



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2005

**ÉLABORER ET FAIRE VIVRE
LE PROJET F.A.M. DE L'OBERRIED,
AU SERVICE DE LA QUALITÉ DE VIE
DES RÉSIDENTS**

Laurence PFLUMIO

Remerciements

à Madame Séverac-Burgard Sylvie pour m'avoir transmis il y a quelques années son enthousiasme pour le travail auprès de personnes gravement handicapées

à Monsieur Bouffin Gilles qui a guidé mes travaux avec patience et disponibilité

à Monsieur Werlé Steve, directeur-adjoint à l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord pour son aide précieuse à mes débuts au Foyer d'Accueil Médicalisé et notre collaboration efficace lors de la mise en œuvre des outils au service des droits des usagers

à Madame Marie-Rose Buchholtzer, présidente du Conseil de la Vie Sociale pour sa disponibilité et son écoute avertie

à Madame Colloger Christiana, directeur chef d'établissement et Monsieur Lorentz Pierre, directeur, qui m'ont permis de partager des moments du quotidien au sein des établissements d'hébergement pour personnes handicapées qu'ils dirigent

à Madame Zourgui Saada Nadia, inspectrice à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale du Bas-Rhin qui m'a aimablement accueillie pour une période de stage riche en apprentissages et découvertes des dispositifs

à Monsieur Sautron Daniel, adjoint au chef du Service Intégration Handicap à la Direction des services sanitaires et sociaux du Département du Bas-Rhin pour son aide précieuse à la compréhension du fonctionnement des divers dispositifs

à tous les personnels du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried pour leur dynamisme et leur participation enthousiaste à l'amélioration de la qualité de vie des résidents

et surtout à tous les résidents qui quotidiennement nous renvoient au sens de cette démarche.

Sommaire



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

RENNES	1
INTRODUCTION	1
1 LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL À LA CROISÉE D'UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE	5
1.1 Évolution historique de la politique de santé mentale en France	6
1.1.1 Évolution de l'hospitalisation publique en France au XX ^e siècle : rappels chronologiques des principales dispositions législatives et réglementaires et de leurs orientations	6
1.1.2 Évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France : repères contemporains	9
1.1.3 Des notions nouvelles issues des années récentes : celles des droits du malade mental et la notion de personne accueillie	11
1.2 La singularité de la situation de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord	13
1.2.1 Le cadre administratif, législatif et réglementaire de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord	13
1.2.2 Évolution du site de Hoerdt au fil du temps	14
1.2.3 L'évolution de la politique de santé mentale en Alsace Nord	17
1.2.4 Une diversité de populations accueillies dont il importe de spécifier des réponses individualisées	18
1.2.5 L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord au regard de l'évolution des modalités de prise en charge du public ; les principales caractéristiques de la population accueillie au Foyer d'Accueil Médicalisé	20
1.2.6 La prédominance de l'aspect sanitaire sur le médico-social à l'Établissement Public de Santé Alsace Nord	27

1.3	Une problématique complexe à intégrer dans les processus d'évolution des pratiques professionnelles ; la question des « inadéquats »	27
2	LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ALSACE-NORD : UNE RELATION COMPLEXE ENTRE DEUX ENTITÉS INSTITUTIONNELLES. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'UN DIAGNOSTIC DE FONCTIONNEMENT	31
2.1	L'insertion d'un dispositif au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire	31
2.2	Organisation et modalités de fonctionnement de l'Établissement Public de santé Alsace-Nord	32
2.2.1	Implantation et environnement	32
2.2.2	Organigramme de Direction	32
2.2.3	Les dispositifs	33
2.2.4	Les ressources humaines.....	35
2.2.5	Le projet d'établissement de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord.....	37
2.2.6	Une Direction de la Qualité active dans un établissement accrédité : une structure ressource pour le Foyer de l'Oberried.....	38
2.2.7	Culture et identités professionnelles.....	39
2.3	Analyse du fonctionnement de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord : un équilibre à trouver entre le sanitaire et le médico-social	40
2.4	Le Foyer d'Accueil Médicalisé : un dispositif inséré au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord	41
2.4.1	L'insertion du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried dans le dispositif de prise en charge des personnes adultes handicapées	42
2.4.2	Caractéristiques du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried	44
2.4.3	Les ressources humaines au Foyer d'Accueil Médicalisé	45
2.4.4	L'organisation	51
2.4.5	Culture et identités.....	55
2.4.6	Des bâtiments austères et peu adaptés	55
2.4.7	Des moyens matériels mutualisés au sein de l'établissement	56
2.5	Analyse du fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé : un aspect médico-social à amplifier	56
2.5.1	Une situation globalement satisfaisante mais perfectible	56
2.5.2	Un projet à concrétiser	58

