



**PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE DE BIENTRAITANCE AU
SEIN D'UN F.O. EN CRISE EN S'APPUYANT SUR UN
MANAGEMENT OPÉRATIONNEL BIENVEILLANT**

Patricia BAUDRON

2012

cafdes



Remerciements

J'adresse mes remerciements aux enseignants, intervenants, collègues de la promotion CAFDES O, de l'ITS de Tours, pour leurs apports, leur accompagnement et leur soutien.

Je remercie vivement ma directrice de mémoire, Mme Moutard, pour son implication, son écoute et ses conseils.

J'adresse également un grand merci pour leur compréhension et leur patience aux usagers et aux salariés du Foyer de Vie. Un grand merci à mes collègues cadres qui m'ont soutenue et ont assuré les relais pendant mes absences.

Je remercie aussi mon comité de correction, une pensée particulière à Laure, Claudine, Fatima, Chantal, Joëlle et Sophie.

Enfin, j'adresse à mon conjoint, mes enfants, un grand merci pour leur compréhension, leur patience et leur soutien pendant cette longue période d'indisponibilité traversée de doutes et de tensions qu'ils ont supportés avec bienveillance.

Sommaire

Introduction	1
1 Un foyer en constante recherche d'adaptation face.....	3
1.1. ... aux mutations règlementaires	3
1.1.1 Loi 2002-2, Droits des usagers et évaluation des pratiques.....	3
1.1.2 Loi de 2005-102, la participation et la citoyenneté : concourir au projet de vie des personnes accueillies	5
1.1.1. Loi 2009-879 dite HPST, une redistribution des rôles, des partenariats à construire	8
1.2. aux transformations de son environnement.....	9
1.2.1. Remaniement des relations de l'organisation avec son environnement.....	10
1.2.2. Evolution de la gouvernance et restructuration associative	11
1.2.3. Les répercussions institutionnelles	13
1.3. ... à l'évolution des besoins du public accueilli	15
1.3.1. Evolution du public accueilli.....	16
1.3.2. Emergence de besoins nouveaux	18
1.3.3. Une adaptation attendue des réponses	21
2 Entre intentions et actions : quelle réalité pour la bientraitance ?.....	25
2.1. Une gestion du risque de maltraitance insuffisante	25
2.1.1 Identification des facteurs de risques.....	26
2.1.2 Analyse du dispositif de prévention	28
2.1.3 Compréhension des phénomènes de violences institutionnelles	31
2.2. Un cadre institutionnel peu efficient.....	34
2.2.1. Un projet d'établissement récent, régulièrement évalué	35
2.2.2. Analyse de l'organisation.....	37
2.2.3. La gestion du personnel	41
2.3. Les conditions d'une adaptation des prestations collectives et d'une personnalisation de l'accompagnement.....	44
2.3.1. Les prestations proposées	45
2.3.2. La personnalisation de l'accompagnement.....	46
2.3.3. Les moyens déployés.....	48

3	Mettre en œuvre un management bienveillant de la bientraitance	52
3.1	Conduire le changement pour réduire les violences institutionnelles.....	53
3.1.1	Permettre l'efficacité du cadre institutionnel	53
3.1.2	Adapter l'organisation	55
3.1.3	Améliorer le dispositif de prévention	59
3.2	Mettre en œuvre un management bienveillant.....	61
3.2.1	Améliorer les conditions de travail.....	62
3.2.2	Apaiser le climat social	65
3.2.3	Développer le professionnalisme des équipes	69
3.3	Développer des pratiques bientraitantes	70
3.3.1	Promouvoir l'autonomie des personnes accueillies	70
3.3.2	Développer la personnalisation de l'accompagnement	72
3.3.3	Diversifier les modes d'accompagnement.....	74
	Conclusion	78
	Bibliographie.....	- 1 -
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico-psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APF : Association des Paralysés de France

APPHM : Association des Parents de Personnes porteuses d'un Handicap Mental

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

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

CNESMS : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre Régional pour Enfance et Adolescence Inadaptées

CVS : Conseil à la Vie Sociale

DUD : Document Unique de Délégation

DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps Plein

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

HAACCP : Hazard Analysis Critical Control Point

HPST (loi) : Hôpital Patient Santé Territoire

IME : Institut Médico-Educatif

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FDV : Foyer de Vie

FO : Foyer Occupationnel

FH : Foyer d'Hébergement

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PE : Projet d'Etablissement

PEP : Pupilles de l'Enseignement Public

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médicalisé Spécialisé pour Personne Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TED : Troubles Envahissants du Développement

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes
Malades et handicapées psychiques

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

Introduction

Mon terrain de stage CAFDES au Foyer Les Buissonniers, m'a permis de me projeter dans la situation d'une prise de fonction de direction d'un pôle d'établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Région Centre. Le directeur en fin de carrière, m'a permis dans ce cadre de participer à l'analyse des difficultés rencontrées par l'institution et de me projeter pour une éventuelle succession.

Le Foyer de Vie (FDV) Les Buissonniers est un établissement composé d'un Foyer Occupationnel (FO) et d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) accueillant 58 personnes adultes handicapées mentales. L'association gestionnaire est une association de parents départementale, qui comprend 26 autres établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés mentaux.

La mission dévolue par l'association gestionnaire au directeur présent et à venir, consiste à finaliser la réorganisation d'un pôle d'activité, constitué du FDV mais aussi d'un Foyer d'Hébergement (FH) et d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Celle-ci, initiée par la restructuration associative, a pour objet de développer les coopérations et mutualisations nécessaires à l'optimisation des prestations dispensées par chacune de ces entités. D'autre part, le Foyer de Vie les Buissonniers, entité importante du pôle de par sa capacité d'accueil et son effectif salarié, traverse une situation de crise révélée par l'apparition de phénomènes de violences institutionnelles et un climat social dégradé au sujet desquels, le directeur général demande une résolution prompte et pérenne. C'est pourquoi, j'ai fait le choix d'aborder la crise institutionnelle au travers d'une analyse de l'organisation et de son management, du climat social, mais aussi de l'accompagnement des personnes accueillies.

L'analyse de l'environnement de la structure met en évidence, l'importance des mutations réglementaires, leur influence sur la gouvernance et l'organisation associative et ses relations avec les partenaires publics et associatifs. Cette mutation influe et conditionne les différentes étapes de développement du projet du foyer ouvert en 2000. Parallèlement, on assiste à une évolution du public accueilli et de ses besoins, qui supposent un ajustement des pratiques et une adaptation de l'organisation des prestations. Le foyer Les Buissonniers, pour apporter une réponse aux problématiques nouvelles des personnes accueillies, diversifie son action par la création d'un FAM de six places médicalisées en 2006 étendu de cinq autres places en 2010.

L'émergence de phénomènes de violences institutionnelles, interroge la capacité de la structure à exercer ses missions de protection et de promotion des personnes, qu'elle accompagne. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance constituent

une obligation réglementaire forte, pour laquelle l'institution a mis en place des dispositions exposées dans le projet d'établissement actualisé en 2010. Il importe donc d'apprécier la nature des défaillances de celui-ci, pour comprendre comment le rendre plus efficient.

La souffrance des professionnels traduite par un taux d'absentéisme croissant, une démobilisation marquée, mais aussi des conflits larvés émergents sous la forme de rumeurs et de dénonciations anonymes, interrogent le management et l'organisation du travail.

Enfin, il importe d'analyser les ressources internes et externes de l'institution, pour comprendre comment les mobiliser dans l'objectif d'une meilleure adéquation des pratiques aux besoins des publics, dans le souci de promouvoir leur autonomie et l'accès à la citoyenneté.

J'ai choisi le thème de la bientraitance, comme levier du changement parce qu'elle sous-tend le projet éthique de la direction et traverse tous les champs du projet institutionnel. De ce fait, elle interroge la place donnée par l'institution à l'usager, aux différents professionnels, à la famille et aux proches, mais aussi à tous les partenaires participant à la réalisation de son projet de vie. Elle ne peut alors « se comprendre que dans le sillage d'une recherche collective de sens »¹. Elle suppose aussi, que le directeur ait élaboré une organisation des prestations permettant de « concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »² des usagers.

Proposer une posture managériale opérationnelle bienveillante, s'inscrit dans une recherche de pondération des processus de rationalisation et de normalisation des organisations. Elle s'appuie sur l'idée d'une valorisation et d'une reconnaissance du professionnalisme des équipes, comme axe essentiel de la mise en œuvre effective du projet institutionnel. Elle suppose le développement des compétences individuelles et l'élaboration d'un système de travail favorisant l'émergence d'une compétence collective au service de la mission. Pour cela, le mode de management doit permettre l'adaptation constante de l'organisation et l'implication des personnels, par l'appropriation d'une culture de la bientraitance. Celle-ci sera soutenue et renforcée par une démarche d'amélioration continue de la qualité et de prévention du risque de maltraitance, traduisant le souci « à la fois d'une démarche positive et d'une mémoire du risque »³.

¹ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles-La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles- concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.

³ Idem 1

1 Un foyer en constante recherche d'adaptation face.....

Pour comprendre la situation du foyer les Buissonniers, il est important de saisir les nombreux mouvements et mutations, qui ont impacté ses phases de création, de croissance et de stabilisation actuelle. J'observerai dans un premier temps, l'impact des évolutions réglementaires qui ont traversé son histoire et la façon dont l'institution s'est appropriée ce cadre réglementaire. Dans un second temps, j'apprécierai leur répercussion locale en matière d'identification des besoins, mais aussi sur l'évolution de la gouvernance associative et ses conséquences structurelles sur le foyer des Buissonniers. Enfin, pour comprendre l'évolution de la demande, je tracerai l'évolution de son public et les besoins émergents.

1.1. ... aux mutations règlementaires

Le foyer Les Buissonniers, ouvert en juillet 2000, s'est inscrit d'emblée dans la dynamique de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002. Elle influencera particulièrement le premier projet d'établissement finalisé en 2003. Par la suite, l'évolution des politiques publiques traduites par les lois du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté et du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires impliquent une évolution des pratiques institutionnelles, orientant le second projet d'établissement finalisé en 2010. Pour autant, la métamorphose du secteur médico-social, le bouleversement des représentations suscités par l'évolution réglementaire rapide, n'ont pas permis une appropriation complète par les acteurs, ni une transformation aboutie des logiques et pratiques professionnelles.

1.1.1 Loi 2002-2, Droits des usagers et évaluation des pratiques

La loi du 2002-2, en réaffirmant la place prépondérante de l'utilisateur au centre du dispositif d'accompagnement, transforme les pratiques du secteur social et médico-social. Elle énonce les droits fondamentaux de la personne accueillie, en reconnaissant des droits individuels dans tous les domaines, en insistant sur la participation, l'expression de la parole des bénéficiaires. La loi redéfinit un socle de valeurs ayant comme dénominateur commun, la promotion des personnes en difficulté. Elle intègre une politique de prévention et le traitement des situations de maltraitance au sein de chaque établissement. Elle formalise ce nouveau rapport à l'utilisateur, par des outils facilitant l'accès au droit et visant à renforcer la participation, l'expression des usagers et de leur entourage, mais aussi à garantir un accompagnement personnalisé.

Mon analyse des outils mis en place au sein du FDV, met en évidence, un réel souci de l'institution de se conformer aux attendus réglementaires et de s'en approprier le

sens. Pour exemple, l'accessibilité aux personnes accueillies a présidé à la mise en forme du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, lui-même traduit sous forme de bande dessinée affichée dans tous les espaces collectifs de l'établissement.

La lecture des comptes rendus du conseil de la vie sociale montre, que le temps a permis à ce lieu de devenir un espace d'échange et de parole sur la vie de l'institution de plus en plus investi par les différents représentants. Je constate la forte mobilisation des usagers (13 candidats aux dernières élections), mais aussi leur manque de compréhension et d'appropriation de leur rôle de représentant. Ils sont en difficulté pour exprimer une opinion sur les sujets abordés à l'ordre du jour et ne savent ni recueillir l'avis de leurs pairs, ni se détacher de leur situation personnelle.

En ce qui concerne les contrats de séjour, l'association, pour soutenir les équipes dans l'élaboration des outils de la Loi 2002-2 a proposé des modèles-types. Ce soutien technique a permis une conformité plus rapide aux attendus réglementaires, il n'a cependant pas permis, l'appropriation du sens de cette démarche par les équipes. Ainsi, les contrats de séjour des 58 personnes accueillies, ont-ils été complétés sans tenir compte de l'article 8 de la loi de 2002-2, qui précise qu' : « un contrat de séjour est conclu, ou un document individuel de prise en charge est élaboré, avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document individuel de prise en charge, définit les objectifs et la nature de la prise en charge de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes, ainsi que leurs coûts prévisionnels.»⁴ Au foyer Les Buissonniers, pour que la personne accueillie soit associée et consultée, il faut attendre la rédaction du projet d'accompagnement personnalisé réalisé et finalisé en moyenne, dans les 12 mois qui suivent l'admission.

Lors de cette première étape d'élaboration des outils réglementaires, l'institution n'a pas réussi à garantir l'efficience, par une rigueur de diffusion et d'actualisation. Bien que les professionnels aient pointé leur difficulté à mettre en application le règlement de fonctionnement, aucune procédure n'est venue compléter l'écrit initial.

L'article L 312-8 du CASF crée l'obligation pour les établissements et services « de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent », notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques, validées par le CNESM. L'établissement s'est engagé, dès sa première année de fonctionnement, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, présentée dans le projet, comme un moyen de prévention et de traitement des violences institutionnelles. Elle s'appuie, sur le cycle « plan-do-check-act »(PDCA) élaboré par W. Édward Deming, représenté sous la

⁴ Loi 2002-2 Art 8 Le contrat de séjour

forme de la « roue de Deming »⁵. Elle prévoit à partir du projet, la planification et la mise en place de procédures et pratiques professionnelles évaluées régulièrement et améliorées de façon continue.

Ce processus s'organise à partir des bilans semestriels réalisés en janvier et juin, où sont convoqués tous les personnels. Les comptes rendus montrent une évolution de la méthodologie, qui à l'origine, reposait sur un questionnaire balayant sept axes du projet d'établissement (conditions de travail, prestations hôtelières, aménagement des locaux, circulation d'informations, valeurs partagées, projet d'animation, gestion administrative), les résultats de celui-ci étaient discutés pour aboutir à des préconisations pour les six mois à venir. Progressivement, la méthodologie a évolué vers une demi-journée consacrée à la mesure des écarts, entre les réalisations et les objectifs fixés pour le semestre et une autre demi-journée consacrée à un thème transversal, portant sur les valeurs partagées des pratiques professionnelles. Un document de synthèse est produit, comprenant un bilan de la période et les actions correctives envisagées ainsi qu'une synthèse des rapports contenus dans le cahier de prévention de maltraitance.

Sensibilisés à la démarche d'évaluation continue de la qualité, les professionnels ont participé massivement (37 personnes) à l'évaluation interne engagée en 2009. Celle-ci a été pilotée par deux groupes de trois membres du personnel ayant bénéficié d'une session de formation en support. La démarche collective s'est appuyée sur un référentiel de l'UNAPEI, conforme au cahier des charges de l'ANESM. J'ai pu noter, que le recueil de l'appréciation des usagers et des familles s'est appuyé sur les résultats des enquêtes de satisfaction antérieures (2007 pour les usagers, 2005 pour les familles). Les conclusions, communiquées à tous les salariés, ont abouti à un plan d'amélioration revu tous les six mois et intégré à la démarche qualité préalable.

Fin 2012, l'établissement doit se soumettre à la démarche d'évaluation externe. Le choix de l'opérateur et la méthodologie employée, relèvent d'un comité de pilotage constitué du président de l'association, du directeur général, d'un directeur représentant chaque type d'activité. Un comité de suivi composé de la direction, de représentants des cadres, des professionnels, des usagers, de l'association est chargé d'assurer le suivi de la démarche, la communication interne et des échanges sur les constats et recommandations formulées.

1.1.2 Loi de 2005-102, la participation et la citoyenneté : concourir au projet de vie des personnes accueillies

La loi 2005-102, apporte une première définition juridique du handicap, affirmant le rôle de l'environnement dans la situation de handicap justifiant ainsi, le principe du droit à

⁵ Cf. Annexe 2 : Document interne d'évaluation continue de la qualité : « roue de Deming »

compensation. Celui-ci se traduit, par la mise en place d'une prestation de compensation attribuée par la MDPH, évaluée à partir des besoins de la personne en situation et en fonction de son projet de vie. Elle réaffirme, dans la continuité de l'esprit de la loi 2002-2, les droits à la participation aux décisions, qui la concernent et à l'exercice de la citoyenneté. Elle aborde la citoyenneté du côté du Droit, appliqué au sein de la société. «Toute personne a le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit en vertu de cette obligation l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».⁶

Si l'on considère, que la « citoyenneté est à la fois appartenance et participation »⁷l'établissement, à la façon dont il organise et propose ses prestations, conditionne cette reconnaissance citoyenne des personnes qu'il accueille. Les difficultés à assumer de façon autonome le quotidien, freine l'exercice de la citoyenneté. Ainsi, l'altération des capacités des personnes accueillies peut conduire le juge à prendre des mesures de protection au motif que « l'altération de ses facultés personnelles la met dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses besoins ».⁸

Les limites constitutives de la situation d'usager, de bénéficiaires se cristallisent autour de la question de l'orientation en établissement. La loi du 11 février 2005 brise l'ancienne logique institutionnelle induisant une éviction sociale des personnes handicapées en préconisant l'intégration la plus importante et la plus longue possible des personnes handicapées dans le milieu ordinaire qu'il soit à l'école, dans le monde du travail ou dans l'accès au logement. Pourtant, comment soutenir l'expression, le choix de la personne accueillie, si l'on considère la prégnance du handicap des usagers de foyer de vie. Ils ont besoin de l'aide de leur entourage, des professionnels, pour élaborer leur projet de vie construit à partir de l'évaluation de leurs besoins et l'expression de leurs attentes.

De nombreuses actions témoignent de l'engagement de l'institution à préserver ou développer l'inscription de la personne dans la société, selon ses possibilités et son projet. L'implantation du foyer dans une zone pavillonnaire périurbaine facilite l'intégration dans la cité par l'accessibilité des commerces pour les personnes handicapées sans prise de risques excessive. La relation avec les commerçants et professionnels locaux fait l'objet d'une véritable attention permettant aux usagers de l'établissement de se sentir acceptés, reconnus. Plusieurs actions de communication et d'ouverture ont permis de nouer des relations privilégiées avec les commerçants de proximité qui permettent aux

⁶ Loi 2005-102 du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁷ BARREYRE JY, BOUQUET B et al, 2006, Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale, Bayard, Collection Travail Social

⁸ Code civil article 488 alinéa2

personnes accueillies de faire l'expérience de l'autonomie en allant par leurs propres moyens , ou par l'apprentissage des transports en commun, chez le coiffeur, au restaurant ou encore chez l'esthéticienne.

L'admission en F.O., suppose une incapacité à exercer une activité professionnelle même adaptée. Etre utile et être reconnu capable, sont des attentes exprimées par les usagers. Plusieurs actions dans le sens d'un accès à une activité de nature professionnelle sont menées selon le degré d'autonomie des personnes demandeuses : stages à thème au sein du foyer, dans une autre structure associative, d'une association extérieure ou encore en ESAT. À chaque fois que possible, des stages à l'extérieur du foyer sont proposés afin d'évaluer les capacités d'adaptation de la personne à un nouvel environnement, mais aussi pour lui permettre d'élargir son cercle relationnel et ses compétences. Des résidents intégrés au sein « des restos du cœur » nous ont révélé l'importance qu'ils accordent au fait de pouvoir être perçus à leur tour comme aidants. Deux personnes ont progressivement été intégrées à un ESAT pour y être embauchées à mi-temps.

Les résidents qui le peuvent, s'inscrivent au sein des activités proposées à la population ordinaire. De nombreux séjours vacances sont organisés pour les résidents et les retours en famille sont facilités par un service de transport.

Au-delà du C.V.S., instance préconisée par la loi 2002-2, la participation de la personne handicapée à la vie de l'établissement s'exerce selon trois modalités : les réunions d'expression, les commissions à thèmes, l'enquête de satisfaction. Les réunions d'expression ont pour but de recueillir l'avis et de solliciter la participation des personnes accueillies. Leur régularité et leur contenu est variable d'un service à l'autre. Les commissions restauration, transfert, rencontres et loisirs sont des espaces de concertation et d'échanges autour de l'organisation et de la préparation des repas, des séjours, des animations. Dans ces réunions, seule l'animation par un cadre garantit la prise en compte de la parole des usagers, les professionnels prenant facilement l'ascendant. L'enquête de satisfaction réalisée auprès des usagers en 2007,⁹ au terme d'une collaboration avec d'autres structures d'hébergement pour adultes handicapés n'ayant pas été reconduite, ne permet pas de mesurer les éventuelles améliorations.

La participation de la personne aux décisions, qui la concernent et à la définition d'un accompagnement de qualité, référé à son projet de vie, suppose une procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés correspondante (PAP). Son élaboration a fait l'objet d'une formation dispensée en interne fin 2009. Elle a permis d'élaborer un support de façon collective, prenant en compte la consultation et la

⁹ Annexe 3 : Extraits de l'enquête de satisfaction des Usagers 2007

participation de toutes les parties prenantes.¹⁰ Cette démarche nouvelle, incluant l'utilisateur, son entourage, son représentant légal, rencontre une résistance des personnels nécessitant un accompagnement renforcé, par les chefs de service pour faciliter son appropriation. L'établissement a élaboré des modalités d'intervention propices à la participation des usagers, dont la faiblesse réside dans le manque de formalisation et de suivi.

1.1.1. Loi 2009-879 dite HPST, une redistribution des rôles, des partenariats à construire

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires du 21 juillet 2009, impacte le fonctionnement du Foyer De Vie et en particulier son Foyer d'Accueil Médicalisé. Elle réintroduit l'établissement dans un territoire régional. Ce texte crée une autorité de régulation unique : les Agences Régionales de Santé, visant une harmonisation géographique de l'offre de soins à l'échelle régionale, ayant également pour but de décloisonner le sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et le médico-social dans une perspective de réduction des coûts.

Cette évolution législative montre la volonté de l'État, d'exercer un contrôle et une régulation accrue de la gestion économique du secteur, des pratiques professionnelles, de la qualité des réponses apportées aux problématiques des populations concernées. Elle aboutit, au regard des contraintes socio-économiques, à une rationalisation des moyens, assortie d'un contrôle de l'efficacité des dispositifs. La démarche des appels à projet redonne à l'État l'initiative du développement et de la création des dispositifs préalablement déléguée aux associations soumises à l'approbation des pouvoirs publics.

L'ARS, compétente sur l'ensemble du champ de la santé dans ses aspects préventifs, curatifs et médico-sociaux permet une approche globale des besoins de santé au plus près des personnes et des territoires, permise par la déconcentration et la localisation des prises de décision. Les pouvoirs publics incitent aux groupements, coopérations et partenariats, ce qui implique un questionnement profond des organisations et de leurs projets associatifs.

Dans ce contexte, l'association revisite son projet associatif qu'elle diffuse en 2010. La négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) fait partie des objectifs qu'elle s'est fixée dans le but de conserver la maîtrise des coûts. Elle signe, en 2011, un CPOM avec l'ARS, pour la période 2011-2016 pour tous les établissements et services financés par celle-ci : les IME, SESSAD, et FAM. Le foyer Les Buissonniers, est concerné par cette contractualisation au titre des 11 places FAM qu'il détient.

¹⁰ Annexe 5 : Extraits de la procédure P.A.P.

En effet, le FDV Les Buissonniers est constitué d'un FO de 47 places, financé exclusivement par le conseil général sous la forme d'un prix de journée et d'un FAM de 11 places financées de façon forfaitaire, pour les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux par l'ARS.

Les coopérations du foyer sont étayées par un tissu relationnel local favorable, composé des différents acteurs associatifs de l'agglomération, des élus et des acteurs locaux, des associations du secteur handicap, avec qui sont établis les principaux partenariats d'établissement. Ces collaborations ont permis des initiatives conjointes et la participation à une formation-action régionale, en partenariat avec le CREAL Centre, soutenu par le Conseil Général du Loiret et la CNSA.

Le rapprochement avec le secteur sanitaire et les acteurs de soins s'est construit grâce à des collaborations efficaces avec les praticiens locaux. L'implication des professionnels de l'établissement, depuis plusieurs années, au programme de formation des acteurs de santé (infirmiers, aides-soignants) et l'ouverture de huit lits d'hospitalisation psychiatrique au centre hospitalier local, ont favorisé les relations avec celui-ci. Le recrutement d'un psychiatre à temps partiel exerçant à la fois au FAM, et à l'inter secteur psychiatrique a facilité l'accès aux soins qui a favorisé la stabilisation et la régulation des troubles psychiques des usagers leur permettant un maintien en institution.

Le vieillissement des personnes handicapées a conduit certaines d'entre elles à être admises en EHPAD. Dans ce cadre, la collaboration s'est organisée autour de la mise en œuvre du projet de vie de la personne.

Avec les équipes ambulatoires, comme les SSIAD et les SAMSAH (PEP, APF, UNAFAM), nous avons construit des collaborations ponctuelles, dans une logique de complémentarité, autour de situations particulières, les services et établissements ne parvenant pas à répondre à l'ensemble des demandes.

Cette dynamique d'ouverture et de collaboration a l'initiative de l'équipe de direction, rencontre l'adhésion des personnels. A ce jour, la faiblesse de la démarche repose sur l'absence de formalisation de ses partenariats, contrairement aux recommandations de l'ARS Centre dans son arrêté d'extension du FAM en 2010.

1.2. aux transformations de son environnement

Dans l'exposé qui suit, je souhaite montrer l'impact de l'évolution des politiques publiques sur la gouvernance associative et sa nécessaire restructuration. Ces remaniements impliquent également des modifications profondes des processus décisionnels et des stratégies de gestion. Ils impliquent une réduction des marges de manœuvre des dirigeants qui doivent développer de nouveaux modes d'action pérennisant ou améliorant l'efficacité de leurs institutions.

1.2.1. Remaniement des relations de l'organisation avec son environnement

Le PRIAC élaboré, au niveau de la région Centre pour la période 2009- 2013 est le plan de référence qui vient consolider les schémas départementaux et coordonner au niveau régional les besoins, en fonction des disparités locales. Son impact est important car il va motiver les appels à projet qui président à la création d'établissements et services médico-sociaux.

La création de 11 places médicalisées s'inscrit dans les orientations du PRIAC préconisant une augmentation des places MAS et FAM sur le département. Initialement, la création d'un FAM, sur l'Est du département était envisagée par l'association. Pour autant, l'orientation du PRIAC, visant à favoriser la prise en charge de proximité en tenant compte des différents handicaps a favorisé le choix d'un essaimage des places financées, au sein des foyers de vie existants du département afin de répondre aux problématiques de vieillissement et de santé exprimées par ceux-ci.

Le schéma départemental, inscrit comme axe majeur la réponse aux besoins émergents liés au vieillissement des personnes handicapées. Il recommande la coordination des services et institutions conduisant à adapter les structures d'hébergement de type foyer de vie ainsi que les structures d'accueil et service pour personnes âgées. Il reconnaît que le département souffre d'un déficit de places qui risque de s'accroître avec son accroissement démographique et économique et le vieillissement de la population handicapée et des familles qui les prennent en charge. Il insiste en particulier sur les déficits nettement plus sensibles dans l'est du département.

Pour une meilleure adaptation de l'offre de service, le schéma départemental recommande le renforcement du partenariat et de la mutualisation, pratiques qu'il estime encore trop isolées ou définies dans un périmètre restreint autour de projets spécifiques.

Les mutualisations sont principalement organisées entre les structures associatives et en particulier les établissements et services du pôle d'activité pour adultes handicapés. Cette nouvelle pratique offre des opportunités intéressantes mais entretient également un climat d'inquiétude sur l'équité des services rendus entre les structures. La politique d'uniformisation des outils et d'harmonisation des pratiques entre les différents établissements et services de l'association est accueillie avec inquiétude par les personnels craignant de perdre toute capacité d'initiative et marge de manœuvre dans leur pratique professionnelle.

Le contexte économique et l'incitation des pouvoirs publics au regroupement instaurent une tension dans les relations entre les différents acteurs du handicap alors que l'on se situe encore dans un contexte peu concurrentiel, les cinq institutions médico-sociales locales ne pouvant répondre à la demande faute de places suffisantes. L'association APPHM, est perçue comme menaçante par les plus petites associations locales, réticentes à l'idée d'un regroupement. De ce fait, le développement des

coopérations et la formalisation des partenariats est freinée alors même que les structures collaborent depuis plusieurs années.

Autre difficulté, l'intention associative de négocier un CPOM a été abandonnée par le Conseil Général en raison d'un manque de prévisibilité des financements départementaux. Toutefois l'extension de six places en 2006, du foyer Les Buissonniers, associée à la transformation de six places de FO en FAM ont été facilement autorisées puisque répondant aux schémas régionaux et départementaux.

1.2.2. Evolution de la gouvernance et restructuration associative

Une association qui s'adapte à son environnement

Créée en 1960 pour répondre aux difficultés de scolarisation des enfants handicapés, l'APPHM s'est étendue sur le territoire et a développé son action en fonction des besoins du public accueilli. La gestion des établissements s'est organisée progressivement, selon un découpage territorial correspondant aux 4 grands bassins de vie du département. De celui-ci a découlé, à partir de 2006, une restructuration en pôles d'activités locaux. A l'occasion de l'anniversaire de ses 50 ans, en 2010, le président présente le nouveau projet associatif traduisant un virage conséquent en matière de gouvernance associative afin d'être un partenaire et un interlocuteur exigeant et pertinent auprès des pouvoirs publics. Au regard de sa taille et de sa représentativité territoriale mais aussi de l'évolution des politiques publiques, l'association, doit s'adapter aux nouvelles contraintes et niveaux de négociation des décisions. Après un audit interne, elle opte pour une restructuration sur un modèle plus entrepreneurial avec une réorganisation du siège en quatre pôles : gestion des ressources humaines, gestion financière, qualité et prévention des risques, systèmes d'information¹¹. Son projet développe cinq axes prioritaires :

- l'évaluation des structures de l'association
- le développement des missions du siège
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)
- la prospective et le développement de l'offre de services au regard des besoins nouveaux
- l'implication dans les instances représentatives pour faire reconnaître les besoins du territoire.

➤ ***Une évolution du mode de pilotage des établissements***

La structuration par pôles d'activité, s'est inscrite dans une temporalité de mise en œuvre progressive à la faveur des départs en retraite des cadres dirigeants des établissements. Certains sont déjà entièrement opérationnels alors que d'autres sont à peine balbutiants.

¹¹ Annexe 6 : Organigramme associatif

Pour le pôle des hébergements pour adultes de l'est du département, cette restructuration a débuté courant 2007, il comprend plusieurs modalités d'hébergement et des lieux de vie en fonction des besoins et projets des personnes accueillies à savoir :

- un service d'accompagnement à la vie sociale de 17 places
- un foyer d'hébergement de 38 places
- un foyer de vie composé d'un foyer occupationnel de 47 places et d'un foyer d'accueil médicalisé 11 places

Cette organisation inscrit les trois structures dans un système reposant sur des collaborations, coopérations et mutualisations diverses. La volonté de la direction étant de concourir au rapprochement des liens et des collaborations se développent et se traduisent dès aujourd'hui au niveau de la gestion du personnel. Cette organisation prend son sens à la fois dans une logique d'offre de service diversifiée autour de l'hébergement et l'accompagnement social des adultes handicapés mais aussi dans une dynamique de coopération et mutualisation fortement incitée par les ARS.

La mobilité des professionnels entre les différentes structures de l'association est facilitée voire encouragée au sein du pôle. Depuis sa constitution en 2007, sept personnels ont sollicité ou saisi l'opportunité d'aller poursuivre leur parcours professionnel sur une autre structure de celui-ci. Des rencontres à l'occasion de formations, d'événements à destination des résidents ou encore pour des réunions institutionnelles sont régulièrement organisées.

Le pôle ne constitue pas une entité d'appartenance pour les professionnels. Attachées à leur identité de groupe, les équipes des différentes structures manifestent des difficultés à se reconnaître comme parties prenantes d'une même organisation. Les équipes socio-éducatives du SAVS et du FH accompagnant les personnes les plus autonomes, disposent d'une plus grande autonomie de fonctionnement liée à la nature de leur mission. Valorisés par un travail gratifiant, plus ouvert sur l'extérieur, ces professionnels déprécient la compétence de leurs pairs exerçant auprès d'un public moins autonome. Ils ne se reconnaissent pas dans les tâches de nursing, d'accompagnement exercés par leurs collègues au sein du FDV. En miroir, les professionnels du FDV sont déstabilisés par la posture professionnelle plus distante de leurs collègues eu égard au respect des capacités et de l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent.

Le dépassement de ce clivage, pour aller vers une complémentarité des équipes des différentes structures, est freiné par la crainte que les mutualisations opérées ne menacent les ressources propres de tel établissement au profit d'un autre. L'attention, le temps consacré par la direction à chaque établissement fait l'objet d'une comptabilité subjective, source de rivalité car vécue comme un indicateur de reconnaissance. Pour autant, la logique de mutualisation, de coopération et d'adaptation des services à moindre coût devrait impulser voire contraindre chacun des établissements à sortir d'une logique

de structure pour s'inscrire dans une logique de réseau favorable à la construction de l'identité du pôle des hébergements.

Pour faciliter la constitution du pôle en tant qu'entité d'appartenance, la convergence d'une volonté associative portée par la direction et la reconnaissance du réseau professionnel et relationnel local sont essentiels. Pour cela, le pôle a besoin de mutualiser et remailler ses réseaux non plus autour des seuls établissements ou service mais aussi de façon étendue et globale.

1.2.3. Les répercussions institutionnelles

➤ Sur l'organisation

La mise en place d'une direction unique pour les trois établissements a bouleversé l'organigramme institutionnel¹². Le directeur est accompagné par une équipe de cadres intermédiaires composée de quatre personnes : une chef de service encadre les personnels du FH et supervise le travail de la coordinatrice du SAVS, les trois autres chefs de service accompagnent les différentes équipes du FDV. Plus transversalement, ces trois cadres coordonnent l'organisation et les fonctions des équipes de nuits, de soins, les questions d'hygiène et de sécurité du pôle. Il n'existe pas encore à proprement parler une équipe de cadres du pôle aux relations et rencontres formalisées. Pour autant, la construction de cette équipe est facilitée par le fait que deux chefs de service ont exercé précédemment dans deux autres services du pôle. La coordination des fonctions transversales et les collaborations ponctuelles forment petit à petit un sentiment d'appartenance.

Simultanément, les équipes administratives, de maintenance et de nuits ont construit des liens de collaboration. Malgré l'existence de budgets séparés, suite à l'échec de négociation du CPOM, une organisation s'est mise en place pour améliorer l'efficacité de ces mutualisations. Les deux hommes d'entretien ont organisé un atelier commun au sein du FDV celui-ci disposant d'un espace et d'un matériel plus adapté. La chef de service référente organise une répartition des interventions de l'un et de l'autre en fonction des besoins et de leurs compétences techniques spécifiques indifféremment sur les trois sites du pôle. La planification des congés et le remplacement des absences est lissé sur l'ensemble des personnels de nuit des deux structures d'hébergement permettant une plus grande souplesse de fonctionnement au FH doté de deux ETP contre cinq au FDV. De même, la répartition des tâches administratives est effectuée entre les quatre personnels administratifs des trois sites permettant ainsi de recruter un seul personnel pour assurer les trois temps partiels vacants sur chaque site.

¹² Annexe 7 : Organigramme institutionnel 2011

➤ **Sur le management institutionnel**

La nomination du directeur sur le pôle des hébergements en 2007 a réduit son temps de présence au sein du FDV compensée par l'augmentation progressive du temps de chef de service de 1ETP en 2000 à 3 ETP en 2012. Depuis 2010, son implication croissante au niveau du siège associatif, l'a encore plus écarté de la quotidienneté de l'établissement. Cet éloignement du directeur, dépositaire du « mythe fondateur » de l'institution est vécu comme un abandon par les équipes. La présence de trois chefs de service, ponctuée par un turn-over régulier, ne garantit ni la stabilité du fonctionnement, ni un accompagnement des professionnels sécurisant, ce qui interroge le fonctionnement des délégations et la qualité des transmissions au sein de l'équipe de direction. En effet, bien que celle-ci ait doublé et que sa composition ait changé au même rythme que l'organisation, le système de délégation, de communication et de régulation n'a été réajusté que de façon empirique au coup par coup. De ce fait, la discordance des discours et l'incohérence des positions respectives des chefs de services avec celles du directeur aboutit à une perte de légitimité de ces derniers et met en péril le sens du projet collectif. Dans ce contexte, la mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, impulsée par l'association, révèle la fragilité de l'organisation institutionnelle. En positionnant sa définition des fonctions des professionnels, elle bouscule certains choix institutionnels à un moment où la question du pilotage institutionnel se pose de façon aiguë.

