillance et l'intimité ou la singularité devront être abordés. Pour ce faire deux groupes de 13 personnes seront constitués.</p> <p>2e séquence : En demi-journées les équipes par unité de vie seront destinées à travailler sur les pratiques professionnelles en lien nécessairement avec l'apport théorique déjà eu. Deux intervenants seront nécessaires. Durant cette instance, je souhaite qu'ils amènent les salariés vers de l'analyse de leurs pratiques. Puis pour finir, ils effectueront ensemble, en ma présence et sur chaque équipe pendant 2 heures l'évaluation de la formation.</p>		
<p>Action 2 : choix des intervenants.</p> <p>Je rencontrerai plusieurs intervenants et privilégierai le centre de formation qui proposera un maximum de références théoriques et qui en partant de l'expérience accompagnera les salariés vers le développement de leurs compétences professionnelles. Le centre de formation devra s'adapter aux contraintes fonctionnelles de l'établissement à savoir : une intervention à mardi toutes les cinq semaines environ et se déplacer sur l'établissement. Un dernier critère sera rédhibitoire, à savoir 12 000 € de budget pour 10 à 12 jours de formation.</p>	<p>Direction, centre de Formation.</p>	<p>Novembre 2009</p>
<p>Action 3 : organisation interne de la formation.</p> <p>Cette dernière devrait être communiquée à l'ensemble des salariés lors de la réunion plénière en début d'année 2010.</p>	<p>Cf : O1O1 action 5</p>	<p>06/01/2010</p>
<p>Action 4 : perspectives d'avenir et formation.</p> <p>10 séances de 1 h 30 d'analyse des pratiques seront proposées aux différentes équipes de travail sur une durée d'un an. Si la formation 2010 est concluante, reconduction du contrat.</p>	<p>Direction, ensemble du personnel éducatif</p>	<p>2011</p>

3.2.2 Recruter.

L'extension prévue engendre l'embauche de 13 personnes. Ma préoccupation principale sera de favoriser l'embauche en interne (A), d'améliorer l'organisation fonctionnelle (B) et de l'organiser (C).

A) Priorité aux ressources internes :

La création de l'annexe au FAM implique la création de 12,35 postes :

- 0,35 de complément d'un poste de comptable déjà existant à mi-temps,
- 2 postes d'aide-soignant de nuit,
- 1 poste d'infirmière,
- 1 poste d'animateur 1re catégorie,
- 8 postes d'AMP ou d'aide soignant pour la journée,
- 1 agent de service intérieur au ménage.

Le recrutement est une étape essentielle dans la dynamique institutionnelle. L'objectif peut être de rechercher du personnel qui aura la capacité de se confondre avec celui déjà en poste ; ainsi ne pas créer de déséquilibre dans l'accompagnement des usagers ou de rupture dans l'organisation. L'effet inverse peut être poursuivi dans le sens où les personnes qui seront embauchées le seront pour venir troubler la quiétude ambiante et bien d'autres encore.

Pour ce qui est du FAM de Constance, ces effets tant souhaités en terme stratégique seront peu nombreux. L'éloignement géographique de la structure d'un centre urbain conséquent entraîne peu de candidatures externes. Pour contrer cet état de fait, j'ai privilégié une démarche de formation de personnes issues du tissu local.

Cette stratégie est avantageuse en terme de gestion puisque l'établissement :

- investit à moyen voir long terme dans la mesure où ces personnes sont déjà ou seront susceptibles de s'installer à Lacaune ou ses environs,
- forme le personnel en adéquation totale avec l'histoire institutionnelle,
- s'assure une opérationnalité plus rapide des salariés lorsqu'ils sont embauchés en contrat à durée indéterminée.

C'est en cela que depuis maintenant 1 an sur le complexe, j'ai mis en place 4 contrats de professionnalisation AMP mais aussi proposé à 1 remplaçante et 1 contrat d'aide à l'emploi de partir en formation afin de se présenter à une validation des acquis de l'expérience AMP. Pour finir, j'ai conclu avec une infirmière un contrat d'allocation d'étude pour sa dernière année de formation. Lors de l'obtention du diplôme, l'établissement contractualisera un contrat de travail à durée indéterminée en lieu et place du poste créé.

B) Améliorer l'organisation fonctionnelle :

L'organisation actuelle compte pour le service d'accompagnement éducatif 24 ETP et 1 contrat d'aide à l'emploi (CAE) et 2 contrats de professionnalisation qui absorbe en partie les remplacements. L'établissement a donc affecté cinq salariés en permanence sur chaque unité de vie. Ceci a pour conséquence de stabiliser l'accompagnement en diminuant le taux d'intervention extérieure. Cependant, le travail de l'ensemble des salariés, comme je l'avais déjà énoncé, est assez similaire dans les tâches. Pour les plus diplômés, on dénote une sous-utilisation des compétences individuelles et à terme, une possible démobilisation.

Au moment de l'extension, je souhaite revoir l'organisation interne en matière d'accompagnement éducatif puisque les postes ont été prévus sur les autres services et ne vont pas remettre en question l'organisation.

Tout en intégrant les obligations en matière de constitution d'équipes de travail³⁹ ma base de négociation sera le passage de 28 ETP dont 3 animateurs 1re catégorie, 2 contrats de professionnalisation, 1 CAE et 4,5 ETP de remplacement à 36,5 ETP, 4 animateurs 1re catégorie et 3 ETP de remplacement, les autres postes restant inchangés. Mes objectifs seront de respecter :

- l'autogestion en matière de remplacement lors des congés sur le service de jour,
- la limitation de l'intervention d'un personnel non qualifié,
- la qualification d'un personnel en formation,
- la redéfinition des postes d'animateurs 1re catégorie en corrélation avec les besoins de coordination d'équipe.

Les postes de professionnalisation d'aide à l'emploi seront en supplément, ils interviendront que très peu sur des remplacements et serviront surtout les recrutements futurs.

C) Plan d'action :

Orientation : soutenir la politique de gestion des ressources humaines.		Échéance :
Objectif : recruter.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • l'équilibre fonctionnement institutionnel respecté, • les salariés présents sur site associés à la démarche, • peu d'insatisfaction mise à l'ordre du jour des DP ou CE, • peu ou pas d'absentéisme. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : travailler les plannings d'activité. Proposer à la chef de service de construire des plannings adaptés en considérant les besoins nouveaux des usagers et l'extension de 10 places. Une contrainte supplémentaire sera à intégrer, le fait que le service s'autosuffise. Des séances de concertation seront mises en place avec les salariés. Une fois le planning validé, je l'exposerai aux instances représentatives en séance de CE.	L'ensemble des salariés de la structure	Présentation CE novembre 2010
Action 2 : constituer les groupes de travail en fonction des compétences requises. Au regard de la population accueillie, et de son évolution et à l'issue du groupe de travail sur l'extension, je demanderai à la directrice adjointe et à la chef de service de me faire des propositions en ce qui concerne les compétences requises dans l'accompagnement que nous souhaitons proposer. De fait, lors des réunions de direction, j'entendrai l'argumentaire des uns et	Équipe de direction	17 et 24/06/2010

³⁹ Décret 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

des autres puis après m'être positionnée, nous établirons définitivement les profits de poste.		
<p>Action 3 : recruter.</p> <p>Trois mois seront nécessaires pour l'embauche des salariés. Après avoir lancé la recherche de candidature, un premier tri sera fait par la directrice adjointe et moi-même sur CV. Nous retiendrons donc 15 à 17 aides-soignants ou AMP en plus des 5 personnes formées en interne pour 9 postes à pourvoir, ainsi que 3 ou 4 éducateurs spécialisés pour 1 recrutement. Nous procéderons ensuite à l'entretien d'embauche. Je fais la présentation générale de l'établissement et la directrice adjointe est par la suite chargée de leur présenter les locaux et de leur donner toutes les indications nécessaires à leur travail. Puis, elle leur propose de rencontrer les usagers ainsi que les équipes durant 30 minutes. Je conclus en présence de la directrice adjointe et évaluent comment le candidat envisage sa fonction au FAM. Après avoir recueilli l'évaluation des salariés, nous décidons des personnes embauchées, pour finir, je fais une réponse écrite positive ou négative à l'ensemble des postulants.</p>	Équipe de direction	De septembre à décembre 2010

3.2.3 Accueillir puis intégrer les nouveaux salariés.

Lors d'une extension d'établissement, l'aspect le plus critique est bel et bien de garantir la continuité de l'accompagnement (A). Le maintien de l'équilibre institutionnel est très dépendant de la constitution des équipes de travail (B) et du processus managérial associé (C).