3 HISTOIRE D'UNE RELOCALISATION OU COMMENT SAISIR UNE OPPORTUNITÉ POUR RÉNOVER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU REGARD DES ATTENDUS DES LOIS DE 2002 ET 2005	59
3.1 Des objectifs centrés sur la personne du résident.....	60
3.1.1 Donner du sens aux différents temps de la vie quotidienne	60
3.1.2 Contribuer à modifier le regard porté sur les résidents.....	63
3.1.3 Prendre en compte le vieillissement	63
3.1.4 Restaurer, préserver et prendre en compte l'ensemble de l'environnement familial de l'usager.....	64
3.1.5 Prévenir la maltraitance	65
3.1.6 Adapter les nouveaux espaces aux besoins des personnes.....	66
3.2 Les moyens afférents à la réalisation du projet de prise en charge de la personne handicapée.....	67
3.2.1 Le porteur du projet ; un directeur issu du champ médico-social	67
3.2.2 Les aspects techniques relatifs à la relocalisation du pôle	68
3.2.3 Le management des ressources humaines au Foyer d'Accueil Médicalisé	69
3.2.4 Un aménagement de l'organisation du Foyer d'Accueil Médicalisé.....	72
3.2.5 Un plan de communication pour optimiser une image à construire	73
3.2.6 Un engagement dans une démarche d'évaluation	74
3.3 La pratique d'accompagnement et de sensibilisation relative à la réalisation du projet refondé du FAM et de la MAS : aspects stratégiques.	74
3.3.1 Le Conseil d'Administration	75
3.3.2 L'équipe de direction.....	75
3.3.3 Les autorités de tutelle.....	76
3.3.4 Le personnel du Foyer d'Accueil Médicalisé et les instances représentatives	76
3.3.5 Les familles	76
3.3.6 Les résidents.....	76
3.3.7 Un partenariat important à développer	76
3.4 La planification de l'action : une temporalité nécessaire comme fil directeur de la refondation du projet	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

A.A.H.	Allocation pour Adulte Handicapé
A.C.T.P.	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
A.M.P.	Aide Médico-Psychologique
A.N.A.E.S.	Agence Nationale pour Accréditation et l'Evaluation en Santé
A.N.F.H.	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
A.P.L.	Aide Personnalisée au Logement
A.R.H.	Agence régionale d'Hospitalisation
A.S.H.	Agent de Service Hospitalier
C.A.P.L.	Commission Administrative Paritaire Locale
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.H.R.U.	Centre Hospitalier Régional Universitaire
C.H.S.	Centre Hospitalier Spécialisé
C.H.S-C.T	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
C.I.H.	Classification Internationale du Handicap
CLIN	Comité de Liaison des Infections Nosocomiales
C.M.E.	Commission Médicale d'Établissement
C.M.P.	Centre Médico-Psychologique
C.S.S.I.	Commission du Service de Soins Infirmiers
C.T.E.	Commission Technique d'Établissement
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CREAI	Centre Régional pour l'Étude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées
CROSMS	Commission Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.R.A.S.S.	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.I.M.	Département d'Information Médicale
E.P.S.	Établissement Public de Santé
E.T.P.	Équivalent Temps Plein
EPSAN	Établissement Public de Santé Alsace Nord
F.A.M.	Foyer d'Accueil Médicalisé
F.D.T.	Foyer à double tarification
F.H.A.G.H.	Foyer d'Hébergement pour Personnes gravement handicapées
FIDUPSY	Fédération Interhospitalière
F.I.R.S.T.	Fédération intersectorielle de Recherche et Soins aux Toxicomanes