➤ **Sur la gestion des compétences**

L'association a défini un plan d'action prévisionnel de la mise en œuvre de la GPEC, adapté aux différentes problématiques observées. Celui-ci identifie cinq thématiques : le recrutement, les qualifications et les compétences, le déroulement de carrière, la mobilité interne, l'emploi des seniors.

Pour ce qui concerne le volet qualification et compétence, l'objectif est de déterminer les qualifications nécessaires au regard des missions des établissements et de l'évolution du public. Il s'agit aussi de maintenir et développer les compétences des professionnels et de leur permettre de construire un parcours de professionnalisation appuyé sur un programme de formation adapté. Les entretiens annuels s'inscrivent dans le troisième volet du plan d'action GPEC de l'association qui s'intéresse au déroulement de carrière. Ceux-ci doivent réaliser un point sur les objectifs poursuivis sur l'année et positionner ceux pour l'année à venir en incluant les axes dédiés au projet de formation et d'évolution du salarié. Pour cela, l'association a organisé une session de formation sur la conduite des entretiens annuels adressée à tous les cadres dirigeants et intermédiaires autour du même outil élaboré avec un organisme extérieur.

Le directeur général a particulièrement insisté pour que les premiers entretiens réalisés en 2011 analysent en priorité les écarts entre l'activité professionnelle exercée au

sein de chaque structure et les définitions de fonctions récemment diffusées par l'association. D'autre part, cette première démarche devait surtout permettre aux salariés et cadres de s'approprier la dynamique des entretiens annuels avec comme objet un recensement des besoins de formation émergents. Ceux-ci permettant de recueillir les souhaits des salariés en matière de formation et de les confronter à la stratégie globale pour ensuite servir de base à sa politique de formation sur deux à trois années.

La prégnance de la politique associative sur la gestion du personnel par la mise en place d'une gestion plus centralisée de la formation et une uniformisation des outils réduit l'autonomie laissée à l'équipe de direction. Celle-ci doit donc engagée une démarche réflexive pour s'approprier le cadre donné et le transposer dans le contexte du foyer.

➤ **Sur l'adhésion aux changements** : La rapidité et les successions de ceux-ci ont été pour beaucoup mal appréhendées, principalement du fait de la méconnaissance des projets. La seconde difficulté réside dans l'opacité de la mise en œuvre. L'équipe habituée à un management très participatif et à une transparence des prises de décisions de la direction a mal vécu le défaut d'information et de consultation de l'équipe. Cette réaction a été amplifiée par la réorganisation des équipes qui en a résulté. Les réponses données par la direction aux attentes des uns ou des autres outre des frustrations, des rivalités ont été perçues comme des indicateurs positifs ou négatifs de la reconnaissance par la hiérarchie des qualités professionnelles de chacun. Elles ont donc entraîné des questionnements individuels autour des places, rôles et compétences de chacun. L'adaptation au changement a donc suscité de nombreuses résistances et a conduit à une perte de cohérence des actions éducatives et à des dysfonctionnements préjudiciables aux résidents. Ceux-ci, outre les changements de repères liés aux mouvements de personnels et de résidents, ont ressenti le délitement du cadre éducatif ce qui a généré de l'insécurité voire de l'angoisse et de nombreuses tensions traduites par une recrudescence des conflits et des actes de violence.

1.3. ... à l'évolution des besoins du public accueilli

Le Foyer De Vie Les Buissonniers dispose de 46 places d'hébergement permanent et de 2 places d'hébergement temporaire. Il comprend également un service d'accueil de jour de 8 places permanentes et de 2 places d'accueil temporaire.

L'article 168 du CASF destine l'accueil en Foyers Occupationnels « aux personnes handicapées adultes dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle même en milieu protégé mais qui ont gardé une autonomie suffisante pour se livrer à des activités de détente et de développement personnel ne relevant pas d'un accueil en MAS »¹³.

¹³ Article 168 du CASF

L'accueil au FAM est destiné aux personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont l'état de dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

L'agrément du FDV Les Buissonniers autorise donc l'accueil de « 58 personnes adultes handicapées souffrant de déficiences mentales graves, associées ou non à des troubles de la personnalité et du comportement. » Le projet d'établissement précise que « les personnes admises doivent être capables de s'adapter à une certaine forme de vie collective et si possible y participer. »¹⁴

La pyramide des âges montre une moyenne d'âge des résidents de 44 ans et un renouvellement harmonieux des différentes classes d'âge avec un écart de 46 ans entre la personne accueillie la plus jeune (23 ans) et la plus âgée (69 ans). La mixité est représentée par une répartition de 46% d'hommes et 54% de femmes. La présence d'un handicap mental étant une condition d'admission, les différences s'expriment autour des handicaps ou troubles associés. (Troubles psychiatriques, problématiques neurologiques, handicaps moteurs et sensoriels, Troubles Envahissants du Développement (TED))¹⁵. 42 sur 55 personnes accueillies de façon permanente sont concernées par au moins une de ces problématiques ce qui met en évidence la diversité des besoins d'accompagnement et des modalités d'intervention à dispenser.

1.3.1. Evolution du public accueilli

Le flux des entrées et des sorties en FDV est très bas puisqu'il représente environ un mouvement tous les 18 mois. Les sorties sont majoritairement consécutives au décès de la personne puis dans une seconde mesure liées à une réorientation motivée par la progression des troubles des usagers dont la prise en compte dépasse les compétences de l'institution. Le changement constaté est donc majoritairement lié à l'évolution des problématiques du public accueilli depuis plusieurs années au sein de l'établissement.

Les politiques d'intégration et de santé destinent l'accueil en institution aux personnes les plus dépendantes. L'insuffisance des dispositifs spécialisés dans l'accompagnement de publics présentant des TED, des troubles psychiques ou encore des handicaps sensoriels et la logique de prestations adaptées aux besoins conduisent les institutions à ouvrir leur dispositif à des publics de plus en plus variés. Les personnes accueillies en séjours temporaires au sein du FDV confirment ce phénomène. Ce service, apporte une aide aux aidants et participe au maintien à domicile. Il constitue aussi, un

¹⁴ Projet d'établissement du foyer Les Buissonniers, 2010

¹⁵ Annexe 8 : Caractéristiques du public accueilli

moyen de préparation à l'admission en établissement. Dans ce cadre, l'analyse des candidatures révèle des admissions de plus en plus tardives en institution sachant qu'elles concernent des publics aux parcours variés, présentant un degré de dépendance accru et plus fréquemment des troubles psychiatriques.

➤ ***Une augmentation de la dépendance***

Le concept de dépendance correspond à l'impossibilité totale ou partielle, pour une personne d'effectuer sans aide, les gestes ou les démarches de la vie courante. Elle suppose l'intervention d'un tiers pour assurer les tâches de la vie quotidienne. La perte des acquis de certains usagers, déstabilise les professionnels engagés depuis plusieurs années dans des accompagnements axés sur le soutien et le maintien des acquisitions, le développement des compétences sociales et sportives.

L'admission de personnes de plus en plus dépendantes, liée au maintien en milieu ordinaire des personnes les plus autonomes, pouvant bénéficier d'un accompagnement sur le lieu de vie (ex : SAMSAH) interroge les équipes sur l'évolution de leur mission et soulève des interrogations sur la pertinence de ces accueils. Ces accompagnements sollicitent des savoir-faire et des savoir- être différents, les manutentions, les sollicitations plus importantes augmentent la pénibilité de leur travail.

➤ ***Le vieillissement du public***

Le vieillissement des personnes handicapées, processus naturel, n'est pas spécifique, même s'il s'opère différemment d'une personne à l'autre. Le rapport du sénateur P. Blanc¹⁶ en 2007 établit le parallélisme de leur avancée en âge avec celle d'une population ordinaire à l'exception de pathologies génétiques qui impliquent un « vieillissement précoce » ou encore des phénomènes « d'usures précoces particulières aux handicaps moteurs » qui concourent au constat « d'une variabilité individuelle des manières de vieillir ».

La comparaison des statistiques 2009 du FDV, avec celles réalisées en 2005 montre un vieillissement global de la population accueillie et particulièrement au FAM, lié au non renouvellement du public qui demeure au sein de ses services jusqu'en fin de vie et à l'admission de personnes plus âgées. Pour autant, les problématiques liées au vieillissement observées concernent dix personnes dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans. Le processus de vieillissement précoce concerne à 50% des personnes trisomiques et résulte pour 30% du groupe de l'évolution péjorative de pathologies neurologiques. L'apparition et la multiplication des troubles sphinctériens, alimentaires, squelettiques

¹⁶ BLANC P, sénateur, 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, Rapport au ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille*

pouvant limiter la mobilité, cognitifs de type démences Alzheimer et organiques liés au processus ordinaire de vieillissement (cardiaques, viscéraux, veineux..) influent sur le besoin de médicalisation. La perte de capacité et l'accentuation de la sédentarité concourent à adopter un rythme de vie plus lent. La fragilisation accompagnant le vieillissement suppose d'intégrer la question des accompagnements en fin de vie (2 décès au cours des 4 dernières années) pour lesquels seuls les personnels soignants se disent préparés.

➤ **L'augmentation des troubles psychiatriques**

La reconnaissance du handicap psychique par la loi 2005-102 a facilité l'accès aux dispositifs de type FO. L'ouverture de places médicalisées justifiant d'un plateau technique soignant a favorisé un nouveau type de candidatures. Les services de psychiatrie, ont pour politique de « réhabiliter » les patients chroniques stabilisés par la recherche de lieux de vie plus adaptés, l'hôpital ne pouvant en être un. Les personnes proposées à l'admission en FO ou FAM sont des personnes en situation de handicap mental et handicap psychique conjugués. Il peut s'agir soit de personnes porteuses d'un handicap mental prévalent avec des troubles de la personnalité soit de personnes présentant un handicap psychique avec une évolution déficitaire. Des usagers du foyer, accueillis depuis plusieurs années, ont également vécu des décompensations psychiatriques qui ont nécessité un ajustement de leur accompagnement avec une augmentation des soins psychiatriques et des démarches éducatives d'écoute et de sécurisation mais aussi de contentions jusque-là inexistantes.

La nature des troubles présentés par ces personnes et la spécificité de l'accompagnement déstabilisent les professionnels. Leur moindre déficience intellectuelle, la variabilité de l'humeur et les comportements de ces résidents viennent interroger et parfois déconstruire les modèles d'accompagnement en cours depuis l'ouverture de l'établissement. L'acceptation de la différence mais aussi la gestion d'une cohabitation rendue difficile par l'hétérogénéité du public sollicite une adaptation des pratiques. Pour exemple, la prescription par le médecin psychiatre du FAM, de 2 heures quotidiennes d'isolement thérapeutique a soulevé de nombreux questionnements à l'équipe de direction mais aussi suscité des résistances de la part des professionnels.

1.3.2. Emergence de besoins nouveaux

➤ **Des rythmes à adapter**

Les équipes notent une augmentation des troubles du sommeil et une désynchronisation des rythmes circadiens avec les rythmes sociaux. Ainsi, dans le cas de certaines démences, on observe une inversion du rythme sommeil/éveil avec le rythme jour/nuit. Malgré des stimulations et des incitations diverses, rétablir le rythme initial n'est pas toujours possible. Le fonctionnement quotidien du foyer prévoit une souplesse de

l'organisation permettant de s'adapter aux rythmes du plus grand nombre. Ce postulat d'adaptabilité des pratiques aux rythmes et besoins des usagers présente des difficultés dans la mise en œuvre. L'institution est organisée pour que l'ensemble de son activité et donc des personnels soient présents entre 8H le matin et 22H le soir. La nuit, seuls deux surveillants assurent l'accompagnement des résidents. Depuis trois ans bientôt, trois personnes vivent préférentiellement la nuit ce qui pose la question de l'adaptation de leur accompagnement, de la régulation des prises alimentaires, du maintien de leurs liens sociaux. A ce jour, seules les équipes soignantes ont pu penser des préconisations pour permettre une adaptation des soins à la problématique de ces usagers. Les équipes d'accompagnement regrettent que le décalage entre leurs horaires et celui des personnes limite le temps d'intervention qu'aux seuls actes de nursing.

➤ **Des troubles à prendre en compte**

Un certain nombre de personnes accueillies présentent des troubles du comportement et de la conduite qui interrogent et déstabilisent les repères éducatifs traditionnels des personnels. Les troubles des conduites sexuelles identifiés chez plusieurs usagers du foyer de type exhibitionnisme, voyeurisme, sollicitent les professionnels dans leur appréhension de l'accès à une vie affective et sexuelle pour les personnes handicapées d'une part et d'autre part, leur capacité à concevoir et accompagner l'aspect pathologique de la conduite. Les professionnels reconnaissent leur difficulté à élaborer des modalités d'accompagnement autour de ces questions tant les représentations du handicap, les défenses personnelles et culturelles à traiter de la question de la vie affective et sexuelle constituent des obstacles à la réflexion.

La violence verbale et physique exercée par certains usagers met à l'épreuve le collectif dont le cadre et l'encadrement doit permettre de gérer les passages à l'acte tout en garantissant la sécurité de chacun. Même si je relève peu d'agressions sur le personnel par les usagers, je note un climat de tension autour des questions de violence et de résolution de conflits. Il existe pourtant une commission de gestion des conflits instituée dans l'établissement ayant pour objet de traiter, après coup, les situations de violence ou de conflits. Pour autant, ce dispositif n'apporte pas aux professionnels, le soutien et l'éclairage nécessaire pour étayer leur positionnement face aux faits de violence. Démunis, ils développent des attitudes de rejet qui se manifestent par des demandes de réorientation, d'exclusion ou encore des attitudes de défiance, l'affect l'emportant sur la compréhension de la situation de la personne. Le sentiment d'insécurité exprimé par les personnels questionne la capacité de l'institution à contenir la violence et à protéger les professionnels de son expression. La mise en place de l'analyse de la pratique, d'une formation sur la gestion de la violence en institution ne semble pas restaurer la confiance dans le cadre institutionnel.

➤ **Des pratiques à harmoniser**

20% des personnes accueillies présentent des troubles des conduites alimentaires de type anorexie, potomanie, pica, ou mérycisme¹⁷, qui supposent des approches différenciées mais aussi une attention quotidienne. Je remarque des attitudes éducatives incohérentes et variables d'un individu à l'autre allant de l'absence de prise en compte des risques en passant par l'hyper vigilance anxieuse jusqu'à un rigorisme excessif laissant peu de place au respect des personnes. Pourtant, la question de la gestion des difficultés en matière d'alimentation est à la fois traitée sur le plan individuel lors des projets d'accompagnement des usagers. Elle est aussi abordée lors des temps de réunion d'équipe ou encore trimestriellement lors d'une réunion « alimentation » réunissant des experts (psychiatres, diététicien, psychologue) et des représentants des équipes afin d'aborder les difficultés rencontrées lors de ces accompagnements. Pour autant, dans le quotidien, chaque personnel aborde à sa façon la question au mépris de l'élaboration collégiale.

➤ **Une dynamique d'équipe à repenser**

Les symptômes des personnes accueillies, l'hyper sollicitation liée aux troubles du comportement ou la pénibilité liée à certains accompagnements nécessitent la cohésion des équipes afin que des relais puissent s'opérer. Les personnels évoquent, leur sentiment d'impuissance face à la régression de la personne accompagnée parfois depuis plusieurs années. J'observe différents types de réponses : des pratiques hygiénistes qui mettent à distance le rapport au corps de l'autre, on n'approche plus la personne qu'avec des gants et les gestes devenus très techniques finissent par ne plus être accompagnés de mots d'échanges. D'autres réagissent par une sollicitude extrême enfermant la personne dans un nursing infantilisant niant par la même le parcours et les compétences encore présentes de la personne.

Se distancier d'une personne accompagnée hypersollicitante limite le risque d'épuisement. Avoir la possibilité de relâcher sa vigilance après des périodes d'attention prolongée réduit le risque de négligence lié à l'usure. Prendre du recul face aux situations de violence permet de lutter contre la tentation de l'agir en miroir. Pour cela, les difficultés rencontrées, les questionnements, les ressentis doivent pouvoir s'exprimer, se partager. Pourtant, je note que la place laissée à l'analyse et à l'harmonisation des pratiques dans les réunions d'équipe est très restreinte. En effet, l'ordre du jour composé à la fois par le chef de service et les équipes est souvent embolisé par les questions organisationnelles et matérielles. « La disponibilité et la proximité de l'encadrement intermédiaire procurent

¹⁷ Annexe 9 : définitions cliniques

une souplesse qui permet l'écoute et la régulation. Cet encadrement intermédiaire est alors en position de contribuer à l'ajustement des pratiques ». ¹⁸

1.3.3. Une adaptation attendue des réponses

➤ Adapter la prestation aux besoins du public

L'organisation évolue nécessairement au gré des évolutions du public accueilli et des prestations développées. Dans le cas du foyer Les Buissonniers, l'augmentation de 14% de la capacité d'accueil assortie d'une augmentation de 28% des effectifs salariés en douze ans révèle une volonté de développement de l'offre de service. La création de places médicalisées, d'un pavillon passerelle manifeste le souci de diversifier les réponses aux besoins. Enfin, l'intégration d'un pôle d'activité s'inscrit dans une recherche d'adaptabilité aux mutations de l'environnement.

Pour répondre aux besoins de soins croissants d'une partie de la population accueillie, l'établissement a sollicité la création de six places médicalisées en 2006 puis la transformation de cinq supplémentaires en 2010. Ce projet a permis dans sa première étape, la création d'un plateau technique soignant composé de cinq postes : un $\frac{3}{4}$ temps d'infirmier, trois postes d'aides-soignants, $\frac{1}{4}$ temps de psychomotricien. Puis dans sa phase d'extension en 2010, les financeurs ont autorisé un poste d'aide-soignant supplémentaire, $\frac{1}{4}$ temps de psychiatre et l'augmentation de 20 % du temps de la psychologue.

Depuis l'ouverture, la direction a conduit de nombreux changements qui ont déstabilisé l'organisation initiale et remanié les modes d'intervention. L'intégration au sein du collectif salarié, de professionnels nouveaux ayant une culture différente et une identité professionnelle forte, a suscité de nombreux remous questionnant le rôle et l'articulation des interventions de chacun. La direction a fait le choix de ne pas différencier le FAM du FO, en tant qu'entité dédiée, identifiée géographiquement, ou dans l'organigramme sur lequel il désigne une équipe de soin, composée des personnels du FAM auxquels s'ajoute l'infirmière du FO (1 temps plein). La « dissolution » du soin dans le FDV n'a pas permis de réinterroger les ajustements de l'organisation et du fonctionnement, supports de l'accompagnement global.

Les conclusions de l'évaluation interne rejoignent certaines de mes observations, car les recommandations engagent à « favoriser un nouveau regard permettant de prendre en compte les nouveaux besoins des résidents liés à leur avancée en âge et « aux nouveaux profils médicalisés »¹⁹. Le rapport propose également de soutenir l'équipe

¹⁸ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, P 18

¹⁹ CR évaluation interne du foyer Les Buissonniers 2009

des professionnels dans cette démarche par la « mise en place de formations permettant d'approcher l'évolution des capacités des personnes accompagnées, les questions du vieillissement, l'accompagnement de fin vie et les troubles psychiatriques. »

L'évolution du cadre réglementaire conditionne un nouveau rapport à l'usager qui suppose une reconnaissance accrue de ses droits, la promotion de son autonomie au sens d'une capacité à exercer lui-même les choix le concernant. Il s'agit également de reconnaître la place de l'entourage et de l'associer à la compréhension des besoins et des attentes de la personne. « L'équipe a la responsabilité de développer et d'entretenir sa qualité d'expertise des besoins de la personne, sa capacité de définition des pratiques professionnelles les plus appropriées à la problématique de cette personne »²⁰

➤ **Permettre l'expression du choix et des attentes de la personne accueillie**

Les personnes accueillies au foyer ne sont pas égales devant l'expression de leurs besoins et de leurs attentes. Pour les plus démunies, l'écoute, l'observation, l'expérience et la compétence tant de l'entourage que du personnel permettent une appréhension de ceux-ci. Le processus institutionnel repose sur une évaluation partagée à partir de l'expression de la personne accueillie, l'appréciation de son entourage et l'analyse des professionnels lors du Projet d'Accompagnement Personnalisé qui s'élabore autour de quatre thèmes chacun déclinés en cinq sous items: autonomie, relations sociales, santé-bien-être, droits et devoirs.²¹ L'analyse des 55 derniers projets personnalisés met en évidence la prépondérance des besoins d'accompagnement en matière d'aide :

- ✓ A la gestion de son espace, de son argent et de ses effets
- ✓ Aux gestes de la vie quotidienne en particulier l'hygiène et la prise alimentaire
- ✓ A la mobilité de 97% des usagers à l'extérieur et de 5% à l'intérieur des locaux
- ✓ A l'organisation et à l'inscription dans des activités sportives ou de loisirs.
- ✓ Au maintien et au soutien des relations familiales pour 90% des usagers
- ✓ Au soutien à l'intégration sociale et/ou professionnelle pour 75% d'entre eux

➤ **Concilier personnalisation de l'accompagnement et projet collectif**

Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accompagnement, repose sur une organisation souple et sécurisante de la vie collective respectueuse des rythmes, de l'intimité et de chacun. L'implication des usagers dans la vie collective suppose une lisibilité de l'organisation quotidienne, et une information adaptée. Offrir un panel d'activités varié et adapté permet également à la personne d'exercer son libre choix.

²⁰ DUBREUIL Bertrand, 2009, Le professionnalisme en action sociale et, médico-sociale-Des savoirs faire à reconnaître, Paris, Dunod, Collection action Sociale,

²¹ Cf. Annexe 5 : Extraits de la procédure P.A.P.

Les axes de travail des projets personnalisés prévoient des actions individuelles et collectives en fonction des prestations dispensées par l'établissement. Cependant, je constate la difficulté organisationnelle et structurelle de l'équipe professionnelle à coordonner et articuler les actions prévues aux projets personnalisés avec les activités collectives transversales. L'adaptation aux rythmes des usagers conduit à ce que certains d'entre eux soient prêts et en attente d'activités dès 8H30 alors que d'autres se lèvent vers 10H et ne sont disponibles qu'en fin de matinée. Malgré un taux d'encadrement satisfaisant (1 personnel pour 5 usagers le matin), les professionnels ont des difficultés à s'organiser pour proposer des animations aux personnes plus autonomes, tout en étant disponibles pour l'accompagnement des personnes moins rapides. Le rapport d'évaluation interne relève que « toutes les activités organisées, au sein du foyer, sont proposées en après-midi, la matinée étant consacrée entièrement à l'accompagnement du lever, du petit déjeuner et de l'aide aux actes de la vie quotidienne ». Si le degré de la perte d'autonomie d'une partie des usagers nécessite ce type d'organisation, le rapport engage à « réfléchir avec l'ensemble des personnels et usagers à des propositions d'animation pour la matinée pour les résidents demandeurs ». Cette observation croise l'appréciation des usagers,²² dont l'enquête de satisfaction faisait apparaître que sur les 78.43% de résidents appréciant les activités proposées, plus de 30% souhaitent du changement, 20 % disent s'ennuyer parfois et 40 % trouvent la vie collective fatigante.

➤ ***Veiller à la constitution des groupes de vie***

Dès l'ouverture a été fait le choix de ne pas stigmatiser une partie de la population accueillie par rapport à une autre en réservant des services à une catégorie de public. Il en découle une forte hétérogénéité des groupes de vie, numériquement importants pour une partie. Les dynamiques relationnelles, particulièrement complexes à gérer pour les personnels, fragilisent la prise en compte de la vulnérabilité des personnes accueillies.

L'hébergement ²³est réparti sur quatre espaces différenciés de l'établissement accueillant respectivement 17, 15, 8 et 6 usagers sur deux espaces en rez de chaussée, un espace à l'étage et un pavillon voisin. L'attribution des chambres s'est d'abord faite par ordre d'arrivée : les 17 premiers admis ont investi les chambres de l'unité bleue en juillet 2000, puis en août les 8 personnes suivantes se sont installées sur l'unité jaune et pour finir les 15 dernières sur l'unité verte de l'étage. Seules, les places du pavillon « passerelle » ont été attribuées lors de l'extension du FO, en 2006, selon des critères d'autonomie. Pour autant, il y cohabite un public vieillissant en perte de capacité (retraités d'ESAT) avec un public jeune dans une dynamique ascendante d'intégration sociale et professionnelle (postulants à l'admission en ESAT).

²² Annexe 3 : Enquête de satisfaction des usagers de 2007

²³ Annexe 4: Plan des locaux

Les départs de résidents sont les seules occasions pour interroger les usagers sur leurs souhaits de changer de chambre. Les personnels d'accompagnement chargés d'organiser une vie collective la plus harmonieuse possible gèrent des dynamiques de groupes de personnes aux comportements et capacités très différentes. Ainsi, il arrive que les personnes vieillissantes, aspirant au calme se retranchent dans leur chambre pour s'isoler de l'effervescence du lieu de vie collectif. Dans ce contexte, les personnes présentant des TED présentant des troubles de la communication et de l'interaction sociale, manifestent, une angoisse exacerbée qui se traduit par des cris, de l'agitation, de l'agressivité aboutissant à une mise en danger pour eux-mêmes et les personnes qui les entourent. L'ANESM recommande une vigilance particulière, eu égard à leur vulnérabilité, vis-à-vis des risques d'abus.²⁴ Leurs attitudes suscitent incompréhension, peur, ou agressivité chez les autres personnes accueillies, comme en témoigne les réponses de l'enquête de satisfaction de 2007²⁵ qui fait apparaître que 30 % des personnes accueillies disent ne pas aimer « les cris, le bruit, les disputes et la vulgarité entre résidents au quotidien dans le foyer. »

En conclusion...

Cette présentation, montre une volonté certaine de reconnaître les droits des personnes accueillies et de leur en faciliter l'accès. La participation et l'expression des usagers sont recherchées et l'exercice de leur citoyenneté est favorisé par une ouverture de l'établissement sur son environnement. Le souci d'une adaptation aux évolutions du public et de l'environnement se manifeste par une démarche d'amélioration continue aboutissant au développement de l'offre de service et à la diversification des prestations. Toutefois, il semblerait que les difficultés du foyer Les Buissonniers s'originent dans l'intégration et l'adaptation aux changements qui l'ont traversé. Ces difficultés s'expriment par des dysfonctionnements organisationnels, une mauvaise appropriation de ces évolutions par les professionnels altérant la qualité des accompagnements. Elles se manifestent aussi, au travers des dynamiques d'équipe. Ces problématiques questionnent la garantie de pratiques bienveillantes au sein de l'institution. Elles constituent également des risques d'émergence de phénomènes de maltraitance. Mon diagnostic, dans le chapitre suivant, va donc porter sur l'efficacité des mesures de prévention de la maltraitance en œuvre et les forces et faiblesses de l'organisation pour déployer des pratiques bienveillantes.

²⁴ ANESM, 2010, *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement.*

²⁵ ANNEXE 3 : Extraits de l'enquête de satisfaction des Usagers 2007

2 Entre intentions et actions : quelle réalité pour la bientraitance ?

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, portant sur la bientraitance ²⁶identifient la reconnaissance de l'utilisateur comme co-acteur de son parcours de vie, la qualité de la relation usagers-professionnels comme des enjeux majeurs ce qui suppose un accompagnement soutenant les professionnels dans leur démarche de bientraitance. Enfin, la capacité de mobiliser au mieux les ressources internes et externes est énoncée comme un facteur d'enrichissement et d'amélioration des pratiques institutionnelles.

La démarche de bientraitance fondée sur une conscience aiguë du risque doit être accompagnée d'un dispositif de prévention de la maltraitance efficace et actif. Il importe donc de vérifier l'efficacité des actions de prévention des maltraitements mises en œuvre au sein de l'établissement.

La promotion de la bientraitance s'inscrit au travers du projet d'établissement, porté par les dirigeants et mis en œuvre grâce au professionnalisme des équipes. Un accompagnement adapté, de qualité est conditionné par une organisation et des mécanismes de régulation propres au travail quotidien dans la relation aidant-aidés. Le management de la direction doit indiquer aux professionnels le sens de leurs interventions et permettre le développement de leurs compétences. L'ouverture de l'établissement sur son environnement doit permettre de mobiliser les ressources externes afin d'enrichir et optimiser le panel des prestations proposées au public accueilli.

2.1. Une gestion du risque de maltraitance insuffisante

La définition de la maltraitance retenue par l'ANESM, l'identifie comme « tout acte ou omission commis par une personne s'il 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 »²⁷. Pour aborder la maltraitance dans son acception la plus large, je m'appuierai dans le cadre du foyer, sur la définition d'Eliane Corbet ajoutant « tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant »²⁸ auquel, en la circonstance, je substituerai la personne adulte vulnérable.

²⁶ ANESM, 2008, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, St Denis.

²⁷ ANESM :2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles-Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et de traitement de la maltraitance*, , page 11

▪ ²⁸ Eliane Corbet citée in LAPRIE B, MINANA B, 2010, Engager une politique de bientraitance, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Les guides Directions, p37

Partant de l'idée que la maltraitance se développe dans un contexte de violence institutionnelle, je souhaite élargir mon propos aux manifestations de violences concernant également les usagers plus autonomes à l'encontre de personnes plus vulnérables qu'elles-mêmes, ou encore à l'égard du personnel.

Pour apprécier la qualité du processus de prévention, mis en place au foyer les Buissonniers, j'identifierai dans un premier temps les facteurs de risques propres à l'établissement puis je vérifierai la conformité et la pertinence de la procédure en cours au regard de la réglementation et des recommandations des bonnes pratiques. Enfin, pour apprécier l'efficacité de cette prévention, j'étudierai les phénomènes de violence répertoriés sur l'année écoulée et le traitement qui leur a été appliqué.

2.1.1 Identification des facteurs de risques

➤ **La vulnérabilité : une incapacité à se protéger**

« La maltraitance survient dans un contexte de dissymétrie entre professionnels et personne vulnérable. (...) La maltraitance désigne une violence exercée par une personne plus autonome physiquement et psychiquement plus forte, sur une personne vulnérable (...) »²⁹. Le public accueilli en FDV, qualifié de vulnérable au sens de la loi selon l'article 222-3 2 du Code pénal et l'article L311-3 du CASF lui assure un droit à la protection et à la promotion de son autonomie.

L'hébergement sur une longue durée en établissement proposé par le FDV accentue la concentration de publics en difficulté atteints de déficiences, de dépendances et de troubles dans une proximité de nature à amplifier la probabilité et la perception des phénomènes de violence. L'ANESM confirme que « la logique institutionnelle et l'éloignement de la vie ordinaire peuvent faciliter les rapports de domination, voire de violence, entre des professionnels en capacité de maîtriser la situation et des usagers en position de dépendance »³⁰. Dans un hébergement collectif, préserver l'intimité et la vie privée des personnes accueillies nécessitent une vigilance permanente. Au foyer les Buissonniers, chaque résident détient la clé de sa chambre qu'il peut verrouiller à sa guise. Cependant, ces dispositions ne protègent pas les personnes les plus dépendantes ne sachant ni fermer leur chambre ni s'exprimer verbalement pour solliciter l'aide d'autrui.

La dépendance du public accueilli est également un facteur de risque d'autant plus qu'elle suppose l'intervention d'un tiers pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Les personnes accueillies présentant des états autistiques ou psychotiques peuvent influencer sur la capacité à penser des équipes. La fragilité présentée par les personnes souffrant de pathologies invalidantes les rend plus encore sensibles aux moindres

²⁹ CASAGRANDE Alice : 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne*, Dunod, page 5

³⁰ ANESM : 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles-Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et de traitement de la maltraitance* p8

négligences ou gestes inappropriés (risques de chutes, d'escarre, de déshydratation..). De même les résidents présentant des conduites agressives sont exposés à un risque de réponses violentes en miroir de leurs propres passages à l'acte (contention excessive, privation de liberté, gestes violents...). De façon générale, moins la personne a de possibilités de fuite, de réponses ou de plaintes face aux gestes maltraitants, plus elle risque de faire l'objet de ceux-ci.

➤ **Les risques liés aux conditions d'organisation**³¹

Mon évaluation repose à la fois sur les données chiffrées du bilan d'activité, des observations directes et une analyse partagée avec l'équipe de direction. Le turnover des cadres intermédiaires, l'absence de clarté des processus décisionnels et des délégations représentent des risques inhérents au pilotage de l'établissement. L'accompagnement du personnel lors de la prise de fonction des nouveaux salariés ne fait l'objet d'aucune procédure, d'aucune formalisation. Les attentes en matière de bientraitance et l'obligation de signalement des maltraitances ne font l'objet d'aucune information que ce soit par le livret d'accueil destiné aux salariés ou la présentation par l'encadrement.

L'ensemble des personnels est qualifié en fonction des besoins de la structure, pourtant, le glissement progressif des fonctions aboutit à une perte de sens et au sentiment d'une non-reconnaissance des compétences mises en œuvre par les professionnels. Les défaillances de l'organisation du travail contribuent à une difficulté d'anticipation et de projection qui se traduit par une mauvaise régulation des effectifs. Ceux-ci, surnuméraires certains jours de la semaine et dans les limites « sécuritaires » pour d'autres, entraînent une discontinuité des accompagnements. Ainsi, malgré l'âge de l'établissement, j'observe des situations d'usure professionnelles préoccupantes au regard de la sécurité et du bien-être des usagers.

Plusieurs comptes-rendus d'évaluation semestrielle mettent en évidence l'insatisfaction tant des équipes que de la direction vis-à-vis du système de transmission de l'information.

➤ **Risques liés aux conditions de prise en charge**

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il existe une véritable attention à l'exercice des libertés, du libre choix. Le projet d'établissement développe les moyens de garantir le respect de l'intimité et de la dignité, pour autant, le relevé des incidents indésirables de l'année montre une évolution négative des pratiques professionnelles. La faiblesse de l'organisation des animations aboutit à des disparités criantes en termes de propositions d'intervention, d'implication ou de consultation des usagers. Ainsi, je constate une absence de propositions chaque matin qui aboutit à des phénomènes d'errance,

³¹ Direction Générale de l'Action Sociale : 2008, Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées

d'ennuis, terreau fertile de conflits entre les usagers désœuvrés. La mauvaise coordination entre les services conduit parfois à l'annulation de projets pour lesquels les professionnels s'étaient engagés vis-à-vis des usagers. Ceux-ci se trouvent alors prisonniers des logiques institutionnelles et victimes des dysfonctionnements.

L'ouverture de l'établissement sur l'environnement permet un regard extérieur et distancié sur les pratiques et les conduites professionnelles qui peuvent limiter le développement de gestes inadaptés et la perte de repères. L'établissement est ouvert aux familles et à l'entourage des usagers qui peuvent ainsi soutenir la parole de leur proche et interpeller l'institution sur ses pratiques, ce qui les protège d'une emprise excessive de l'institution.

➤ **Risques liés aux conditions d'installation**

L'environnement physique contribue pour beaucoup à la bienveillance des personnes accueillies d'une part, par la sécurité qu'il garantit aussi bien que par son agencement et le cadre qu'il propose. L'établissement spacieux, entouré d'un parc paysager offre de nombreux espaces de convivialité et d'activité et associe les usagers à son aménagement et à sa décoration. Il respecte les normes de sécurité mais l'attention à cette question souffre d'une gestion peu rigoureuse puisque je peux remarquer que malgré plusieurs incidents alarmants (résident oublié dans les toilettes, ayant chuté la nuit), aucun dispositif d'alerte n'a été installé pour permettre aux personnes les plus démunies d'appeler de l'aide en cas de difficulté. De même, par souci de ne pas bousculer et perturber les personnes accueillies, aucun exercice d'évacuation de sécurité n'a été réalisé depuis 2010. La circulation des personnes est permise dans l'ensemble de l'établissement ainsi que dans le parc extérieur, pour autant, les différences de niveaux de circulation et l'absence de chemin de circulation adaptés contraignent les personnes à mobilité réduite dans leur déplacement et accentuent leur dépendance vis-à-vis du personnel.

En conclusion, l'instabilité du cadre institutionnel et les difficultés organisationnelles inhérentes altèrent la qualité de l'accompagnement des professionnels dans leur pratique auprès d'un public vulnérable. Ces dysfonctionnements interrogent directement l'institution sur sa capacité à exercer ces missions de protection et de promotion des personnes. Ils nécessitent un traitement rapide afin de réduire les risques de maltraitance élevés vérifiés par le registre des incidents indésirables.

2.1.2 Analyse du dispositif de prévention

➤ **La protection des personnes vulnérables : une priorité nationale.**

Elle suscite une évolution législative forte initiée par la loi du 11 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs qui utilise pour la première fois le terme de maltraitance. Cette loi organise le signalement aux autorités

administratives et judiciaires. La circulaire du 5 mai 1998 du ministère de l'emploi et de la solidarité demande une vigilance particulière en matière d'abus sexuels commis sur des mineurs au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. La loi du 2 janvier 2002 modernise le contrôle des établissements en donnant de nouveaux outils aux inspecteurs. Elle protège également les professionnels qui dénoncent des actes de maltraitance. La circulaire du 30 avril 2002 du ministère des affaires sociales mentionne pour la première fois les « adultes vulnérables » parmi les populations protégées et organise le signalement à l'autorité administrative et judiciaire des actes de maltraitance à leur égard. La loi du 11 février 2005 conforte le respect des droits des usagers et instaure un processus d'évaluation individuelle des besoins et demandes exprimées par la personne. Du plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance diffusé le 14 mars 2007, découle l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 qui prévoit la création de l'ANESM, le renforcement des effectifs dans les établissements, la création d'un correspondant maltraitance dans chaque ARS et la multiplication des contrôles. En 2008 et 2009 l'ANESM publie des recommandations concernant la bientraitance, la mission du responsable de service et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance en établissement médico-social.