A) Garantir la continuité de l'accompagnement :

De longue date, l'accueil des nouveaux salariés a été une préoccupation prégnante, car la population accueillie ne permet pas une adaptation immédiate du personnel arrivant. L'accompagnement souvent ritualisé est issu d'une observation fine et une concertation entre professionnels facilite beaucoup leur acclimatation. Par exemple, les goûts alimentaires et les besoins individuels au quotidien ont été recensés progressivement. De fait, afin de ne pas perturber les usagers, des journées types ont été élaborées. Les intervenants se réfèrent alors à un outil de travail rapidement intégrable ou tout au moins consultable. Ces fiches disponibles sur chaque unité répertorient l'intégralité des habitudes de vie. Elles sont complétées par une journée type globale qui précise l'ensemble des tâches matérielles inhérentes aux emplois en internat.

J'ai aussi fait en sorte, lors de ma nomination que les plannings professionnels intègrent, pour tous nouveaux salariés 2 jours de travail systématiquement en doublure. Ce qui permet aux personnes en contrat à durée indéterminée de transmettre leur pratique, de faire valoir leur expertise et de garantir la continuité de l'accompagnement.

B) Constituer les équipes de travail :

Lors d'une extension, l'embauche massive de personnel pose la problématique de l'accueil et de l'intégration des nouveaux salariés. La qualité de l'accueil doit être prolongée par un suivi vigilant de manière à lever les obstacles provenant tant de l'établissement que du nouvel aidant. Cependant, l'ouverture, même si elle est échelonnée, ne va peut-être pas permettre une prise de contact aussi peaufinée qu'à l'accoutumée. De plus la période d'intégration dure plus longtemps que la simple période d'accueil. Habituellement, une fois par mois pendant six mois, la chef de service reçoit la personne concernée en entretien individuel. Durant la période d'essai, ce suivi est particulièrement important puisque les deux parties peuvent à ce moment-là revenir sur leur décision. Cependant, si les recrutements externes s'avèrent être conséquents, un suivi individuel sera difficile à réaliser et je préconise que la chef de service s'oriente vers une instance collective, une fois la période d'essai terminée et l'entretien l'intermédiaire fait. Ainsi dès l'embauche, un groupe de personnes bénéficiera ensemble d'une partie de la procédure d'accueil et périodiquement se retrouvera pour faire le point, sur leur intégration. Si la taille du groupe est réduite (5 à 7 personnes), ce type de dispositif permettra un échange riche notamment s'il aborde les difficultés rencontrées et les dysfonctionnements des politiques d'information.

C) Plan d'action :

Orientation : soutenir la politique de gestion des ressources humaines.		Échéance :
Objectif : accueillir puis intégrer les nouveaux salariés.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • les professionnels défendent une certaine identité institutionnelle, • les repères fonctionnels sont reconnus, • l'investissement au travail est rapide. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : constituer un livret d'accueil. Idem l'évaluation des compétences requises pour le personnel entrant, les cadres de l'équipe de direction feront des propositions d'écriture et de présentation du document. Je souhaite qu'à chaque avancée en écriture du document, il me soit présenté. Lors de la réunion de direction, je le commenterai et de validerai étape par étape. Je pense que deux mois seront nécessaires à sa construction définitive.	Équipe de direction	fin septembre 2010
Action 3 : formaliser la procédure d'accueil. Idem le livret d'accueil, je recenserai l'organisation habituelle et mettrai l'accent sur les améliorations à imaginer. Les cadres de l'équipe de direction feront des propositions d'organisation. Lors de la réunion de direction, j'analyserai les propositions et validerai la démarche qui sera à suivre. Le groupe de pilotage de la qualité mettra en forme la procédure et je la validerai par la suite. Je la présenterai lors d'une réunion de fonctionnement.	Équipe de direction, groupe de pilotage qualité.	1 ^{er} semestre 2010
Action 2 : accueillir et puis organiser le suivi de l'intégration des	Chef de	Janvier 2011

<p>nouveaux salariés.</p> <p>L'arrivée, la personne embauchée va suivre le circuit d'accompagnement, à savoir : traitement administratif (ex : contrat de travail), rencontre le chef de service et accompagnement sur le lieu d'affectation. Je délègue au chef de service la responsabilité de cette phase. La seule obligation est de transmettre au plus tôt le livret d'accueil afin que le nouveau salarié puisse rapidement se repérer dans l'organisation institutionnelle, mentionner les outils de transmission d'informations en ce qui concerne les usagers et informer des consignes de sécurité. Puis, des entretiens collectifs doivent être mis en place régulièrement pour évaluer avec les professionnels nouveaux leur intégration ou pas dans une démarche d'appréciation générale.</p>	<p>service d'accompa- gnement éducatif, salariés.</p>	
--	---	--

3.3 Garantir une offre de service étayée et personnalisée.

Afin que les prestations proposées au FAM soient étayées et personnalisées, il est tout d'abord nécessaire d'écrire un projet de service spécifique pour les personnes dont la dépendance s'aggrave (3.3.1) puisque celui à destination des personnes en situation de handicap mental et psychique est existant. Puis il sera indispensable de préserver un équilibre institutionnel pour satisfaire au bien-être des usagers (3.3.2) et pour finir clarifier la gestion des soins dans et hors de l'établissement (3.3.3).

3.3.1 Écrire un projet de thérapeutique et de soins pour les personnes en perte d'autonomie.

Au regard de la structuration architecturale du complexe, et des besoins des usagers, je préconise de dédier l'annexe⁴⁰ à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les priorités seront de préserver un accompagnement éducatif sur cette unité de vie malgré son orientation prioritaire de soins (A) et des solutions sur mesure pour chaque usager (B) tout en privilégiant la participation du personnel dans cette élaboration (C).

A) Écrire un projet de service et un projet thérapeutique et de soins :

L'accompagnement éducatif n'est pas une simple réponse aux souhaits de l'utilisateur : c'est une démarche construite, pensée collectivement qui vise à préserver ou développer le mieux possible l'autonomie, la liberté du résidant et mais aussi l'intégration de la réalité posée par les contraintes de la vie institutionnelle et ses obligations.

Quel que soit le niveau de potentiel et de déficiences du résidant, la vie quotidienne constitue le principal support de l'action éducative. Les différents moments de la journée : lever, petit déjeuner, toilettes, soins, rangement et ménage de la chambre, déjeuner, temps de repos, activités ou sorties, soirée, préparation du coucher... sont autant de

⁴⁰ Annexe 4 : plan de masse du FAM de Constance.

repères dans le temps et d'opportunités pour chacun d'organiser sa vie quotidienne, seul ou accompagné, et à son rythme.

Il est indispensable, et dans la continuité de ce qui est proposé en terme de prestations de services aux usagers du FAM de Constance, que chaque usager puisse :

- se sentir à son domicile, y compris dans les espaces de vie partagés
- prendre part à l'exécution des tâches de l'unité de vie,
- connaître dans son unité de vie un climat d'ouverture, qui lui permet de vivre dans un lieu empreint de sérénité,
- être pris en compte dans ses involutions définitives ou non, et donc de bénéficier d'un accompagnement adapté à son rythme.

Ainsi, tout au long de la journée, les personnes accueillies participent plus ou moins activement, selon leur fatigabilité et leurs compétences aux activités de la vie quotidienne, qu'elles soient matérielles, ménagères, éducatives, sociales et de loisirs...

Manifestement, les soins somatiques s'intensifient, il est indéniable d'écrire un projet thérapeutique et de soins. Il permettra à l'ensemble des intervenants de clarifier leur propre compétence professionnelle et surtout leurs responsabilités. Chacun des projets prend acte ensemble d'un accompagnement global de la personne accueillie. Je serais attentive à ce que l'établissement axe sa réflexion sur le fait que le FAM doit avant tout rester un lieu de vie qui prend en compte des besoins nouveaux en soin, sans pour autant que l'usager soit envisagé restrictivement d'un point de vue médical. Je mobiliserai les intervenants avec une importance égale en qui concerne ces deux objectifs.

B) Favoriser un accompagnement sur mesure :

Pour une population en situation de très grande dépendance, le leitmotiv éducatif est de ne pas provoquer de rupture trop brutale dans l'accompagnement afin d'éviter des décompensations massives et des hospitalisations à répétition. De surcroît, certains d'entre eux n'ont pas changé de chambre depuis leur déménagement de l'IME au FAM. De fait, je souhaite à cet effet que le déménagement des usagers en interne soit préparé, anticipé et voire ritualisé afin que ces derniers puissent appréhender ces changements en toute sérénité.

L'individualisation du projet de vie est et restera une priorité sans pareille dans l'accompagnement des personnes accueillies au FAM. Il sera intéressant maintenant de rechercher une cohérence entre le projet de service et le projet individualisé. De fait, un guide d'observation, plus adéquat, doit être construit.

Pour cela, je souhaite créer un groupe de travail basé sur le volontariat du personnel en place. Effectivement, il me semble plus judicieux, du fait de recrutements massifs en personnel qu'impose l'extension, de ne faire travailler que les personnes réellement intéressées par le projet de service en question. Ce qui manifestement impliquera une

information continue ou en tout cas régulière sur l'avancée des travaux à l'ensemble du personnel.