F.P.H.	Fonction Publique Hospitalière
G.I.P.	Groupement d'Intérêt Public
H.L.	Hospitalisation Libre
H.D.T.	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
M.A.S.	Maison d'Accueil Spécialisée
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORHIAL	Observatoire Régional des Handicaps et des Inadaptations en Alsace
P.O.	Placement d'Office
P.V.	Placement volontaire
S.A.U.	Service d'Accueil et d'Urgence
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
SSLD	Service de Soins de Longue Durée
TMP	Tutelle aux Majeurs Protégés
UPATOU	Unité de Proximité pour l'Accueil, le Traitement et l'Orientation des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie

INTRODUCTION

Le sujet de ce mémoire aborde dans le cadre d'un travail relatif au projet d'établissement, une problématique particulière ayant trait non seulement à la cohérence et à la formalisation de l'accompagnement social de personnes adultes gravement handicapées mais posant également toute la complexité de l'articulation entre une dimension institutionnelle inscrite dans le cadre de la politique publique en matière de santé mentale et la prise en compte de la spécificité d'une structure d'accueil relevant du secteur médico-social.

Cette approche s'explique à trois niveaux :

- à la fois comme analyse de la situation d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) dans sa genèse et ses développements au cours des dernières années, à savoir celui de l'Oberried en Alsace-Nord,
- au travers de mon parcours professionnel et plus particulièrement de ma découverte d'un champ d'intervention professionnel à la croisée du secteur sanitaire et du secteur social,
- celui de l'analyse d'un contexte professionnel comme préalable à une réflexion sur la problématique de direction d'un établissement médico-social dans une visée de refondation du projet d'accueil de personnes gravement handicapées.

Mon parcours professionnel au Centre Hospitalier de Brumath, devenu Établissement Public de Santé Alsace-Nord en 1999, m'a amenée, pendant plus de 25 ans, à intervenir dans le secteur sanitaire psychiatrique, d'abord dans le cadre de l'hospitalisation complète d'enfants, puis d'adolescents et de jeunes adultes, ensuite dans le cadre de la psychiatrie de secteur (c'est à dire au plus proche des populations, à leur domicile ou en centre de consultations médico-psychologiques), de l'accueil familial thérapeutique et plus longuement de la psychiatrie de la périnatalité.

A l'issue de ce parcours et à ma prise de fonction, en janvier 2003, comme cadre socio-éducatif au Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried (structure dépendant également de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord) il m'est apparu indispensable de bien comprendre la spécificité des questions relatives à l'intervention sociale en faveur des personnes accueillies. Cette démarche a coïncidé entre autres avec l'injonction du Conseil Général, à la suite de dysfonctionnements institutionnels et en particulier d'une question de violence à l'égard d'un résident, de reconsidérer l'ensemble du projet du Foyer d'Accueil Médicalisé. Plus au-delà, cela traduit également ma préoccupation,

centrée autour de la fonction de direction, de pouvoir aborder, dans l'ensemble des volets que cela requiert, toute la pertinence de la mise en œuvre d'un projet de prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale en adéquation avec les besoins d'une population à pathologies lourdes et en vieillissement significatif.

Une perspective historique, un retour sur les références conceptuelles fondant les orientations thérapeutiques développées jusqu'alors, ont imposé la réflexion indispensable à l'évolution du fonctionnement existant, cette dimension étant d'autant plus pertinente que le Foyer d'Accueil Médicalisé se trouve devoir répondre à son niveau aux préconisations en matière de politiques publiques actuelles, en particulier celles relevant des attendus de la loi de janvier 2002.