➤ ***Un protocole peu connu des professionnels et des usagers***

Le protocole de prévention, de repérage et de traitement des violences institutionnelles a été élaboré en 2005. Celui-ci privilégie une analyse critique du fonctionnement collectif à la recherche d'une mise en cause des individus. La démarche s'appuie sur « la généralisation de la règle écrite », « des règles garantissant à tous d'être protégés de l'arbitraire », « des professionnels positionnés dans leur travail » et un « dispositif institutionnel qui favorise la parole au détriment du passage à l'acte. »³² La procédure mise en place comprend quatre étapes dont une première phase d'élaboration du matériel d'observation à partir du repérage des situations remarquables et de la définition des principaux indicateurs. L'outil est peu connu, aucun des professionnels interrogés, cadres compris n'ayant pu m'expliquer le mode de discrimination des incidents. La grille, ainsi conçue n'est pas complétée directement par les professionnels qui rédigent des rapports d'incidents qui seront ensuite synthétisés dans cet outil. L'étape suivante est une phase d'observation suivie d'une démarche d'autodiagnostic semestriel incluse au sein de la démarche qualité existante. Enfin, la dernière étape consiste à l'élaboration de propositions de remédiations.

³² Procédure foyer les Buissonniers : prévenir-repérer-traiter les maltraitances et les violences institutionnelles janvier 2005

Par sa forme imagée, le règlement de fonctionnement est une référence effective pour les usagers. Pourtant, même s'il signale l'interdit de la violence, il n'aborde pas le risque de maltraitance. Les résidents n'ont pas été informés des moyens de signaler des actes de maltraitance commis à leur encontre. Le numéro national : 3977 ne leur a pas été communiqué et le moyen d'y accéder ne leur a pas été présenté. Les familles n'ont pas été informées, non plus, sur le risque de maltraitance. Aucun protocole de signalement aucune procédure de recueil des plaintes n'a été mis en place.

➤ ***Un outil de recueil peu opérant***

Ma lecture des synthèses annuelles concernant le repérage et le traitement des maltraitances ne m'a pas permis de construire une analyse rigoureuse de la nature, de la gravité et de la fréquence des incidents relevés. Je constate une perte d'information mais aussi la sélection des incidents répertoriés dans le document. La perte d'information s'explique à la fois par la profusion des outils, la méconnaissance de la procédure mais aussi la réticence à l'écrit. Les professionnels expliquent cela par des difficultés personnelles, la crainte de la sanction ou des conséquences de la révélation des faits.

Ce manque de traçabilité révèle aussi des formes de banalisation ou de déni ne permettant d'évaluer ni la fréquence, ni la gravité des phénomènes de violences et de maltraitances et les actions correctives à apporter. Par exemple, les retards importants pris dans la réalisation des projets personnalisés, les erreurs ou omissions dans la distribution des traitements médicamenteux ne sont pas reconnus comme des formes de négligences institutionnelles.

Dans le cas d'agressions physiques, verbales exécutées par des professionnels : les faits relevés le sont à l'exception d'une situation, par les chefs de service de la structure et les stagiaires. En effet, il existe une véritable réticence à dénoncer les agressions commises par ses pairs, liée à l'amalgame très présent entre « un acte de signalement et un acte de délation »³³ et la crainte de rompre le pacte de « solidarité implicite » facteur de cohésion.

La multiplication des supports : les transmissions écrites dans les 11 cahiers d'unité de vie et de services, les rapports d'incidents rédigés par les chefs de service, dans les comptes-rendus de commission de gestion des conflits, mais aussi tous les registres concernant les incidents de nature médicale (médicaments, chutes, fausses routes) participent également à la dispersion de l'information. La plupart des salariés interrogés reconnaissent avoir connaissance du recueil des incidents mis à disposition en salle de réunion. Aucun n'a pu décrire précisément la procédure suivie en cas d'incident, se référant aux cadres. L'outil mis à disposition n'est en fait utilisé que par l'équipe de direction.

³³ CASAGRANDE Alice : 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne*, Dunod, page 34

Une démarche de traitement et d'analyse non respectée

Les chefs de service sont également très évasifs quant au déroulement de la procédure de traitement et d'analyse institutionnelle des incidents réalisée à posteriori et ses implications sur le fonctionnement de l'établissement. Bien que la plupart des salariés soient conscients de leur devoir de signalement d'un fait de maltraitance, ceux-ci reconnaissent ne pas connaître la démarche à entreprendre et s'en remettent aux cadres en expliquant ne savoir identifier les contours de la maltraitance.

Le protocole écrit prévoit que l'ensemble des incidents relevés au cours de l'année écoulée soient ensuite évoqués à l'occasion des bilans semestriels en permettant l'analyse. L'identification par le classement dans la grille de synthèse vise une appréciation de l'évolution des phénomènes constatés d'un semestre à l'autre mais aussi révèle les actions de remédiation à engager pour les intégrer au plan d'action semestriel. Cette démarche a dû se déliter dans le temps puisque je constate, un traitement des incidents, au coup par coup tout au long de l'année. Selon leur nature, leur gravité, ils font ou non l'objet d'une analyse et d'une adaptation institutionnelle immédiate. La formalisation par écrit du traitement apporté n'est pas systématique. Le manque d'information, de rigueur dans l'application du protocole, la multiplication des initiatives et des supports brouillent la compréhension du dispositif et en réduisent l'usage et l'efficacité. L'équipe de direction ne s'est pas dotée d'indicateurs permettant d'identifier des « évènements sentinelles ou clignotants susceptibles d'attirer son attention »³⁴ .

A mon sens, ce protocole de prévention ne peut être opérant si les professionnels chargés de cette mission de protection, ne détiennent pas les connaissances nécessaires à identifier la nature, la typologie des faits de maltraitance, s'ils ne connaissent pas les modalités de signalement et de traçabilité des informations. Enfin, la démarche de prévention ne peut aboutir que si l'émergence des phénomènes de violences institutionnelles fait l'objet d'une prise de conscience collective et d'une analyse de ses causalités.

2.1.3 Compréhension des phénomènes de violences institutionnelles

« La maltraitance ne se limite pas au passage à l'acte individuel, mais exprime la grande diversité des situations de violence sous leurs formes multiples. Elle touche particulièrement la fonction de régulation des établissements et les garanties offertes aux usagers et aux personnels »³⁵.

³⁴ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*

³⁵ FABRE B, 2012, *La maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : La comprendre et la prévenir par le management institutionnel*, Intervention ITS Tours du 03/07/2012.

➤ **Typologie des situations de violence répertoriées sur l'année 2011**

J'utilise la classification du Conseil de l'Europe pour discriminer les différentes situations relevées par les professionnels. L'aspect quantitatif est faussé par le manque de fiabilité du processus de recueil.

Violences physiques : Je relève deux agressions physiques « réflexes » où le professionnel a perdu le contrôle dans une situation de contention d'un usager agité et/ou violent. Deux situations se rapportent à des violences consécutives de gestes inadaptés réalisés en méconnaissance du tort fait à la personne. Enfin, cinq agressions sexuelles de type attouchements perpétrées par un seul usager ont concerné cinq résidentes plus vulnérables que lui.

Violences psychiques ou morales : Je note une douzaine de situations d'atteinte à l'intimité et à la dignité par les personnels qui se traduisent par une infantilisation du résident avec l'usage de surnoms, des propos dévalorisants adressés aux usagers, des manquements à l'obligation de discrétion, des intrusions dans la chambre sans solliciter l'accord du résident pour des motifs d'entretien, de rangement. A cela s'ajoutent les intrusions répétées de résidents dans les chambres de leurs pairs que les professionnels ne parviennent à empêcher.

Négligences actives : Le rythme des personnes accueillies n'est pas pris en compte, ce qui se traduit par l'absence d'accompagnement aux heures d'éveil, l'absence de vigilance lors de la prise des repas. Plusieurs notes dénoncent, un service du repas du soir anticipé et accéléré pour permettre le départ du salarié.

Négligences passives : deux oublis non intentionnels sont mentionnés : dans un cas une personne est laissée sur ses toilettes sur une longue durée à l'occasion d'un événement festif, dans l'autre, il s'agit d'une personne souillée qui n'a pas eu de change une nuit durant,

Privation ou violation des droits : Un résident ayant demandé à être accompagné à un office religieux a essuyé un refus au nom de la laïcité de l'institution et de la neutralité de l'accompagnateur. Une personne autonome s'est vue privée de sortie libre, au nom d'une sanction liée à un comportement inadapté sans rapport avec la sortie.

➤ **Analyse des causes**

Les situations évoquées montrent une méconnaissance des repères en matière de « bonnes pratiques », la transgression du cadre institué par le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, la difficulté des professionnels à accompagner les problématiques d'agitation, de violence des personnes accueillies, des problématiques organisationnelles et une absence de contrôle et de régulation des pratiques.

➤ **Modes de traitement**

Pour analyser les modalités de traitement et les réponses apportées aux situations de violences institutionnelles, j'ai eu recours à plusieurs sources d'information : comptes rendus de réunion, rapports d'incidents, rapports d'activité.

J'ai pu noter que systématiquement, l'équipe de direction s'assure de l'authenticité des faits en entendant la victime, l'agresseur présumé et les éventuels témoins. L'utilisateur, sa famille, son représentant légal sont informés de l'incident, des possibilités de porter plaintes et de la réponse disciplinaire. Dans certaines situations, des mesures de protection de la victime ont pu être prises. Par contre, il n'a pas été proposé la mise en œuvre de mesures d'éloignement temporaire ou définitive des auteurs. (par exemple dans le cadre d'agressions). L'évènement fait l'objet d'une information, d'un échange ou d'une réflexion collective uniquement dans les situations d'extrême gravité.

La complexité des situations rend difficile l'exercice de la sanction. Pour cela, je dissocierais la question des maltraitances du fait d'utilisateurs et celles perpétrées ou provoquées par les professionnels. A ce sujet, le directeur m'a confié son hésitation à sanctionner pour préserver une relation de confiance permettant l'émergence de la parole et la dénonciation des faits. Les mesures prises par le directeur reposent sur « la graduation, la proportionnalité et l'équité des décisions »³⁶ Pour autant, les positions prises face à aux situations évoquées ont été interprétées par les uns, comme de la faiblesse, pour d'autres comme du favoritisme et ont surtout laissé planer un sentiment d'impunité dans certains cas et pour d'autres les mesures disciplinaires ont été vécues comme abusives et arbitraires. Consciente que l'exercice de la justice n'aboutit que rarement au consensus, je comprends ses réactions par l'absence d'un diagnostic partagé du degré de gravité et des implications de ces faits.

Le traitement se complexifie pour les faits de maltraitances « insidieuses » aux causalités plurifactorielles, révélées par les plaintes d'utilisateurs, par des personnes extérieures (familles, stagiaires) ou encore par les chefs de service. Elles suscitent de véritables tensions entre les professionnels, qui a défaut de dénoncer développent culpabilité ou agressivité envers leurs collègues. Les cadres intermédiaires suspectés de « tout savoir et de ne rien faire » concentrent également une forte agressivité. Selon les circonstances, leur évocation en réunion déclenche agressivité et conflits ou silence pesant. Ils font peu ou pas l'objet d'une intervention de la direction qui en laisse la gestion aux chefs de service. En l'absence de ce soutien de la direction, ceux-ci se disent en grande difficulté pour, à la fois, faire prendre conscience aux équipes de la nature

³⁶ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*

maltraitante des faits, permettre une analyse collective et en dégager des axes d'amélioration.

La gestion des situations de violences entre usagers a fait l'objet d'une réflexion institutionnelle suite à une formation intra-muros ayant concerné quinze personnels d'accompagnement sur le thème de la « violence des personnes handicapées en institution ». Une commission de gestion des conflits a été instituée pour aborder, après coup, les situations de violence ou de conflits. La commission est composée du ou des agresseurs, de la ou des victimes, des référents de ceux-ci, d'un représentant du personnel témoin de la scène, de la psychologue institutionnelle et d'un membre de l'équipe cadre. Cette instance a pour but d'apporter une réponse institutionnelle aux actes de violence des résidents. Elle s'appuie sur le règlement de fonctionnement de l'établissement et a pour mission de faire valoir les droits et les devoirs des usagers. Par sa gestion collégiale, elle protège, d'une décision arbitraire et limite de ce fait le risque de maltraitance. Elle ne se substitue en aucun cas à la justice, chaque victime pouvant faire un dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires. La commission est un espace ayant pour but de reconnaître le statut de victime à la personne agressée. Elle signifie également à l'agresseur sa responsabilité dans les actes qui lui sont reprochés. A une phase de compréhension des faits, suit une analyse de la situation permettant l'élaboration de la réponse institutionnelle. Cet outil éducatif, par son ampleur, n'est pas mobilisable dans toutes les circonstances. Son recours et son ambition sont questionnés dans les situations où le dispositif ne fait pas sens pour les usagers concernés.

L'institution s'est dotée de moyens pour repérer, prévenir et traiter les phénomènes de violences institutionnelles. Pour autant, ont été négligés les moyens de signalement et d'information pour les usagers et leurs proches. L'efficacité du dispositif est remise en cause par un manque de formation et d'information des personnels, qui ne se sont appropriés ni une définition collective de la maltraitance, ni les moyens de la prévenir ou de signaler lorsque celle-ci émerge. Le manque d'accompagnement et de suivi des professionnels dans leur travail quotidien ne permet ni de juguler, ni de détecter les signes de maltraitance.

2.2. Un cadre institutionnel peu efficient

L'émergence des phénomènes de violences s'origine dans les dysfonctionnements de l'organisation. Celle-ci est pensée pour produire des prestations de qualité adaptées aux besoins des usagers et pour garantir l'exercice de leurs droits. La maltraitance remet en cause la capacité de l'établissement à honorer sa mission de promotion et de protection des personnes mais aussi ses valeurs et celles de l'organisme gestionnaire. Il m'importe donc d'identifier, dans un premier temps, quels repères institutionnels ont structuré l'organisation et encadré les pratiques visant à l'exercice des missions de l'établissement.

Dans un second temps, j'étudierai les modalités de leur mise en œuvre pour identifier les obstacles à leur opérationnalité.

2.2.1. Un projet d'établissement récent, régulièrement évalué

Au-delà d'une obligation réglementaire, le projet construit le lien qui situe la place de chacun, qui impulse un mouvement dont il donne la direction. Par les objectifs qu'il décline, il donne sens à l'action de chacun et crée le lien entre les acteurs. Il « conditionne l'organisation, les compétences des équipes, les relations et les complémentarités avec l'environnement »³⁷.

➤ Une élaboration participative tronquée

Le projet d'établissement initial a été élaboré en 2001. Régulièrement évalué, il a été progressivement complété par des projets annexes ou de nouvelles procédures qui ont constitué le matériel initial à la rédaction du projet suivant. Renouvelé au cours de l'année 2010, le nouveau projet a dû intégrer le nouveau cadre réglementaire, l'évolution du public accueilli et la diversification des prestations proposées. La participation du personnel à sa conception s'est traduite par la constitution d'un comité de pilotage, composé de huit représentants des différents groupes professionnels. Collecter les informations, relayer la réflexion et les pratiques des différentes équipes constituait l'essentiel de sa mission. Tous les salariés ont été invités à participer aux réunions d'élaboration à thèmes, 17 personnes ont participé à la rédaction du projet, 26 ont assisté régulièrement aux réunions d'élaboration. La démarche aurait pu être complète si les usagers et les familles avaient pu être consultés et associés à son élaboration.

➤ Une diffusion limitée

Une fois validé, le projet d'établissement a fait l'objet d'une présentation par le comité de pilotage à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Le document a été mis à leur disposition dans chaque service ainsi qu'en salle de réunion et du personnel. Outre la présentation au CVS, aucune information sur le projet n'a été proposée aux familles et aux usagers, malgré une attente formulée lors de celle-ci par les représentants des familles et des usagers³⁸. Ce document n'est pas identifié, par les professionnels, comme un cadre repérant pour les pratiques. De ce fait, il devient une référence lointaine. Lors des réunions d'équipe, la référence au projet d'établissement est peu présente alors même que les questionnements autour des pratiques pourraient y trouver des éléments de réponses.

³⁷MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes, presses de l'EHESP, page 70

³⁸ Source : Compte rendu de réunion du CVS de décembre 2010

➤ **Un plan d'action opaque**

L'action du comité de pilotage s'est arrêtée à la rédaction du projet. L'élaboration d'un plan d'action permettant sa mise en œuvre n'a pas été formalisée. L'absence d'une définition d'objectifs opérationnels, ordonnés par un échéancier, n'a pas permis l'implication des professionnels.

➤ **Un suivi défailant de la mise en œuvre**

L'équipe de direction ne dispose pas d'un outil centralisant les informations permettant de suivre l'évolution du public, les fluctuations de l'effectif salarié, les variations de l'activité (présences) justifiant une adaptation de celui-ci.

L'absence de formalisation des objectifs opérationnels ne permet ni une responsabilisation des acteurs dans la mise en œuvre, ni une évaluation de son effectivité par la mise en place d'outils de suivi et de contrôle. Les cadres intermédiaires directement impliqués dans l'opérationnalité du projet reconnaissent ne pas identifier précisément la répartition de leurs responsabilités ni les échéances à respecter. Le fonctionnement de l'équipe de direction produit de la confusion et de l'incohérence dans le pilotage du projet.

➤ **Un encadrement inadapté des pratiques**

Face aux difficultés des professionnels, l'équipe de direction a multiplié les outils pour les guider et encadrer leurs pratiques. Bien que des procédures aient été rédigées avec ces derniers, suite à différents dysfonctionnements et incidents vécus institutionnellement, elles ont été perçues comme remettant en cause leur autonomie et leur compétence. Cette nouvelle démarche d'encadrement, de régulation des pratiques rompt avec « la posture managériale participative »³⁹ ancrée depuis l'ouverture de l'établissement qui se traduisait par une faible directivité privilégiant l'adhésion des acteurs leur laissant la charge de trouver par eux-mêmes un consensus procédural. Ces référentiels, mis à disposition en salle de réunion avec les projets (associatif et d'établissement), sont classés en trois catégories :

- *Les procédures* : PAP, organisation des transferts, des activités
- *Les conduites à tenir* : en cas de fugues, décès d'un usager, ou dans des situations exceptionnelles comme les incendies, la canicule
- *Les supports de vigilance* : préconisant des points d'attention plus que des processus à suivre : vigilance « nuit », « soins », « prévention, repérage et traitement des violences institutionnelles »
- *Les protocoles médicaux* : gestion du risque alimentaire, distribution des médicaments et gestion des erreurs de traitement, en cas de crise d'épilepsie.

▪ ³⁹ MIRAMON JM., PEYRONNET G., 2009, Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social, Paris : Seli Arslan, p 129

Les protocoles médicaux à l'initiative des soignants sont perçus positivement par l'équipe soignante culturellement formée à cette modalité. Le non-respect ou la remise en question, de ceux-ci par l'équipe socio-éducative est source de tensions voir de conflits.

De ces constats, je retiens la difficulté actuelle de l'équipe de direction à porter le cadre défini par le projet d'établissement et à conduire sa mise en œuvre opérationnelle. Ceci ayant pour effet une incohérence des pratiques professionnelles exposant l'utilisateur à une imprévisibilité et une hétérogénéité des prestations dont il est le destinataire.

➤ ***Une démarche qualité morcelée et distanciée de la conduite du projet***

« Toute évaluation portant sur un service ou établissement médico-social instaure un processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des prestations. »⁴⁰. L'institution a mis en œuvre plusieurs modalités d'évaluation de la qualité des prestations impliquant non seulement les professionnels, les usagers mais aussi les familles. Ces dispositions complètent les modalités d'évaluation réglementaires que sont l'évaluation interne (conduite en 2009) et l'évaluation externe (programmée fin 2012). Jusqu'ici, la nouveauté et la temporalité de ces différents processus n'a pas permis l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité unique, synthétisant les points d'amélioration identifiés par chaque évaluation. La démarche-qualité interne basée sur des bilans semestriels ne pouvant s'appuyer ni sur les axes du plan d'action référé au projet ni sur les préconisations d'un plan d'amélioration de la qualité se réfère à trois grands thèmes du projet : l'accompagnement des usagers, l'organisation des moyens, et l'environnement. Les objectifs opérationnels du projet d'établissement n'étant pas identifiés, l'évaluation s'appuie sur la mise en œuvre des actions prioritaires définies pour le semestre lors du précédent bilan. L'absence de référence au plan d'action conduit les professionnels à privilégier la résolution de problématiques circonstanciées (incidents, actualités) au suivi au long court de la mise en œuvre du projet. Ce morcellement réduit l'efficacité du processus d'amélioration de la qualité.

2.2.2. Analyse de l'organisation

« L'institution est du côté des finalités, des raisons d'agir et du sens de l'action, alors que l'organisation est du côté des moyens, des façons d'agir. Elle concerne des modalités opératoires de l'action alors que l'institution concerne le registre de la régulation des cadres de référence qui donnent du sens à l'action ».⁴¹ J'appuie mon analyse de

⁴⁰ CNESM, 2006, L'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux

⁴¹ De GALAUJAC V, 2011, Travail, les raisons de la colère, Paris, Seuil, économie humaine 334 pages

l'organisation interne du FDV sur des apports théoriques, mes observations personnelles et mes échanges avec l'équipe de direction.

➤ ***Une organisation rendue peu lisible par des changements successifs***

L'organisation de l'établissement est influencée par l'association gestionnaire, qui dans un souci de rationalisation développe des procédures de gestion (administrative, budgétaire ou des ressources humaines) débouchant sur une forme de standardisation des pratiques. « Sa structuration divisionnelle »⁴² en pôles d'activités requiert des coordinations découlant de la mutualisation de leurs ressources qui impliquent de nouvelles interactions pour l'établissement.

L'organigramme⁴³ de l'établissement repose sur une structure fonctionnelle différenciant les équipes de professionnels par leur activité : Accompagnement médico-social, soin, hôtellerie, administration. La standardisation des qualifications, usuelle dans le secteur médico-social, suppose la reconnaissance de compétences justifiant une autonomie dans l'exercice de la fonction ainsi qu'un certain degré d'autocontrôle.

Pour autant, la nécessité d'une coordination des acteurs autour de la démarche d'accompagnement des personnes accueillies a fait évoluer les pratiques vers une organisation « par projet ». Elle se traduit par la constitution de groupes professionnels transversaux, désignés « équipe d'unité », justifiés par un projet de vie collectif adressé à un groupe de résidents donnés. Cette organisation vise la réduction des clivages entre les groupes professionnels et constitue un élément intégrateur de l'organisation.

Depuis 2006, les extensions réalisées ont permis la diversification de l'offre de service et l'augmentation significative de l'effectif salarié se manifestant par la création d'un plateau technique soignant et l'apparition de fonctions transversales autour de la coordination des séjours temporaires et de l'accompagnement des familles.

Le directeur anime l'équipe composée de trois chefs de service et l'équipe administrative composée de trois secrétaires. Les chefs de service se répartissent l'animation et la gestion des différentes équipes. Leurs attributions découlent de leurs profils spécifiques et se découpent en trois domaines : l'organisation du travail des personnels, l'animation de la vie collective, les aspects logistiques, l'hygiène et la sécurité. Les quatre services d'hébergement sont répartis entre deux chefs de service, l'accueil de jour et l'accueil temporaire étant gérés par le troisième. Cette répartition du travail répond à un souci de transversalité qui suppose une communication et une coordination particulièrement efficace. Cette configuration un peu atypique tient aussi à l'histoire de la

▪ ⁴² AUBERT N., COLL, 2010, 9^{ième} édition, Management, Aspects humains et organisationnels, Paris, PUF, Fondamental, p496

⁴³ Annexe 7 : Organigramme institutionnel 2011

structure marquée par le turnover des cadres intermédiaires dont l'ancienneté moyenne est de deux ans.

Enfin, les coopérations dans le cadre du pôle des hébergements concernant les cadres (chaque chef de service exerce une responsabilité transversale du pôle : le soin, l'hygiène et la sécurité, le travail de nuit), les services administratifs et généraux transforment également le modèle organisationnel initial. Celui-ci n'a pas été repensé malgré les modifications qui l'ont rendu obsolète ce qui explique son manque de clarté et de lisibilité par les professionnels.

➤ ***Un management participatif questionnant***

Educateur de formation, titulaire d'un CAFDES et proche de la retraite, le directeur s'inscrit dans la typologie des « directeurs traditionnels » proposée par P Lefèvre, son « style participatif »⁴⁴ favorise le dialogue, la collégialité des prises de décision et la recherche collective de solutions. Privilégiant la recherche du compromis au conflit, cette posture a progressivement laissé penser aux équipes la possibilité d'une autogestion de leurs pratiques. De plus en plus sollicité sur le plan stratégique, de par l'extension de son champ d'action et son implication dans le pilotage associatif au côté du directeur général, il modifie sa posture managériale pour s'adapter aux transformations de sa fonction la rendant moins lisible par les équipes qu'il encadre depuis une dizaine d'années.

Le projet d'établissement précise « que pour créer un climat propice à des réponses rapides et adéquates, l'établissement fait référence aux théories du management participatif. Ainsi, est appliquée une démarche qui associe tous les professionnels au travail de concertation et de décision. »⁴⁵. Il vise une construction et une implication collective dans les actions mises en œuvre à destination des usagers. Cette approche se traduit par le souci d'une bonne communication situant le professionnel comme acteur à part entière. Les effets recherchés sont une culture d'entreprise avec des valeurs partagées, la responsabilisation des salariés, l'apaisement des tensions au sein du collectif. S'appuyant sur la théorie de la motivation de McGregor qui, dans la dimension humaine des entreprises, explique que « confier plus de responsabilités, plus d'autonomie, faire plus confiance aux salariés accroît leur motivation. »,⁴⁶ l'équipe de direction encourage, la créativité, la prise d'initiative et souhaite responsabiliser les salariés. L'autonomie est encouragée par l'ouverture laissée à toute proposition d'activités, de sorties, de séjours ou d'accompagnements destinés aux usagers soumis à l'autorisation des cadres de l'institution. Les professionnels sont responsabilisés sur

⁴⁴ Selon la typologie des styles de direction d'Hersey et Blanchard in LOUBAT J.R., 2006, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, Collection action Sociale, p93

⁴⁵ Projet d'établissement 2010

⁴⁶ Mac GREGOR In AUBERT : AUBERT N., COLL, 2010, Management, Aspects humains et organisationnels, Paris, PUF, Fondamental, 633 p

différentes missions selon leurs appétences, leurs compétences et leurs attributions : par exemple, la coordination des activités sportives, la gestion des budgets de service, le suivi des projets personnalisés, l'organisation des séjours vacances etc.

Les relations hiérarchiques au sein du foyer sont basées sur une relation de proximité, de confiance a priori et un dialogue important. De ce fait la parole de tous les professionnels est prise en considération dans le processus de décision. « L'organisation est pensée pour que les décisions soient prises au plus près du lieu de l'action »⁴⁷.

La crainte d'une posture autoritariste aboutissant à des décisions arbitraires, le partage des décisions avec les professionnels de terrain participent à la confusion du processus décisionnel. Le manque de clarté des délégations des cadres rend difficile l'exercice d'une autonomie décisionnelle par les chefs de service. L'absence d'arbitrage dans la prise de décision collégiale aboutit à une remise en cause de celle-ci qui ne fait pas autorité pour les professionnels. De ce fait, les pratiques ne se trouvent pas modifiées « ceci aboutit à vider la parole même de son sens ».⁴⁸ J'observe une propension à renégocier et rediscuter à l'infini toute nouvelle position institutionnelle mais aussi un brouillage des repères en matière de pratiques professionnelles attendues dont découlent une incohérence et une disparité des interventions des différents professionnels. La légitimité des chefs de service est également mise à mal par le manque de concertation de l'équipe de direction qui laisse le champ libre « aux courts circuits »⁴⁹ facilités par la proximité relationnelle du directeur avec les équipes.

➤ **Un climat social dégradé**

Dès mon arrivée, j'ai perçu un mal-être caractérisé par un désengagement des professionnels, un désinvestissement de la tâche. J'ai repéré des retards répétés et une absence de projection sur le contenu de la journée de travail. La désaffection des personnels aux réunions et la faible fréquentation de l'analyse des pratiques pourtant sollicitée lors des bilans semestriels. Dans le cadre informel, j'ai entendu des discours amers, désabusés et parfois très agressifs à l'encontre des usagers, des collègues, de l'institution au sens général alimentant des rumeurs révélant des non-dits. Ce climat évoque l'usure professionnelle définie par C. Malach « syndrome d'épuisement physique émotionnel impliquant le développement d'une image de soi négatif et une perte d'intérêt pour les patients ou les personnes à aider, pouvant aller jusqu'à une mise à distance d'un

⁴⁷ JANVIER R, 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Actions Sociales/ référence, 123 p

⁴⁸ CASAGRANDE A, 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne-Difficile bienveillance*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, p 33

⁴⁹ LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, p109

comportement cynique voire hostile »⁵⁰. L'une des thématiques récurrentes concerne principalement le changement, exprimé paradoxalement : « rien ne change et rien ne peut changer » mais aussi « tout change tout le temps ». À son paroxysme, des lettres anonymes ont été adressées d'abord à la direction générale puis à l'ARS, mentionnant des inquiétudes sur le management de l'institution, le turnover des cadres intermédiaires et des faits de maltraitance croissants au sein de l'établissement.

J'ai relevé un taux d'absentéisme croissant (+3%) et une augmentation de 20 %, des absences répétées de moins de cinq jours sur l'année 2012 qui incitent à réfléchir aux facteurs de risques psychosociaux au sein de la structure.

Les relais ou les remplacements indispensables à la continuité du service sont de plus en plus difficiles à négocier en dehors des délais de prévenance, alors que depuis dix ans, la souplesse demandée aux salariés pour pallier aux besoins de l'organisation s'accompagnait réciproquement de l'octroi de souplesses en fonction de leurs besoins. Ce système aujourd'hui ne fonctionne plus. Les demandes de modifications d'horaires émanant des salariés pour raisons personnelles se multiplient. Le refus des chefs de service se traduit soit par un arrêt maladie soit par une réticence à toute forme d'adaptation aux besoins du service. Bien que l'établissement propose un aménagement du temps de travail répartissant les 35H hebdomadaires sur quatre jours et huit semaines de congés annuels et un travail un week end sur quatre, j'observe une forme de processus de bureaucratisation, évoquant celui décrit par Paul Fustier⁵¹, tant l'intérêt porté aux avantages et aux conditions de travail supplante l'intérêt et la qualité de celui-ci.

2.2.3. La gestion du personnel

L'établissement emploie 59 salariés (55 ETP), 35 % d'hommes et 65 % de femmes, dont la moyenne d'âge est de 42 ans et demi, 60 % du personnel se situant dans la tranche d'âge entre 30 et 49 ans. Le turnover global est faible puisque 45% du personnel exerce au foyer depuis son ouverture. Cette mixité de l'équipe a contribué à maintenir une pratique institutionnelle, qui, dans le souci du respect de l'intimité, privilégie dans la mesure du possible, le fait que les accompagnements des usagers hommes puissent être réalisés par des personnels masculins et les accompagnements des femmes par des personnels féminins. En 10 ans, le nombre de salariés a augmenté de 23 % ce qui a fait passer le collectif de 42 personnes à 55 en 2012. Même si le tableau des effectifs met en évidence un ratio d'encadrement (professionnel/usagers) satisfaisant, de 0.91 pour le FO

⁵⁰ BARREYRE JY, BOUQUET B et al, 2006, *Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale*, Bayard, Collection Travail Social, 609 pages

⁵¹ FUSTIER Paul, *le travail d'équipe en institution-clinique de l'institution médicale sociale et psychiatrique*, Dunod, 2010, 205 p

très supérieur aux moyennes départementales et nationales de 0,69, il est de 0.97 soit en dessous de la moyenne nationale de 1.08, pour les places FAM.

➤ **Des compétences mobilisables**

Les professionnels, tous qualifiés, sont majoritairement formés aux spécificités de l'accompagnement du public accueilli.

L'équipe socio-éducative est composée de plusieurs catégories de personnels dont les niveaux de qualification⁵² varient du niveau V : vingt-deux personnels (AMP, AVS, surveillants de nuit) au niveau III : six personnels (éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs, animateur socio-éducatif) en passant par des personnels de niveau IV: quatre personnels (moniteur éducateur).

L'équipe des services généraux se divise en une équipe de cuisine composée d'un chef de cuisine et d'une aide de cuisine, d'une équipe de quatre maîtresses de maison réparties sur chacun des quatre services d'hébergement et d'un homme d'entretien qui assure également le transport des usagers. Le choix institutionnel de faire évoluer les postes d'agents de services intérieurs vers des postes de maitresses de maison pour les impliquer plus avant dans la relation quotidienne au public accueilli, n'est pas véritablement identifié par un rattachement aux lieux de vie dont elles dépendent. Cette ambiguïté est source d'incompréhensions et de conflits répétés. Les personnes aux prises avec des injonctions contradictoires manifestent leur incompréhension et un sentiment de non-reconnaissance.

L'équipe de soin est composée de deux infirmières à hauteur d'1.75 équivalents temps pleins et de quatre aides-soignantes, dont une aide-soignante de nuit, dont les actes sont coordonnés par un médecin généraliste vacataire et également prescrits par le médecin psychiatre exerçant à quart temps dans la structure. Chaque aide-soignante est affectée sur un lieu de vie pour assurer le suivi des personnes relevant du FAM prioritairement. Leurs fiches de poste et leurs attributions ont été renégociées avec la direction à leur demande afin de recentrer leurs tâches sur les actions de soins et reconnaître leur rattachement à l'infirmerie. Cette volonté de différenciation a été perçue par les équipes socio-éducatives comme un refus d'appartenance et sanctionnée de mises à l'écart.

➤ **Une indifférenciation des fonctions**

L'utilisation du terme « encadrant » qui regroupe les professions d'éducateur spécialisé, de moniteur éducateur, animateur socioculturel, d'aide médico-psychologique, de soignant, d'éducateur sportif, ne différencie aucunement la spécificité des interventions, qui se réfèrent à des contenus théoriques et pratiques distincts, mais aussi des rémunérations différentes pour finalement exercer les mêmes tâches auprès des

⁵² Niveau National des Certifications Professionnelles

résidents. Le partage de tâches similaires, a pour but un échange de techniques, de savoir-faire entre les différents professionnels socio-éducatifs. Sur le terrain, la complémentarité des fonctions s'agit mais ne prend pas sens pour les professionnels. Malgré la définition de fiches de fonction, les éducateurs spécialisés, par exemple, expriment le sentiment d'une incomplétude dans l'exercice de leur métier. A contrario, les AMP, profession la plus représentée apprécie l'élargissement de leur champ d'action même s'ils reconnaissent être en difficultés pour assumer certaines responsabilités confiées comme le rôle de référent d'un usager.

De même, les niveaux de qualification et les fonctions exercées ne sont pas pris en compte dans la constitution des équipes. Les professionnels sont répartis sur les cinq lieux d'accompagnement de l'établissement selon des critères propres à l'historique institutionnel (roulements), à leur demande ou encore à la recherche d'un équilibre relatif hommes-femmes dans chaque groupe. Ceci aboutit, par exemple, à ce que deux équipes soient uniquement composées d'AMP alors que d'autres sont mixtes en terme de professions représentées. Quoiqu'il en soit, la réponse aux besoins spécifiques des usagers, n'a aucunement présidé à définir le profil des professionnels affectés sur chaque service. Seuls deux postes de coordination (séjour temporaire, relations avec les familles) se différencient et font actuellement l'objet d'une fiche de poste spécifique.

➤ **Une organisation et des conditions de travail inadaptées**

La politique de l'employeur «d'assurer aux professionnels des conditions de travail qui tiennent compte de leurs fonctions et leurs responsabilités»⁵³ se traduit, entre autre, par l'élaboration de fiches de fonctions associatives indiquant le positionnement dans l'organigramme de l'institution. Elles constituent un cadre de référence commun, permettant de déterminer ce qui est attendu pour le titulaire d'une fonction, et d'identifier les domaines de compétence et niveau requis pour chaque emploi. Celles-ci, distinguent et reconnaissent les spécificités propres à chaque métier. A ce jour, ce référentiel n'a pas fait l'objet d'une réflexion pour une mise en œuvre effective.