C) Plan d'action :

Orientation 2 : Garantir une offre de service étayée et personnalisée.		Échéance :
Objectif 1 : Écrire un projet de thérapeutique et de soins pour les personnes en perte d'autonomie.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • un projet de service écrit, • un projet thérapeutique et de soins écrits, • utilisation ou création d'un guide d'observation plus adéquat, • création d'un guide d'admission, • un lieu d'accueil architecturalement adapté aux personnes dans la dépendance s'accroît, • relais effectif entre le groupe de travail et le personnel, • circulation de l'information efficace. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : constitution d'un groupe de travail « extension ».	Direction,	19/ 01 - 2
Je constitue le groupe de travail qui permettra l'écriture effective du projet de service. Cette instance devrait être constituée impérativement d'une infirmière coordinatrice au regard des problématiques somatiques émergentes, de quatre membres du personnel d'accompagnement éducatif, des membres de l'équipe de direction et un cadre technique si nécessaire (médecins, psychologue). Ce ratio de quatre professionnels est nécessaire afin de ne pas constituer une équipe complètement nouvelle lors de l'extension. Le but en est de préserver l'identité institutionnelle et de clarifier le projet de soins de ce service et d'améliorer la grille d'observation utilisée actuellement lors de la construction du projet individualisé. Cette grille servira aussi de base à l'élaboration des critères d'admission. Ce travail s'effectuera deux fois dans le mois sur les mardis après-midi pendant deux heures, le tout jusqu'en juin 2010.	quatre membres du personnel d'accompagnement, un coordinateur et les cadres techniques	16/02 - 9 16/03 - 6 20/04 - 4 25/05 – 15 29/06/2010
Action 2 : validation de l'avancée des travaux par la direction.	Équipe de direction.	21/01 18/02 18/03 22/04 27/05 17/06/2010
Lors de la réunion de direction, une fois par mois pendant 1 h 30, nous ferons un point. Pour cela, et à tour de rôle, deux membres du groupe de travail viendront présenter leurs réflexions. Après discussion, si nécessaire, je validerai l'avancée des travaux. Cette instance étant nécessaire puisque, de pair, je travaillerai les clauses organisationnelles en collaboration avec les instances représentatives du personnel.		
Action 3 : information du personnel.	Un représentant de chaque service, l'équipe de direction.	26/01 23/02 23/03 27/04 02/05
L'information à l'ensemble du personnel sera transmise lors des réunions de fonctionnement. Ceci permettra de préciser les orientations retenues mais aussi de donner une ampleur différente à cette instance.		
Action 4 : rédaction de l'avenant au PE, du plan d'amélioration et du plan d'action.	Cf : Orientation 1 Objectif	Entre le 11/06 et le 05/07/2010.
Le projet de service viendra alimenter l'avenant du projet d'établissement.		

L'information ultime sera donc donnée lors de la plénière en janvier 2011.	2 action 5	
<p>Action 5 : information des usagers, parents et partenaires.</p> <p>Il me paraît très important de transmettre la réflexion institutionnelle ainsi que les orientations de travail et donc des prestations de services retenues aux usagers, parents, partenaires du complexe de Constance et représentants des salariés. À cet effet, l'APAJH a fait le choix chaque année de mettre en place un comité technique de gestion. Lors de cette instance, accompagnée d'un administrateur délégué et du directeur territorial, je présente un bilan tant financier en termes d'activités ainsi que le projet de l'année 2010 aux membres du CVS, aux représentants des autorités de tarification (Conseil Général et DDASS) ainsi que certains partenaires.</p>	Administrateur délégué, directeur territorial, équipe de direction, CVS, autorités de tarification représentants du personnel, partenaires.	05/10/2010
<p>Action 6 : Préparer et effectuer le déménagement destinait usagers.</p> <p>À l'issue de la rédaction du projet de service, le chef de service travaillera avec les professionnels constituant chaque unité de vie pendant les réunions d'équipe pour envisager le déménagement des usagers évalués comme devant être nécessairement réorientés sur l'annexe. Ces derniers devront correspondre aux critères du guide d'observation, que les équipes d'accompagnement ont déjà préalablement énoncés lors des réunions de PI des difficultés notoires de dépendance et qu'une concertation ait été réalisée avec la famille et le tuteur.</p>	Chef de service d'accompagnement éducatif, accompagnateurs.	Entre juin et décembre 2010.

3.3.2 Préserver l'équilibre institutionnel indispensable au bien-être des usagers.

Cette étape intervient à la suite de l'écriture du projet et du travail concernant l'organisation de service. Pour ce faire il sera nécessaire de favoriser un aménagement architectural et un équipement spécifique (A) et de favoriser des admissions progressives (B). Pour finir, je présenterai le plan d'action correspondant à cette orientation (C).

A) Spécifier l'aménagement architectural et l'équipement :

Afin que l'extension du FAM soit possible, il était indispensable d'envisager un bâtiment dédié à ce projet. Le choix a alors été fait de disposer d'un bâtiment qui est pour l'instant destiné au FOT. Il est de plain-pied et a été construit en 1996. Il est composé : d'une partie jour (salle commune pièce à vivre avec coin cuisine – coin-repas - coin salon et véranda) et d'une partie nuit répartie sur deux ailes, dans lesquelles sont disposées les 12 chambres individuelles d'environ 22 m qui 2 x 2 sont desservis par un sas qui donne accès à une salle d'eau commune. La construction possède aussi une pièce de stockage, un bureau et une salle de bain commune avec baignoire.

À l'origine le projet d'extension établissait que ce bâtiment serait destiné à l'accueil des 10 usagers atteints d'autisme. Cependant, au vu de la problématique des usagers déjà

accueillis au sein du complexe, le choix d'extraire d'une vie trop mouvementée les personnes présentant des symptômes somatiques aggravés s'est avéré plus judicieux. Le bâtiment, accueillant les cinq unités de vie du FAM actuel, se spécialisera plus facilement dans l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme. De plus nous constatons que l'annexe est construite pour accueillir 12 personnes, il sera donc plus facile de concentrer sur un même lieu les équipements nécessaires à l'accompagnement global des usagers. Il sera intéressant, pour autant, de revoir l'aménagement architectural du bâtiment annexe en quatre points :

- Pour l'instant l'espace est divisé en deux parties une cuisine salle à manger et une salle de télévision. Je pense qu'il serait nécessaire de structurer davantage en l'espace collectif et de réaménager la pièce à vivre en privilégiant une étroite implication entre les lieux de vie et les lieux d'activité ; cette configuration permettrait à tous les usagers d'accéder à un panel de services appropriés sans pour autant devoir se déplacer.

Je prévois donc la rénovation du coin-cuisine et d'aménager un coin-repas en suivant. Le mobilier devra être adapté à des personnes à mobilité réduite : des tables à hauteur variable et des chaises sur roulettes de façon à ce que la mise à table de l'utilisateur soit facilitée pour le personnel. Il faudra aussi commander du matériel de cuisine adaptée (assiette découverte ergonomique, tapis antiglisse pour les tables, verres en plastique...). Dans le coin droit en façade sera prévu un coin repos dans lequel une télévision et une chaîne hi-fi seront conservées. Le mobilier existant devra être remplacé au profit de canapés ou fauteuils spécialisés (par exemple : facilement lavable pour des raisons hygiéniques). En face, côté préau, un espace de relaxation sera mis en place avec des accessoires faisant intervenir des lumières colorées, des tapis au sol... Le préau est aujourd'hui une véranda et sera équipé en salle d'activités manuelles. La chambre 1.1 sur le plan⁴¹ sera ouverte sur la salle de séjour et sera transformée en salle permettant la relaxation, l'esthétique voire les massages.

- La chambre 1.2 sur le plan sera dédiée aux soins intensifs afin de pouvoir répondre aux besoins des usagers en fin de vie.

- La salle de bain commune pour l'instant, possède une baignoire tout à fait ordinaire, qu'il faudra changer pour y intégrer une balnéothérapie sabot avec une porte d'accès latérale. Ceci permettra à tous les usagers malgré leur état de santé de bénéficier le plus longtemps possible de ce qu'ils apprécient tout particulièrement : le contact avec l'eau.

Ce projet sera inclus sur la proposition budgétaire (Conseil Général) de 2009⁴² et se chiffre à environ 110 000 €, à savoir :

⁴¹ Annexe 4 : plan de masse du FAM de Constancie.

⁴² Annexe 6 : budgets prévisionnels 2010.