Créé en 1993, structure médico-sociale annexe d'un grand établissement de soins psychiatriques et vécu comme tel par les différents intervenants, le Foyer d'Accueil Médicalisé souffrait toujours, après dix années d'existence, des stigmates de son passé asilaire, dont il n'a pas eu la possibilité de se distancer y compris au travers d'une rénovation des locaux lors de sa reconfiguration réglementaire et administrative, c'est à dire le passage d'une structure de soins à une structure médico-sociale. Ainsi les espoirs fondés sur des projets successifs jamais aboutis se sont amenuisés avec le temps, renforçant, du point de vue de l'ensemble des professionnels, une situation de type abandonnique. La disqualification professionnelle vécue comme telle au fil du temps par le personnel perpétue une image de la structure fortement teintée de dévalorisation dont les fondements tout en étant diffus n'en agissent pas moins sur la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. Si le Foyer d'Accueil Médicalisé rencontre autant de difficultés à faire valoir son identité spécifique dans le dispositif existant, seule la mise en œuvre d'un projet d'établissement visant à optimiser l'expérience professionnelle des différents intervenants pourra contribuer à lui redonner toute la place qui doit être la sienne **dans une orientation médico-sociale** se distinguant en cela de la politique de santé mentale stricte.

À noter qu'en 2001/2002 et venant renforcer en cela tout ce qui vient d'être évoqué, le Foyer d'Accueil Médicalisé n'a pas été concerné par la démarche d'accréditation menée pour le reste de l'établissement.

Au regard de l'ensemble de ces éléments la problématique de direction ainsi posée nécessite de prendre en compte non seulement l'histoire récente d'une articulation complexe entre le sanitaire et le médico-social mais également de trouver et de réunir les dispositifs techniques et managériaux qui puissent suffisamment valoriser l'expérience de

l'ensemble des professionnels pour la traduire dans des pratiques éducatives et thérapeutiques rénovées. Tout cela pouvant permettre de garantir la qualité de la prestation en direction des résidents quelle que soit la nature de leur handicap.

Aussi et dans une première partie, je situerai le contexte de l'émergence de la problématique d'un secteur médico-social à la croisée du secteur sanitaire. J'aborderai l'évolution de l'hospitalisation en France dans sa période contemporaine, en particulier celle de l'hospitalisation psychiatrique de même que les orientations actuelles en matière de santé mentale y compris en Alsace-Nord. Sera évoquée toute la difficile question de la mise en œuvre des attendus de la loi 2002-2 dont celle de la reconnaissance des droits de la personne accueillie. Faisant suite à la présentation de la typologie des personnes accueillies au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord et du Foyer d'Accueil Médicalisé sera abordée la notion de « personnes inadéquates » dans ce qu'elle a pu recouvrir comme justification des fonctionnements en place du point de vue organisationnel et technique jusqu'à présent.

Dans la deuxième partie seront mises en évidence les spécificités du fonctionnement de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord et du Foyer d'Accueil Médicalisé dans la relation complexe qui les lie du point de vue de l'histoire, des pratiques et des représentations professionnelles des acteurs.

La troisième partie sera consacrée à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement au regard des attendus de la loi du 2 janvier 2002 et de celle du 11 février 2005. Au-delà du projet d'établissement et de son repositionnement au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord, il m'apparaît également judicieux (ce sera l'objet de la conclusion) d'aborder la problématique du changement dans le cadre de l'articulation entre le champ sanitaire et celui du médico-social. Ou comment valoriser et optimiser le point de jonction qui permet à l'utilisateur de dépasser le cadre du soin en matière de santé mentale pour le prolonger dans un accompagnement individualisé dans le médico-social ?

1 LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL À LA CROISÉE D'UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE

Le Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried est une structure annexe au sein d'un établissement sanitaire à vocation psychiatrique, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN). Son caractère médico-social, minoritaire, l'isole dans ce grand ensemble. Sa mutation s'est opérée sur la base de la présence d'une population considérée comme « inadéquate » au sein des services de soin.