L'implication des salariés dans l'organisation du travail est permise par la constitution d'une commission chargée de veiller à la répartition des congés, à l'organisation du travail (plannings, transferts....). Composée des délégués du personnel, de représentants de chaque groupe professionnel, d'au moins un cadre, elle émet des propositions soumises à la validation de la direction. Ce système participe d'une recherche d'équité entre les salariés et d'équilibre entre les contraintes liées à la nécessaire adéquation aux besoins des usagers et la qualité de vie au travail. Pour autant, malgré un constat partagé sur la pénibilité des week-ends, due au faible ratio d'encadrement lié à l'augmentation du nombre de résidents présents, la proposition d'un

⁵³ Projet associatif 2010 APPHM

remaniement des plannings pour renforcer l'équipe de week-ends a suscité une forte contestation. L'augmentation de la fréquence de travail les week-ends a généré des conflits divers au sein de l'équipe. La priorité accordée, par cette instance, aux intérêts des personnels, et les différents interpersonnels ont nécessité un arbitrage de la direction.

➤ **Des réunions inefficaces**

L'organisation prévoit un important dispositif de réunions permettant, non seulement à chaque équipe de se rencontrer régulièrement, mais aussi à plusieurs commissions transversales de se dérouler. Je recense ainsi dix-sept réunions régulières⁵⁴(hebdomadaires à trimestrielles) et trois commissions ponctuelles concernant les admissions, la gestion des conflits, l'organisation du travail, ce qui amène à une moyenne de douze réunions hebdomadaires. Les chefs de service se répartissent l'animation de l'ensemble de ces réunions et commissions à l'exception de la réunion générale animée par le directeur assisté par au moins un des chefs de service. Cette organisation amène chaque chef de service à consacrer environ dix heures hebdomadaires aux réunions internes, auxquelles peuvent s'ajouter des rencontres avec des partenaires extérieurs.

La nature de l'établissement, hébergement ouvert en continu, limite les possibilités de réunir l'ensemble des professionnels d'un service au même moment. L'absence de formalisation d'un ordre du jour et d'un compte-rendu des échanges amène de la redondance, des retards dans la prise de décision, un défaut de contrôle de leur mise en œuvre. De ces dysfonctionnements découlent que « les décisions d'équipe n'ont aucun poids, une sorte de résignation collective s'ensuit, qui disqualifie l'usage de toute parole et de toute discussion.»⁵⁵Ceci est une explication probable de la défection des professionnels lors des temps de réunion. Cette atteinte du cadre institutionnel fragilise l'identité collective et augmente les zones d'incertitude en privant le collectif de lieux d'élaboration et d'échange producteurs de liens.

2.3. Les conditions d'une adaptation des prestations collectives et d'une personnalisation de l'accompagnement

Une organisation efficiente donne les moyens de réaliser des prestations de qualité adaptées aux besoins des usagers. Pour évaluer cette capacité de l'institution, j'ai dressé la carte des prestations proposées par l'établissement au regard de l'évaluation des besoins appréciés et des attentes formulées lors de l'élaboration des Projets d'Accompagnement Personnalisés.

⁵⁴ Annexe 14 : Dispositif des réunions 2010

⁵⁵Alice CASAGRANDE : Ce que la maltraitance nous enseigne Difficile bienveillance, Ed Dunod, janvier 2012, 204 pages

2.3.1. Les prestations proposées

Le projet d'établissement dégage six catégories de prestations à partir de ses missions.

➤ La première, « ***l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne dans une recherche de promotion de l'autonomie*** » sous-tend des « valeurs de l'accompagnement » décrites au sein du projet. Elle s'appuie sur une organisation quotidienne prévoyant des levers échelonnés et des accompagnements à la toilette, à l'habillage, à la réalisation de démarches, aux repas qui sont personnalisés et identifiés dans le PAP. La personnalisation de l'accompagnement suppose des outils de communication, une cohérence des interventions, des capacités d'adaptation et le respect de l'intimité des personnes. Cette capacité est mise en cause actuellement par une organisation de travail qui par défaut d'anticipation garantit la continuité des accompagnements mais pas leur qualité.

➤ « ***Les prestations hôtelières*** » d'hébergement, de restauration, de blanchissage et de transport supposent quant à elles une expertise en matière de sécurité et de technicité qui est assurée par un personnel qualifié et encadré par une chef de service experte (ingénieur hygiène-sécurité). Les enquêtes de satisfaction des usagers, des familles et du personnel mentionnent des dysfonctionnements récurrents dans la gestion et l'hygiène du linge, auxquelles la direction a répondu par une externalisation partielle.

La restauration est régulièrement au centre de polémiques aussi bien sur la qualité, la quantité des repas distribués que sur leur organisation. C'est pourquoi il existe une commission restauration composée de représentants des usagers, des personnels et de l'équipe cuisine animée par un cadre chargée de traiter les dysfonctionnements.

L'entretien des locaux soulève des insatisfactions quels que soient les supports d'évaluation interne (familles, usagers, professionnels). Outre l'insuffisance des effectifs évoquée par les maîtresses de maison, l'organisation et la répartition du travail de celles-ci semblent éminemment en cause. La collaboration avec les équipes socio-éducatives qui partagent la même « unité » de travail et accompagnent les résidents dans l'entretien de leurs espaces privés et collectifs est instable car par trop dépendante de la qualité des relations interpersonnelles.

➤ ***La fonction de soin et de prévention*** est particulièrement bien développée, la médicalisation de 11 places ayant permis d'étoffer l'équipe soignante. Son intervention réparti sur l'ensemble du public FDV améliore le suivi médical des 35 résidents du FO alors que son budget FO ne finance qu'un ETP d'infirmier. A contrario, ce choix limite la prise en charge médicale due aux usagers du FAM. L'articulation du soin, bien différenciée des autres prestations, suppose une vigilance afin de permettre une complémentarité plus qu'une juxtaposition des interventions parfois au détriment de la reconnaissance du travail d'autrui et de la cohérence du projet de la personne.

➤ **L'importance de la prestation de soutien et d'accompagnement** des liens familiaux s'explique au regard des valeurs de l'organisme gestionnaire qui est une association de parents. Accompagner, soutenir la personne accueillie par l'émergence et la mise en place de son projet de vie ne peut se concevoir sans une co-construction avec l'utilisateur, sa famille et l'établissement. Le choix d'un interlocuteur institutionnel privilégié pour exercer une médiation entre les professionnels au plus près des résidents, des acteurs institutionnels et des familles conduit à la création d'un poste en 2008. L'éducatrice formée aux techniques d'entretien et à l'analyse systémique propose selon les besoins différents types d'entretiens, des visites à domicile, articulées au projet d'accompagnement personnalisé. Favoriser et valoriser la collaboration des familles, pour une meilleure compréhension mutuelle, constitue un objectif primordial de sa mission. L'institution facilite les liens familiaux en proposant des lieux de rencontre intimes et conviviaux en son sein et organise également des transports facilitant les visites et les séjours en famille.

➤ La prestation intitulée « **accompagnement pluridimensionnel personnalisé participant au soutien relationnel, au développement personnel, et à l'accès aux loisirs et à la culture** » plus encore que les autres se définit à partir du P.A.P. articulant des accompagnements individualisés à partir des besoins spécifiques de la personne et un choix personnalisé d'actions proposées au sein du projet collectif d'animation et d'accompagnement que je développe ci-dessous.

2.3.2. La personnalisation de l'accompagnement

La complexité de la personnalisation de l'accompagnement réside dans l'articulation de 58 projets personnalisés au sein d'un même collectif qui s'appuie sur une méthodologie permettant d'articuler les intérêts de l'individu et l'équilibre du collectif. La cohabitation de problématiques hétérogènes suppose de développer des projets différenciés inscrivant des prestations d'accompagnements, d'animations, de socialisation ciblés. Le rôle de l'organisation est de permettre la cohérence, la stabilité du fonctionnement et un équilibrage souple favorisant « une vie collective suscitant de la complicité, de la solidarité, de la convivialité, du plaisir... »⁵⁶. Pour cela, le foyer propose un panel d'actions très varié, référé aux besoins identifiés permettant l'exercice du libre choix. La procédure d'organisation des transferts prévoit également la consultation et le libre choix des séjours par les usagers. Les activités collectives nombreuses, de par leur irrégularité, ne permettent pas un repérage par les usagers. Leur organisation peu lisible et complexe ne favorise pas la compréhension de ceux-ci.

▪ ⁵⁶ BARBE L, 2006, *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur médico-social*, Paris, La découverte, Collection Alternatives sociales, 204 p

Suite à l'évaluation interne, pour répondre aux attendus réglementaires, l'équipe de direction a mis en place une commission d'élaboration d'une procédure de PAP. Composée de treize salariés, animée par un intervenant extérieur, cette commission a proposé un processus associant le résident et son entourage à la construction de celui-ci. La satisfaction et les besoins d'accompagnement de la personne sont évalués à l'aide d'un questionnaire similaire pour les usagers, la famille et les professionnels, permettant de confronter les points de vue. L'appréciation des personnes accueillies sur l'accompagnement proposé est recueillie à l'aide d'un support adapté. L'expertise de l'équipe est mobilisée pour identifier les capacités mises en œuvre par la personne au regard des mêmes items que l'usager et sa famille. Cette phase de recueil achevée, une réunion de projet est organisée avec le résident, sa famille, le représentant légal, les référents éducatifs et soins pour susciter des échanges et une réflexion qui aboutit à un diagnostic partagé et à une co-construction des axes de l'accompagnement à réaliser.

L'application de cette procédure, jugée trop contraignante, a suscité des résistances de la part des professionnels. Ceux-ci relèvent la difficulté du recueil de l'avis des usagers et questionnent la présence de la personne à son projet. La frustration ressentie, par l'équipe, lorsqu'une famille assurant la mesure de tutelle de l'adulte accueilli, ou un bénéficiaire s'opposent aux actions proposées, témoigne de leur difficulté à reconnaître les droits de l'usager. Pour autant, l'adhésion des résidents et l'implication des familles et des représentants légaux légitiment la démarche et contribuent à faire évoluer la posture des professionnels les plus réticents.

La conduite du projet, fortement articulée à la notion de référent est menée par un membre de l'équipe socio-éducative de l'unité de vie du résident. Son rôle de coordinateur du projet personnalisé s'appuie sur la définition donnée par l'ANESM « Il est l'interlocuteur privilégié des parties prenantes, et veille au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions ». La désignation du référent « n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien privilégié et respectueux avec elle. La personne est d'ailleurs susceptible de choisir un moment et un professionnel pour exprimer son avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le coordinateur désigné ».⁵⁷ L'exercice de la référence est confié indifféremment aux AMP, aux éducateurs spécialisés ou aux moniteurs éducateurs alors que ceux-ci ne disposent pas des mêmes connaissances théoriques et compétences. Plusieurs AMP reconnaissent leur difficulté à assumer ce rôle, en particulier dans ces aspects rédactionnels et de mobilisation des acteurs.

⁵⁷ ANESM, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles- Les attentes de la personne et le projet personnalisé*

Les chefs de service, par délégation du directeur de l'établissement, sont garants de la mise en œuvre et du suivi des projets personnalisés. De ce fait, c'est à eux que le référent rend compte de l'exécution de sa mission. Ceux-ci expliquent consacrer un temps important au soutien des professionnels dans cette mission et à les accompagner dans leurs écrits. Pour autant, les retards accumulés dans la programmation, dans la rédaction et la contractualisation des PAP entravent leur mise en œuvre. Ces difficultés rencontrées dans la conduite des PAP, ne permettent plus de définir et de donner du sens aux pratiques destinées à la personne. Cette situation expose les bénéficiaires à des pratiques incohérentes, non-respectueuses de leurs besoins ou de leurs aspirations.

2.3.3. Les moyens déployés

➤ Les ressources financières

Les frais de fonctionnement du foyer de vie (FO+ l'hébergement et l'accompagnement social des 11 places du FAM) sont entièrement financés par le Conseil Général. La situation financière actuelle du foyer est saine et permet de dégager depuis deux ans un léger excédent que les autorités de tutelle ont permis d'utiliser pour réaliser des travaux de rénovation et d'amélioration du cadre de vie. Les usagers participent à leur hébergement en reversant une contribution financière qui équivaut depuis 2009 à 70% de leurs ressources. Les places médicalisées du FAM sont financées par une dotation globale de l'ARS de 22 000€ la place pour tout ce qui concerne les dépenses inhérentes aux soins. Ces financements publics, négociés annuellement par structure, connaissent depuis peu des mesures de restriction budgétaire. L'une des mesures de la loi HPST prévoit une négociation pluriannuelle entre des groupes d'établissements et les financeurs, dans un but de maîtrise des dépenses, ce qui a pu être mis en place avec l'ARS et permis d'absorber le déficit du FAM des Buissonniers grâce aux excédents des autres structures associatives concernées par le CPOM. La stabilité de ses financements sans être entièrement remise en cause devient beaucoup moins certaine quant à leur hauteur et leur mode de négociation. L'Association engage de ce fait des mutualisations et cherche à optimiser sa gestion immobilière, des achats, logistique et budgétaire. Sa bonne santé financière et ses fonds propres sont toutefois un atout pour affronter la nouvelle conjoncture économique et envisager de nouvelles stratégies de développement.

➤ Des locaux adaptés

L'établissement est locataire d'un bâtiment spacieux, sous la forme d'un bail emphytéotique, auprès d'un bailleur public. L'aspect architectural est conforme à celui du quartier résidentiel dans lequel il est intégré. Les murs d'enceinte sont bas afin d'éviter le sentiment d'enfermement et la stigmatisation. Son intégration dans un milieu péri-urbain offre des possibilités d'intégration. Des efforts architecturaux ont été réalisés pour créer un environnement agréable et confortable.

Les agencements ont privilégié à la fois des espaces collectifs différenciés mais aussi des espaces d'intimité et de convivialité. Pour autant, la taille des unités de vie et le regroupement en un seul bâtiment des 40 places d'hébergement sont des facteurs de promiscuité. Le vieillissement des locaux nécessite des travaux de maintenance et le rafraîchissement de la décoration. L'option prise à la conception d'une externalisation des animations devient inadaptée et suppose de repenser les espaces collectifs en fonction des nouveaux besoins du public. Le diagnostic prévu par la loi du 11 février 2005, a révélé la nécessité de travaux d'accessibilité pour permettre aux personnes à mobilité réduite d'atteindre l'accueil de jour du premier étage uniquement desservi par escalier à l'heure actuelle.

L'établissement est doté d'une lingerie et d'une cuisine internes pour permettre la proximité et la réactivité des services. Les usagers sont invités à s'associer à la réalisation de ces prestations par le biais de stages. Pour autant, l'obligation de respecter le principe de la marche en avant (norme RABC) pour la lingerie a conduit à une externalisation partielle de l'activité. La restauration est conçue pour respecter la norme HACCP et servir des repas préparés sur place préservant le goût et la variété de l'alimentation évaluée par les usagers eux-mêmes via les fiches de satisfaction.

➤ **Les ressources externes**

Pour organiser ses animations culturelles, sportives et de loisirs, l'institution bénéficie d'infrastructures locales mises à disposition par les municipalités de l'agglomération (gymnase, stade ...) et d'accès privilégiés à la médiathèque, aux piscines. L'institution fait également appel aux talents d'intervenants extérieurs pour animer des ateliers en interne. Des activités régulières sont également proposées individuellement ou collectivement par des associations extérieures acceptant d'accueillir le public du foyer. Parallèlement, plusieurs établissements locaux ont créé des associations artistiques « arts pour tous » ou sportives « Sport plus » proposant des activités adaptées à destination des publics des différentes structures. En mutualisant les compétences et les moyens des établissements, ils favorisent les rencontres entre leurs bénéficiaires. Des partages et échanges d'espaces ou de services se développent. Par exemple, le Foyer d'hébergement met son spa à la disposition des bénéficiaires du FDV pendant la journée. En contrepartie, Le FDV partage ou prête ses différents locaux et ses matériels pour les activités sportives et festives.

Véritable plus-value pour la mise en œuvre des projets personnalisés, le foyer peut compter sur la collaboration de plusieurs structures médico-sociales et associatives locales ainsi que celle d'un centre équestre qui accueillent, en stage, en évaluation les résidents du FDV dans le cadre de mises en situations professionnelles. De la même façon, les évaluations nécessaires pour apprécier la faisabilité ou préparer la réalisation de projets de vie de certains usagers (intégrations en FH, hébergement en appartement

autonome,...) sont permises par le biais des accueils temporaires ou les chambres d'adaptation. En retour, le FDV accueille également des usagers de ces établissements pour des motifs similaires.

Différentes prestations auprès du public sont apportées par des professionnels extérieurs avec qui l'établissement a conventionné des interventions. Un diététicien apporte son expertise à la commission alimentation en collaboration avec la diététicienne du fournisseur de repas. Une conseillère conjugale du centre de planification anime une fois par mois des ateliers pour les usagers autour de la vie affective et sexuelle. Comme je l'ai exposé plus haut, des collaborations naissantes se construisent avec les partenaires de santé, les dispositifs pour personnes âgées, mais ne font l'objet d'aucune formalisation contrairement aux recommandations de l'ARS à l'ouverture du FAM.

Les relations avec les organismes de tutelle ont évolué dans le sens d'une collaboration renforcée avec la mise en œuvre de la loi portant réforme de la protection juridique des majeurs. Les mandataires judiciaires ont répondu positivement à notre nouvelle démarche d'élaboration des projets personnalisés, ce qui a apporté un soutien nouveau à la parole des personnes accueillies et un regard extérieur dans la dynamique usager-famille-institution.

Les relations privilégiées avec des écoles de formation aux métiers du secteur social et un institut de formation des soignants (AS, Infirmiers) ont permis d'accueillir des stagiaires apportant aux professionnels un regard neuf sur leur pratique mais aussi le partage de nouveaux apports théoriques. Ces expériences ont facilité la mise en place de sessions d'information à destination des familles (Droits des personnes handicapées en matière de vie affective et sexuelle), des personnels (Les évolutions réglementaires du secteur- médicosocial) mais aussi des actions pour les usagers (atelier cuisine à la Maison Familiale Rurale).

L'incitation associative d'échanges professionnels inter-établissements a facilité l'organisation de rencontres entre les professionnels des FAM et FDV pour une découverte des structures, des pratiques mais aussi des échanges de services. Des formations conjointes ont pu être organisées au niveau des établissements du pôle des hébergements partageant ainsi les coups d'une formation intra-muros.

Les relations privilégiées tissées avec quatre autres FDV proposant des accueils temporaires aboutissent à des démarches conjointes d'information auprès des MDPH, des CLICS et des IME. Ces rencontres permettent aussi d'organiser une réponse coordonnée aux situations difficiles ou d'urgence de certains usagers. La rencontre des coordinateurs permet un échange autour des pratiques respectives.

Bien que la plupart des collaborations se soient construites à partir du réseau des professionnels et des initiatives prises dans le cadre de la mise en œuvre des projets personnalisés, seul le directeur détient la responsabilité de la formalisation.

De ce fait, celle-ci est suspendue à sa disponibilité pour rencontrer les différents interlocuteurs afin de négocier et signer les conventions par délégation du Directeur Général.

En conclusion...

Le diagnostic montre que la crise institutionnelle traversée par le foyer Les Buissonniers interroge la capacité de l'établissement à produire de la bienveillance. Il repère cette difficulté au travers de trois dimensions à la fois distinctes et interdépendantes les unes des autres.

- ✓ Un cadre institutionnel qui ne fait pas sens et ne garantit pas la protection de ses bénéficiaires
- ✓ Un management qui ne favorise pas le professionnalisme des équipes
- ✓ Des pratiques qui ne personnalisent pas l'accompagnement et soutiennent insuffisamment la promotion des personnes accueillies.

Ces constats amènent ma question de départ : quels moyens déployer pour garantir des pratiques bienveillantes dans un FDV en situation de crise ?

L'évolution des besoins de la population, la modification des modalités d'intervention attendues et les difficultés des professionnels, m'invitent à mettre en œuvre un management « privilégiant l'efficacité et la qualité de service » tout en prenant soin des professionnels. Consciente que les phénomènes d'usure mais aussi les enjeux de pouvoirs informels permis par une organisation confuse, seront autant de risques de résistance, je mise sur un projet de changement respectueux des temporalités de chacun. Celui-ci tient sa légitimité dans la nécessité de sortir d'une situation de crise préjudiciable autant pour les usagers sur lesquels plane le risque de maltraitance, que pour les professionnels en souffrance ainsi que la pérennité de l'institution menacée dans l'exercice de ses missions.

3 Mettre en œuvre un management bienveillant de la bientraitance

Promouvoir la bientraitance participe d'une réappropriation du projet d'établissement 2010-2015 tant cet objectif partagé avec la direction précédente transparait au travers des lignes du projet qu'il m'incombe maintenant de conduire. Envisager, ma prise de fonction dans cette continuité d'objectif indique aux professionnels mon respect du cheminement collectif propre à l'histoire de l'institution.

Mon projet de changement intègre la double commande, adressée par la direction générale, sollicitant un apaisement du climat relationnel et une réorganisation institutionnelle favorisant l'émergence d'une dynamique à la dimension du pôle des hébergements pour adultes auquel le FDV est rattaché.

Pour conduire cette démarche, l'éclairage de l'évaluation externe dont le rapport sera communiqué en décembre 2012, identifiera les points forts de la structure mais aussi les points d'amélioration. Ce diagnostic partagé avec les professionnels et les usagers légitimera une logique de changement.

D'ores et déjà j'identifie, comme un point fort, la présence d'un cadre institutionnel élaboré et actualisé conforme aux attendus réglementaires, qui promeut des pratiques respectueuses du droit des personnes accueillies dont elle favorise la participation. L'élaboration d'un protocole de prévention ainsi qu'une culture et une pratique de l'évaluation ancrée dans le fonctionnement de la structure constituent des atouts pour mon projet. La structure dispose de moyens humains, matériels et financiers qui peuvent être mobilisés et optimisés dans le cadre du plan d'action. Les collaborations externes, les prestations développées par les professionnels attestent du potentiel institutionnel.

A contrario, le climat relationnel dégradé, symptôme et cause de nombreuses difficultés organisationnelles, d'un défaut de communication chronique et de l'apparition de violences intentionnelles constitue un point de faiblesse auquel il convient de remédier. La faiblesse de l'articulation et de la régulation des pratiques professionnelles compromet la qualité et la personnalisation de l'accompagnement des usagers. Les changements successifs ont engendré un sentiment d'incohérence et une perte de sens pour les professionnels. Ce point précis indique que ce nouveau projet de changement ne doit pas se superposer aux autres mais bien les intégrer et redonner sens et cohérence à l'organisation collective.

Mon plan d'action se décline en trois axes : le premier concerne l'institution et la nécessité de reposer le cadre intentionnel référé aux projets associatifs et au projet d'établissement. Le second porte sur le management du personnel dans une recherche d'amélioration des conditions de travail. Enfin le dernier axe vise une amélioration du service rendu aux usagers par une adaptation des pratiques mais aussi leur diversification.

3.1 Conduire le changement pour réduire les violences institutionnelles

La lutte contre la maltraitance est une responsabilité majeure du directeur qui est garant de la sécurité des usagers et du personnel. Pour cela, rendre efficient le dispositif de prévention, des violences institutionnelles ne suffit pas. Redonner au cadre institutionnel son rôle protecteur et contenant repose sur la cohérence de l'organisation et celle des professionnels. Conduire le changement, c'est faire évoluer l'organisation et le cadre de travail. Celui-ci, quel que soit son ampleur, implique aussi bien les décideurs, les acteurs mais aussi les bénéficiaires. Les changements opérés, par leur temporalité, leur diversité et la fragilité de leur accompagnement n'ont pas produit les effets attendus en terme d'amélioration du service rendu. Forte de ce constat, j'accorde une attention toute particulière aux modalités de pilotage et d'accompagnement de mon plan d'action qui ne pourront aboutir que s'il donne sens aux évolutions passées en les reliant à celles à venir.

3.1.1 Permettre l'efficience du cadre institutionnel

3.1.1.1 Pilotage du projet et veille institutionnelle

Parce que le projet indique le sens aux équipes qu'il mobilise, il doit être porté par un engagement important de l'équipe de direction. « L'engagement (...) relie de manière particulière la fonction de direction aux dimensions hiérarchiques assumées sur les salariés avec les dimensions éducatives, sociales, pédagogiques ou thérapeutiques orientées vers les usagers »⁵⁸

La dynamique du projet d'établissement ne s'arrête pas à sa formalisation écrite sous peine qu'il ne représente qu'une référence documentaire oubliée. Pour le faire vivre, il importe de reprendre les quatre axes qui ont présidé à son écriture : d'une part, l'accompagnement des usagers, l'organisation et l'environnement et d'autre part, la démarche d'amélioration de la qualité qui fera l'objet d'un développement singulier.

Le Plan Pluriannuel de Progrès, élaboré par un Comité de pilotage que j'animerai, reposera dans un premier temps sur les axes d'amélioration dégagés lors de l'évaluation interne de 2009. Il sera amendé, en décembre 2012, par les conclusions de l'évaluation externe. Ce Comité de Pilotage déclinera les modalités d'action et l'échéancier de réalisation. Il sera composé de cinq membres du personnel, ayant chacun la responsabilité de la mise en œuvre d'un axe du plan d'amélioration proposé :

- Un chef de service pour le volet d'amélioration des conditions de travail
- Un chef de service pour l'axe partenariat

⁵⁸ | ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*

- Une infirmière pour conduire l'amélioration du dispositif de prévention des violences institutionnelles
- La psychologue pour l'axe portant sur la promotion de l'autonomie des personnes
- Un Educateur spécialisé pour la personnalisation de l'accompagnement

Le comité de pilotage veillera, à chaque fois que possible à la faisabilité et à la pertinence d'associer les usagers et les familles. Il pourra proposer la constitution de commissions ou de groupes projet afin de conduire une réflexion sur un axe particulier ou pour développer une action précise. Trimestriellement, le comité de pilotage se réunira pour apprécier les avancées réalisées dans la mise en œuvre et étudiera le réajustement éventuel des objectifs et des délais en fonction des difficultés rencontrées.

Pour faciliter un dispositif de veille institutionnelle, je doterai l'équipe de direction garante de la mise en œuvre du projet, d'outils de suivis assortis d'indicateurs de mesure de la réalisation des actions. La conception d'un tableau de bord, moins exhaustif, mais reprenant à son compte les quatre dimensions de celui proposé par l'ANAP à savoir : l'atteinte des objectifs du plan d'action, l'analyse des prestations de soins et d'accompagnement aux personnes, l'usage des ressources humaines et matérielles, le contrôle des équilibres budgétaires et financiers fournira les éléments d'appréciation pouvant suggérer des pistes de réflexion pour faciliter l'analyse de la situation.

Pour suivre la mise en œuvre du projet, je prévois de constituer un Comité de Suivi composé des membres du Comité de Pilotage, du CVS et de représentants de chaque groupe professionnel. Il se réunira deux fois par an pour interroger les actions du Comité de Pilotage et participer au réajustement du Plan Pluriannuel de Progrès au regard des indicateurs et des éventuelles démarches d'évaluation.

3.1.1.2 Des évaluations coordonnées pour définir les axes de progrès

L'évaluation apparaît comme une nouvelle forme de visibilité de l'intervention sociale. Cette perspective évaluative de l'action se retrouve dans les lois de 2002 et 2005. L'évaluation doit permettre de démontrer la légitimité de l'institution en révélant la pertinence des actions qu'elle produit. Le foyer a procédé à son évaluation interne en 2009 et se prépare à l'évaluation externe sur le dernier semestre 2012. Celles-ci, n'ont pas de finalités distinctes, elles vérifient la pertinence du projet, la bonne insertion de la structure dans son environnement de l'efficacité du dispositif retenu. Bien que l'enjeu du renouvellement de l'autorisation de l'établissement subordonné aux résultats de l'évaluation externe soit majeur, l'image de l'établissement qu'elle révèle à l'autorité administrative peut peser dans les relations de la structure avec celle-ci.

L'efficacité du dispositif repose sur sa capacité à développer des réponses adaptées aux besoins de son public et à son environnement. La démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement s'appuie sur une appréciation partagée du

fonctionnement de l'établissement avec les professionnels sous la forme de bilans semestriels, par les usagers et les familles sous la forme d'enquêtes de satisfaction.

Pour que ces différentes modalités d'appréciation de la qualité du service rendu soient accessibles à une analyse, permettant à son tour l'élaboration d'un plan d'amélioration, il s'agit d'identifier les champs couverts par ces différentes procédures et leur corrélation avec les démarches d'évaluation internes et externes. Jusque-là, le morcellement de la démarche, son absence de formalisation n'ont pas permis l'élaboration d'un Plan d'amélioration intégrant les résultats de chacune de ces appréciations du service rendu par l'établissement aux personnes qu'il accueille.

Le Comité de pilotage aura donc pour rôle d'intégrer les axes de progrès découlant de chaque démarche d'évaluation au plan pluriannuel de progrès garantissant une dynamique d'amélioration continue de la qualité du service rendu.

3.1.1.3 Les objectifs d'un plan d'action en trois axes

AXE DE PROGRES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Axe 1 : Repositionner le cadre institutionnel	Assurer la mise en œuvre du PE
	Optimiser le processus d'évaluation
	Adapter l'organisation
	Améliorer la prévention de la maltraitance
Axe 2 : Promouvoir un management bienveillant	Améliorer les conditions de travail
	Redéfinir les moyens de communication et de circulation de l'information
	Optimiser le dispositif de réunion
	Développer les compétences du personnel
Axe 3 : Développer des pratiques bientraitantes	Promouvoir l'autonomie des personnes
	Développer la personnalisation de l'accompagnement
	Diversifier les modalités d'accompagnement

J'ai défini ce plan d'action à partir du diagnostic que j'ai pu énoncer plus haut. Il prend en compte, également, la nécessité d'une résolution de la situation de crise institutionnelle mais aussi la commande organisationnelle émanant du directeur général.

3.1.2 **Adapter l'organisation**

Les changements successifs ont affecté l'organisation initiale devenue moins cohérente et moins adaptable aux évolutions de l'environnement. C'est pour cela que mon premier axe est le repositionnement du cadre institutionnel.

3.1.2.1 Une conduite de changement adaptée

Le changement que je définis, s'inscrit dans un contexte contraint puisqu'il s'origine d'une part, dans l'urgence d'une situation de crise institutionnelle à résoudre et d'autre part répond à une commande associative portée par le directeur général. L'évaluation externe constitue une opportunité, non seulement pour légitimer le besoin d'action mais surtout pour initier son déclenchement. Les finalités poursuivies doivent à la fois permettre une

réponse aux besoins actuels de l'organisation et des usagers mais aussi s'inscrire une démarche d'anticipation des besoins à venir.

Que ce changement s'initie avec ma prise de fonction constitue à la fois un frein lié à la fragilité du lien avec les personnels et les usagers qui peut être facteur d'inquiétude et de défiance. Cette situation constitue aussi un atout par le regard neuf qu'elle permet de porter sur la structure et dégagé des enjeux relationnels avec les professionnels. L'analyse de la situation institutionnelle me permet d'identifier trois motifs principaux de résistance. Le premier d'entre eux tient à la situation même du changement qui intervient à la suite de nombreux autres qui n'ont pas été appropriés et qui ont laissé des stigmates de défiance et une démobilisation. L'absence de cadre institutionnel a produit de nombreuses « zones d'incertitude » et j'ai pu identifier des zones de pouvoir informels tenus par quelques personnes clés de l'institution (la secrétaire, le cuisinier, une éducatrice, une infirmière..). Ces personnes accueilleront certainement avec peu d'enthousiasme un changement qui pourrait remettre en cause leur zone d'influence et les bénéfices qu'ils peuvent en retirer. Autre point, les flottements de l'organisation et du management ont permis une captation de certains processus décisionnels par les personnels. Pour exemple, l'organisation du travail des équipes (relais, pauses, pratiques), la régulation des congés, l'organisation des horaires ont été sous couvert de participation, petit à petit, laissées à la régulation des professionnels eux-mêmes. Cette situation a permis à chacun de moduler sa vie professionnelle en fonction des contraintes personnelles plutôt que l'inverse. Le constat de l'effet pervers de ce système, sera aussi un des leviers de l'adhésion au changement. Il repose sur l'irrégularité des rythmes de travail, la pénibilité liée à des taux d'encadrement non régulés et donc des périodes de travail très soutenues contrairement à d'autres. L'autogestion d'un groupe est illusoire et aboutit à des disparités, des inégalités criantes génératrices de tensions, de souffrance au travail. Pour faciliter l'adhésion, je veux mettre en avant l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail. L'urgence de la situation et l'impérieuse nécessité d'affirmer le cadre institutionnel me conduisent à privilégier un management semi-directif dans cette première phase de changement.

3.1.2.2 Repenser l'organigramme du pôle des hébergements pour adulte

Il s'agit là d'entériner la volonté associative de finaliser sa réorganisation en pôles d'activités différenciés. Cette restructuration sera donc initiée par le Directeur Général avec lequel, j'établirai un organigramme faisant apparaître les modalités de coopérations entre les différents services et établissements. La mutualisation des postes n'a pas abouti sur le plan budgétaire, d'une part par le refus du financeur de répartir certains postes du FDV dans le but de renforcer les moyens du FH et du SAVS, d'autre part, les propositions de mutualisations faites dans le projet de CPOM n'ont pas été possibles celui-ci n'ayant

pas été signé. Toutefois, des conventions établies entre les structures définissent le cadre des coopérations et les moyens mis en communs dans le cadre de missions partagées. La mobilité des personnels sur les différentes structures du pôle des hébergements, a été permise par la signature d'un avenant à leur contrat de travail désignant celui-ci comme entité de rattachement. Cette réorganisation n'apportera aucune modification budgétaire pour les établissements et permettra une optimisation des ressources.

L'organisation ainsi repensée (cf Annexe12) positionne la chef de service ayant un profil « ingénieur qualité » sur les trois services transversaux (Services de nuit, administratifs, généraux) et ses trois collègues se répartissant les équipes socio-éducatives et soignantes des quatre établissements et services. Cette répartition du travail suppose des outils de communication et une coordination efficace des différentes équipes. Je développerai ce point dans le chapitre 3.paragraphe 2.2. Il s'agit de formaliser et d'encadrer les nouvelles pratiques mises en place au coup par coup depuis la création du pôle. Cette officialisation du fonctionnement des équipes permettra une plus grande lisibilité de leur organisation et une meilleure reconnaissance des fonctions de chacun. Il faudra rassurer les professionnels sur l'équité et l'adéquation de la répartition des moyens aux besoins de chaque établissement. Elle s'accompagnera d'une organisation du travail plus encadrée permettant une meilleure efficacité. Pour cela, outre l'aval de la Direction Générale, son appui légitimera mon action et positionnera le pôle comme une entité à part entière du dispositif associatif.

3.1.2.3 Réadapter l'organigramme institutionnel

La formalisation de l'organigramme du pôle conduit inévitablement à réinterroger la construction de l'organigramme institutionnel au regard des changements induits par l'environnement et l'évolution de la structure. La confusion relevée dans mon diagnostic m'amène à privilégier deux priorités pour cette réorganisation : d'une part, différencier le dispositif FAM du dispositif FO, et d'autre part, construire les équipes socio-éducatives en tenant compte des fonctions de chacun. (cf. annexe 13). Dissocier l'entité FAM de l'entité FO a pour objectif de différencier les deux dispositifs en reconnaissant par la même la spécificité des projets de l'un et de l'autre, les populations accueillies et les modalités d'intervention. Je fais le choix de réintégrer les deux coordinateurs « transversaux » au sein des lieux de vie pour faciliter le lien de coordination et homogénéiser le fonctionnement que je détaille ci-dessous.

3.1.2.4 Repositionner les acteurs dans l'organisation

Cette évolution s'appuie sur trois dimensions : d'une part le choix de créer des équipes transversales sur le pôle autour des fonctions administratives, d'entretien et de surveillance des nuits. D'autre part, différencier le FAM amène à recentrer l'exercice des

professionnels soignants sur cette entité (3 AS et 1 IDE) et à mobiliser un ratio d'encadrement (0.88) adapté aux besoins importants d'accompagnement des publics accueillis. Enfin, pour favoriser la pluridisciplinarité exposée dans le projet d'établissement, je propose de recomposer des équipes avec une répartition harmonieuse des professionnels des différentes fonctions socio-éducatives. Chaque équipe de « lieu de vie » serait composée à minima d'un éducateur spécialisé, d'un moniteur éducateur, et d'AMP. Un équilibre du nombre d'hommes et de femmes sera recherché afin de pérenniser le principe d'accompagnement des personnes accueillies par un professionnel du même sexe. La taille des équipes sera aussi équilibrée en fonction du nombre d'utilisateurs mais aussi du projet développé.