• remise à neuf de l'unité de vie : Cuisine (ameublement et équipement), peinture, revêtements étanches pour les salles d'eau et salle de bain)	40 000 €
• ameublement : Chaises, tables, canapés, tables basses, décorations murales...	20 000 €
• équipements de relaxation	40 000 €
• équipements de la salle de bain commune	10 000 €
Total :	110 000 €

Pour terminer, il serait intéressant de transformer, sur les années à venir l'une des chambres de soins intensifs situés à l'infirmerie du grand bâtiment en chambre mortuaire. Car il est très important d'envisager l'accompagnement des personnes très vulnérables dans sa globalité à savoir jusqu'à la fin de la vie. Cette pièce pourrait être accolée à un salon d'accueil pour les familles, usagers ou salariés.

B) Privilégier des admissions progressives :

Au regard de la population ciblée, je pense qu'il sera impératif de faire des admissions progressives en laissant un maximum de souplesse dans la manière d'accueillir les nouveaux arrivants, en s'adaptant à chaque individu et en organisant peut-être des repérages de lieux, des stages voire des accueils temporaires. Les admissions se feront au compte de deux usagers maximum par semaine, de manière à ce que le personnel soit bien à l'écoute des besoins de chacun, et pourront s'étendre sur 2 mois.

Pour reprendre la notion de « population ciblée », j'admets que l'admission ne devrait être soumise à aucune restriction puisque la MDPH établit une orientation individualisée à laquelle les établissements doivent répondre en fonction de leurs missions. Cependant, au regard du type de population accueillie initialement et aux projets spécifiques, des priorités seront données aux candidats répondant aux critères des prestations de service initialement énoncées. L'admission au sein du FAM de Constance suit une procédure bien déterminée⁴³. Deux rencontres seront peut-être nécessaires afin que le postulant ainsi que l'équipe pluri-professionnelle puissent réellement envisager l'accueil et les modalités du contrat de séjour.

⁴³ Annexe 4 : procédure d'admission.

C) Plan d'action :

Orientation 2 : Garantir une offre de service étayée et personnalisée.		Échéance :
Objectif 2 : préserver l'équilibre institutionnel indispensable au bien-être des usagers.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • réaménagement de l'annexe faite, • admissions faites en conformité avec la procédure prévue à cet effet, • équilibre fonctionnel préservé : peu de décompensation et donc d'hospitalisation d'usagers en crise. 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
Action 1 : réaménager l'annexe du FAM. Plusieurs étapes seront à respecter et dès début janvier, j'établirai tout d'abord un cahier des charges techniques je passerai un appel d'offres auprès des artisans locaux. Je sélectionnerai ensuite trois entreprises les plus avantageuses au regard du projet, je les classerai par ordre de préférence et je les soumettrai à la direction financière qui effectuera le choix final. Par la suite, je lancerai le réaménagement afin que le bâtiment soit opérationnel fin 2010. Il me semble que la partie prospective doit être terminée pour fin mars 2010 afin que les entreprises puissent organiser leur intervention en avril sous ma responsabilité lors de la première réunion de chantier. Ces dernières se succéderont toutes les semaines avec les corps de métiers présents sur le site. Si nécessaire je me réserve le droit de rencontrer l'ensemble des entreprises si les objectifs de travail n'étaient pas tenus. Pour ce qui est du choix des couleurs, des meubles... Le groupe de travail « extension » sera mis à contribution. Les besoins financiers intégreront la proposition de budget d'octobre 2009.	Directrice, artisans et groupe de travail « extension ».	31/12/2010
Action 2 : informer les partenaires d'une extension effective pour début 2010. J'élaborerai un courrier à destination des établissements pour enfants, les foyers occupationnels en leur précisant les conditions extension et le nombre de places disponibles. Je me mettrai aussi en relation avec la MDPH du Tarn afin de présenter le projet. Elle pourra ensuite relayer l'information auprès de personnes nécessitant ce type d'accompagnement.	Directrice.	Courant 06/2010
Action 3 : pratiquer les admissions. Je suis seule responsable de la décision d'admission. Celle-ci est motivée après l'entretien d'admission avec la personne en demande d'accueil et la consultation des différents membres de l'équipe pluri-professionnelle (l'assistante sociale, chef de service, 2 membres de l'équipe d'accompagnement éducatif et les cadres techniques) y participant.	La direction et l'équipe pluri-professionnelle,	Entre le 01/09/2010 et le 31/12/2010

3.3.3 Clarifier la gestion des soins dans l'établissement et avec les partenaires du FAM.

L'établissement connaît aujourd'hui de profondes mutations liées à l'aggravation de la dépendance des personnes accueillies. Les actes de soins seront de plus en plus importants et feront parties du quotidien. À cet effet, ma priorité sera de veiller au respect des orientations médico-sociales mais aussi médico-légales.

Il est donc primordial de définir nos pratiques de prise en charge médicale au sein du FAM (A) mais aussi de construire un réseau partenarial en matière de santé (B). Pour finir, je présenterai le plan d'action correspondant à cette orientation (C).

A) Définir les pratiques de la prise en charge médicale au FAM :

Le FAM est un lieu de vie plus ou moins médicalisée. Mais l'augmentation de la grande dépendance confrontera le personnel médical, paramédical et éducatif à des actes substitutifs ou professionnels qui entraînent une responsabilité de compétence. L'objectif initial, dans un premier temps, est de faire prendre conscience aux équipes de bien différencier les notions « d'actes de soins » et « d'actes de la vie courante ». De manière à bien définir les actes de soins en termes de compétences professionnelles, d'établir des procédures pour que les tâches à réaliser soient effectuées par du personnel qualifié dans le respect du secret médical.

Je privilégierai pour 2010, l'élaboration de la procédure du circuit du médicament et la signature d'une convention avec les pharmacies locales. Le but recherché est de promouvoir la bienveillance en minimisant les risques inhérents à la prescription, la livraison, la préparation et la distribution des médicaments dans l'établissement. Je pense ces priorités centrales car elles feront émerger nécessairement des problématiques d'organisation et de structures telles que le réaménagement architectural ou l'équipement de l'infirmierie et certainement bien d'autres points encore.

B) Construire un réseau partenarial en matière de santé :

L'établissement ne pourra pas, de manière ponctuelle pour l'instant mais certainement plus régulière en l'avenir, répondre aux besoins de certains soins. Effectivement, nous avons vu en partie deux que certains soins sont de plus en plus difficiles à assumer dans un cadre ordinaire, les hospitalisations ne sont pas des solutions forcément retenues par les hôpitaux dans la mesure où l'accompagnement de l'usager par l'établissement ne peut pas être en continu, ou encore que certaines analyses ou consultations provoquent des manifestations comportementales graves imputables à des trajets extrêmement longs du fait de l'éloignement géographique... Il sera donc intéressant d'envisager des partenariats avec les hôpitaux des grandes villes limitrophes Albi, Castres et Toulouse.

C) Plan d'action :

Orientation : Garantir une offre de service étayée et personnalisée		Échéance :
Objectif : clarifier la gestion des soins dans l'établissement et avec les partenaires.		31/12/2010
Critères d'évaluation :		
<ul style="list-style-type: none"> • permanence et continuité des soins garantis • procédure du circuit du médicament mise en service fin 2010 • expérience de travail en réseau approfondie • au moins une convention de partenariat signée 		
Actions :	Acteurs :	Échéance :
<p>Action 1 : Formaliser la procédure du circuit du médicament.</p> <p>Le chef de service à du FAM sera responsable de planifier et d'élaborer un plan d'action à cet égard. Il devra inclure dans son organisation plusieurs prérequis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la connaissance des principaux textes de référence concernant le cadre des prescriptions médicales, • la différenciation entre actes de soins et actes de la vie courante, • l'approvisionnement et le stockage des médicaments, • la préparation et l'administration • la contention physique. <p>Elle devra, tous les mois, lors d'une réunion de direction faire un point de l'avancée des travaux. Après validation de ma part, elle continuera le processus de construction. Ce groupe se réunira sur les instances de travail du personnel paramédical.</p> <p>Je constituerai ensuite un groupe de travail avec des infirmières, le chef de service du FAM et deux membres du groupe de pilotage « qualité », dans leur rôle de techniciens pour formaliser la procédure pendant deux heures le 16/09/2010.</p> <p>Après avoir validé la procédure, je la présenterai en réunions de DP puis au personnel dans le cadre d'une réunion de fonctionnement.</p>	Groupe de pilotage « qualité », chef de service du FAM et l'équipe d'infirmières.	15/11/2010
<p>Action 2 : créer un partenariat avec les pharmacies locales.</p> <p>Afin de parfaire l'organisation du circuit du médicament, il sera nécessaire de sécuriser leur délivrance. De fait, un partenariat avec les pharmacies locales garantira la sécurité et d'hygiène des conditions de transport. La signature d'une convention permettra de stipuler les responsabilités internes en matière de prescriptions et de commandes, la livraison, les modalités de réception des marchandises et surtout à l'issue d'une négociation financière le maintien des charges en l'état. Je convoquerai donc les deux pharmaciens du village avec qui nous travaillons actuellement (six mois avec l'un et six avec l'autre). Les questions d'organisation, qui auront été préalablement vues en réunions de direction, seront discutées en présence de la chef de service du FAM. Puis j'établirai la convention.</p>	Directrice, pharmacie ns et chefs de service.	07/01 12/01 mis en place définitive 01/02/2010
<p>Action 3 : rendre efficient le partenariat médical avec l'UJADD.</p> <p>Dans un premier temps et grâce à une collaboration de longue date avec le service spécialisé pour adultes atteints d'autisme, il sera intéressant de formaliser une convention afin de que les hospitalisations pour des raisons médicales bénignes (ex : extraction dentaire) transitent par le service de l'UJADD. Je précise</p>	Direction, équipe paramédicale et médicale,	Fin 2010