Les personnes accueillies sont lourdement handicapées et, pour une grande majorité, ont un passé institutionnel long. Elles sont dépourvues de capacités de communication et leurs ressources sont très limitées. Peu d'entre elles ont encore une famille mobilisée et porteuse d'un projet pour elles.

Depuis plus d'une vingtaine d'années en France, la prise en charge de ces personnes, dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante, pose régulièrement la question de la ligne de partage existant entre le sanitaire et le social. On estime en effet que 20 à 40% des personnes hospitalisées le seraient indûment et relèveraient davantage de structures d'encadrement et d'accompagnement qui, aux soins, ajoutent les moyens d'un projet de vie.

Les Ordonnances de 1996 et la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale insistent sur la nécessité de décloisonner les deux secteurs d'activité et de pouvoir les mettre en synergie. Dès lors se pose la question de la qualité de la démarche globale que ces structures vont mettre en œuvre afin de permettre aux personnes accueillies un renouveau de leur individualité grâce à des approches diversifiées et complémentaires tenant compte des divers registres de la maladie.

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord, et plus particulièrement le site de Brumath, longtemps mieux connu sous le nom de STEPHANSFELD (champ d'Étienne) a connu le parcours classique de l'évolution de l'hospitalisation en France. Dès avant le XIII^e siècle il y existait un hôpital qui en 1220 fut érigé en Commanderie de l'Ordre du Saint Esprit pour y accueillir tantôt des vieillards indigents, tantôt des enfants trouvés ou abandonnés, tantôt des vieux prêtres malades. Sa création en 1832 en tant qu'asile d'aliénés intervint par décision du Conseil Général du Bas-Rhin. Le site de Hoerdt, implanté sur la partie du ban de la ville dénommé Oberried et dont les origines se situent vers 1860, a un parcours légèrement différent dans le sens où, dès ses origines, sa vocation était plus proche d'un aspect pénitentiaire que sanitaire.

L'histoire de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord est indissociable de l'histoire de la psychiatrie en France. À cet égard elle ne peut se comprendre que comme le reflet du particularisme alsacien, héritière en cela d'une double culture qui produit ses effets encore aujourd'hui. Et l'on ne peut comprendre toute la problématique de ce mémoire sans revenir sur les aspects constitutifs des politiques publiques en matière de santé mentale.

1.1 Évolution historique de la politique de santé mentale en France

L'hôpital est une institution séculaire, longtemps tournée vers les pauvres et les déshérités. Au regard de ses origines religieuses, l'hospitalité y apparaît aux VI^e et VII^e siècles comme forme d'organisation de la charité chrétienne. L'Hôtel-Dieu de Paris est créé vers 651. Institution à caractère religieux, contrôlé et géré par l'Église, l'hôpital bénéficie des privilèges de son tuteur : pas d'aliénation ni de transmission des biens hospitaliers, exemption fiscale et reconnaissance du droit d'asile. L'hôpital est financé par la charité et tenu par des congrégations.

Par ailleurs, l'institution se développe autour d'un rôle social qui va de pair avec une laïcisation progressive du XII^e au XIX^e siècle ; les hôpitaux, lieux d'enfermement, au-delà de leur fonction charitable, vont faire preuve de leur utilité pour isoler les mendiants et les malades contagieux.

Au XVI^e siècle la royauté intervient pour confier aux bourgeois le soin d'administrer les hôpitaux, créer les premiers impôts hospitaliers et adopter le principe des dotations immobilières pour asseoir le financement. Ce phénomène s'accroît encore avec la Révolution et le XIX^e siècle : en 1796, le Directoire municipalise et unifie dans chaque commune l'administration hospitalière. La tutelle étatique est instaurée par Bonaparte.

1.1.1 Évolution de l'hospitalisation publique en France au XX^e siècle : rappels chronologiques des principales dispositions législatives et réglementaires et de leurs orientations

Les progrès de la médecine appuyés sur ceux de la biologie et de la technologie, en particulier dans la seconde moitié du XX^e siècle, font évoluer l'hôpital vers une entreprise de soins.