Cette nouvelle distribution des groupes professionnels s'accompagne d'un travail de clarification des tâches partagées et spécifiques à chaque profession, ainsi que leur articulation. Les définitions de fonction associatives sont rendues opérantes par une organisation définie à la fois autour d'objectifs communs identifiés (PE) mais aussi de pratiques professionnelles référées aux compétences de ces acteurs. De ce fait, l'organisation de travail dont découle le fonctionnement des lieux de vie sera remaniée afin d'identifier les temps d'accompagnement du quotidien, les temps d'animations collectifs et les temps d'accompagnements individuels précisés dans les PAP

« Un directeur-manager doit être auteur et acteur du changement »⁵⁹. Pour conduire l'institution vers un nouvel équilibre, je dois appliquer un modèle managérial cohérent avec la nouvelle organisation et permettant la mise en œuvre de la politique des ressources humaines associative. Pour réussir cette entreprise, je m'associerai les compétences des chefs de service pour constituer une équipe de direction cohérente et efficace. Leurs délégations clarifiées, nous pourrions repenser ensemble une nouvelle organisation du travail plus adaptée aux besoins de l'institution tout en restant soucieuse des professionnels. Pour cela, l'équipe de direction doit, elle aussi, préciser son organisation. Les délégations des cadres qui la composent et les modalités de concertation et de coordination vont être redéfinies. La distance suscitée par la position d'une direction de pôle doit être associée à une articulation efficace des délégations des chefs de service positionnés sur le management quotidien des établissements. Leurs responsabilités référées aux fiches de fonctions associatives portent sur l'animation et l'encadrement des équipes, l'organisation du travail, la mise en œuvre des prestations déclinées dans le projet d'établissement et la conduite des PAP. Le directeur, par les délégations définies dans son Document Unique de Délégation, assure le pilotage des projets des établissements dans le respect des contraintes réglementaires et des

▪ ⁵⁹ LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, page 135

orientations associatives. Il assume les fonctions d'administration et de gestion des établissements. Il recrute le personnel, met en œuvre, en concertation avec le Directeur Général la GPEC, et exerce un pouvoir disciplinaire à l'exception des licenciements. Il gère les relations avec les instances représentatives du personnel. Il représente l'association et les établissements dans la mise en place de liens de coopération ou la contractualisation de partenariats.

Dans le cadre de cette réorganisation, je répartirai les tâches des chefs de service afin de simplifier les processus décisionnels et de faciliter le repérage des responsabilités par les professionnels. Ce remaniement vise également à positionner chacun des chefs de service en fonction de ses compétences propres. Ainsi, la chef de service recrutée sur la base de compétences en hygiène et sécurité, sera affectée à l'animation et la gestion des trois services transversaux qu'elle articulera en fonction des besoins des trois établissements. Une chef de service sera positionnée sur le pilotage des établissements d'hébergement pour travailleurs handicapés (FH- SAVS), une autre sur les unités d'hébergement du FO et une troisième sur les services spécifiques (FAM, accueil de jour, pavillon passerelle).

Ce système de délégation s'accompagne d'un dispositif de transmission et de coordination, facilité par un réseau informatique partagé.(Agenda –tableau de bord), permettant à chacun de rendre compte de ses actions dans un cadre individuel (entretiens mensuels) et collectif (réunion hebdomadaire)

3.1.3 Améliorer le dispositif de prévention

Mon diagnostic a mis en évidence les faiblesses de la procédure existante qu'il s'agit de renforcer par des mesures correctives. Pour cela, cette évaluation doit être partagée avec l'ensemble des professionnels et permettre d'identifier avec eux les difficultés rencontrées et leurs propositions d'amélioration. Je dégage déjà, trois axes d'amélioration que le prochain bilan semestriel permettra de vérifier.

3.1.3.1 Le signalement

La circulaire du 30/04/2002 demande aux établissements médico-sociaux d'élaborer et de diffuser des protocoles internes précisant les conduites à tenir en cas d'actes de maltraitance. Une réflexion associative a permis d'identifier deux types de situations distinguées par l'appréciation du degré de gravité, la fréquence et la capacité de l'institution à les traiter, d'une part les situations qui feront l'objet d'un signalement externe : cellule maltraitance, procureur. D'autre part, les faits qui déclencheront un signalement plus « local » en interne à l'institution, à l'association, aux familles, et aux représentants légaux systématiquement informés quel que soit la nature des faits.

FICHE ACTION N°1		
AXE 1 : REPOSITIONNER LE CADRE INSTITUTIONNEL		
OBJECTIF 3 : AMELIORER LE DISPOSITIF DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE	ACTEURS	ECHEANCE
<p>Action 1 : Elaborer et diffuser une procédure de signalement des maltraitances et violences institutionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et informer pour identifier et qualifier les faits • Créer des supports de transmission des incidents : Fiches incidents/ plaintes • Mettre en place la procédure associative de signalement • Informer professionnels, les familles, les usagers : 	Pilotes : Equipe de direction	Décembre 2012
<p>Action 2 : Améliorer le recueil des incidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un support de recueil accessible à tous les professionnels • Centraliser les informations : limiter les nombre de supports • Mobiliser les professionnels : information, formation collective • Informer les usagers, les familles, les représentants légaux.. 	Equipe de direction	1 ^{ier} trimestre 2013
<p>Action 3 : Clarifier les modes de traitement des incidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque incident fait l'objet d'un traitement formalisé par écrit • Conduire une réflexion institutionnelle sur la mise à jour et la mise en œuvre du règlement de fonctionnement • Evaluer et améliorer le fonctionnement de la Commission de gestion des conflits • Réaliser une synthèse collective annuelle des incidents • Porter les actions correctives à entreprendre au Plan Pluriannuel de Progrès 	Tout le personnel	1 ^{ier} trimestre 2013
<p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la procédure de signalement • Elaboration d'un outil de recueil des incidents partagé • Connaissance du dispositif par tous les acteurs • Centralisation des informations et exhaustivité de leur recueil • Traçabilité du traitement • Des actions correctives sont mises en place et portées au Plan Pluriannuel de Progrès <p>Indicateur d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la gravité et de la fréquence des incidents 		

Pour conduire ce travail, j'identifie deux phases : tout d'abord, une première d'élaboration d'un support écrit appuyé sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et les supports élaborés par l'association en collaboration avec l'ARS Centre. La procédure interne doit être clarifiée et détailler le cheminement selon les différents cas de figure : signalement par un usager, un professionnel, plainte d'une famille ou d'une personne extérieure à l'établissement.

La seconde phase porte sur l'implication des différents acteurs (professionnels, usagers, familles, représentants légaux) par l'information, la formation pour ce qui

concerne les signalements de maltraitance. L'information prioritaire à diffuser aux professionnels concerne l'obligation de signalement et la protection par la loi de l'auteur de celui-ci. Les usagers et les familles doivent savoir que leurs révélations vont avoir des suites internes et externes car même dans le cas d'un traitement interne, la synthèse annuelle des situations de maltraitance et violences institutionnelles est transmise aux autorités administratives (ARS-CG) et à l'association. Le dispositif téléphonique national doit être porté à leur connaissance et être rendu accessible aux usagers. La diffusion du numéro de la plateforme téléphonique nationale (3977) chargée d'écouter, soutenir et orienter les appelants doit être affichée au sein de l'établissement et s'accompagner d'un accès à un poste téléphonique accessible aux usagers sans l'intervention d'un accompagnateur afin de garantir la liberté d'expression de celui-ci.

3.1.3.2 Le recueil des faits de maltraitance

Au-delà des préconisations détaillées dans le plan d'action, il m'importe que soient défini collectivement des événements identifiés comme « sentinelles » au sein de l'établissement. Pour ne pas surcharger le dispositif institutionnel, je propose que le Comité de pilotage puisse observer dans ses rencontres trimestrielles, le niveau de risque révélé par ses événements sentinelles afin d'orienter ou modifier les actions prioritaires du projet pour apporter des réponses correctives adaptées aux situations.

3.1.3.3 Le traitement

Le traitement des situations s'appuie sur l'écoute, le soin et la protection de la victime le cas échéant. Cela suppose également une attention et un accompagnement de l'auteur de la maltraitance. Dans le cas où il s'agit d'un usager, des actions de soin peuvent être envisagées, ainsi que la suspension de l'accueil dans certaines situations. Dans le cas d'un professionnel mis en cause, on entre dans le cadre disciplinaire qui suppose une sanction proportionnée et juste. Quoiqu'il en soit, la violence exercée au sein de l'institution doit être mise en mots avec les autres professionnels mais aussi les usagers pour permettre l'expression de chacun et un processus de réparation, nécessaire pour « restaurer la capacité à penser et agir des professionnels »⁶⁰

3.2 Mettre en œuvre un management bienveillant

C'est la lecture de l'ouvrage de R Janvier⁶¹ qui m'a conduit à qualifier le management que je souhaite promouvoir de bienveillant. Je l'inscris dans une recherche

⁶⁰ Actes des journées du CREA Rhône Alpes, juin 2004, Le traitement de la maltraitance dans les institutions

⁶¹ JANVIER R, 2011, Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Actions Sociales/ référence, p121

d'équilibre avec les aspects plus techniques et performatifs induits par les contraintes réglementaires et gestionnaires actuelles. Pour ne pas réduire l'acte managérial à l'application de procédures et d'outils, je veux que l'accompagnement des professionnels permette la reconnaissance et le développement de leurs compétences. Cela suppose de se préoccuper de l'avenir professionnel de ses collaborateurs et de se sentir responsable de leurs conditions de travail. Le terme bienveillant s'appuie ici sur la notion d'écoute bienveillante inspirée de la psychologie. Celle-ci ayant pour but de comprendre le point de vue et la position de l'autre et ainsi d'adopter un management situationnel s'appuyant sur la connaissance du profil du collaborateur et les besoins et contraintes de l'institution.

Il s'agit de pouvoir faire un retour objectif et régulier aux professionnels en reconnaissant la valeur ajoutée que peut apporter leur action individuelle articulée à celle du collectif. Ce management repose sur une recherche d'équité plus que d'égalité car prenant en compte les forces et les faiblesses de chacun. Il s'appuie sur l'ambition de rétablir une « capacité collective à bâtir une institution juste où vivre « avec et pour les autres » »⁶² visant à inscrire les professionnels dans une coresponsabilité à l'égard des services rendus aux usagers.

3.2.1 Améliorer les conditions de travail

Cette fiche action réalisée en concertation avec les chefs de service suppose la consultation des délégués du personnel pour la construction d'un nouveau cycle de travail. Celui-ci devra être validé par le directeur général qui le soumettra à l'avis du Comité d'Entreprise.

3.2.1.1 Repenser les rythmes de travail

L'observation montre des ratios d'encadrement très insuffisants les weekends et certaines semaines de congés, en particulier autour de fêtes de fin d'année. Cette situation crée une surcharge de travail préjudiciable aux personnels et conditionne la qualité de l'accompagnement voire la sécurité en matière d'attention et de vigilance exercée sur le groupe. Les cycles de travail de quatre semaines sont très irréguliers, les personnes n'ayant ni des jours de repos fixes d'une semaine à l'autre, ni des jours de travail (matin, soir) fixes ce qui augmente la pénibilité du travail d'internat, et la difficulté à organiser vie professionnelle et personnelle. Je souhaite donc confier le remaniement des cycles de travail aux chefs de service qui vont consulter la commission d'organisation du travail créée par la direction précédente. Ce groupe de travail composé des délégués du personnel et de représentants des différents groupes professionnels animés par le

⁶² JANVIER R, 2011, Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Actions Sociales/ référence, p121

directeur est une instance participative où les personnels sont associés aux décisions concernant l'élaboration des plannings, la planification des congés.

FICHE ACTION N°2		
AXE 2 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS		
OBJECTIF 3 : AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL	ACTEURS	ECHEANCE
<p>Action 1 : Réaménager les rythmes de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affiner l'analyse des besoins : Réaliser les statistiques annuelles de présence des résidents • Harmoniser les taux d'encadrement sur les 7 jours de la semaine • Consulter les IRP pour réaménager le cycle de travail • Améliorer la régulation des horaires 	<p>Chefs de service</p> <p>Directrice</p>	<p>Travail de mars à juin 2013</p> <p>Mise en place Septembre 2013</p>
<p>Action 2 : Améliorer la gestion des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la répartition des congés en tenant compte des besoins • Améliorer la répartition des transferts dans l'année • Etudier la possibilité d'une mutualisation du pôle par une gestion partagée des remplacements 	<p>Chefs de service</p> <p>Directrice</p>	<p>Travail de mars à juin 2013</p> <p>Mise en place Janvier 2013</p>
<p>Action 3 : Evaluer les risques professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les modalités de la démarche avec le Directeur Général pour mobiliser la personne ressource du siège • Informer et mobiliser le CHSCT • Solliciter le médecin du travail • Mobiliser la Commission d'Organisation du travail pour l'évaluation • Rédiger le DUER et faire valider à la DG • Définir le Plan de prévention annuel 	<p>Equipe de direction</p> <p>CHSCT</p> <p>DG</p> <p>Commission Organisation du Travail</p>	<p>Septembre 2013</p>
<p>Critères d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DUER mis à jour annuellement • Planification et mise en place des achats d'aides techniques facilitant la manutention des professionnels <p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régularité des ratios d'encadrement et adaptation aux besoins des usagers • Stabilisation du taux d'absentéisme autour d'un seuil de 5 à 7 % 		

Une meilleure organisation du travail devrait limiter le recours excessif aux modulations horaires et à la flexibilité source de fatigue pour les professionnels et d'erreurs en matière de gestion des horaires. Cette instabilité du système empêchant par la même la régularité des activités et des actions mises en place, est également source d'instabilité et d'insécurité pour les usagers qui ne peuvent se repérer sur la présence des uns et des autres.

3.2.1.2 Stabiliser l'organisation par une meilleure anticipation des besoins

Comme dans toute entreprise, la planification des congés revêt une importance majeure pour les professionnels. La particularité de l'établissement est non seulement qu'il accueille un public dépendant de la continuité de l'accompagnement mais aussi qu'il n'a aucune période de fermeture. Les professionnels du FDV bénéficient des 5 semaines de congés payés auxquelles s'ajoutent 87 heures de congés associatifs à répartir en trois périodes et de potentiels congés d'ancienneté (entre 5 ans et 15 ans) correspondants à 15 à 46 heures annuels. Jusque-là, la répartition des congés se faisait sur des périodes définies du calendrier (périodes scolaires). Le directeur préférait que le service ne soit perturbé que quelques semaines dans l'année plutôt que tout au long de celle-ci. Il refusait ainsi les congés hors périodes définies. Au regard des données sur la présence des usagers, cette organisation ne me semble plus opérante. Les résidents vieillissant, leurs familles aussi, les sorties se font plus rares et plus courtes d'où la nécessité d'un ratio d'encadrement stable. Je souhaite donc missionner les chefs de service pour qu'elles définissent le nombre de personnels nécessaires à l'accompagnement des usagers chaque semaine de l'année et qu'elles s'appuient sur ce constat pour organiser la répartition des congés possibles tout au long de l'année. A cette évolution, s'ajoute la contrainte économique qui réduit la possibilité de financements de remplacements saisonniers par exemple. La répartition des congés sur des plages plus larges devrait permettre une rotation limitant le recours aux remplacements saisonniers.

L'établissement organise une dizaine de séjours nommés transferts, encadrés par des professionnels. Cette organisation très couteuse en matière de temps de travail suppose des temps de récupération importants des professionnels après les séjours. Ces séjours réduisent les ratios d'encadrement à la fois pendant le transfert mais aussi la période qui suit. Répartir de façon plus harmonieuse ses séjours (maximum un par mois), réduire leur durée (3 à 5 jours) et plus anticiper leur organisation permettra de moins pénaliser l'activité ordinaire de l'établissement pendant la durée de ces séjours.

Améliorer la gestion des remplacements peut également se faire par la mutualisation des moyens du pôle des hébergements. En effet, le groupe professionnel étant plus important, il permettra une plus grande souplesse de régulation pour ce qui concerne les services transversaux. Des coopérations peuvent également être envisagées au niveau des équipes socio-éducatives. Le cas échéant, j'étudierai la possibilité de recruter un personnel remplaçant au niveau du pôle qui pourrait ainsi intervenir sur les différentes structures. La faisabilité de cette hypothèse est à vérifier auprès des chefs de service du pôle qui devront identifier et anticiper leurs besoins et à valider auprès de la direction générale.

3.2.1.3 Evaluer les risques professionnels

La prévention des risques professionnels constitue un enjeu fort dans le secteur social et médico-social. Le climat social dégradé, la démobilité, l'absentéisme, interrogent la prise en compte des facteurs de risques psycho-sociaux. Ceux-ci résident à la fois dans l'activité même de l'accompagnement de personnes en difficultés et dans l'évolution du secteur où l'on observe une « dislocation des appartenances liées au métier », la référence étant portée sur l'emploi plus que sur la qualification. Les modes de management évoluent vers un accroissement du formalisme et du contrôle peu développé jusqu'alors. La responsabilité de déterminer des mesures de prévention incombe à l'employeur et les instances représentatives du personnel doivent être associées à la mise en œuvre de ces mesures.

Je tiens donc à inclure la prévention des risques psycho-sociaux, pressentis au travers de mon diagnostic, au sein d'une démarche globale d'évaluation des risques professionnels. Cette démarche n'ayant pas été mise à jour depuis 2006, il importe que l'établissement réponde à ses obligations et puisse actualiser ses facteurs de risque entre autre, ceux liés à l'augmentation de la dépendance des usagers (augmentation des gestes de manutention). Pour conduire cette démarche, je m'appuierai sur la personne ressource en matière de gestion des risques professionnels positionnée au siège de l'association. J'associerai le CHSCT à ma démarche et solliciterai l'avis du médecin du travail affecté depuis l'ouverture à l'établissement dont il connaît bien les membres, les locaux et les usagers. L'évaluation des risques est une démarche collective à laquelle il est primordial d'associer les salariés qui connaissent le mieux les situations de travail. La commission d'organisation du travail est l'instance interne la plus pertinente à mobiliser sur la conduite de cette évaluation concertée. De la rédaction du DUER découlera un programme annuel de prévention des risques intégré au Plan Pluriannuel de Progrès. Je délèguerai à la chef de service, formée et sensibilisée aux questions d'hygiène et de sécurité le suivi de celui-ci. L'évaluation de cette action se fera à l'occasion d'une part des visites du CHSCT, d'autre part lors de la mise à jour annuelle du DUER.

3.2.2 Apaiser le climat social

Améliorer les relations au sein de l'établissement s'appuie à la fois sur un système de communication et de circulation de l'information formalisé mais aussi sur un système relationnel informel.

3.2.2.1 Accompagner et soutenir les professionnels

La mise en œuvre d'un management bienveillant repose sur un accompagnement des professionnels de proximité. Celui-ci s'exerce en premier lieu par les chefs de service que je veux mobiliser sur cet aspect.

Accueillir : l'équipe de direction portera prioritairement son attention sur l'accueil des nouveaux professionnels et leur accompagnement dans l'emploi. En effet, je constate qu'aucune procédure ne formalise la prise de fonction des nouveaux salariés. Cette démarche débutera par une réflexion en équipe de direction sur les modalités de cet accueil : présentation de la structure, des axes forts du projet d'établissement, remise du livret d'accueil, commentaire de la fiche de fonction... Puis il s'agira de définir la procédure d'accompagnement dans les premiers jours à mi-parcours de la période d'essai, à la fin de celle-ci ...

Dans un second temps, il serait pertinent d'associer les professionnels à cette réflexion pour identifier les besoins/attentes qu'ils ont pu ressentir lors de leur prise de fonction ou de celle des collègues. Je proposerai un accueil avec une forme de tutorat par un salarié plus ancien qui l'accompagnera à la fois à la découverte du fonctionnement quotidien et aussi dans sa rencontre avec les résidents et l'ensemble de ses collègues. Je pense intéressant de remettre en place la lecture commentée annuelle du projet d'établissement avec les stagiaires et derniers salariés arrivés par le directeur et quelques professionnels ayant une ancienneté dans l'établissement afin de s'assurer de sa compréhension mais aussi de permettre une transmission des savoirs faire et savoirs être institutionnels.

Reconnaître : Je demanderai aux chefs de service de développer une proximité avec les équipes basée sur le partage des observations quotidiennes. Ces échanges permettront une forme de reconnaissance des professionnels, ainsi entendus et compris dans l'exercice de leur fonction. Les difficultés rencontrées et les compétences mises en œuvre pourront faire l'objet de régulation en réunion d'équipes et de valorisation dans le cadre collectif ou individuel. Cette implication au plus près des équipes leur permettra aussi de ressentir la qualité du climat de travail et de prévenir des tensions éventuelles.

Valoriser : Même si les études montrent que la rémunération n'est pas le facteur de reconnaissance le plus efficace, il n'en demeure pas moins que la qualité de l'engagement des professionnels ne fait pas l'objet d'une valorisation pécuniaire. Le travail en équipe donne également le sentiment que les compétences individuelles mises en œuvre sont noyées au sein du collectif. C'est pourquoi, l'identification des savoir-faire et savoir-être collectifs lors des réunions d'équipe par exemple stimule la dynamique de groupe. Cependant, cette valorisation ne suffit pas, chaque individu a besoin aussi d'être reconnu individuellement ce qui peut être fait non seulement lors des entretiens annuels mais aussi par la délégation de missions ponctuelles ou de projets spécifiques qui valorisent les individus par rapport à leurs compétences propres.

3.2.2.2 Repenser les modalités de circulation de l'information

Il existe dans l'institution de nombreux outils de communication et de transmission, onze cahiers journaliers de transmission, des cahiers de sorties, d'activités dont le contenu sibyllin informe peu sur la dynamique des lieux de vie et l'accompagnement des usagers. Leur lecture est validée quotidiennement par les chefs de service. Pourtant, la tradition de transmission orale s'impose à celle de la trace écrite. Les professionnels semblent particulièrement réticents à l'idée d'une trace écrite qui interroge les questions de discrétion et de secret professionnel. Lors de l'arrivée des nouveaux personnels, on constate un écart entre l'importance et la grande facilité d'accès aux supports écrits institutionnels et à contrario la difficulté d'accès aux informations sur les modalités d'accompagnement des usagers. Celles-ci se transmettent bien plus oralement avec tous les risques d'altération du message, que par écrit. Il me semble donc nécessaire de développer une culture de l'écrit professionnel complémentaire à la transmission verbale.

Les temps de transmission ne sont pas formalisés pour preuve, il n'existe aucun temps de croisement entre les équipes de nuit et celles de jours que ce soit le soir ou le matin. Seuls les salariés volontaires prennent sur leur temps personnel pour échanger. De la même façon, aucun service n'a de système de transmission formalisé, celui-ci est donc à l'appréciation des personnels. Je vais donc mandater les chefs de service pour organiser ces temps et mobiliser les équipes autour de l'importance de la circulation de la parole. Ces temps, après une période d'accompagnement des chefs de service seront gérés de façon autonome par les équipes, les cadres pouvant s'y associer en fonction des nécessités ou sur sollicitation des équipes.

3.2.2.3 Optimiser le dispositif de réunion

Le directeur précédent a fortement mis l'accent sur sa volonté de faire circuler la parole et de réguler les pratiques et les interactions entre les personnels et les résidents par le biais des instances d'échanges et de concertation que sont les réunions⁶³. Cette intensification se traduit par une planification dense et régulière permettant à l'ensemble des personnels de l'institution de bénéficier d'un espace de parole mais favorisant également des rencontres entre les personnels de groupes professionnels différents. Pourtant, ces moyens mis à disposition des personnels ne semblent pas remplir complètement leur fonction comme en témoigne la désertion des professionnels ou l'insatisfaction des chefs de service quant à la participation de ceux-ci. La complexité du dispositif liée à leur nombre, au découpage de certaines questions : trois réunions abordent la question des repas : réunion d'équipe cuisine mensuelle, la commission restauration (mensuelle avec des usagers et différents professionnels) et la commission alimentation (trimestrielle avec

⁶³Annexe 14 Dispositif des réunions mis en place en 2010

un médecin, un diététicien, une infirmière et personnels de cuisine et éducatifs) désorientent les professionnels. Parmi les dysfonctionnements repérés, j'ai pu identifier l'absence de formalisme de leur animation : pas d'ordre du jour, absence de comptes-rendus, présence des personnels « autogérée » en fonction des contraintes du service. Les chefs de service n'ayant pas de définition claire de leurs délégations reconnaissent être souvent en difficulté pour arrêter des décisions lors des réunions. Cette situation amène une perte de sens de ces lieux de concertation et de coordination. Je vais donc remanier l'organisation des réunions et en formaliser le déroulement afin de pouvoir en avoir une lisibilité au-delà de ma présence. Je mandate donc les chefs de service pour repenser leur animation au travers de ces préconisations. Je compte les soutenir en validant avec eux leurs objectifs de réunion et en précisant si besoin la marge de manœuvre que je leur laisse pour prendre des décisions selon les sujets traités.

J'ai élaboré une grille de réunion simplifiée⁶⁴, moins chronophage qui laisse place à l'organisation de temps exceptionnels de coordination et de concertation selon les besoins (Commission admission, organisation du travail..). Je me réserve la possibilité d'intervenir au sein des réunions de service de façon ponctuelle sur sollicitation des chefs de service ou pour engager de nouveaux projets.

3.2.2.4 Redonner sa place à l'analyse des pratiques

L'analyse des pratiques a été mise en place au sein de l'établissement en 2008 à la demande des équipes lors d'un bilan semestriel. La première organisation prévoyait la participation de tous les professionnels d'accompagnement alternativement par groupes de douze professionnels issus d'équipes différentes. La désaffection de ces temps a conduit l'intervenante extérieure à proposer une adhésion sur le principe du volontariat. A ce jour, ce temps ne bénéficie plus qu'à un seul groupe de huit professionnels très investis. Pour autant, le fait que ce travail n'implique que huit professionnels sur une équipe de quarante personnes interroge la portée de la démarche. L'analyse des pratiques participe à développer une posture réflexive chez les professionnels permettant de verbaliser leur expérience, de confronter leur pratique au regard du groupe, de prendre de la hauteur. Ils pourront alors se détacher de la difficulté des situations que vivent les personnes qu'ils accompagnent, pour redonner du sens à ce qui est vécu. Si ce qu'ils n'arrivent pas à faire renvoie aux professionnels un sentiment d'incompétence. La recherche de compréhension leur permet de rendre plus efficace leur action. Il me faut donc interroger le cadre de cette intervention pour lever les résistances à ce travail

⁶⁴ Annexe 15 Dispositif des réunions mis en place en 2012

indispensable pour garantir un accompagnement respectueux des intérêts des usagers et soutenant pour les professionnels.

3.2.3 Développer le professionnalisme des équipes

3.2.3.1 Mise en place de la politique de GPEC

Comme je l'ai exposé plus haut, l'association a défini en 2011 les modalités de mises en œuvre de la GPEC. Il m'appartient donc de porter ces actions au sein de l'établissement. Pour cela, j'initierai la démarche par la conduite des entretiens annuels qui ont lieu chaque année en novembre. La répartition de ceux-ci avec les chefs de service me permettra d'approfondir ma connaissance des professionnels de leurs attentes en matière de formation et d'accompagnement dans leur fonction. A la suite de ceux-ci, je pourrai rédiger une synthèse des demandes de formation et une cartographie des compétences individuelles repérées au sein du foyer. Ces éléments me permettront de bâtir un plan de formation pluriannuel articulant les demandes individuelles et collectives des salariés et les besoins de formations identifiés dans le plan d'action. Ces éléments seront transmis à la direction générale pour qu'elle puisse les intégrer au plan de formation associatif qui permet de hiérarchiser et mutualiser certaines actions de formation.

La mobilité, encouragée sur le plan associatif est abordée dans le cadre des entretiens annuels d'appréciation. Celle-ci est simplifiée au niveau du pôle des hébergements car les contrats de travail ont fait l'objet d'un avenant identifiant le pôle des hébergements comme lieu de rattachement permettant ainsi aux professionnels de muter sur un autre établissement sans nécessité de modifier le contrat de travail. Les nouveaux contrats de travail (2011) comprennent maintenant une clause de mobilité au sein des services et établissements de l'association.

3.2.3.2 Développer la formation collective

L'établissement a principalement orienté l'effort de formation depuis douze ans sur la formation individuelle qualifiante, réservant les actions collectives aux formations obligatoires : Secourisme du travail, sécurité... L'ensemble des professionnels étant qualifiés, je pense revoir cette orientation pour mettre la priorité sur des actions collectives référées aux besoins de l'institution pour améliorer sa qualité d'accompagnement et permettre aux professionnels de s'adapter aux évolutions du public. Des formations sur la maltraitance, l'accompagnement de personnes vieillissantes, la fin de vie, mais aussi la manutention de personnes dépendantes seront programmées selon les moyens disponibles.

3.2.3.3 Favoriser le partage d'expérience

Parce qu'une dynamique collective ne peut pas s'élaborer que sur ses failles et ses difficultés, il me semble primordial de fédérer l'équipe autour d'une mise en commun des expériences positives, des compétences et des savoirs acquis par chacun de ses membres. Lorsque la situation de crise institutionnelle sera dépassée, je compte engager le foyer dans une dynamique « d'organisation apprenante » au sens où le développement des compétences s'appuiera non seulement sur la formation, mais aussi sur des situations « rendues professionnalisantes »⁶⁵ comme le tutorat, les stages, les rencontres professionnelles. Pour cela, des stages inter-établissements avec d'autres foyers de l'association seront organisés, afin de favoriser le partage d'expérience et la mutualisation des compétences. Je vais également inciter les professionnels à s'inscrire dans les groupes de travail comme ceux du CREA FAM/MAS, Hébergement, séjours temporaires ce qui leur permettra d'opérer un recul sur leurs pratiques, et les engagera dans une démarche réflexive partagée avec d'autres professionnels du secteur. Je compte sur la stimulation et la valorisation apportée par ce type d'expérience pour entretenir une dynamique chez les professionnels. Ayant constaté le renouvellement d'une partie du personnel éducatif, dans les cinq ans à venir, je prévois d'engager ces professionnels expérimentés dans une démarche de tutorat permettant une transmission des savoirs acquis auprès des usagers de l'établissement valorisant leur expérience au profit du soutien des nouveaux professionnels.

3.3 Développer des pratiques bientraitantes

3.3.1 Promouvoir l'autonomie des personnes accueillies

L'autonomie est entendue ici comme la capacité, le droit de la personne de choisir elle-même de sa conduite. « Dans le cas des personnes vulnérables, l'autonomie doit être comprise en termes non seulement de capacité d'action, mais aussi et surtout de vocation de chacun à être respecté dans sa personne, ses habitudes, sa liberté de choix, sa parole, ses rythmes et son besoin de communication »⁶⁶. Le premier axe de mon plan d'action pour des pratiques bientraitantes prévoit de déployer les outils permettant aux usagers d'exercer leurs choix et de les exprimer.

⁶⁵ LE BOTERF :« Construire les compétences individuelles et collectives »,Editions d'Organisation in LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, Collection action Sociale

⁶⁶ FABRE B, 2012, *La maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : La comprendre et la prévenir par le management institutionnel*, Intervention ITS Tours du 03/07/2012.

3.3.1.1 Améliorer et mettre à jour les outils de la loi 2002-2

Les outils inhérents à la Loi 2002-2 par leur visée de respect des droits de la personne, concourent à l'autonomie de la personne en rétablissant un équilibre dans la relation dissymétrique avec les professionnels et en réduisant l'emprise de l'institution. Mon intention est donc de revisiter ces outils afin de les actualiser et de les adapter.

Lors de la mise à jour du livret d'accueil, j'ajouterais une information sur la maltraitance et les modalités de signalement. Sa distribution doit être rendue systématique à chaque admission y compris en séjour temporaire.

Mon attention se portera plus avant sur la question du contrat de séjour. La question qui se pose est l'articulation entre une procédure associative uniformisée et le souci de respecter l'esprit du texte de loi qui préconise par ce biais une contractualisation de la relation singulière entre l'institution et le bénéficiaire.

3.3.1.2 Développer la participation des usagers

Beaucoup d'actions existent et ont été engagées par l'établissement pour favoriser et solliciter la participation des personnes accueillies. Pour les soutenir dans le futur, je veux renforcer l'action du C.V.S, par un accompagnement des usagers dans leur rôle de représentant du C.V.S. Je vais donc solliciter les personnels élus aux CVS mais aussi les référents de ces personnes pour qu'ils soient aidés dans leur collecte des avis de leurs co-résidents et dans leur expression lors des réunions par des supports visuels mais aussi une aide à la formulation.

Développer la participation des usagers c'est leur donner un accès à l'information en développant des modalités et des outils d'information et de communication adaptés comme l'usage de pictogrammes, de supports photos facilitant la compréhension de tous. Qu'elle porte sur le quotidien, les loisirs, la santé, la vie affective et sexuelle... la recherche du consentement éclairé doit s'inscrire comme un automatisme dans l'accompagnement des personnes. Inscrire le fonctionnement institutionnel dans une démarche démocratique, c'est aussi garantir le statut de citoyen de ses usagers. Elle doit pouvoir intervenir tant sur les choix individuels (citoyenneté individuelle) que sur les choix collectifs (citoyenneté collective). Il faut donc repenser des lieux d'expression afin qu'ils permettent de solliciter l'avis de tous sur des questions communes. Reconnaître le statut des personnes que nous accueillons c'est mettre la primauté sur les choix qu'ils expriment concernant les conditions de leur existence. Ainsi, je vais formaliser et développer les groupes d'expression sur chaque lieux de vie animés par les professionnels afin qu'ils recueillent leur parole mais aussi les impliquent dans les choix quotidiens de fonctionnement.

Enfin, l'enquête de satisfaction élaborée à leur attention n'a pas été reconduite depuis 2007, il me semble pertinent de l'inscrire dans une fréquence régulière permettant

d'approcher leur vision des prestations qui leur sont destinées. Là encore, je tiens à ce que les axes d'appréciation soient portés au Plan pluriannuel de progrès.

3.3.1.3 Impliquer les familles et les représentants légaux

L'implication des familles et des représentants légaux dans les moments où le consentement éclairé est sollicité pour des orientations de l'accompagnement garantit la limitation de l'emprise de l'institution sur l'usager. S'inscrire dans une relation triangulaire avec l'usager et son entourage évite qu'il ne soit enfermé dans une relation le privant de toute liberté de choix avec l'un ou l'autre. Les familles et les représentants légaux sont donc associés à la procédure PAP mais aussi sur le plan plus collectif ils sont représentés au CVS et au comité de suivi. Je compte aussi programmer dans un second temps une nouvelle enquête de satisfaction auprès des familles et des représentants légaux, la dernière ayant eu lieu en 2005. Le projet d'établissement prévoyant des évaluations espacées d'un an à deux ans chacune (usagers, familles, professionnels, interne ...), je veux réinscrire la démarche dans la planification initialement prévue.

3.3.2 Développer la personnalisation de l'accompagnement

La personnalisation de l'accompagnement au foyer s'appuie sur trois dimensions d'une part « limiter les freins à la personnalisation inhérents à la vie en collectivité »⁶⁷, d'autre part donner les moyens d'une co-construction du PAP et enfin développer des projets en adéquation avec les besoins des personnes accueillies. La mise en œuvre de cet axe du plan d'action sera déléguée à la psychologue et à un éducateur spécialisé.

3.3.2.1 Recomposer les groupes de vie

Différencier l'unité FAM, permettra d'affecter à l'accompagnement de ce public, les trois aides-soignantes pour répondre aux besoins de soin reconnus. Ces postes financés par l'ARS ainsi que celui de l'infirmière permettent de déployer des projets de soins adaptés. L'infirmière sera sollicitée pour contribuer aux liens de coopération avec les partenaires de soins locaux permettant de contractualiser par la suite des partenariats enrichissants la prestation du FAM. Le ratio d'encadrement sera volontairement supérieur aux autres services afin de permettre une prise en compte des besoins d'accompagnement liés à la dépendance de ce public.

Dans les faits, une unité accueille déjà six personnes du FAM, il sera donc nécessaire de mobiliser et faire déménager trois autres personnes sur ce service de neuf places en rez-de-chaussée. L'adhésion des usagers devrait être assez simple à obtenir

⁶⁷ ANESM, 2008, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, Paris

car, la plupart sont en attente d'une place sur ce lieu de vie attractif, par sa petite taille, pour les personnes désireuses de calme.

FICHE ACTION N°3		
AXE 3 : PROMOUVOIR DES PRATIQUES BIEN TRAITANTES		
OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	ACTEURS	ECHEANCE
<p>Action 1 : Recomposer les groupes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Différencier une unité de vie FAM • Recomposer les lieux de vie FO selon les rythmes de vie • Réadapter l'organisation du quotidien aux besoins des usagers 	Equipe de direction Equipes socio-éducatives	Septembre 2013
<p>Action 2 : Optimiser la mise en œuvre des PAP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par une programmation annualisée des PAP • En instaurant une coordination des PAP par les ES • En instaurant un système de co-référence (ES-AMP/ME-AMP) • En retravaillant les modalités de consultation du résident • Par un meilleur contrôle et accompagnement des chefs de service • En améliorant l'accès, la diffusion et le suivi des PAP finalisés 	Equipe de direction Equipes socio-éducatives	Avril-juin 2013
<p>Action 3 : Organiser les actions collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier des temps d'animation propres à chaque lieu de vie • Définir des temps d'animation transversaux aux lieux de vie • Nommer des coordinateurs d'animation ME • Recenser les attentes des résidents et les propositions du personnel (externe /interne) • Adosser les plannings d'animation aux plannings du personnel • Créer une organisation permettant au résident de repérer et choisir les animations • Veiller à la traçabilité des animations organisées 	Chefs de service Equipes socio-éducatives	Janvier – Mars 2013
<p>Critères d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action 1 : Recomposition effective des groupes et adhésion des usagers • Action 2 : Tableau de bord de suivi des PAP, fréquence des renouvellements • Action 3 : Tableau d'organisation des animations lisible, animations régulières • Enquête de satisfaction des usagers 		

La recomposition des autres services risque d'être plus complexe du fait des habitudes acquises, il faudra proposer un programme véritablement attrayant pour convaincre. Les critères de différenciation seront élaborés en équipe à partir des

habitudes de vie des uns et des autres (rythmes, autonomie) afin que le fonctionnement proposé corresponde au plus grand nombre. Une priorité sera donnée aux personnes à mobilité réduite pour les chambres de l'unité de vie en rez-de-chaussée. En aucun cas, une personne ne sera « déménagée » sans son consentement. Pour autant, l'insatisfaction exprimée par les résidents en matière de dynamique collective peut laisser espérer une adhésion d'une partie d'entre eux.