<p>qu'ils réservent un lit pour le traitement des urgences. L'équipe d'accueil servirait de relais entre l'hôpital général et le FAM.</p> <p>Un travail préalable sera effectué un interne avec l'équipe médicale et paramédicale de Constance en réunion de service sous la houlette du cadre intermédiaire.</p> <p>Dans le cadre de nos entrevues trimestrielles en équipe pluri-professionnelle, le débat sera ouvert et à terme une convention signée si la proposition est acceptée.</p>	UJADD.	
<p>Action 4 : permettre un partenariat avec des hôpitaux spécialisés.</p> <p>Profiter des hospitalisations des uns et des autres pour travailler avec les chirurgiens, neurologues ou autres spécialistes pour travailler l'accueil des usagers du FAM dans ces établissements de soins.</p> <p>Prendre systématiquement rendez-vous avec le médecin-chef du service d'accueil, envisager les possibilités de coopération et signer dès que possible des conventions avec la direction des hôpitaux. Utiliser les liens professionnels des médecins de l'établissement afin de faciliter les collaborations. Mais au-delà du travail avec l'établissement, il sera primordial de transférer certaines négociations au niveau du territoire en signant des conventions plus étendues et permettant, à terme, de signifier la collaboration avec la Fédération des APAJH.</p>	Direction, médecin.	2010

Mon plan d'amélioration est très pragmatique. Il privilégie une action concentrée en lien avec une orientation et des objectifs bien déterminés.

J'ai exposé le remaniement hiérarchique et fonctionnel interne qui se trouve être indispensable pour que l'établissement soit en adéquation avec les intentions projetées.

J'ai détaillé la politique de gestion des ressources humaines qui s'organise autour de deux points centraux, une organisation autosuffisante lors des congés des salariés et l'intégration des nouveaux salariés lors de l'extension du FAM.

J'ai, pour finir, prévu de travailler avec le personnel infirmier mais aussi certains membres de l'équipe éducative, à l'élaboration d'un projet thérapeutique et de soins.

Conclusion

Depuis 2002, le secteur médico-social est en profonde mutation. Respecter l'égale dignité de tous les êtres humains en répondant de façon adaptée à chacun d'entre eux a été posé comme un principe prioritaire tout en garantissant un accès équitable sur le territoire. Proposer un accompagnement global et de proximité à chaque usager est donc notre leitmotiv.

Nous avons vu tout au long de ce mémoire qu'accompagner des personnes en situation de handicap, mental et psychique, très dépendantes d'une tierce personne nécessite de la part des professionnels un fort engagement personnel tant sur le plan affectif que psychique. Mais, les besoins émergents de certains usagers ainsi que l'extension prévue au FAM de Constance donnent de nouvelles prérogatives organisationnelles et donc de nouvelles perspectives de travail.

Le projet de direction doit prendre en compte l'ensemble des éléments qui constitue l'environnement institutionnel. Ils peuvent provenir tant de préoccupations internes que d'injonctions externes qui peuvent parfois être contradictoires. J'ai voulu démontrer que le cadre structurel et organisationnel est prépondérant afin de clarifier l'action de chaque intervenant et impulser ainsi les acteurs dans une entreprise capable d'évolution et d'innovations. Je me suis attachée à construire un projet ancré dans ce particularisme institutionnel qu'est le FAM et de m'assurer de la collaboration de tous afin de pérenniser son existence et l'inscrire dans un processus qualitatif.

Aujourd'hui, nous assistons à une réorganisation du secteur médico-social. Effectivement, depuis 1975, son financement est largement pris en charge par l'assurance maladie. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, et plus particulièrement la création des Agences Régionales de la Santé et la Révision générale des politiques publiques sont deux facettes d'un même objectif : réformer l'organisation déconcentrée de l'État et développer la régionalisation de l'administration. L'ambition prioritaire, de faire des économies, est claire. L'environnement institutionnel va se transformer en ce qui concerne le régime des autorisations et l'obligation de signer des CPOM.

D'ailleurs, pour cette fin d'année, un projet de CPOM national est en cours de négociation entre la fédération des APAJH et l'État. Il inclura l'ensemble des établissements en gestion nationale financé par l'assurance maladie dont le forfait soin du FAM.

Bibliographie

OUVRAGE :

BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociales*. Paris : Dunod, 2005.

BAUDURET JF., JAEGER M. *rénover l'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005

BRANDEHO D. *Usure dans l'institution*. Rennes : ENSP, 2000.

CECCOTTO R., FICHE G., MAÇON H., ZRIBI G. *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*. Rennes : ENSP, 2007.

CHAVAROCHE P. *Le projet Individuel – Repères pour une pratique avec les personnes gravement handicapées mentales*. Ramonville Saint-Agne :Erès, 2006.

COMTE-SPONVILLE, dictionnaire philosophique de Comte-Sponville, presses universitaires de France 2001, p.621.

LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* : Paris. Dunod, 2003

LOUBAT J R. *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1997.

LOUBAT J R. *Instaurer la relation de service en Action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002

LOUBAT J R. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2006

MINSBERG Henry. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Eyrolles, éditions d'organisation, 1989 - p.389, l'idéologie et l'organisation missionnaire.

MIRAMON JM., COUET D., PATURET J B., *Le métier de directeur – techniques et fictions*. Rennes : ENSP, 2005

MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP. 2001.

NUSS M. *La présence à l'autre*. Collection Actions Sociales. Paris : Dunod, 2005,

TRUCHOT D. Epuisement Professionnel et Burnout. Ed DUNOD 2006.p 23.

VERMEULEN P. *Comment pense une personne autiste ?* Paris : Dunod, 2005.

ZRIBI G.,SARFATY J. Le vieillissement des personnes handicapées mentales.
Rennes :ENSP, 2003.

ZRIBI G., CHAPELLIER J-L. *Penser le handicap mental* Rennes ENSP, 2006.

ZRIBI G., CHAPELLIER J-L. *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits.*
Rennes ENSP, 2008.

RAPPORTS ET DOCUMENTAIRES:

CHOSSY F., la situation des personnes autistes en France - besoins et perspectives.
Rapport public 2003.

Schéma Départemental des Personnes Handicapées édité par DDASS et DSD pour la
période de 2003 à janvier 2008.

BLANC P., « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un
nouveau défi pour leur prise en charge » remis à PHILIPPE BAS, 11 JUILLET 2006.

NASSE P. et LÉGERON P. : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des
risques psychosociaux au travail, 12 mars 2008 pour Xavier Bertrand, le ministre du
Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

Rapport Poly handicap 2005, Congrès poly handicap 2005, édition CTNERHI, page 30.

Rapport remis au Président du Sénat sur la *Commission d'enquête sur la maltraitance
envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et
les moyens de la prévenir* – 5 juin 2003 p 3.

Direction générale de l'action sociale - bureau de la protection des personnes, guide de
repérage des risques de maltraitance de violence dans les établissements sociaux et
médico-sociaux, juillet 2002.

Documentaire n°10-2006 « la personne handicapée vieillissante ou âgée » Ed CTNERHI.
P 19 et 20.

Dossiers médicaux techniques, INRS, document pour la médecine du travail, TC 108.

REVUES:

ACTIF. *Du projet institutionnel au projet personnalisé... ou comment accompagner le changement dans la complexité.* Les cahiers de l'actif n°372/373 et 374/375, p. 1 1-295.

BAUDET-CAILLE V., *la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale : les droits des usagers.* ASH supplément n°2379, octobre 2004.

EMPAN. *Las aides médico-psychologiques : prendre soin au quotidien.* Eres : juin 2008.

Dossier Professionnel – *La personne handicapée vieillissante ou âgée.* Éditions CTNERHI. N°10 – 2006

FLORU R et CNOCKAERT J.C. *Stress professionnel et burn out.* Les cahiers de l'actif, mai/juin 1998, n°264-265, p25-50.

GABBAÏ P., *Longévité avancée en âge. Des personnes handicapées mentales et physiques,* *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p.47-73.