La loi de 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 permettent de rompre avec l'hospice et d'ouvrir l'hôpital à l'ensemble des citoyens grâce à l'instauration du prix de journée et sa prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Elle consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et pose les bases de l'institution moderne en créant la fonction de directeur et la commission consultative médicale. L'activité de soins devient la mission prioritaire de l'hôpital ; elle se traduit à

travers les soins lourds comme la chirurgie et les investigations diagnostiques où le médecin devient l'élément central.

En **1958 trois ordonnances et un décret** en date des 11 et 30 décembre, communément appelés « Réforme Debré » constituent une étape essentielle dans l'évolution de l'hôpital. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) conjuguent les fonctions de centre de soins avec celles d'un centre d'enseignement et d'un centre de recherche. La réforme institue le temps plein.

On assiste par ailleurs à la transformation physique du paysage hospitalier avec la construction d'hôpitaux modernes autour d'un plateau technique et d'une hôtellerie rénovée. Parallèlement la fonction d'hébergement décline et les missions sociales traditionnelles sont rejetées vers d'autres institutions.

La loi dite BOULIN du 31/12/1970 souligne un effort de rationalisation. Elle institue le service public hospitalier, instaure la coopération interhospitalière, définit les modalités d'association des cliniques privées. Elle crée les cartes régionales et nationales des équipements de service public hospitalier à travers lesquelles elle vise à clarifier l'articulation du secteur privé et du secteur public. La modernisation administrative s'installe et les structures de management modernes se développent. La loi précise les modalités d'organisation, de la répartition des pouvoirs entre le Conseil d'Administration et le Directeur, du fonctionnement des commissions consultatives (en particulier par l'association des médecins à la gestion) ainsi que la réforme de la tarification.

Avec l'extension de la protection sociale à un nombre croissant d'assurés, l'activité hospitalière ne cesse d'augmenter, d'où des budgets en hausse constante grâce au financement par la Sécurité Sociale d'un système hospitalier en plein développement. L'euphorie économique masque toutefois déjà à cette époque des débuts de dysfonctionnement.

La loi de 1970 est modifiée 17 fois entre sa promulgation et sa substitution par celle de 1991, les modifications portant notamment sur les réformes des études médicales, le financement (dotation globale en 1983), le budget, la maîtrise des dépenses en personnel, le déblocage des carrières, la modification des structures hospitalières.

La **Loi N°91-748 du 31/07/1991** représente un nouveau jalon dans l'histoire des hôpitaux. Elle renforce la planification sanitaire par une amélioration du cadre, des moyens et de la procédure ; le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), élément fondamental de la planification sanitaire régionale, a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé pour les cinq années à venir. La loi institue également la coopération interhospitalière, la

complémentarité public-privé. Elle réduit la tutelle aux attributions essentielles : réduction du contrôle à priori, sauf pour l'approbation du projet d'établissement et du projet médical, du programme d'investissement, du budget et des comptes et des conventions avec un Centre Hospitalier Universitaire.

L'hôpital devient Établissement Public de Santé (EPS).

L'Ordonnance N°96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Elle fixe la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Elle définit les mécanismes de contractualisation : contrats pluriannuels et centres de responsabilités. Elle révisé l'organisation sanitaire en vue de mieux prendre en compte les besoins et d'accentuer les coopérations des établissements entre eux et avec les soins non hospitaliers. Elle précise la notion d'opposabilité de l'annexe du Schéma Régional d'Organisations Sanitaire et les régimes d'autorisation et de coopération. Elle précise également le financement des établissements et institue les notions d'évaluation et d'accréditation (confiée à une institution indépendante).

Cette ordonnance a par ailleurs élargi pour les établissements de santé, publics ou privés, les possibilités de créer et gérer directement des établissements et services médico-sociaux relevant des lois du 30.06.1975 ainsi que des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Cette disposition, souvent controversée dans le secteur médico-social, a permis aux établissements psychiatriques d'opérer des mutations de services de soins en structures médico-sociales afin de pallier aux besoins d'hébergement de patients stabilisés.