3.3.2.2 Optimiser la mise en œuvre des PAP

Pour optimiser la procédure rénovée en 2010, en faciliter la mise en œuvre et l'appropriation par les professionnels, je veux non seulement améliorer la gestion des PAP et leur suivi mais aussi mettre en place une double référence. Ainsi les éducateurs spécialisés répartis sur chaque unité de vie auront pour mission la coordination des différents PAP, en veillant à l'articulation du projet collectif de l'unité de vie avec ceux-ci. Ils seront chargés, à partir du calendrier élaboré par les chefs de service, d'organiser les rendez-vous des différents participants aux PAP et de la diffusion de celui-ci après validation par les différentes parties. Chaque résident bénéficiera d'une double référence AMP et éducateur ou AMP et moniteur-éducateur permettant ainsi de soutenir les AMP dans la formalisation et la conduite du projet de la personne. J'inviterai également les équipes à réfléchir à une adaptation de la démarche de consultation du résident estimée trop complexe ou inadaptée.

3.3.2.3 Organiser les actions collectives

Je retiens l'idée de développer un programme d'animation permettant à chaque usager de trouver des activités correspondant à ses capacités, ses besoins et ses envies, support à la personnalisation de son accompagnement. Ces actions devront non seulement être développées à l'extérieur comme par le passé mais aussi en interne pour permettre l'accès à des animations aux personnes les plus dépendantes, par exemple. Cette nouvelle dynamique d'animation sera portée par les moniteurs –éducateurs et les animateurs, coordinateurs de ces actions pour chaque lieu de vie. Lors de la réunion de coordination mensuelle animée par le chef de service, ils coordonneront et planifieront l'animation des activités transversales pour le mois.

3.3.3 Diversifier les modes d'accompagnement

3.3.3.1 Développer des projets spécifiques pour des publics ciblés

Je veux que l'établissement développe une expertise des publics correspondant à son agrément. Pour cela, une fois le cadre institutionnel repositionné, les projets personnalisés réactivés et le projet d'accompagnement collectif repensé, j'engagerai une réflexion sur les actions à développer en destination des publics présentant des besoins

insuffisamment pris en compte par le projet d'accompagnement actuel. Je m'appuie pour cela sur le rapport de l'évaluation interne précisant la nécessité de développer une meilleure connaissance des publics accueillis et de déployer des modalités d'accompagnement adaptées à leur spécificité. Mon diagnostic faisait apparaître que les difficultés de prise en compte des besoins concernaient trois principaux groupes d'utilisateurs :

D'une part, les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles, il s'avère nécessaire d'adapter les rythmes d'accompagnement mais aussi de proposer d'autres formes de mobilisation. Elles doivent être accompagnées dans leur processus de vieillissement sans le nier ni même les y « abandonner ». Cela, suppose une formation des personnels mais aussi comme le recommandait l'ARS, dans son arrêté d'ouverture des lits de FAM, des relations de coopérations avec des associations, des structures accompagnant des personnes âgées dépendantes.

D'autre part, nous avons évoqué l'augmentation de personnes souffrant de handicaps psychiques, la proximité avec le secteur psychiatrique doit nous permettre d'élaborer des modalités d'accompagnement à visée thérapeutique leur permettant de conserver leur équilibre psychique dans le FDV. Pour cela, il nous faut penser des temps d'écoute et de parole, un lieu d'apaisement lors de moments d'angoisse ou de tension, des possibilités d'ateliers thérapeutiques rendus possibles par le budget « intervenants extérieurs » du FAM destiné à des vacations de différents thérapeutes comme l'art-thérapie par exemple.

Enfin, l'accompagnement des personnes présentant des TED est rendu difficilement personnalisable car ces dernières ne sont pas accessibles aux animations proposées ou angoissées par la dynamique collective. Il s'agit donc, de construire des projets permettant des temps d'accompagnements individuels ou en petits groupes autour d'activités apaisantes et contenant (balnéo, espace Snoezelen, percussions..) dont les effets positifs sur les personnes atteintes de handicaps mentaux sévères et d'autisme profond sont connus parce qu'elles permettent d'entrer en communication par le corps. Là encore, mettre en place de telles actions suppose de former le personnel et de recourir au partenariat avec d'autres structures, associations expertes avec lesquels construire des échanges et partages d'expérience.

FICHE ACTION N°4		
AXE 3 : PROMOUVOIR DES PRATIQUES BIEN TRAITANTES		
OBJECTIF 3 : DIVERSIFIER LA PRISE EN CHARGE	ACTEURS	ECHEANCE
<p>Action 1 : Développer des projets spécifiques pour des publics ciblés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes • Proposer des actions à visée thérapeutique à l'attention des personnes souffrant de handicaps psychiques • Proposer des animations adaptées aux personnes souffrant de TED 	Equipes de soin Et socio-éducatives	2014
<p>Action 2 : Développer et formaliser les partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec le secteur psychiatrique (UHP, UAP, CATTP, CMPA) • Avec l'hôpital local • Avec des acteurs du secteur personnes âgées (EHPAD, SSIAD) • Avec les acteurs du secteur médico-social (ESAT, MAS, FDV, FH,..) 	Equipe de direction	Premier semestre 2013
<p>Critères d'évaluation :</p> <p>Action 1 Développement d'animations adaptées Formation de professionnels aux spécificités du public</p> <p>Action 2 : Elaboration de PAP en coopérations Existence de relations et de coopérations Formalisation de conventions</p>		

3.3.3.2 Développer le partenariat

Selon la définition officielle le partenariat est une « Coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes (financement, personnel,...) permet de réaliser un projet commun.»⁶⁸. Unir les compétences, s'associer des ressources extérieures et mutualiser les moyens, est devenu une nécessité pour assurer un accompagnement de qualité pour l'utilisateur. Le partenariat entre institutions promu par les politiques publiques, se décline selon différentes formes, et, avec des acteurs dotés de pouvoirs variables, animés de logiques ou de motivations différentes, il nécessite des règles de fonctionnement et une méthodologie.

Développer les partenariats : D'un point de vue méthodologique, l'identification des besoins en terme de partenariat s'origine, pour moi, dans l'élaboration des PAP qui révèlent les besoins des personnes accueillies, mobilisent les ressources de

⁶⁸ Commission de terminologie et de néologie du domaine social, Ministère de l'emploi et de la solidarité

l'établissement pour y répondre et de ce fait mettent en évidence les besoins non couverts par les prestations institutionnelles. Ainsi, le projet partenarial peut-il être adossé à la démarche du PAP. Il vient prolonger les limites institutionnelles et enrichir les pratiques contribuant ainsi à une démarche de bienveillance. A ce jour, des besoins identifiés doivent faire l'objet de démarches comme la rencontre de l'équipe d'Appui Départemental pour soutenir les professionnels face à la perspective de situations d'accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs. D'autres rapprochements doivent être opérés, pour aider à l'accompagnement de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, des unités gériatriques spécialisés ou des EHPAD par exemple.

Formaliser les démarches de partenariat : La contractualisation du partenariat permet de formaliser les liens de coopération. Ceux-ci, s'inscrivent dans une relation réciproque conclue autour d'engagements mutuels et de règles de fonctionnement. Le partenariat emprunte diverses constructions juridiques qui précisent la participation des partenaires et prévoient les responsabilités, les financements. De ce fait, seuls les directeurs ont la délégation de signature des conventions après validation par la Direction générale qui s'assure de la validité de leurs termes. Pour valoriser les relations partenariales engagées, je m'attacherai dans un premier temps à leur formalisation. Dans un second temps, j'initierai avec les chefs de service des rencontres avec les interlocuteurs institutionnels pouvant nous apporter une aide précieuse dans l'accompagnement des usagers. Cependant, il ne faut pas nier les risques et les difficultés de ce type de relation car le partenariat, démarche volontairement coopérative, implique un degré minimum d'engagement et de confiance réciproque. Ces difficultés relationnelles, logistiques, culturelles reposent sur le fait que les professionnels travaillent dans des contextes et des logiques d'intervention parfois très différentes qui supposent d'être régulées.

En complémentarité avec ces démarches de partenariat, l'établissement continuera à s'appuyer et développer son réseau lui permettant, entre autre, de porter les projets de vie des usagers (exemple réorientation ESAT, MAS, accueils temporaires...).

Conclusion

Le diagnostic que je propose du foyer Les Buissonniers intervient à un moment clé de son histoire. Douze ans après son ouverture, je repère une première phase de création qui correspond aux cinq premières années de vie de l'établissement qui s'est ensuite engagé dans une phase de croissance à partir de 2006. Celle-ci s'est traduite par un développement de l'activité et des prestations intervenu dans un contexte de mutation du secteur médico-social impulsé par des politiques publiques encadrant de plus en plus l'action des établissements. Celles-ci s'inscrivent dans des logiques « économique tout d'abord, celle d'une rationalisation des objectifs et des dépenses, (..), la recherche d'innovation en matière de dispositif, (..) culturelle, ensuite, celle d'une participation sociale accrue des personnes en situation de handicap (;.) ainsi que d'une normalisation des relations entre prestataires et bénéficiaires des services dans un meilleur respect du droit de ces derniers. »⁶⁹.

L'établissement après une courte phase de stabilisation, connaît une période de crise qui met en évidence des « effets pervers de l'institutionnalisation »⁷⁰. Il est caractérisé par un projet et une stratégie flous qui n'encadrent ni ne guident les pratiques professionnelles. Les difficultés de l'équipe cadre à s'adapter aux différentes transformations institutionnelles et organisationnelles et à conduire le projet de l'établissement n'ont pas permis d'accompagner ces changements, mettant ainsi en cause la capacité de l'institution à assumer ses missions. On observe alors une incohérence des pratiques d'encadrement qui se traduisent aussi par une incohérence des accompagnements des usagers par les professionnels. La déliquescence du cadre institutionnel et la faiblesse du management ont favorisé l'émergence de dysfonctionnements et de phénomènes de violences institutionnelles.

Aujourd'hui, les professionnels sont en difficulté comme en témoignent l'augmentation de l'absentéisme, les phénomènes d'usure et de démobilisation. Les mécanismes de régulation institutionnels n'étant plus opérants, l'établissement ne peut garantir des pratiques bienveillantes. Car, les personnes accueillies ne sont plus protégées des risques de la relation dissymétrique qu'ils entretiennent avec les professionnels

-
- ⁶⁹ LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale* Paris, Dunod, Collection action Sociale, p2
 - ⁷⁰ MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes, presses de l'EHESP, p137

Pour engager, une phase de relance, l'objectif de la bientraitance m'est apparu fédérateur et intégrateur dans ce contexte de perte du lien et du sens qui relie les acteurs à leurs missions. Pour exercer celles-ci auprès de personnes vulnérables, les professionnels doivent s'appuyer sur un projet d'établissement porteur de sens. Seules des conditions de travail adaptées et une organisation claire permettront à chacun de retrouver sa place et d'assumer ses responsabilités. Les professionnels ainsi sécurisés pourront être à nouveau mobilisables autour d'un projet d'amélioration du service rendu.

Prendre soin des professionnels, par un management bienveillant reconnaissant le rôle et l'action de chacun mais aussi sécurisant les conditions d'exercices professionnels et régulant les relations constitue un préalable indispensable à des pratiques d'accompagnement bientraitantes. C'est pourquoi, le développement des compétences des professionnels, et des partenariats constituent des principes d'action. Leur finalités portent à la fois, sur le développement et l'amélioration des prestations adressées aux personnes accueillies et l'accompagnement des professionnels dans l'exercice de leurs missions.

Les difficultés du foyer Les Buissonniers m'ont permis d'approcher la complexité de la conduite d'une organisation à forte composante humaine accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité. L'analyse des obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du projet d'établissement alors qu'il émanait d'une élaboration collective, m'a éclairée sur les facteurs de contingence et la nécessaire prise en compte de ceux-ci pour conduire le changement. J'ai également pu mesurer l'impérativité d'une structuration et d'un ordonnancement de la mise en place ainsi qu'une évaluation des actions menées.

J'ai perçu combien le mode de mobilisation des acteurs pesait sur l'efficacité des projets conduits et influençait le climat social au sein de l'établissement. Ma vigilance s'est portée sur les conditions d'un maillage opérant pour maintenir un lien entre le directeur et les acteurs de terrain assurant un va-et-vient entre les lieux de décision et les espaces opérationnels. De ce constat découle, l'importance d'affiner et de préciser ma posture de direction construite à partir de mes expériences professionnelles, de mon éthique personnelle et des responsabilités qui me sont déléguées. Prendre en considération les conditions, les contraintes et les ressources qui conditionnent l'action pour décider de la stratégie de réalisation des objectifs fixés, de la pertinence des méthodes, de l'efficacité des outils participe d'une anticipation des besoins permettant de se donner le temps de la réponse avant que les nouvelles problématiques non traitées ne créent des situations de souffrance pour l'utilisateur. J'ai pu constater combien le défaut d'anticipation faisait souffrir simultanément les équipes, de leur impuissance face à ces nouvelles difficultés. Identifier les nouvelles problématiques et l'évolution des besoins du public par la définition d'indicateurs de veille conditionne l'élaboration d'une offre de service adaptée.

Bibliographie

OUVRAGES LUS

- BARBE L, 2006, *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur médico-social*, Paris, La découverte, Collection Alternatives sociales, 204 p
- CASAGRANDE A, 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne-Difficile bienveillance*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, 199 p
- DUBREUIL Bertrand, 2004, *Le travail de directeur en établissement social et, médico-social-Analyse de la pratique*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, 215 p
- JANVIER R, 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Actions Sociales/ référence, 123 p
- LAPRIE B, MINANA B, 2010, *Engager une politique de bienveillance*, Issy Les Moulineaux, ESF, Collection Les guides Directions, 151p
- LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, 362 p
- MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, 3^{ème} édition*, Rennes, presses de l'EHESP, 143 p
- MIRAMON JM., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Seli Arslan, 186 p

OUVRAGES CONSULTÉS

- AUBERT N., COLL ,2010, 9^{ème} édition, *Management, Aspects humains et organisationnels*, Paris, PUF, Fondamental, 633 p
- BARREYRE JY, BOUQUET B et all, 2006, *Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale*, Bayard, Collection Travail Social, 609 pages
- BATIFOULIER F Dir, 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, Collection guides d'action Sociale, 481 p
- De GALAUJAC V, 2011, *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil, économie humaine 334 pages
- DUBREUIL Bertrand, 2009, *Le professionnalisme en action sociale et, médico-sociale-Des savoirs faire à reconnaître*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, 260 p
- FOUURIAT M, 2007, *Sociologie des organisations, 2^{ème} édition*, Paris, Pearson Education France, 318 p
- FUSTIER P, 2004, *Le travail d'équipe en institution-Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod, Collection action Sociale, 205 p

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

Consultables sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

- ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, St Denis.
- ANESM, 2008, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, Paris,
- ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, St Denis,
- ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Paris
- ANESM, 2008, *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*, Paris,
- ANESM, 2008, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, Paris,
- ANESM, 2010, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, Paris,
- ANESM, 2010, *Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris,
- CNESM, 2006, *L'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médicaux–sociaux*

ETUDES, RAPPORTS, PLANS, COLLOQUES

- Actes conférence bientraitance : Approches du concept sens pour agir objet d'évaluation, 28 mai 2009, CREA PACA-Corse, Aix-en-Provence, Hôpital Montperrin
- Actes des journées du CREA Rhône Alpes, juin 2004, Le traitement de la maltraitance dans les institutions
- BLANC P, sénateur, 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, Rapport au ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille*
- CNSA, Octobre 2010, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes.*
- CONSEIL GENERAL DU LOIRET, 2010, *Loiret 2021 : Un souffle d'avenir durable pour notre territoire départemental*
- CONSEIL GENERAL DU LOIRET, 2004, *Schéma Départemental du Loiret en faveur des personnes handicapées 2004-2009*
- DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes ; 2008, *Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées*. Disponible sur internet : http://www.travail.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risques_document_final.pdf
- MAINGUENE A, juin 2008, *Les établissements pour adultes handicapé : des capacités d'accueil en hausse, DREES - Etudes et Résultats N°648*

- MICHAUDON H, décembre 2002, *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*, DREES – Etudes et Résultats N°204
- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*. Disponible sur internet : http://www.travail.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf
- PREFECTURE DE LA REGION CENTRE, 2009, *Priac 2009-2013 Région Centre*, Orléans, 59 p
- UNIFAF, 2011, *Connaitre, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail*, disponible sur internet : http://www.afcor-consultants.com/IMG/pdf/publication_RPS_.pdf

MEMOIRES EHESP

- VANTRIMPON L, 2010, *Promouvoir la bientraitance, un des enjeux du management des E.H.P.A.D., Exemple des résidences de La Loysance et Les Hameaux du Coglais*, Rennes, Mémoire directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, 57 pages
- RIFFIER E, 2010, *Impulser une dynamique de changement en F.O. pour favoriser l'émergence d'une identité institutionnelle centrée sur l'usager* Rennes, Mémoire CAFDES, 65 pages

ARTICLES ET PERIODIQUES

- AZEMA B, MARTINEZ N, 2005, RFAS N°2, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de littérature*
- ALPEROVITCH-MIKOLACJCAK S, 2011, *Parents et Amis* Gestionnaires N°186, *L'accompagnement des personnes vieillissantes*
- DEVIGNE M, 2010, *Produire la bientraitance*, *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, DOI : 10.3917/g.s.133.0145, p. 145-157.,.
- LOUBAT J-R, 2006, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines ; Empan*, 1 no 61, DOI : 10.3917/empa.061.29, p. 24-29.
- LOUBAT J-R, 2002, *Manager les compétences Le défi de la décennie*, *Cahiers de l'Actif* N°314-317, p135-149
- MOULIAS R et al, 2010, *Edito : La Bientraitance : qu'est-ce que c'est ?*, *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, DOI : 10.3917/g.s.133.0010, p. 10-21.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, page 124
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel n°36 du 12 février 2005, page 2353
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : HPST- Journal Officiel du 22 juillet 2009.
- Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 précisant les obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, Journal Officiel du 26 mars 2009, page 5375
- Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-398 du 6 novembre 2007 modifiant la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

SITES INTERNET

- ANESM: www.anesm.sante.gouv.fr
- CNSA : [http : www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)
- EMPAN : <http://www.cairn.info/revue-empan-2006-2.htm>
- Handicap : [http : www.handicap.gouv.fr](http://www.handicap.gouv.fr)
- HAS : [www has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Textes législatifs : www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Règlement de fonctionnement « Vivre Ensemble »	P II
Annexe 2 : Document interne d'évaluation continue de la qualité : « roue de Deming »	P III
Annexe 3 : Extraits de l'enquête de satisfaction des Usagers 2007	P IV
Annexe 4 : Plan des locaux	P VIII
Annexe 5 : Extraits de la procédure P.A.P.	P IX
Annexe 6 : Organigramme associatif	P XII
Annexe 7 : Organigramme institutionnel 2011	P XIII
Annexe 8 : Caractéristiques du public accueilli	P XIV
Annexe 9 : Définitions cliniques	P XV
Annexe 10 : Extraits de l'évaluation interne 2009 et de l'audit du conseil général 2010	P XVI
Annexe 11 : Extraits de l'évaluation de l'établissement par les professionnels	P XXI
Annexe 12 : Extraits de l'enquête de satisfaction adressée aux familles 2005	P XXIV
Annexe 13 : Organigramme pôle des hébergements 2013	P XXVII
Annexe 14 : Organigramme institutionnel 2013	PXXVIII
Annexe 15 : Dispositif des réunions 2010	P XXIX
Annexe 16 : Dispositif des réunions 2012	P XXX
Annexe 17 : Plan d'action 2010-2015	P XXXI

ANNEXE I

Le règlement de fonctionnement traduit en bande dessinée « Vivre ensemble »

Foyer mode d'emploi

PRINCIPALES DISPOSITIONS DU RÉGLEMENT INTÉRIEUR À L'USAGE DES RÉSIDENTS (Loi du 2 janvier 2002)



La nuit comme le jour, je respecte le calme et la sérénité auquel chacun a droit.



Je peux avoir un(e) petit(e) ami(e).



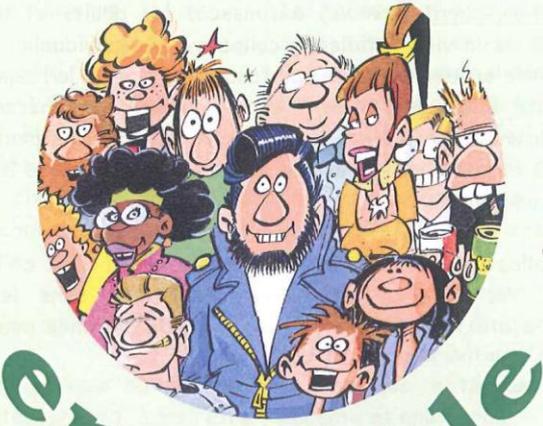
J'ai accès aux loisirs et à la culture.



Le Foyer m'assure la sécurité, le confort et un cadre de vie agréable.



Depuis ma chambre, mon téléphone me permet d'appeler ceux que j'aime.



vivre ensemble



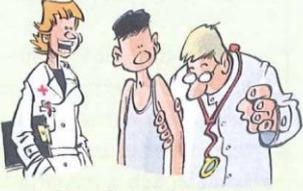
La Commission Restauration nous assure des repas savoureux et traite tous les problèmes liés à l'alimentation.



Pour maintenir les liens avec ma famille, l'Établissement peut assurer mes transports.



Les violences physiques et verbales sont interdites. Je règle mes conflits par la parole.



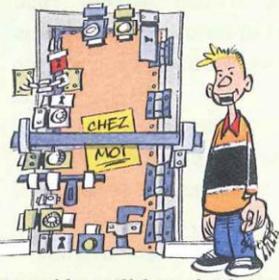
Le Foyer s'occupe de ma santé. Je peux choisir mon médecin.



Le foyer respecte mon rythme de vie en me proposant des horaires de lever et de coucher individualisés.



J'envoie et je reçois le courrier que j'ouvre moi-même, mon référent me le lit.



Je possède une clé de ma chambre, je participe à son entretien, j'y reçois des invités, je la meuble et la décore. On frappe avant d'entrer.



J'ai accès à mon argent de poche, conservé dans le coffre de l'Établissement.

FONCTIONNEMENT

**OBJECTIFS du 1^{er} semestre 2010
PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE**

FONCTIONNEMENT

HYGIENE ET SECURITE

- Formation incendie 1^{er} secours utilisation de l'alarme
- Alarme incendie extemat à mettre en place
- Exercice d'évacuation jour et nuit
- Pigeons au 1er étage, poser des picots anti-pose et réparer les éclairages
- Contrôler l'étanchéité de la terrasse U.V
- Mettre en place une signalétique pour les locaux dangereux (S 3 A). Il existe une formation aux pictos S3A, travailler avec les usagers sur cette signalétique
- Sécuriser l'entrée et la sortie de l'établissement et ne pas se garer devant la porte entrée / sortie

EVALUATION INTERNE

- Démarrage de la réactualisation du projet d'établissement prévu début janvier 2010
- Complément des travaux sur l'évaluation interne et diffusion avant la fin de l'année 2009
- Compréhension de la démarche "évaluation externe"

ORGANISATION GENERALE

- Gestion des plannings = veiller à la qualité de la fabrication
- Nuit : restitution des plannings trop tardive. Il faudrait 3 mois.
- Difficultés de fonctionnement pour le mois d'août = embauche
- Trame de base non respectée
- Plus de personnel en soirée sur l'unité jaune
- Présence d'une personne en cuisine le samedi
- Maîtresse de maison : bon démarrage, poursuivre la mise en place
- Associer l'équipe de nuit à la démarche de réflexions dans l'institution ou formation par écrits : organisation, communication des décisions. C'est valable pour l'ensemble des équipes (S.G., administratif, éducative...)
- Amélioration du nombre de repas par unité : il peut y avoir manque ou surplus

PARTICIPATION DES RESIDENTS A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

- Transferts : poursuivre la démarche de consultation
- Doit-on ramener en RI la poursuite ou le changement des personnes porteuses de la démarche
- Formulation de la démarche de la participation du résident à l'élaboration de "son projet personnalisé" et à sa mise en œuvre
- Avoir des échanges avec les usagers sur la restauration : souhaits, envie de découvrir...
- Analyse des pratiques = peut-on fournir à l'ensemble des personnels

10 décembre 2009

juin 2010

6 mois

Représentation du plan d'amélioration de la qualité par de la roue de Deming

ANNEXE II

ANNEXE III

Extraits de l'enquête de satisfaction destinée aux usagers réalisée en 2007

Cette démarche initiée par le directeur du foyer a été menée avec sept autres équipes de foyers pour adultes handicapés du département.

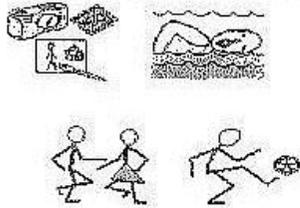
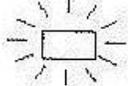
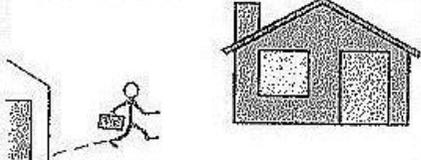
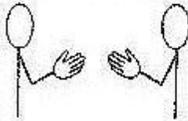
La démarche d'élaboration du questionnaire a été conduite par Mme Breitenbach sollicitée suite à son questionnaire sur le libre choix des personnes accueillies en foyer de vie distribuée par le CREA Bourgogne. Le groupe de travail a dû se déterminer sur les critères évalués, les modalités de réponse adaptées et les modalités d'interrogation des résidents aidés par l'usage de pictogrammes. Suite à 3 journées de travail, Mme Breitenbach a achevé l'élaboration du questionnaire distribué à tous. Le protocole de conduite des entretiens prévoit que les personnels présents à la formation réalisent des entretiens croisés permettant ainsi une plus grande neutralité mais aussi une connaissance du type de public

Questionnaire construit en cinq parties

1) MON QUOTIDIEN AU FOYER	
Est-ce qu'on vous laisse tranquille dans votre chambre ?	Pouvez-vous fermer votre chambre à clé ?
Pouvez-vous dépenser votre argent comme vous voulez ?	Pouvez-vous regarder ce que vous aimez à la télévision ?
2) L'ORGANISATION DU FOYER	
Est-ce que le ménage est bien fait au foyer ?	Est-ce qu'on s'occupe bien de votre linge ?
Est-ce que les toilettes et les salles de bains du foyer sont bien ?	Etes-vous content (e) de ce que vous mangez au foyer ?
Etes-vous bien dans les véhicules quand vous sortez du foyer ?	Etes-vous content(e) de votre chambre ?
3) MES RELATIONS AU FOYER	
Est-ce qu'on écoute bien ce que vous dites ?	Etes-vous content de l'aide des éducateurs ?
Etes-vous content de l'aide des infirmières ?	Avez-vous participé au choix de votre référent ?
Avez-vous participé au choix de votre médecin ?	Avez-vous des amis dans le foyer ?
Voyez-vous votre famille comme vous voulez ?	Avez-vous un amoureux ou uneoureuse ? Pouvez-vous l'inviter dans votre chambre ?
Avez-vous des amis en dehors du foyer ?	Avez-vous participé au choix de votre référent ?
4) MES ACTIVITES MES LOISIRS	
Etes-vous content (e) de vos activités ?	Avez-vous envie de changer d'activité ?
Etes-vous content (e) de vos vacances ?	Trouvez-vous la vie au foyer fatigante ?
5) MES RESSENTIS AU FOYER	
Etes-vous content (e) d'être au foyer ?	Avez-vous envie de changer d'activité ?
Aimeriez-vous aller vivre ailleurs ?	Trouvez-vous la vie au foyer fatigante ?
Y-a-t-il quelque chose ou quelqu'un qui vous fait peur au foyer ?	Y-a-t-il quelque chose qui vous fait plaisir beaucoup au foyer ?
Y-a-t-il quelque chose que vous n'aimez pas au foyer ?	

© N. Breitenbach
Version Septembre 2006

Etablissement _____ Questionnaire n° _____

24		Etes-vous content(e) de vos activités?	Oui / Bon 	Non / Pas bon 	Ne sait pas / Indifférent 
25		Avez-vous envie de changer d'activité ?			
26		Etes-vous content(e) de vos vacances ?			
27		Aimeriez-vous aller vivre ailleurs ?			
28		Avez-vous participé au choix de votre référent ?	Oui / Bon 	Non / Pas bon 	Ne sait pas / Indifférent 

ANNEXE III (suite)

Extraits des résultats de l'enquête de satisfaction destinée aux usagers traités par l'UNAPEI

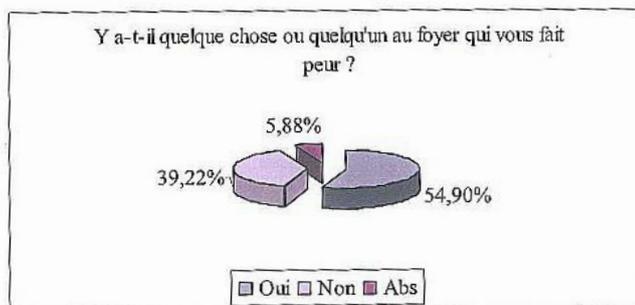
Les points forts :

- les espaces de vie privatifs et collectifs,
- les équipements,
- la restauration,
- l'écoute et l'accompagnement par les professionnels.

Les points à améliorer ou à approfondir :

- l'utilisation de l'argent personnel,
- les relations avec l'extérieur,
- les activités proposées,
- le sentiment de fatigabilité : la question du vieillissement,
- le sentiment de peur de certains résidents.

Q 31 : Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un au Foyer qui vous fait peur ?



↳ Pour les 54,9 % de réponses positives, on peut noter dans les commentaires : le bruit, les cris, les relations difficiles avec certains autres résidents et le moment du coucher (la nuit).

Rappel pour l'ensemble des Foyers :

Oui	40,60%
Non	50,43%
Abs	8,97%
Total	100,00%

Q 32 : Y a-t-il quelque chose au Foyer qui vous plaît beaucoup ?



↳ Dans les commentaires, on note les sorties et les activités.

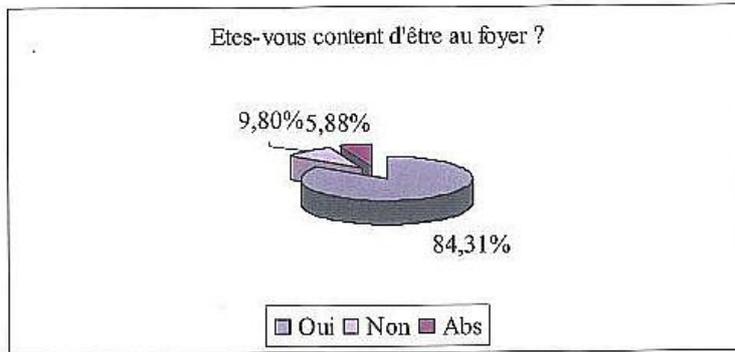
Rappel pour l'ensemble des Foyers :

Oui	64,26%
Non	13,62%
Abs	22,12%
Total	100,00%

ANNEXE III (suite)

Extraits de l'enquête de satisfaction destinée aux usagers réalisée en 2007

Q 1 : Etes-vous content d'être au Foyer ?

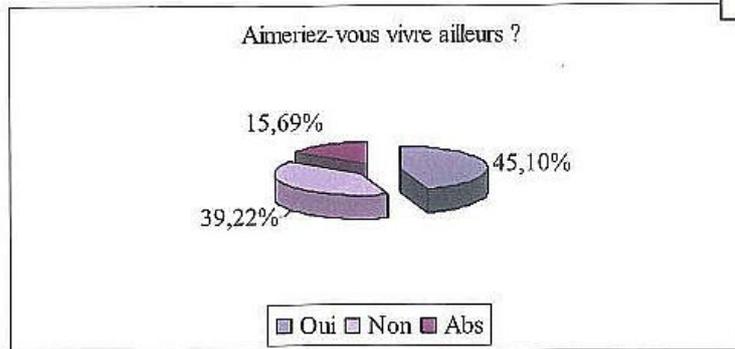


Rappel pour l'ensemble des Foyers :

Oui	88,94%
Non	8,51%
Abs	2,55%
Total	100,00%

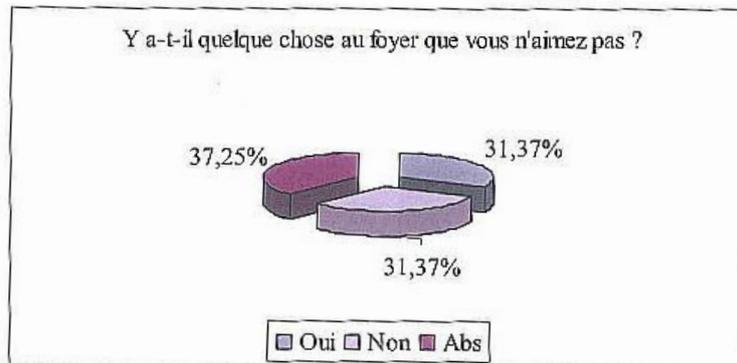
Même si la très grande majorité est contente de la qualité des prestations proposées par le foyer, 45 % souhaitent aller vivre ailleurs.

Q 27 : Aimeriez-vous aller vivre ailleurs ?



Le thème de la satisfaction est à étudier et en particulier l'adéquation entre projet personnel et projet collectif.

Q 33 : Y a-t-il quelque chose au Foyer que vous n'aimez pas ?

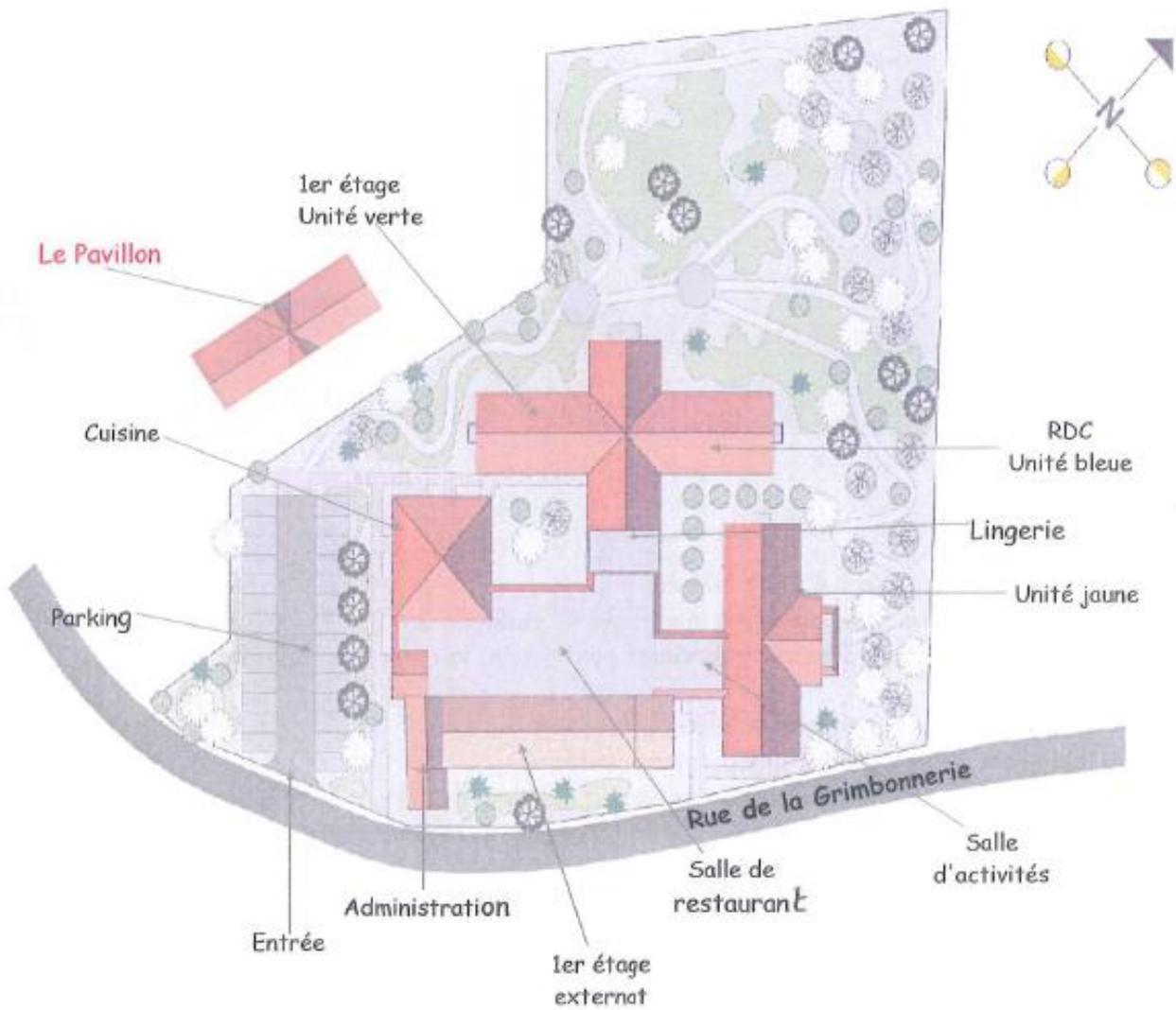


↳ Les réponses se situent autour du bruit, des cris, des disputes entre résident et de la vulgarité. Une personne a noté « qu'on rentre dans ma chambre ».