GABBAÏ P., *Les conduites dites violentes dans les Troubles Envahissants du développement à l'âge adulte.* Les cahiers de l'actif n°390/391, p. 151-164.

GUIDE NERET. *Droit des personnes handicapées.* Groupe Liaisons, 2009.

RAVON B. *Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux,* *Informations sociales* n°152, *Les dynamiques du travail social,* mars-avril 2009, p68-69.

FOUCHARD J-L. *De la motivation à l'érosion : l'usure professionnelle,* les cahiers de l'actif, année, n°296/297, p 219-242.

ZUCMAN E. *Du burn out à l'épuisement professionnel : historique et tribulation du concept en France.* Les cahiers de l'actif, mai/juin 1998, n°264-265, p 17-24.

LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES:

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

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

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) est paru au Journal Officiel du 13 mars 2005.

Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux services d'accompagnement à la vie sociale et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés est paru au JO du 13 mars 2005. Il définit ces services et précise quels sont les professionnels qui y travaillent.

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge prévu par l'art L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des familles.

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.312-1 et à l'article L.314-8 du code l'action sociale et des familles.

Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978 relative aux Maisons d'Accueil Spécialisées.

Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 : prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.

Circulaire n° DGAS/SD3C/2005/ 224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire.

SITE INTERNET :

<http://www.officiel-handicap.com>, consulté le 10 juin 2009.

<http://www.anact.fr>, consulté le 5 août 2009.

<http://www.travail-solidaire.gouv.fr>, consulté le 5 août 2009, Ravon (Bertrand) dir., avec Decrop G., Ion J., Laval C., Vidal-Naquet P., synthèse de *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Ministère de la Santé et des Solidarités – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2008.

<http://www.encyclopedia.universalis.fr>,

DICTIONNAIRE :

Le Petit Larousse, Larousse édition, 2005

Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale, édition Bayard, 2006.

Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse édition, 1992.

Liste des annexes

Annexe 1 : plan régional

Annexe 2 : arrêté portant habilitation au foyer à double tarification du complexe de Constancie à Lacaune 1996 et l'arrêtés conjoint portante autorisation d'extension de capacité du foyer d'accueil médicalisé le 27 novembre 2007.

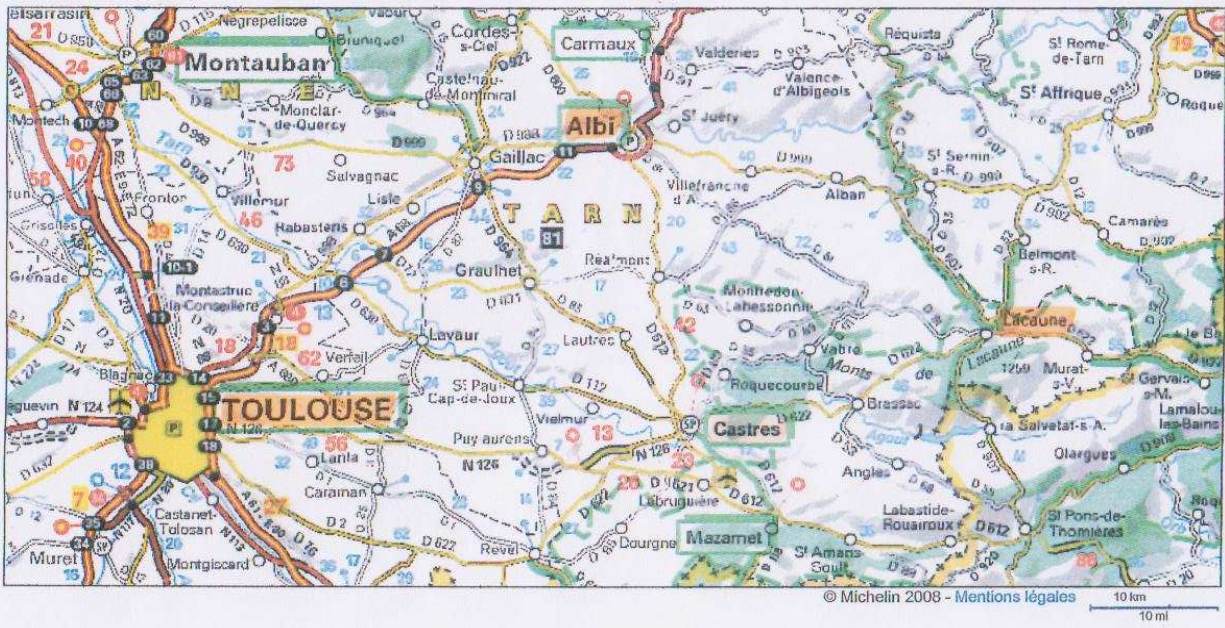
Annexe 3 : organigrammes hiérarchiques de la fédération et du FAM de Constancie.

Annexe 4 : plan de masse du FAM de Constancie.

Annexe 5 : procédure d'admission.

Annexe 6 : budgets prévisionnels 2010.

Région Midi-Pyrénées



Annexe 2 : arrêté portant habilitation au foyer à double tarification du complexe de Constance à Lacaune 1996 et l'arrêts conjoint portante autorisation d'extension de capacité du foyer d'accueil médicalisé le 27 novembre 2007.



Direction
de la Solidarité
D.S. 81

Service Aide aux Structures

ARRETE

**PORTANT HABILITATION DU FOYER OCCUPATIONNEL
ET THERAPEUTIQUE ET DU FOYER A DOUBLE TARIFICATION
DU COMPLEXE DE CONSTANCIE A LACAUNE**

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU TARN,

- VU le Code de la Famille et de l'Aide Sociale ;
- VU la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les Communes, les Départements, les Régions et l'Etat ;
- VU la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux Institutions Sociales et Médico-Sociales ;
- VU la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'Aide Sociale et de Santé ;
- VU la délibération de l'Assemblée Départementale en date du 30 octobre 1985 portant adoption du règlement départemental d'aide sociale ;
- VU l'arrêté Départemental en date du 11 avril 1994 portant création d'un Foyer Occupationnel et Thérapeutique pour Adultes Handicapés, Domaine de Constance à Lacaune ;
- VU l'arrêté conjoint Préfet du Tarn / Président du Conseil Général du Tarn, en date du 23 mars 1994 portant création d'un établissement d'hébergement et de soins pour Adultes lourdement handicapés à Lacaune ;
- VU la demande présentée par Monsieur Jean-Marie ALEXANDRE, Vice-Président de l'Association pour Adultes Handicapés à Paris, sollicitant l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale pour les deux foyers du Complexe de Constance à Lacaune ;
- VU les documents administratifs et comptables produits ;
- VU l'avis de Monsieur le Directeur de la Solidarité ;
- SUR proposition de Monsieur le Directeur Général des Services Départementaux ;

.../...

A r r ê t e

ARTICLE 1ER

Le Foyer Occupationnel et Thérapeutique pour Adultes Handicapés et le Foyer à double tarification du Complexe de Constance à Lacaune sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

ARTICLE 2

La capacité de ces foyers est fixée à 45 lits et 2 places, soit 11 lits et 1 place pour le FOT et 34 lits et 1 place pour le FDT destinés à recevoir sur décisions de la COTOREP des adultes handicapés des deux sexes âgés de plus de dix-huit ans.

Vis-à-vis de ces personnes, l'objectif de l'établissement est d'assurer leur hébergement ainsi qu'une prise en charge psycho-sociale basée sur des activités occupationnelles et/ou thérapeutiques sans visées productives.

ARTICLE 3

Avant le 1er Novembre de chaque année, l'association gestionnaire transmet aux Services Départementaux (Direction de la Solidarité) le budget prévisionnel de l'exercice suivant et avant le 1er juin le compte d'exploitation de l'exercice écoulé accompagné du rapport d'activité de l'établissement.

Ce rapport d'activité, comportant notamment toutes précisions sur les flux d'entrée et de sortie, l'âge des résidents, ainsi que leur degré général d'autonomie ou de dépendance, sert de base à l'évaluation de l'évolution de la structure dans le temps.

ARTICLE 4

La prise en charge par la Collectivité Départementale au titre de l'Aide Sociale s'effectue dans la limite des tarifs journaliers fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général du Tarn.

A cet effet, les Services Départementaux (Direction de la Solidarité) pourront procéder à tous les contrôles et vérifications de gestion et de fonctionnement jugés utiles.

ARTICLE 5

L'établissement oeuvrera conformément aux lois et règlements en vigueur et, dans le respect du libre choix des familles, appliquera les décisions de la COTOREP et des Commissions d'Admission à l'Aide Sociale.

.../...

ARTICLE 6

En cas de divergence sur l'interprétation des dispositions du présent arrêté, le Président du Conseil d'Administration et l'Exécutif Départemental tiendront une réunion de conciliation préalablement à la saisine, le cas échéant du tribunal administratif.