L'Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, portant simplification du régime des établissements de santé, constitue un axe fondamental de la modernisation de l'hôpital. Elle adapte en particulier l'organisation interne et le management de l'hôpital en vue de médicaliser la gestion et de responsabiliser les acteurs. L'adaptation de l'organisation interne de l'hôpital repose sur la redéfinition du rôle des instances et la clarification des responsabilités. Les établissements s'organisent en pôles d'activité, disposant d'une grande déconcentration de gestion, le tout dans un cadre contractuel destiné à favoriser les engagements sur des objectifs précis. Cette ordonnance communément appelée « **nouvelle gouvernance hospitalière** » modifie en particulier les attributions et la composition du conseil d'administration, crée un conseil exécutif, institue les conseillers généraux des établissements de santé et les pôles d'activité et introduit la notion de contractualisation interne. Elle modifie également les dispositions financières par les

procédures liées à la tarification à l'activité dite T2A. La mise en œuvre des dispositions relatives à cette ordonnance s'annonce d'ores et déjà particulièrement problématique en psychiatrie.

Toute cette histoire de la transformation de l'institution hospitalière aura lourdement pesé également sur l'histoire de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord. L'ensemble des dispositions auront été dictées par les besoins d'une organisation hospitalière principalement centrée sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. La psychiatrie a développé parallèlement des dispositions complémentaires. En tant qu'établissement à vocation psychiatrique l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord s'inscrit à la croisée des dispositions de l'hospitalisation publique et de celles de la psychiatrie répondant ainsi aux besoins de santé mentale des populations desservies.

1.1.2 Évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France : repères contemporains

Dans l'évolution de la « thérapeutique », il importe de relever que tantôt les sociétés optaient pour le principe de « chasser la folie » ou la maladie, le mal et sa cause, tantôt elles préféraient ne plus voir le fou qui dans son être devenait intolérable.

L'idée d'assimiler la folie à une maladie, la maladie mentale, ne débouche guère qu'au XIX^e siècle sur la psychiatrie comme science et pratique sociale. La notion de maladie mentale est corollaire au développement de la clinique en matière de santé mentale, de références thérapeutiques en vue d'une recherche de guérison et d'une réinsertion à terme en milieu ordinaire.

De l'Antiquité à la Renaissance, les sociétés entretenaient avec les fous un rapport de familiarité, même si certains rejets étaient signalés. Le fou était vécu implicitement comme le double familier de la raison et à ce titre dénotait une certaine ambivalence du sacré. L'âge classique perd toutefois ce sens du sacré. La folie se dégagera de la sorcellerie et de la métaphysique et sera peu à peu reconnue comme Pathos, une maladie.

Cette reconnaissance passe au travers d'une nouvelle conception de l'anormalité, décrite par FOUCAULT ¹ comme « **le grand renfermement** ». Cependant les bûchers brûlaient un peu partout en Europe ; il y eut toujours des fous, dont les plus inoffensifs étaient en liberté et étaient la risée de tous, d'autres étaient parqués dans des quartiers spéciaux ou des « tours à fous ». Par ailleurs des bateliers circulaient sur de grandes voies navigables dont le Rhin, à qui l'on confiait les fous pour s'en débarrasser et qui voguaient ainsi de

¹ FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique* Gallimard TEL, 1972. 583 p.

ville en ville inspirant « La nef des fous » peinture de Jérôme BOSCH au XV^e siècle et « Das Narrenschiff » de Sébastien BRANDT en 1497².

Avant d'arriver aux structures hospitalières, puis asilaires, des précurseurs, en particulier PINEL et ses élèves ESQUIROL et FERRUS, ont très largement contribué au début du XIX^e siècle à faire évoluer le cadre réglementaire.