Rappel pour l'ensemble des Foyers :

Oui	27,23%
Non	43,40%
Abs	29,37%
Total	100,00%

ANNEXE IV
Plan des locaux



ANNEXE V

Extraits de la procédure des Projets d'Accompagnement personnalisés

« Nous avons conçu, la démarche du projet personnalisé comme un moyen de fédérer des interventions cohérentes autour d'axes de travail clairs.

La première étape de sa construction débute par le recueil de l'appréciation que les personnes accueillies portent sur l'accompagnement qui leur est proposé. Par une démarche adaptée à leurs capacités de compréhension, les usagers sont associés à l'élaboration de leur projet d'accompagnement. Recueillir la perception des familles sur la pertinence de la prise en charge et les associer à la mise en œuvre du projet ne doit pas pour autant nous faire renoncer à prendre en considération les attentes de la personne et à respecter les missions et les valeurs du projet institutionnel. Les objectifs individuels poursuivis, s'appuient d'une part, sur une évaluation fine des besoins de la personne accueillie et s'articulent d'autre part avec les valeurs du projet d'établissement.

. Ainsi, nous entendons, par une consultation de l'ensemble des acteurs du projet, permettre un partage des informations, des échanges et une réflexion qui aboutisse à un diagnostic partagé et à une co-construction entre le résident, sa famille, son tuteur et l'équipe pluridisciplinaire. De celui-ci, découleront les axes de l'accompagnement à réaliser.

L'établissement s'engage à mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour permettre la réalisation des objectifs poursuivis, pour autant, il ne peut lui être opposé leur échec. Toutefois, si l'accompagnement proposé n'aboutit pas au résultat escompté, la réunion de projet est l'espace privilégié où interroger les buts fixés et les méthodes employées. C'est à la fois un lieu diagnostic et de réajustement des objectifs. Il s'inscrit dans une dynamique dont il est l'instrument et la mémoire. »

La procédure se déroule en 4 temps :

- D'une part la consultation du résident à l'aide d'un questionnaire et de pictogrammes
- D'autre part la consultation de la famille à l'aide d'un questionnaire basé sur les mêmes items que celui du résident.
- Dans un troisième temps l'appréciation par l'équipe des capacités, besoins et attentes manifestées par la personne accueillie sur la base d'un questionnaire reprenant les mêmes items que ceux de l'utilisateur et sa famille.
- Enfin une rencontre avec la personne accueillie, son (ses) référents, son représentant légal, sa famille et l'éducatrice chargée des relations avec les familles.

Au cours de celle-ci est réalisé un bilan du projet échu, une mise en commun de la consultation du résident, de la famille et de l'équipe.

Cette rencontre permet l'élaboration du projet personnalisé signé par les différentes parties.

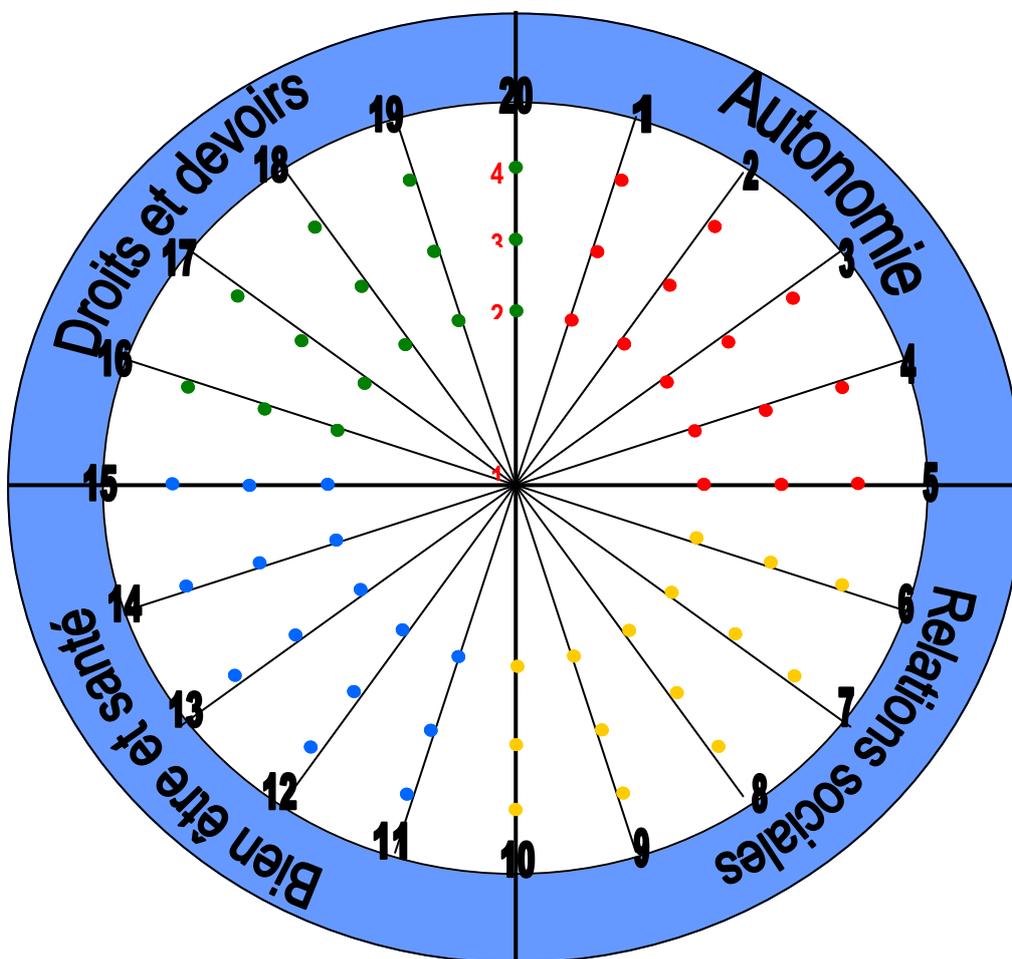
ANNEXE V (suite)

Extraits de la procédure des Projets d'Accompagnement personnalisés

Ce diagramme a pour but de traduire le degré d'appréciation des usagers et de le superposer avec celui des familles et des équipes. Il correspond à un questionnaire bâti autour des grands axes du projet d'accompagnement. A chaque question, l'utilisateur et sa famille peuvent choisir sur une échelle de 1 à 4 correspondant aux critères :

1) Mauvais/Insatisfait 2) Médiocre/peu satisfait

3) Satisfait/bien 4) Très satisfait /très bien



Autonomie

- 1. Chambre
- 2. Hygiène
- 3. Argent
- 4. Mobilité
- 5. Initiative

Relations sociales

- 6. Activités extérieures
- 7. Famille
- 8. Avec les autres
- 9. Vie affective, amoureuse et sexuelle
- 10. Intégration

Bien être et santé

- 11. Sécurité
- 12. Etat de santé physique
- 13. Equilibre psychologique
- 14. Hygiène de vie
- 15. Estime de soi

Droits et Devoirs

- 16. Respect des règles
- 17. Participation à la vie collective
- 18. Connaissance de ses droits
- 19. Respect de l'intimité et de la vie privée
- 20. Prise de conscience de son statut adulte

ANNEXE V (suite)

Extraits de la procédure des Projets d'Accompagnement personnalisés

1. QUESTIONNAIRE DE MESURE DE LA SATISFACTION DES RESIDENTS

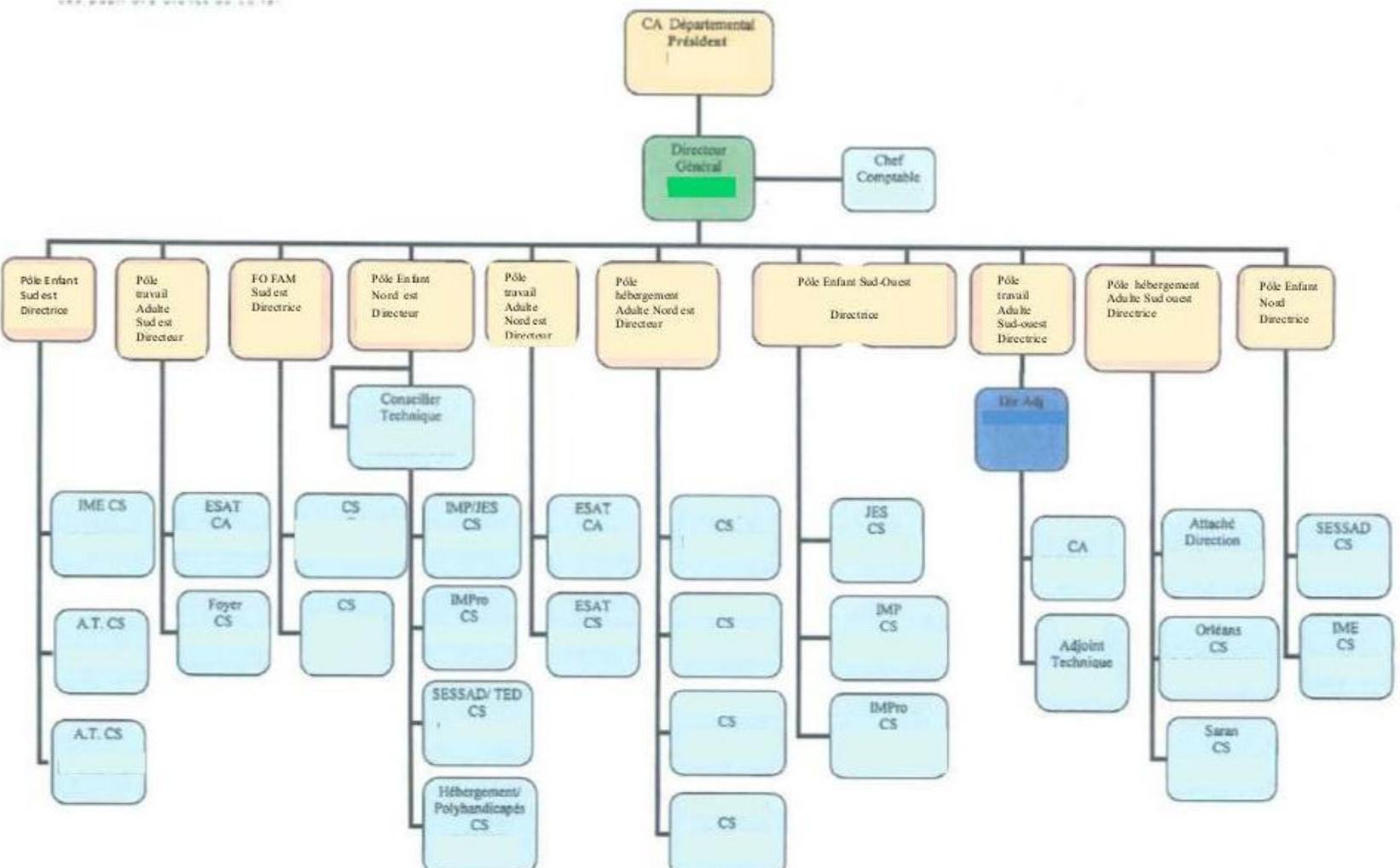
ITEM : AUTONOMIE	Très bien	Bien	Assez bien	Mauvais
1/ Comment vous sentez-vous dans votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Comment trouvez-vous l'aide que l'on vous apporte pour la toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Comment trouvez-vous l'aide que l'on vous apporte pour gérer votre argent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Comment trouvez-vous l'accompagnement pour vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Comment trouvez-vous que l'on vous accompagne à prendre des initiatives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

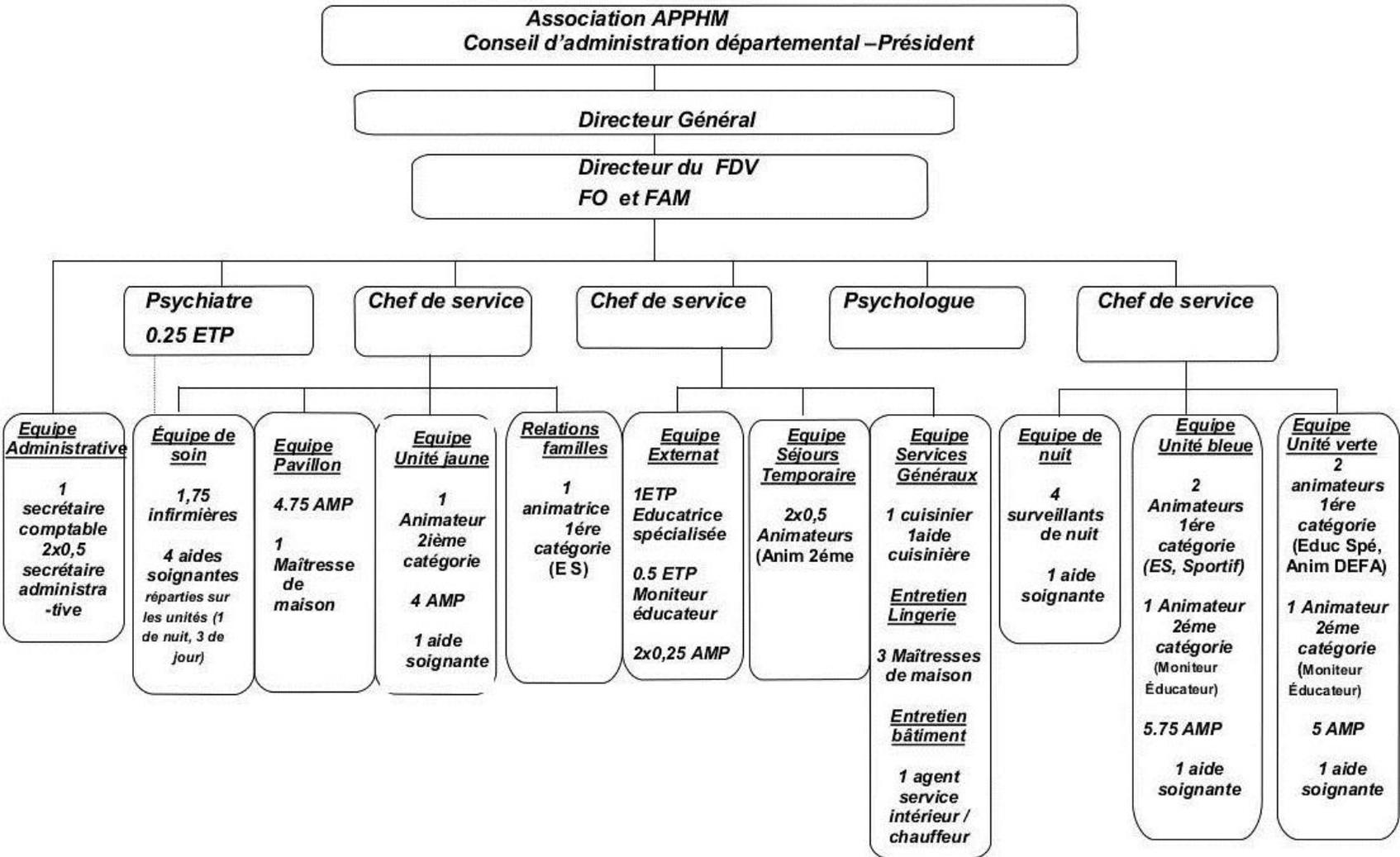
3. QUESTIONNAIRE DE MESURE DE LA SATISFACTION DES FAMILLES

ITEM : AUTONOMIE	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
1/ Etes-vous satisfaits de la façon dont nous accompagnonsà investir son espace personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Etes-vous satisfaits du travail d'autonomie et de l'accompagnement proposé à pour son hygiène corporelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Que pensez-vous de la façon dont nous aidons..... à gérer son argent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Que pensez-vous des moyens de déplacement mis à la disposition de pour se déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Que pensez-vous des possibilités d'initiatives proposées à ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires et interprétations du résultat

ANNEXE VI
Organigramme associatif

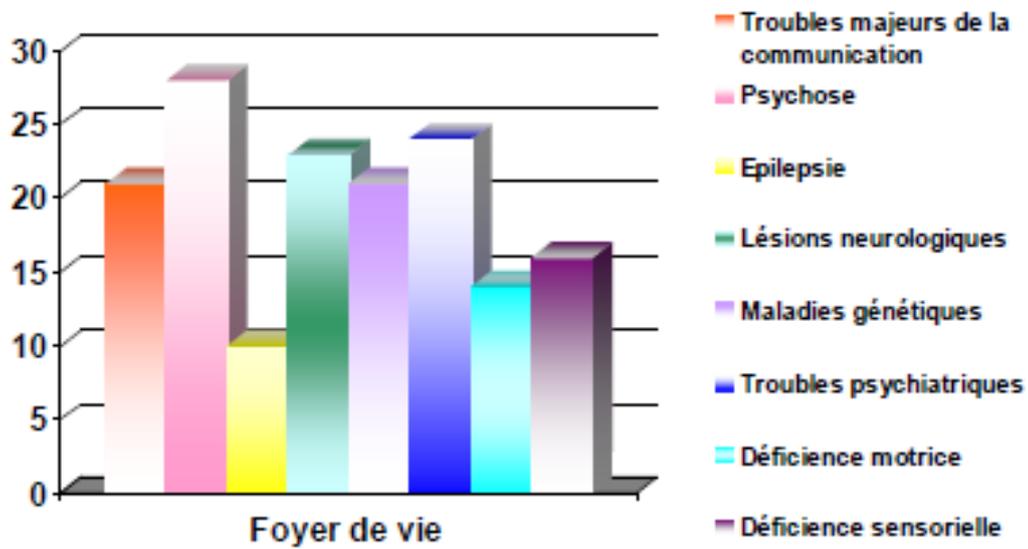




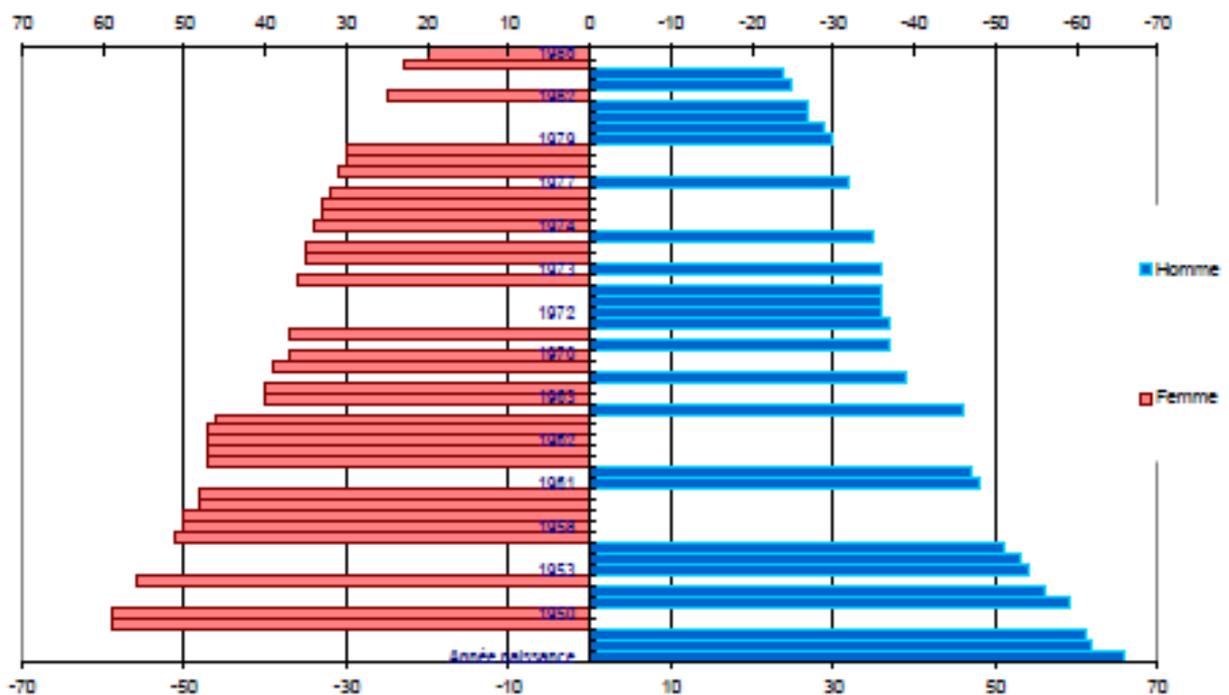
ANNEXE IIX

Caractéristiques du public accueilli

PRINCIPALES PROBLEMATIQUES PRESENTEES PAR LE PUBLIC ACCUEILLI



PYRAMIDE DES ÂGES RÉSIDENTS



ANNEXE IX

Définitions cliniques

Anorexie : « f. *Du grec orexis appétit.* Diminution importante de l'appétit, observée essentiellement chez les jeunes filles et les femmes. L'anorexie peut révéler un grand nombre de maladies, allant de la simple fatigue au cancer gastrique, en passant par l'hépatite virale, la tuberculose etc. L'anorexie mentale (AM) est le syndrome caractérisé par la restriction progressive de l'alimentation, inconsciemment volontaire, aboutissant à une perte totale de l'appétit ». **Source : Larousse encyclopédique**

Mérycisme : « N. f. * *mérycisme : du grec mêrukismos, rumination.* Le mérycisme est un trouble psychologique qui se traduit par une forme de rumination et que l'on observe le plus souvent chez les enfants ainsi que chez certains patients psychotiques. Les personnes atteintes de mérycisme provoquent une régurgitation des aliments, suivie de leur mâchonnement. Les psychiatres parlent d'une manifestation névrotique qui pourrait être due à des perturbations d'ordre affectif » **Source : Larousse encyclopédique**

Pica : « se caractérise par l'absorption d'objets non comestibles Ce trouble est fréquemment associé à un retard mental et/ou un trouble envahissant du développement (TED) comme l'autisme. Cette pathologie conduit à des problèmes de santé sérieux comme des infections (ex: toxocarose humaine), une anémie ferriprive (par carence martiale), du saturnisme en cas d'ingestion de certaines peintures. Une opération chirurgicale peut donc être nécessaire dans ce dernier cas ». **Source : Larousse encyclopédique**

Potomanie : N. f. * « *poto : du grec potos [poto-], boisson ; * manie : du latin mania [maniaco-, -maniaque, -manie], folie, habitude bizarre.* Trouble de la nutrition qui consiste, pour le potomaniaque, à ingérer des quantités considérables de boisson : jusqu'à plusieurs dizaines de litres par 24 heures. La potomanie a des répercussions sur la diurèse (émission d'urine), qui est augmentée dans les mêmes proportions ». **Source : Larousse encyclopédique**

Les TED : Troubles envahissants du Développement « ont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégories (troubles envahissants du développement) ou sous forme dimensionnelle (troubles du spectre de l'autisme) ». Site : [www has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

ANNEXE X

Extraits de l'évaluation interne et de l'audit Conseil Général 2010 : Le projet

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

POINTS FORTS :

Il a été remis à jour en 2010 et a mobilisé une grande partie du personnel animé par un comité de pilotage transversal aux différents métiers. Il constitue l'ossature du dispositif d'accompagnement des personnes accueillies. Il est en cohérence avec la mission autorisée. La promotion et l'autonomie de la personne sont les objectifs visés et déclinés dans les projets d'accompagnement, d'activité et de soins. Il a fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des salariés lors d'une réunion institutionnelle.

Le projet d'accompagnement personnalisé a été l'objet d'un soin tout particulier : une formation dispensée en intra a permis d'élaborer un support de façon collective. Il est finalisé à ce jour. Il prend en compte toutes les dimensions des besoins de la personne et rends compte de son évolution. Il retrace les interventions de tous les professionnels concernés par le suivi du résident

POINTS D'AMELIORATION :

Les projets d'accompagnement personnalisés doivent être revus tous les ans (loi 2002-2)

Environ 15 % des projets d'accompagnement personnalisé nouvelle mouture sont réalisés à ce jour. Les salariés éprouvent des difficultés à utiliser ce nouveau support. Cette démarche mérite d'être accompagnée par les chefs de service pour en faciliter l'appropriation par les utilisateurs

. THEME N°4 LE PROJET

POINTS FORTS	POINTS PERFECTIBLES	ACTIONS D'AMELIORATION PRIORITAIRES
<p>PROJET ÉVOLUTIF GRÂCE À L'ÉVALUATION SEMESTRIELLE</p> <p>DÉMARCHE QUALITÉ IDENTIFIÉE ET CONCRÈTE</p> <p>PLAN D'ACTION REPÉRÉ ET ÉVALUÉ</p> <p>LE F.A.M. ET LE PERSONNEL DÉDIÉ PERMET UNE PRISE EN COMPTE DES PROJETS DE SOINS INDIVIDUELS</p> <p>PROCÉDURE DE DISTRIBUTION DES TRAITEMENTS FORMALISÉS</p> <p>TOLÉRANCE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT</p> <p>LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT EST CONNU DE TOUS ET EST PORTÉ PAR L'ENSEMBLE DES PERSONNELS</p>	<p>♦ DEMANDE DES PERSONNELS D'UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DU PROJET ASSOCIATIF ET DES DIRIGEANTS QUI LE PORTENT</p>	<p>♦ ACTUALISATION AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT EN COURS DE RÉÉCRITURE</p> <p>EXEMPLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SÉJOURS TEMPORAIRES - DROITS ET SEXUALITÉ - RÉNOVATION DU PROJET INDIVIDUALISÉ - PARTICIPATION DES RÉSIDENTS À LA VIE DE L'ÉTABLISSEMENT - ASSOCIATION DES RÉSIDENTS...
<p>PRISE EN COMPTE DES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES PAR UNE TRADUCTION DANS LE RÉEL DES NOUVEAUX DROITS ENTRE 2005 ET 2009.</p>	<p>♦ PERDURER UNE VEILLE LÉGISLATIVE PERMETTANT L'ADAPTATION DU PROJET À L'ÉVOLUTION DES TEXTES</p>	

ANNEXE X

Extraits de l'évaluation interne et de l'audit Conseil Général 2010 : L'organisation

. THEME N°3 L'ORGANISATION

POINTS FORTS	POINTS PERFECTIBLES	ACTIONS D'AMELIORATION PRIORITAIRES
<p>♦ CADRE DE VIE CHAQUE RÉSIDENT DISPOSE D'UN LIEU PRIVATIF AGENCÉ COMME IL LE SOUHAITE IL EN POSSÈDE LA CLEF, IL Y INVITE DES AMIS</p> <p>COMMISSION RESTAURATION TRAITÉ AVEC RÉSIDENTS ET PERSONNELS DE LA QUALITÉ, DES RÈGLES, DE LEURS HORAIRES, DES LIEUX DE CONSOMMATION</p> <p>VIE PRIVÉE, INTIME, MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX SONT RESPECTÉS</p> <p>IL Y A COHÉRENCE ENTRE LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR AFFICHÉ ET SA MISE EN PLACE DANS LA VIE DES RÉSIDENTS</p>	<p>♦ METTRE EN CONFORMITÉ LA RÉALITÉ DES PRESTATIONS DÉLIVRÉES AVEC LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT RÉDIGÉ EN 2003. MUTUALISER ET ÉCHANGER CERTAINS SAVOIR-FAIRE AVEC DES ÉTABLISSEMENTS SIMILAIRES DU SECTEUR GÉOGRAPHIQUES</p>	<p>♦ ACTUALISATION AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 1ER SEMESTRE 2010.</p>
<p><u>ORGANISATION DU TRAVAIL ET DÉLÉGATIONS</u></p> <p>♦</p> <p>PILOTAGE DES NOUVEAUX SALARIÉS DANS LEUR FONCTION</p> <p>DÉLÉGATION FINALISÉE PAR LES SALARIÉS ET LES CADRES</p> <p>MOBILITÉ DANS LES POSTES DE TRAVAIL</p> <p>COMMISSION D'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DES CONGÉS (D.P., 1 REPRÉSENTANT DE CHAQUE UNITÉ, CADRES)</p>	<p>♦ FORMALISER CES PROCÉDURES DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT</p>	<p>♦ ACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 1ER SEMESTRE 2010 RENCONTRE PRÉVUE EN 2010 CONVENTIONS EN COURS DE RÉDACTION AVEC LE GROUPE DE PILOTAGE</p>

La lecture des documents, les entretiens avec les professionnels, les usagers et les familles mettent en évidence un management participatif qui se traduit par des lieux de parole permettant aux salariés d'être associés, informés et d'analyser les actions conduites au regard de l'accompagnement du public accueilli. Ce pilotage s'appuie sur un effectif en personnel conséquent (quasiment 1 salarié pour 1 résident), des locaux adaptés, vastes et bien entretenus.

Les points forts

- Des personnels formés aux métiers exercés. 90% des personnels ont une formation adaptée au poste
- Un faible turn-over des personnels. 40% des personnels sont là depuis la création du foyer (10ans)
- Un organigramme cohérent des liens hiérarchiques bien identifiés, complétés par des fiches de fonction

ANNEXE X

Extraits de l'évaluation interne et de l'audit Conseil Général 2010 : L'environnement

. THEME N°2 L'ENVIRONNEMENT

POINTS FORTS	POINTS PERFECTIBLES	ACTIONS D'AMELIORATION PRIORITAIRES
♦ BONNE IMPLANTATION DANS LA VILLE ET LE QUARTIER LIENS AVEC LES ASSOCIATIONS LOCALES ET LE C.C.A.S.		
♦ L'EXISTENCE DE LA STRUCTURE S'INSCRIT DANS LE SCHEMA DEPARTEMENTAL ET DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES	♦ CONVENTIONNEMENT AVEC LE SECTEUR SANITAIRE HOSPITALIER ET PSYCHIATRIQUE	♦ COLLABORATION AVEC UN PSYCHIATRE DE L'HÔPITAL EN COURS DE NÉGOCIATION
♦ PARTICIPATION AVEC DES GROUPES DE TRAVAIL D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS		
♦ ENQUÊTES DE SATISFACTION AUPRÈS DES RÉSIDENTS À L'ÉCHELLE DE L'ASSOCIATION DU DÉPARTEMENT	♦ MUTUALISER ET ÉCHANGER CERTAINS SAVOIR-FAIRE AVEC DES ÉTABLISSEMENTS SIMILAIRES DU SECTEUR GÉOGRAPHIQUES	♦ VOIR C.P.O.M. 2010
♦ RELATIONS AVEC DES FOYERS RÉSIDENCE DU MONTARGOIS (SPORT ADAPTÉ, RENCONTRE ENTRE RÉSIDENTS)	♦ ÉVOLUTION DES MENTALITÉS PROFESSIONNELLES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DU MONTARGOIS	♦ ÉCHANGES INTER ÉTABLISSEMENTS AU NIVEAU DES ÉQUIPES ET DES RÉSIDENTS
♦ ACCESSIBILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT AUX USAGERS EN FAUTEUILS	♦ ÉCLAIRER CERTAINES POLITIQUES MISES EN PLACE PAR L'UDAF 45	♦ RENCONTRE PRÉVUE EN 2010
♦ PARTENARIAT EFFÉCTIF AVEC LE RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS FAISANT DU SÉJOUR TEMPORAIRE	♦ CONVENTION AVEC LE CONSEIL GÉNÉRAL ET LA MDPH EN VUE DE FACILITER LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES LIÉES AUX SÉJOURS TEMPORAIRES	♦ CONVENTIONS EN COURS DE RÉDACTION AVEC LE GROUPE DE PILOTAGE

POINTS FORTS :

- Les résidents du pavillon ont une entrée directe par le lotissement voisin, distincte du foyer
- Les retours en famille sont organisés et favorisés
- Les résidents participent aux activités des associations locales
- De nombreux séjours de vacances sont organisés pour les résidents
- Le foyer s'inscrit dans le schéma départemental des personnes handicapées
- L'association participe activement aux groupes de travail avec les autres établissements pour la mise en place des séjours temporaires
- Le foyer accueille des résidents en externat et en séjour temporaire
- Le foyer accueille de nombreux stagiaires en formation
- Un partenariat existe entre les représentants légaux et le foyer

POINTS D'AMELIORATION :

- Face au constat du nombre croissant de résidents ne partant plus en week-end, l'institution pourrait réfléchir à d'autres modes d'ouvertures et de coopération pour ces publics
- Le partenariat avec les représentants légaux concerne 90% du public accueilli. Il a besoin d'être retravaillé afin d'améliorer les relations et de clarifier le rôle de chacun pour assurer un meilleur accompagnement des publics
- L'institution peut réfléchir à une procédure d'accueil des stagiaires pour faciliter leur intégration.

ANNEXE X

Extraits de l'évaluation interne: Les usagers

. THEME N°1 LES USAGERS

POINTS FORTS	POINTS PERFECTIBLES	ACTIONS D'AMÉLIORATION PRIORITAIRES
INFORMATION DES RÉSIDENTS SUR LEURS DROITS ET DEVOIRS	♦ PROPOSER AUX RÉSIDENTS DES INFORMATIONS SOUS FORME DE PHOTOS ET PICTOGRAMMES	♦ RÉALISATION DE CATALOGUES PHOTOS ET PICTOS (1ER TRIMESTRE 2010)
LES RÉSIDENTS PRENNENT PART À L'ÉLABORATION DE LEUR PROJET DE VIE	♦ RÉNOVER LA PROCÉDURE "PROJET PERSONNALISÉ"	♦ MISE EN PLACE 1ER SEMESTRE 2010
RESPECT DES PRATIQUES RELIGIEUSES	♦ ACCOMPAGNER LES RÉSIDENTS SUR LES LIEUX DE CULTE (PRINCIPALEMENT ÉGLISE LE DIMANCHE MATIN)	♦ INCLURE L'ACCOMPAGNEMENT DANS LES PLANNINGS DES W.E. OU DES FÊTES RELIGIEUSES
FORMALISATION DES CONDITIONS D'ADMISSION ET D'ACCUEIL	♦ OBTENIR UNE ANAMNÈSE DES ÉTABLISSEMENTS NOUS PROPOSANT DES RÉSIDENTS EN ADMISSION	
L'ÉTABLISSEMENT PERMET AUX RÉSIDENTS DE VIVRE UNE VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DANS LE RESPECT DE LA DIGNITÉ ET LA SÉCURITÉ	♦ CONTINUER L'INFORMATION DES FAMILLES ET LA FORMATION DES PERSONNELS	♦ CONFÉRENCE DÉBAT PAR UN JURISTE EN AVRIL 2010 • DIALOGUE AVEC LES FAMILLES
PARTICIPATION EFFECTIVE DES USAGERS ET DES FAMILLES À LA VIE DE L'ÉTABLISSEMENT C.V.S. COMMISSION RESTAURATION ASSOCIATION : RENCONTRE ET LOISIRS COMMUNICATIONS ADAPTÉE	♦ AMÉLIORER LA COMMUNICATION ADAPTÉE	♦ FABRICATION DE PICTOGRAMMES
PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES MALTRAITANCES COMMISSION GESTION DES CONFLITS ANALYSE DES PRATIQUES FONCTION DE RÉGULATION DES RELATIONS ET DE LA COMMUNICATION INTERNES SYNTHÈSE ANNUELLE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES	♦ DEMANDE DE FORMATION DES ÉQUIPES CONCERNANT LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ♦ DÉVELOPPER LE CONCEPT DE BIEN-ÊTRE EN RAPPORT AVEC LA DEMARCHE QUALITÉ	♦ FORMATION RÉALISÉE EN 2009 ♦ ÉVALUATION INTERNE SEMESTRIELLE "QUE PEUT-ON INVENTER POUR AMÉLIORER NOTRE PRESTATION" ?