ARTICLE 7

La présente habilitation prend effet le 1er mai 1996.

Elle pourra faire l'objet ultérieurement par voie d'arrêté départemental, de compléments ou modifications en fonction notamment soit de l'évolution même de la structure soit de celle des textes législatifs ou réglementaires.

Le retrait éventuel de l'habilitation est effectué par arrêté de l'Exécutif Départemental dans les conditions prévues à l'article 11-3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

ARTICLE 8

Monsieur le Directeur Général des Services départementaux, Monsieur le Directeur de la Solidarité et Monsieur le Payeur départemental sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de l'Exécutif Départemental.

Fait à ALBI, le 01 MARS 1996

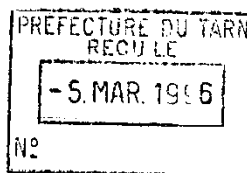
LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,

Signé

Thierry GARGENAC

Pour ampliation,
L'Inspecteur,

Serge MAISSONNIER
Serge MAISSONNIER





PREFECTURE DU TARN

*Direction Départementale
Des Affaires Sanitaires et Sociales*



CONSEIL GENERAL DU TARN

Direction de la Solidarité 81

ARRETE CONJOINT

Portant autorisation d'extension de capacité du foyer d'accueil médicalisé (FAM) du Complexe Educatif de Constancié à LACAUNE

Le préfet du Tarn,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'ordre national du Mérite,

Le président du Conseil Général du Tarn,

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de l'action sociale et des familles,

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

Vu les articles R 313-1 à R.313-9 relatifs aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Vu les articles D 313-11 à D 313-14 du code de d'action sociale et des familles relatifs aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité,

Vu le chapitre IV (dispositions financières) du titre I du livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif à l'action sociale et médico-sociale mise en œuvre par les établissements et services,

Vu la demande d'extension déposée le 30 septembre 2004 par l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) nationale,

Vu l'arrêté précédent signé conjointement par le président du Conseil Général du Tarn et le préfet du Tarn en date du 29 décembre 2004 portant rejet d'extension de capacité faute de crédits de fonctionnement disponibles sur l'enveloppe départementale limitative,

.../...

Considérant que cette extension est conforme aux orientations du schéma départemental autisme,

Considérant que le projet présenté répond à un besoin non satisfait sur ce secteur,

Considérant que son coût de fonctionnement n'est pas hors de proportion avec les services rendus ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables,

Considérant que les crédits de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre de l'extension de la capacité sollicitée sont disponibles sur la dotation départementale de la CNSA pour l'année 2007,

ARRETTENT

N° Finess : 81 010 2988

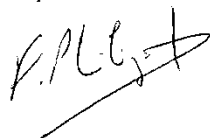
Article 1^{er} : L'extension de capacité de 10 places pour adultes autistes du Foyer d'accueil médicalisé « Constancié » à Lacaune, géré par l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) nationale portant sa capacité de 35 à 45 lits est autorisée.

Article 2 : Conformément aux dispositions de l'article R 421.5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut être contesté, dans un délai de deux mois à compter de sa notification et de sa publication au recueil des actes administratifs, devant le tribunal administratif de TOULOUSE.

Article 3 : Le président du Conseil Général du Tarn et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Tarn sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé, publié au recueil des actes administratifs du département du Tarn et affiché à la préfecture du Tarn et à la mairie de LACAUNE.