ANNEXE X

Extraits de l'audit Conseil Général 2010 : recommandations

Favoriser un nouveau regard

- L'établissement a été jusqu'à ce jour promoteur, souvent innovant, d'activités de « transferts » pertinentes. Par ailleurs, il a su évaluer les besoins nouveaux des résidents liés à leur avancée en âge en demandant des places « médicalisées ». Ses choix en matière d'activités devront, également, tenir compte de cette nouvelle donnée : la perte progressive de l'autonomie des personnes liées à leur vieillissement
- Sans abandonner les sorties, la structure devra proposer des activités en interne avec ses ressources propres et/ou les ressources de son environnement – afin de prendre en compte les capacités des résidents
- L'équipe des professionnels étant à majorité de formation « éducative », il semble approprié de la soutenir, dans cette démarche, par des formations qui auront pour objet de réfléchir :
 - sur le nouveau regard à porter sur les résidents et l'évolution de leurs capacités,
 - Sur le vieillissement et l'accompagnement à la fin de vie

Renforcer le travail en équipe

- Le service Externat et l'accueil Temporaire fonctionnent à 100% de sa capacité pour le premier et à 90% pour le second ; taux qui sont la preuve de leur parfaite adéquation avec la demande de leur territoire
- L'établissement est en capacité d'améliorer la qualité interne de ces réponses en organisant l'accompagnement des bénéficiaires autour des équipes d'encadrants des unités
- Ce travail en équipe permettra :
 - La réalisation et l'évaluation des projets individualisés construits par le coordinateur avec le bénéficiaire et son entourage, en ce qui concerne les séjours temporaires
 - L'organisation du relais et du partage des responsabilités dans le cadre de l'accueil de jour, ce qui fera progresser l'accompagnement global des bénéficiaires du service

Accompagner la réalisation des projets individuels

L'effort collectif déployé par votre institution pour construire un nouveau support à la réalisation des projets d'accompagnement personnalisé et à leur réactualisation est important. La mise en œuvre de ces projets rencontre des résistances qui pourront être levées si la rédaction est accompagnée dans un premier temps par les chefs de service concernés. Plus généralement une formation aux écrits professionnels des salariés les plus en difficulté renforcerait la qualité des écrits.

Amener plus de lisibilité aux suites données à l'évaluation interne

Votre établissement a acquis une culture de l'évaluation impulsée par la direction dès sa création. La synthèse des axes d'amélioration retenus est pertinente mais elle gagnerait en lisibilité si le plan d'amélioration continue de la qualité des prestations était accompagné :

- d'un calendrier pluri annuel d'implantation de ces actions.

ANNEXE XI

Evaluation de l'établissement par les professionnels

JOURNEE D'EVALUATION

DE L'ETABLISSEMENT PAR LES SALARIES

Lors de la séquence réalisée les 16 et 17 juin , nous avons fait une critique du premier semestre et fixé de nouveaux objectifs à atteindre pour cette fin d'année .

Ensemble, nous allons superposer nos intentions avec nos réalisations, mesurer les écarts constatés et fixer les adaptations à réaliser au cours de la première moitié de l'année

Ce système, mis en place, a pour but :

- d'améliorer la qualité de notre travail, de faire en sorte que chacun puisse, non seulement poser un regard critique sur notre organisation mais, aussi surtout proposer des solutions et suivre les progrès ainsi accomplis.

- de proposer à tous d'abandonner la confortable culture de l'opposition pour entrer dans celle de la participation constructive à l'élaboration de notre cadre de travail.

Cette façon de travailler obéit également à un cycle dont voici un schéma récapitulatif :

Conditions de travail	Actions correctives																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 45%;">Les rythmes de travail sont-ils adaptés aux contraintes de l'établissement et des salariés ?</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Récupérations des heures où en est-on ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mobilité des postes de travail à l'intérieur de l'établissement</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Organisation et législation sur les nuits</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Périodes de CP et CT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Nouvelles questions : Conséquences sur l'organisations du travail de la naissance d'une nouvelle pièce (unité bleue,?)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Les rythmes de travail sont-ils adaptés aux contraintes de l'établissement et des salariés ?							2	Récupérations des heures où en est-on ?							3	Mobilité des postes de travail à l'intérieur de l'établissement							4	Organisation et législation sur les nuits							5	Périodes de CP et CT							6	Nouvelles questions : Conséquences sur l'organisations du travail de la naissance d'une nouvelle pièce (unité bleue,?)							<p style="text-align: center; font-size: small;">Mise en place dans les six mois qui viennent</p> <p>Les Congés Associatifs : Négociation en ce moment entre les établissements. Désormais , se serait 4 x 7 = 28 h. Pour avoir 1 semaine complète de congés associatifs, il y aura en + une récupération de jour férié.</p> <p style="font-size: x-small;">* prévision des congés à 6 mois * reprise des entretiens annuels pour tous les salariés dans le premier semestre.</p>
1	Les rythmes de travail sont-ils adaptés aux contraintes de l'établissement et des salariés ?																																																
2	Récupérations des heures où en est-on ?																																																
3	Mobilité des postes de travail à l'intérieur de l'établissement																																																
4	Organisation et législation sur les nuits																																																
5	Périodes de CP et CT																																																
6	Nouvelles questions : Conséquences sur l'organisations du travail de la naissance d'une nouvelle pièce (unité bleue,?)																																																
<p>Commentaires de synthèse</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Aspects positifs retenus</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Aspects négatifs retenus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: x-small;"> * le rythme du travail convient à la majorité du personnel. * la mobilité semble acquise même si cela est parfois inconfortable. </td> <td style="font-size: x-small;"> Les récupérations d'heures ont nécessité un effort souvent pénible, cela a créé des anomalies dans les plannings. * calcul à revoir des Congés Associatifs. * prévisions des congés à 6 mois. </td> </tr> </tbody> </table>		Aspects positifs retenus	Aspects négatifs retenus	* le rythme du travail convient à la majorité du personnel. * la mobilité semble acquise même si cela est parfois inconfortable.	Les récupérations d'heures ont nécessité un effort souvent pénible, cela a créé des anomalies dans les plannings. * calcul à revoir des Congés Associatifs. * prévisions des congés à 6 mois.																																												
Aspects positifs retenus	Aspects négatifs retenus																																																
* le rythme du travail convient à la majorité du personnel. * la mobilité semble acquise même si cela est parfois inconfortable.	Les récupérations d'heures ont nécessité un effort souvent pénible, cela a créé des anomalies dans les plannings. * calcul à revoir des Congés Associatifs. * prévisions des congés à 6 mois.																																																

Les conditions de travail :

Action correctives prévues	Réalisées	Non ou partiellement	Explications
Négociation à propos des conditions de départ en transfert	Les salariés bénéficient de 3 pts/jour : *1 responsable+2pts suppl *12 hrs/jours pour le temps de travail (forfaitisé)	*Bon de délégation *Principe du volontariat *Temps de récupération sur 4 semaines (1 cycle)	-
Expression de la reconnaissance du travail accompli par les encadrants au profit des résidents et de l'organisation institutionnelle.		Le manque de reconnaissance provoque des aigreurs et de la démotivation.	
Récupération des heures	En janvier tout le monde aura récupéré ses heures.		Un gros effort a été fourni. par tous.
Equité des emplois du temps Nombres de matin/nombres de soirées	Les horaires de l'unité verte ont été rééquilibrés. Encore des déséquilibres importants L'unité jaune et l'unité bleue doivent également être équilibrées.		
Organisation des congés automne/hive.	Nous sommes en retard sur la planification des vacances d'hiver. Une réunion va être programmée à la fois pour les vacances d'été et les vacances d'hiver. Des exceptions peuvent être nommées, ce qui peut intéresser les institutions.		
Application des textes sur la législation des nuits	On attend toujours à ce jour la création d'un poste 0.3 FTP pour la nouvelle législation; soit se sera sous forme de prime ou de récup. .		

ANNEXE XI

Evaluation de l'établissement par les professionnels

Les prestations proposées aux résidents :

Action correctives prévues	Réalisées	Non ou partiellement	Explications
Mener les activités et organiser le planning en conséquence	Régression au niveau des activités. Davantage de transport, de RDV médicaux. Pas d'activité journal. Difficile pour le théâtre. Piscine le mardi soir. L'activité cuisine se mettra en place en janvier Les récués ont embolisé le temps ainsi que les accompagnements médicaux. Peut-être mise en place d'un plateau technique.		
Reparler des sanctions et règles de vie	Décret 2003 relatif aux règles de fonctionnement.		
Organiser des groupes de paroles unité par unité pour écouter les résidents	Mise en place. Assez satisfaisant dans l'ensemble. Effort à poursuivre et à améliorer.		
Poursuivre la décoration et l'aménagement de l'établissement	Mis en place. De nouveaux budgets seront donnés en janvier. Amélioration de l'habitat. Voir pour des panneaux photos.		
Réaffectation de l'atelier informatique en salle de sport.	Peut-être l'atelier informatique sera réaffecté dans la salle de musique ; à côté.		
Organisation de l'atelier entretien	L'atelier de Monsieur GL serait compartimenté. Jardin. Poterie. Bricolage.		
Suivre la qualité des repas en fonction du changement de fournisseur le 1er/07/	Mieux en général. Plus varié. Pas eu de perte de qualité. Mieux pour les desserts. Voir pour le samedi matin, si les résidents pourraient avoir des repas chauds. Les midi ne sont pas trop les bienvenus en plateau froid.		

Evaluation de notre capacité à mener à bien les missions pour lesquelles nous sommes mandaté.

1 Offrir une prestation hôtelière de qualité					
2 Garantir protection et sécurité aux résidents					
3 Assurer un suivi médical, dépistage et prévention					
4 Accompagner avec respect et empathie les résidents					
5 Protéger de la maltraitance					
6 Maintenir et développer les acquis par le projet personnalisé					
7 Fournir aide et conseil aux résidents dans leur relation à autrui					
8 Perpétuer les liens familiaux					
9 Assurer écoute et soutien psychologique aux familles					
10 Respecter la confidentialité des informations détenues par l'établissement					
11 Favoriser l'accès aux loisirs et à la culture pour chaque résident					

Actions correctives

Mise en place dans les six mois qui viennent

Faire un tableau (dans chaque chambre) pour voir quand le ménage a été fait.

- * feuille de contrôle qualité
- * automatisation de la fermeture du portail.

* participation des résidents et de leur famille aux frais de déplacements les week-ends.

- * améliorer la circulation des carnets, et la communication, écoute et visuel avec les familles (photos).

Commentaires de synthèse

Aspects positifs retenus	Aspects négatifs retenus
* amélioration de la déco, mais il y a encore du travail à faire (salle bleue, unités, couloir, ...).	risque de sortie en journée des résidents qui fréquentent le parking.
* les valeurs annoncées dans le projet d'établissement avancé.	* fermeture du parking.
* les liens sont maintenus.	* que de difficultés à faire circuler les carnets ?
* de nombreuses sorties ont été réalisées.	

Accès aux information et circulations de celles-ci

1 Les comptes rendus de synthèses deviennent-ils des projets d'accompagnement personnalisé écrits?					
2 Les projets sont-ils suivis dans les faits d'actions mesurables, observables et évaluables ?					
3 les carnets à destination des familles sont-ils rédigés et circulent-ils ?					
4 Chacun se sent-il le porteur des valeurs contenues dans le projet d'établissement ?					
5 Les outils utilisés pour faire circuler les informations vous permettent ils d'accomplir votre travail ? (cahiers, réunions, tableau papier, etc)					
6 Les cadres de l'établissement sont-ils suffisamment à votre écoute ?					

Commentaires de synthèse

Aspects positifs retenus	Aspects négatifs retenus
* le projet d'établissement circule, des exemplaires sont en cours d'impression.	Présence de synthèses écrites aux Nom de l'établissement.
* présence des cadres 6 jours / 7.	* les projets doivent être portés plus qu'ils ne le sont (référént, chef de service).
	* les carnets circulent mal, il faut poursuivre efforts, formation...

Actions correctives

Mise en place dans les six mois qui viennent

- * diffuser le projet auprès des nouveaux salariés, des stagiaires.
- * poursuivre l'effort pour faire circuler les carnets.
- * le partage des valeurs allait être discuter en permanence dans les réunions, rien ne sera jamais acquis à ce sujet.
- * la présence des cadres dans l'établissement sur des plages horaires de plus en plus grandes, répondent efficacement aux besoins. Ceci est à poursuivre.
- * la bonne circulation des informations est aussi et surtout liée à l'envie des uns et des autres de communiquer ensemble. Il faut donc créer les conditions du plaisir à travailler ensemble, en plus de l'évidente nécessité de le faire.

ANNEXE XI
Evaluation de l'établissement par les professionnels
Conclusion

Exposé de la problématique :

Le Foyer de Vie est un lieu de vie pour 53 personnes Handicapées et de travail pour 53 salariés. A l'intérieur de ce collectif doivent donc cohabiter environ 100 personnes. Les relations inter personnelles se mêlent étroitement aux relations de travail. Le doute cohabite avec l'affect, l'empathie avec la hiérarchie. Nous nous proposons cet après-midi de réfléchir aux conditions d'organisation et de règles minimums pour créer "un vivre ensemble" productif au service des personnes accueillies au Foyer.

La méthode de travail retenue consiste à donner la parole à chacun successivement pour répondre à la question : "Quel est le dernier événement qui, dans vos relations avec vos collègues, vous a blessé, heurté ou choqué ?".

Les trente situations décrites par les trente personnes présentes sont représentatives des manquements et des frictions dans les relations de travail. A ces occasions nous commentons ces incidents et renommeons d'autres façons possibles de se parler et de se comporter dans notre collectivité.

Voici poser en quelques phrases simples les idées et les mots clés apparus au cours de cet échange voulu sans interruption entre 14h 00 et 16h15.

- Il faut rapprocher les groupes professionnels pour qu'ils se respectent et se complètent plus qu'ils ne se rivalisent.
- Les seules relations hiérarchiques qui existent sont celles entre les cadres opérationnels et tous les autres membres des personnels.
- Chacun à son poste, souffre du manque de reconnaissance de son travail. Il faut valoriser les missions.
- Trop souvent des clivages apparaissent entre les groupes, l'essentiel du management de l'établissement consiste à réduire les fractures qui ne demandent qu'à apparaître.

Les personnels attendent de l'équipe des cadres qu'ils pacifient les conflits en proposant un mode de traitement adapté. C'est à dire d'animer des réunions où les différences peuvent apparaître.

- L'équipe souhaite qu'au cours de ces réunions un langage adapté soit tenu pour chacun.
- Les cadres présents sont les garants que les mots utilisés soient entendables et acceptables ce qui n'a pas été toujours le cas.
- Le mot respect revient régulièrement. Celui commence par les règles simples de vie comme dire, bonjour, s'il te plaît, merci, au revoir.
- Le collectif souhaite que chacun prenne soin de ne pas échanger des informations sensibles en présence des résidents quand celles-ci pourraient être mal interprétées.
- Dans le même ordre d'idées les échanges vifs, voir les accrochages entre deux salariés en désaccord ne peuvent avoir lieu en public en particuliers face aux résidents, aux familles ou des collègues.

Il faut pour cela utiliser les réunions en la présence d'un médiateur (chef de service, psychologue par exemple).

- La circulation des informations reste un critère de bon fonctionnement donc de qualité : ceci demande donc en plus d'une démarche professionnelle, une demande volontaire de chacun où le plaisir d'aller parler à l'autre doit se trouver.
- Le thème de l'impuissance est abordé. L'idée de nos limites et du fait que nous ne savons pas répondre à toutes les situations fait émerger un sentiment de culpabilité individuel et collectif dont il faut tenir compte.
- Travailler sous le regard des collègues empêche souvent d'être réellement soi-même et bride souvent les interventions. La peur d'être jugé par les collègues est présente, elle ne favorise pas l'autonomie, les prises d'initiatives et de décisions.
- La transmission des savoir-faire ou des savoirs être pose encore problèmes. Ni donneur de leçon ni professeur mais partageur d'expérience voilà l'idéal.

Voici donc les principaux thèmes abordés au cours du débat.

ANNEXE XII

Extraits de l'enquête de satisfaction adressée aux familles en 2005

Questionnaire d'évaluation à destination des familles

Items évalués	Notations	Actions correctives envisagées
Accueil familles et résidents		
1 - Vous sentez-vous convenablement accueilli au Foyer ?	0 1 2 3 4	
2 - Trouvez-vous facilement votre interlocuteur ?	0 1 2 3 4	
3 - Vous sentez-vous écouté ?	0 1 2 3 4	
4 - Vos remarques sont-elles suivies d'effet ?	0 1 2 3 4	
5 - Joignez-vous facilement vos interlocuteurs au téléphone ?	0 1 2 3 4	
TOTAL 1	/20	
Aspect et entretien de l'établissement		
1 - La chambre de votre enfant est-elle suffisamment entretenue ?	0 1 2 3 4	
2 - L'établissement vous semble-t-il suffisamment entretenu ?	0 1 2 3 4	
3 - Le trouvez-vous suffisamment décoré ?	0 1 2 3 4	
4 - L'intimité de la chambre de votre enfant est-elle suffisamment respectée ?	0 1 2 3 4	
5 - Le jardin est-il assez agréable ?	0 1 2 3 4	
TOTAL 2	/20	
Soins et santé des résidents		
1 - La santé de votre enfant est-elle bien suivie au Foyer ?	0 1 2 3 4	
2 - Avez-vous les informations le concernant ?	0 1 2 3 4	
3 - Sentez-vous votre enfant en sécurité au Foyer ?	0 1 2 3 4	
4 - Les examens préventifs sont-ils suffisants ?	0 1 2 3 4	
5 - Votre enfant fait-il l'objet de soins suffisants (coiffeur, ongles, rasage, entretien des vêtements etc.) ?	0 1 2 3 4	
TOTAL 3	/20	
Activités proposées et rythmes de vie		
1 - Votre enfant a-t-il suffisamment d'activités au Foyer ?	0 1 2 3 4	
2 - Le Foyer sait-il s'adapter aux besoins de votre contexte familial concernant les sorties ?	0 1 2 3 4	
3 - Votre enfant semble-t-il heureux au Foyer ?	0 1 2 3 4	
4 - La vie au Foyer vous semble-t-elle organisée autour des besoins des résidents ?	0 1 2 3 4	
5 - Le carnet de correspondance circule-t-il suffisamment ?	0 1 2 3 4	
TOTAL 4	/20	
Notre moyenne 1+ 2+ 3+ 4 4	/20	

ANNEXE XI

Extraits de l'enquête de satisfaction adressée aux familles en 2005 **Synthèse de l'évaluation de l'établissement** **Réalisés par les familles**

Remarques d'ordre général

- Les réunions ont eut lieu comme prévues.
- Les rencontres familles/personnels d'encadrement se sont déroulés essentiellement dans les unités, il ne semble pas qu'il y ait eut des difficultés particulières.
- Les familles étaient très demandeuses de ces rencontres
- Un questionnaire à été envoyé à chaque famille des résidants
- Nous avons reçu 24/40 réponses pour les internes et 7/8 pour les externes soit 30/48 = 62% de réponses globales.

Analyse des résultats pour les externes.

Première item: dans l'ensemble, les familles sont satisfaites des horaires, le téléphone portable dont est équipé le chauffeur est apprécié. Il y a parfois des horaires qui ne sont pas respecté.

Deuxième item: les activités sont appréciées – Peut être les sorties ne sont pas assez nombreuses.

Troisième item: les parents sont satisfaits des libertés dont jouissent leurs enfants (déplacement, ami(e), parole).

Quatrième item: les externes consomment peu de temps d'infirmierie. L'infirmière est parfois difficile à joindre.

Cinquième item: le personnel d'encadrement de l'externat est apprécié par les familles. Le carnet de liaison s'impose comme un outil efficace et aujourd'hui indispensable.

Analyse des résultats pour les Internes.

Premier item: l'établissement est bien chauffé, des progrès ont été réalisés sur l'unité jaune pour qu'il y fasse plus chaud. N'hésitez pas à ouvrir ou fermer les radiateurs pour réguler les températures dans les chambres.

Des remarques encore au retour des week-ends concernant le ménage. Le linge des résidants est plus respecté (housse de couette, taie d'oreiller), le linge est parfois mélangé, des résidants portent des vêtements qui ne leurs appartiennent pas.

L'établissement est moderne et coloré, mais les couloirs et des pièces sont tristes et insuffisamment meublées.

Les salles de bains s'abîment vite.

Il y a parfois des moutons sous les lits et dans les couloirs.

Deuxième item: les familles notent un personnel agréable souriant et à l'écoute des familles.

Beaucoup de familles notent qu'il y a peu de personnel les week-ends et qu'il est parfois difficile de trouver quelqu'un.

N'importe qui peut entrer où sortir, certaine famille évoque un interphone à l'entrée le week-end avec un digicode.

Des informations passent encore à la trappe, et ne sont ni écoutées, ni transmises surtout le dimanche soir pour le lundi matin.

Pourrait-on dédier un numéro de téléphone à chaque unité et à l'infirmière pour joindre plus facilement les encadrants en particulier en dehors des horaires de bureau ?

ANNEXE XI

Extraits de l'enquête de satisfaction adressée aux familles en 2005

Troisième item: l'infirmière est difficile à joindre. La santé des résidents est suivie, les actions de préventions et les initiatives sont appréciées par les familles qui se sentent pour la plupart sécurisées, les rendez vous pris et suivis. Les soins du corps sont parfois négligés (ongles et barbes des messieurs.)

Quatrième item: les résidents ont peut être trop de liberté, certaine famille sont inquiètes de voir le portail sur la rue ouvert en journée. De plus en plus de résidents reviennent avec enthousiasme de week-ends ou de vacances.

La question des relations affectives et amoureuses ne suscitent pas de levé de bouclier, même si les familles restent discrètes sur les sentiments qu'elles éprouvent. Sans doute comme si elles nous déléguaient la gestion de ce problème.

Le carnet de correspondance est très apprécié, les familles demandent sa circulation fréquente.

Conclusion

L'ensemble de cette démarche de consultation des familles des résidents du Foyer a été apprécié et note notre volonté d'améliorer la qualité de notre prestation.

Les familles acceptent de nous critiquer, ce qui paradoxalement apparaît comme une marque de confiance. Elles semblent se défaire petit à petit de la crainte que des représailles soient exercées sur leurs enfants si elles "s'osaient" être questionnantes au sujet du fonctionnement du Foyer.

Les réflexions des familles sont autant de pistes que nous explorerons à la réunion d'évaluation semestrielle de l'établissement par le salariés le lundi 6 mai.

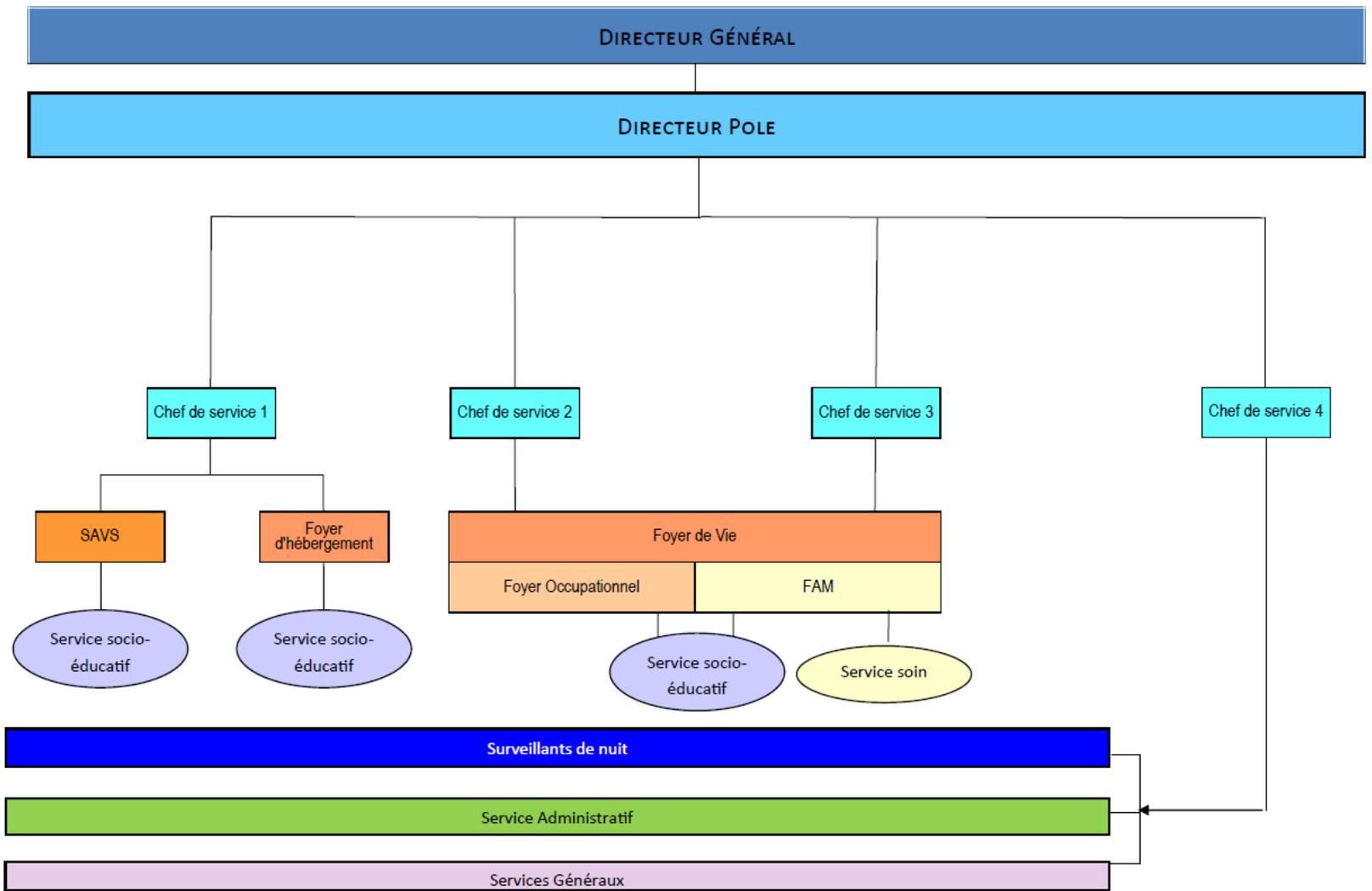
Actions correctives à envisagées.

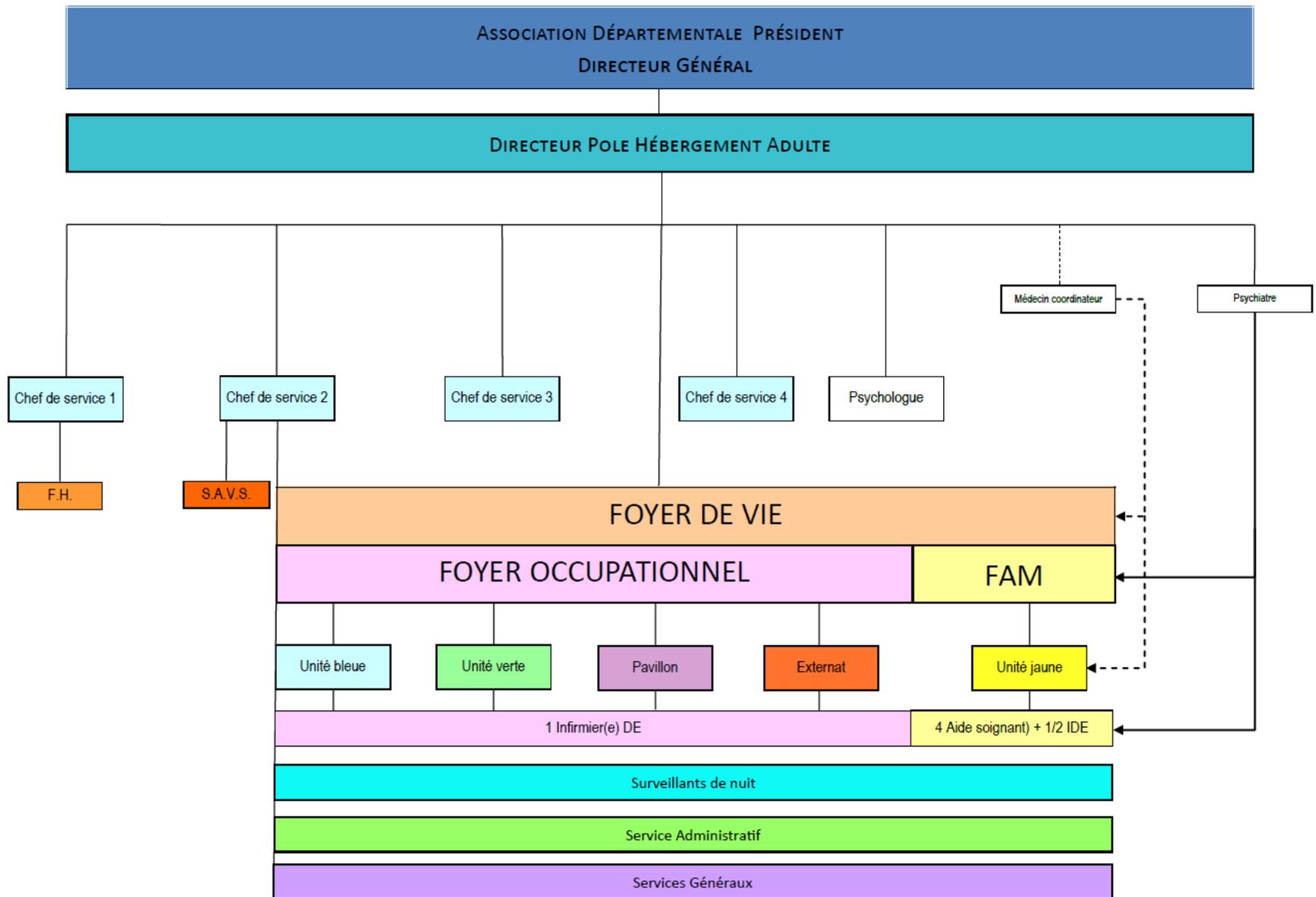
Pour les externes:

1. Organisation de sorties
2. Dédier un numéro de téléphone à l'infirmierie
3. Continuer de faire circuler le carnet

Pour les internes:

1. Réguler la température des chambres
2. Améliorer le décor intérieur
3. Equiper les salles de bains
4. Mise en place d'une sécurité extérieure
5. S'appliquer à transmettre les informations familles ↔ personnels
6. Veiller aux soins à apporter aux toilettes des hommes
7. Développer le carnet de liaison
8. Dédier un numéro de téléphone aux unités, à l'infirmierie, à l'externat.
9. Apporter encore plus de soin au traitement du linge (étiquetage, nettoyage, répartition dans les chambres)





Organigramme institutionnel 2013

ANNEXE XV
Dispositif de réunions 2010

LISTE DES REUNIONS INSTITUTIONNELLES

21/09/2012

LUNDI	MENSUELLE	13H15 14H	REUNION EXPRESSION LIBRE DES EXTERNES
	MENSUELLE	13H 13H45	REUNION RESIDENTS PAVILLON
	TRIMESTRIELLE	17H30 18H30	CVS
MARDI	BI MENSUELLE	9H 10H	ENCADRANTS EXTERNAT
	HEBDOMADAIRE	10H30 11H30	REUNION FAM
		11H30 12H	POINT SEJOURS TEMPORAIRES
	MENSUELLE	15H 16H	REUNION DE LEGUES DU PERSONNEL DIRECTION
		9H30 10H30	PAP EXTERNAT
		11H30 13H	EQUIPE DE DIRECTION - PSYCHOLOGUE
		16H 17H	REUNION DES RESIDENTS UNITE JAUNE
		16H30 17H30	SURVEILLANTS DE NUIT
	BI MENSUELLE	13H45 14H45	REUNION UNITE VERTE (le jeudi si impossible le mardi)
	BI MENSUELLE	13H45 14H45	REUNION UNITE BLEUE (le jeudi si impossible le mardi)
	Toutes les 3 semaines selon calendrier	14H 15H	SUPERVISION
15H 16H		SUPERVISION	
MERCREDI	MENSUELLE	9H15 12H	GROUPES VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE
		10H30 12H	REUNION SERVICES GENERAUX
		14H 15H	COMMISSION RESTAURATION
		16H 17H	REUNION DES RESIDENTS UNITE VERTE
		16H 17H	REUNION DES RESIDENTS UNITE BLEUE
	HEBDOMADAIRE	13H45 15H45	PAP UNITES VERTE -BLEUE- JAUNE- PAVILLON
JEUDI	HEBDOMADAIRE	9H30 11H30	REUNION EQUIPE DE DIRECTION
	TRIMESTRIELLE	10H12H	Commission Alimentation
		11H 12H	REUNION SEJOURS TEMPORAIRES
	SEMESTRIELLE ET OCCASIONNELLE	10H30 12H	Commission organisation du travail
	HEBDOMADAIRE	13H45 15H	REUNION INSTITUTIONNELLE:
		13H45 15H45	PAP UNITES VERTE -BLEUE- JAUNE
	SEMESTRIELLE ET OCCASIONNELLE		BILAN DEMARCHE QUALITE
HEBDOMADAIRE	16H30 17H30	REUNION ENCADRANTS PAVILLON	
VENDREDI	MENSUELLE	10H30 11H30	REUNION RELATIONS FAMILLES
	BI MENSUELLE	13H45 14H45	REUNION UNITE JAUNE
	TRIMESTRIELLE		COMMISSION RENCONTRES ET LOISIRS
	CIRCONSTANCIELLE		COMMISSION ADMISSION
			COMMISSION GESTION DES CONFLITS
ANNUELLE		RENCONTRE NOUVEAUX SALARIES	

ANNEXE XVI
Dispositif de réunions 2012

REUNIONS	FREQUENCE	ACTEURS	ANIMATION
TRANSMISSIONS	8H 13H30 22H	PAR EQUIPES	AUTONOME
REUNIONS DE SERVICES			
ADMINISTRATIF	HEBDOMADAIRE	Secrétariat Accueil – Comptabilité du pôle	CHEF SERVICE DE
SERVICES GENERAUX		Cuisine Maitresses de maison Entretien du pôle	
SOCIO EDUCATIFS		Equipes socio-éducatives et d'accompagnement de jour et de nuit du FDV	
SOINS		FAM + FO	
CADRES		4 chefs de service du pôle	DIRECTRICE
REUNION PRATIQUES			
ANALYSE DES PRATIQUES	TOUTES LES 3 SEMAINES	2 GROUPES DE 10 ROULEMENT CHAQUE ANNEE	PYCHOLOGUE CLINICIENNE
ANIMATION	MENSUELLE	Coordinateurs lieux de vie	CHEF SERVICE DE
PAP	PROGRAMATION ANNUELLE 2 PAP PAR SEMAINE	TEMPS 1 : Equipe lieu de vie et soin TEMPS 2 : Usager Famille / représentant légal Référent –co référent psychologue , partenaire	CHEF SERVICE DE
REUNIONS DEMARCHES QUALITE			
BILAN SEMESTRIEL	JUIN DECEMBRE	tous les personnels en poste	DIRECTRICE
COMITE DE PILOTAGE	TRIMESTRIEL	CDS, psychologue, ES, Infirmière	DIRECTRICE
INSTITUTIONNEL	ANNUEL OU SI BESOIN	tous les personnels	DIRECTRICE
REUNIONS AVEC LES USAGERS			
CVS	TRIMESTRIEL	Représentants élus, famille, usagers, association, professionnels et direction	DIRECTRICE PRESIDENT CVS
GROUPES D'EXPRESSION	MENSUELS	USAGERS	E SPECIALISES

BAUDRON

Patricia

Novembre 2012

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ITS DE TOURS

**PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE DE BIENTRAITANCE AU SEIN
D'UN FO EN CRISE EN S'APPUYANT SUR UN MANAGEMENT
OPERATIONNEL BIENVEILLANT**

Résumé :

Douze ans après son ouverture, le foyer de vie les Buissonniers traverse une crise institutionnelle importante. Les profondes mutations du secteur médico-social, les transformations de l'environnement de l'établissement et l'évolution du public accueilli ont suscité de nombreux changements au niveau des pratiques professionnelles, mais aussi sur les plans organisationnels et managériaux.

Le diagnostic met en évidence une augmentation des facteurs de risques de maltraitance, mais aussi l'inadéquation des pratiques professionnelles aux besoins des usagers. L'institution ne garantit plus des pratiques bienveillantes assurant la sécurité des usagers et la promotion de leur autonomie.

Le climat social dégradé se traduit par une démobilisation des professionnels et une perte de sens du projet collectif. Le management participatif, tel qu'il est pratiqué, trouve ses limites et ne permet plus un accompagnement des salariés satisfaisant.

La conformité réglementaire de l'établissement, la culture de l'évaluation et de la démarche –qualité n'ont pas empêché l'apparition des difficultés observées. D'où la question de départ : Comment garantir durablement la bienveillance au sein d'un FDV comprenant un FO et un FAM ?

Le plan d'action développé répond à une double commande associative de réorganisation et d'amélioration du climat social. L'opportunité de l'évaluation externe programmée à l'automne 2012, permettra de légitimer un changement appuyé à la fois sur un diagnostic interne et externe. Promouvoir un management bienveillant constituera un des leviers du changement et de la résolution de la situation de crise

Mots clés :

Foyer de Vie- Handicap - Bienveillance – Maltraitance - Projet d'établissement – Organisation – Management – Amélioration Continue de la Qualité - Partenariat

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.