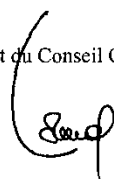
Fait à Albi le 27 NOV 2007

Le préfet du Tarn



François PHILIZOT

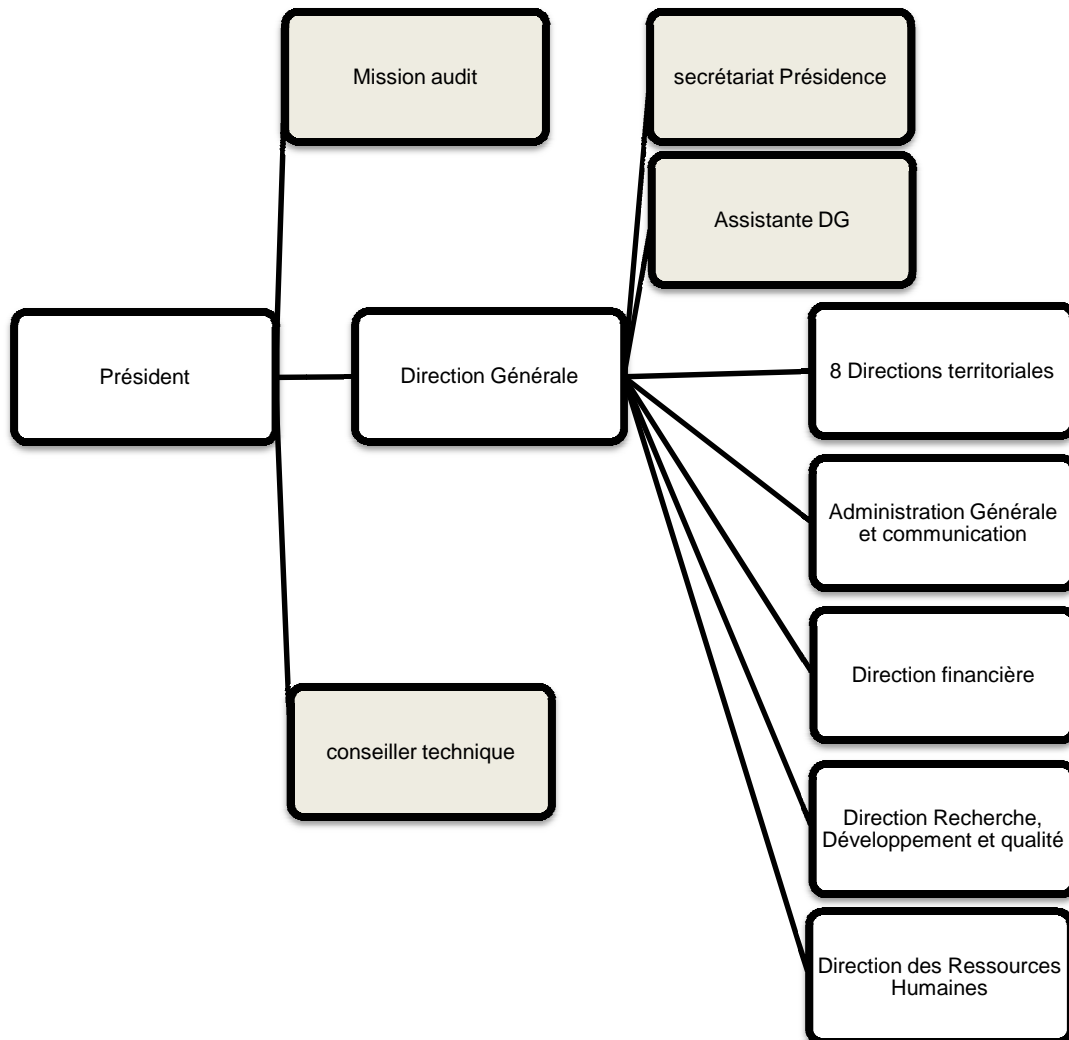
Le président du Conseil Général du Tarn



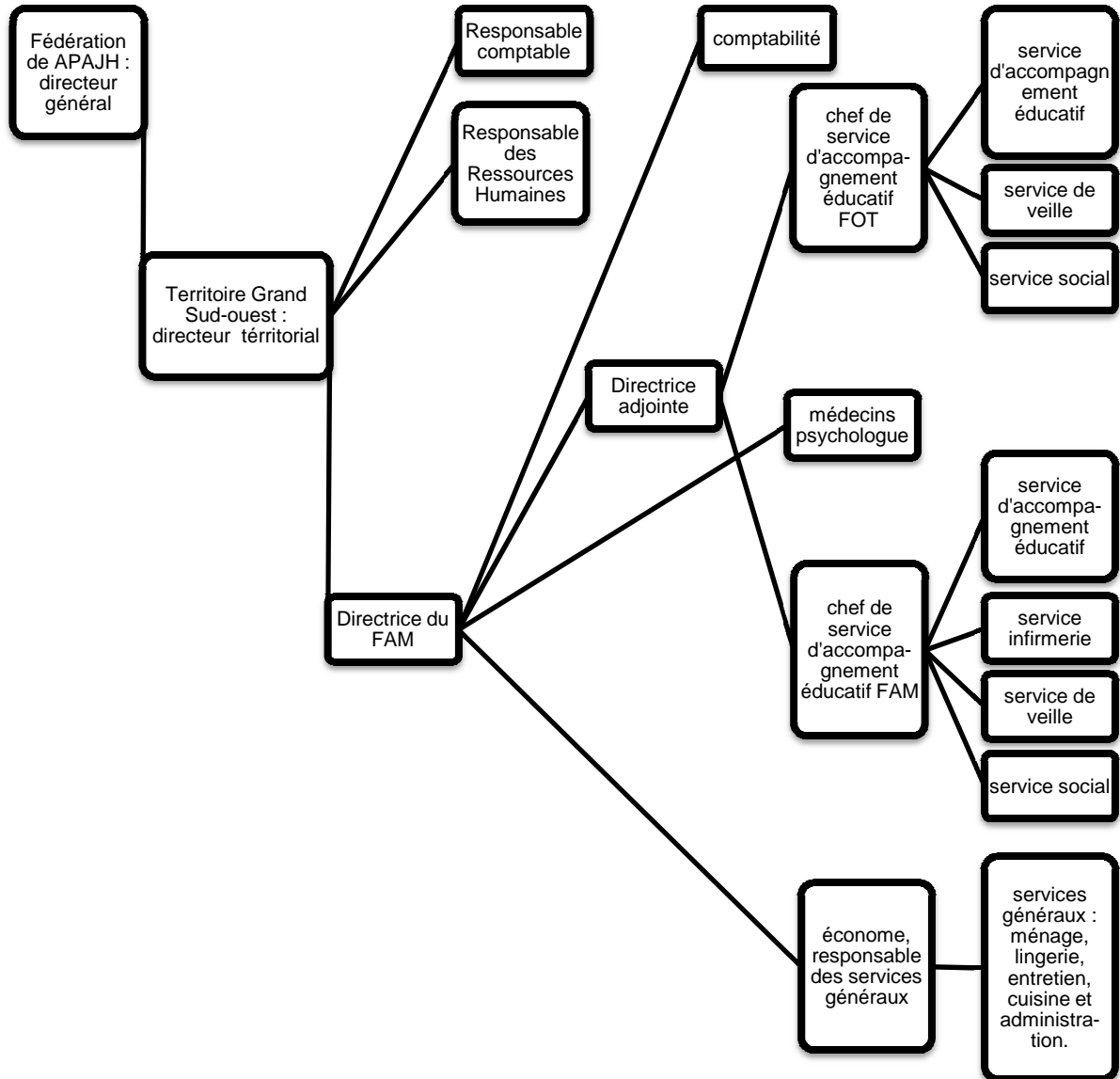
Thierry CARCENAC

Annexe 3 : organigrammes hiérarchiques de la fédération et du FAM de Constance.


Organigramme de la fédération des APAJH :



Organigramme hiérarchique Territoire et établissement APAJH Constance :



Annexe 5 : procédure d'admission.

	PROCEDURE D'ADMISSION D'UN USAGER FAM et FOT	Date du document : Fév 06
	Code : AC P02	Version n° 2
		Page 1/ 2

Objet et domaine d'application : Cette procédure vise à organiser l'admission d'un usager du FOT ou du FAM

Destinataires : Directeur, Directeur Adjoint, Chef de Service, Psychiatre, Psychologue, Assistante Sociale, l'Equipe Educative

Principales responsabilités : Le Directeur est seul responsable de la décision d'admission. Celle-ci est motivée après consultations des différents membres participant à l'entretien d'admission.

Documents de référence :

- Loi 2002.2
- Guide des procédures APAJH

Documents associés :

- Fiche de contact
- Dossier de pré-admission
- Bilan d'entretien de pré-admission
- Courrier de demande d'admission du futur usager

Rédacteur :

Christine SEBBAG

Approbateur :

Georget DAMERVAL



PROCEDURE D'ADMISSION D'UN USAGER FAM ET FOT	Date du document : Fév 2006
	Version n° 2
Code : AC P02	Page 2/2

OPERATEURS	TACHES	ETAPES	INSTRUCTIONS ENREGISTREMENTS
Assistante Sociale Directeur Directeur Adjoint Chef de Service Educatif Assistante Sociale Equipe consultative : Directeur Directeur Adjoint Chef de Service Educatif Psychiatre Psychologue Assistante Sociale 2 Educateurs Directeur	<p>1 Constitution d'une fiche de contact 2 Constitution d'un dossier de pré admission La demande des pièces jointes est faite par téléphone ou courrier aux personnes concernées</p> <p>1 Lecture du dossier de façon individuelle 2 Réunion d'équipe de Direction qui débat si oui ou non la personne concernée pourra s'intégrer à l'institution</p> <p>Envoi d'un courrier type soit de mise en liste d'attente, soit de refus de candidature, soit convocation à un entretien</p> <p>Le Directeur mène l'entretien de pré-admission</p> <p>Le Directeur prend sa décision après réunion avec l'équipe éducative</p>	<pre> graph TD Start([Demande d'admission du futur usager]) --> Step1[Constitution du dossier de pré admission] Step1 --> Step2[Consultation du dossier par l'équipe de Direction] Step2 --> Dec1{Décision d'une rencontre} Dec1 -- Non --> Courrier1[Courrier de mise en liste d'attente] Dec1 -- Oui --> Step3[Entretien de pré admission] Step3 --> Step4[Confirmation de la demande d'admission du futur usager par courrier] Step4 --> Dec2{Décision admission} Dec2 -- Non --> Courrier2[Courrier] Dec2 -- Oui --> End{{Admission}} </pre>	<p>1 Fiche contact 2 Dossier pré admission 3 Courrier ou compte rendu appel téléphonique</p> <p>1 Compte rendu de la réunion</p> <p>Courrier</p> <p>Compte rendu d'entretien</p> <p>Courrier</p> <p>Courrier</p> <p>Contrat de séjour</p>

Annexe 6 : budgets prévisionnels 2010.

Structure :	FAM HEBERGEMENT LACAUNE					
BUDGET SOCIAL						
DEPENSES						
Années	2008	2009	2010	2010	2010	Ecart
	Réalisé	Alloué	Reconduction	Mesure nouvelles	Proposé	Proposé 2010 / Alloué 2009
GROUPE 1	243 342 €	260 162 €	264 371 €	12 852 €	277 223 €	6,56%
GROUPE 2	1 440 728 €	1 517 158 €	1 568 024 €	62 096 €	1 630 120 €	7,45%
GROUPE 3	495 985 €	386 193 €	365 191 €	83 872 €	449 063 €	16,28%
RECAP DES CHARGES	2 180 055 €	2 163 513 €	2 197 586 €	158 820 €	2 356 406 €	8,92%
RECETTES EN ATTENUATION						43 292 €
REPRISE RESULTAT N-2						
DOTATION DE FINANCEMENT						2 313 114 €
Observations ou remarques :						
<u>(il est impératif de bien justifier les mesures nouvelles)</u>						
AGREMENTS ET NOMBRE DE JOURNEES						
Années	2008		2009		2010	
	AGREMENT	Nbre de journées réalisées	AGREMENT	Nbre de journées demandées	AGREMENT	Nbre de journées proposées
	35	11 935	35	11 971	35+10	12 581
EFFECTIFS EN ETP						
Années	2009	2010				
	NOMBRE DE SALARIES EN ETP	NOMBRE DE SALARIES EN ETP				
	40,78	40,78	40,78 ETP sur 10 mois + 9,35 ETP à compter du 01/11/2010			
		50,13	soit 50,13 ETP sur 2 mois = 42,34 ETP en année pleine sur 2010			

Structure :

FAM FORFAIT SOINS LACAUNE

BUDGET SOCIAL**DEPENSES**

Années	2008	2009	2010	2010	2010	Ecart
	Réalisé	Alloué	Reconduction	Mesure nouvelles	Proposé	Proposé 2010 / Alloué 2009
GROUPE 1	50 661 €	55 000 €	55 880 €	2 623 €	58 503 €	6,37%
GROUPE 2	700 134 €	743 400 €	755 051 €	26 703 €	781 754 €	5,16%
GROUPE 3	107 599 €	1 157 €	13 516 €	2 348 €	15 864 €	1271,13%
RECAP DES CHARGES	858 393 €	799 557 €	824 447 €	31 674 €	856 121 €	7,07%

RECETTES EN ATTENUATION 4 212 €

REPRISE RESULTAT N-2

DOTATION DE FINANCEMENT 851 909 €

Observations ou remarques :

(il est impératif de bien justifier les mesures nouvelles)

AGREMENTS ET NOMBRE DE JOURNEES

Années	2008		2009		2010	
	AGREMENT	Nbre de journées réalisées	AGREMENT	Nbre de journées demandées	AGREMENT	Nbre de journées proposées
	35	11 935	35	dotation globale	35+10	dotation globale

EFFECTIFS EN ETP

Années	2009	2010
	NOMBRE DE SALARIES EN ETP	NOMBRE DE SALARIES EN ETP
	16,88	16,88
		20,88

sur 10 mois + 4 ETP au 01/11/2010 soit
20,88 ETP = 17,54 ETP en année pleine