Largement inspirée des idéaux philanthropiques et humanistes du XVIII^e siècle, la **Loi du 30 juin 1838**, dite Loi sur les aliénés, allait régler le sort des malades mentaux pendant plus de cent cinquante ans jusqu'à sa rénovation en 1990. Elle reprenait la notion « d'irresponsabilité » et organisait l'hospitalisation, uniquement dans le cadre de soins obligatoires, des malades mentaux en vue de leur assurer des soins gratuits (placements volontaires – P.V.) et de protéger la société (placements d'office – P.O.). Elle exigeait la création de conditions décentes d'accueil et de soins des malades mentaux, imposait à chaque département l'organisation et la charge financière de structures de soins appelées « asiles d'aliénés ». Par ailleurs elle demandait de mettre en place des mesures de protection sociale contre les risques que faisaient courir dans certains cas les aliénés à la population générale. Enfin elle réglementait de façon précise les circonstances dans lesquelles un citoyen pouvait être, contre son gré, enfermé dans un asile d'aliénés et les mesures légales de protection de la personne, tant en ce qui concerne ses biens que sa liberté individuelle.

La loi de 1838 se proposait donc de mettre définitivement fin aux pratiques barbares de traitement de la maladie mentale qui prévalaient jusqu'alors. Au-delà de son humanisme profond elle répondait aussi à une logique « sécuritaire » protégeant le corps social des effets déstabilisateurs du trouble occasionné par la folie.

Au fil du temps, l'organisation préconisée par la Loi de 1838 a fait de l'hôpital psychiatrique public un lieu carcéral à vocation restreinte, inadapté à l'exécution d'une mission de service public de santé mentale. L'internement, longtemps modalité d'admission exclusive et aux soins spécialisés, générait non seulement des privations de liberté abusives mais comportait pour les malades et leur famille une dimension infamante. Sous la pression des professionnels de santé mentale et des familles, la loi de 1838 a fait l'objet d'adaptations successives par voie réglementaire, dont en particulier la transformation de l'asile en hôpital ouvert réalisé à partir des années 1920.

² BRANDT Sébastien, *La nef des fous*, adaptation française de Horst Madeleine, Strasbourg : Éditions de la Nuée-Bleue, 1977. 488 p.

Une **circulaire du 15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, a fait évoluer grandement le paysage de la psychiatrie en France en faisant voler en éclat l'asile. Elle préconise le traitement précoce du malade dans son cadre de vie habituel par une équipe de secteur pluridisciplinaire, médicale et soignante, spécialisée. Cette circulaire a permis au fil des ans que l'internement se raréfie : actuellement plus de 80 % des personnes nécessitant des soins s'adressent librement au secteur.

Le mécanisme de l'asile avait toutefois secrété ses perversions en induisant la désinsertion des patients de leur société d'origine et en compromettant leur chance de guérison et de restauration des capacités à la réintégrer.

Les **lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985** ont apporté des compléments à l'ossature légale inscrite dans le premier titre de la loi de 1838 en définissant le cadre de la sectorisation psychiatrique.

La **Loi du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a réformé complètement la Loi de 1838.

1.1.3 Des notions nouvelles issues des années récentes : celles des droits du malade mental et la notion de personne accueillie

Avant 1838 les garanties de liberté individuelles étaient inexistantes comme en témoigne Michel Foucault.³

La Loi de 1838, malgré l'institution de la dimension thérapeutique de l'internement, a contribué à reconnaître au malade mental le droit aux soins de qualité dans le respect de la dignité humaine. Le modèle de l'isolement de l'individu à l'asile répondait aux nécessités de l'époque de l'installer dans un lieu sécurisant où il serait à l'abri des dangers et des persécutions et soustrait aux influences pathogènes de son milieu naturel. Afin de permettre le contrôle des placements et d'éviter les internements arbitraires, la loi indiquait que dans les trois jours suivant la réception du bulletin d'entrée, le Préfet chargeait « un ou plusieurs hommes de l'art d'examiner le malade et d'en faire un rapport sur le champ ».

³ FOUCAULT M. op. cité

La **Loi du 3 janvier 1968** portant réforme de la protection des incapables majeurs a considérablement modifié leur droit en substituant au régime inique et infamant de l'interdiction, une panoplie de formules de protection (sauvegarde de justice, tutelle et curatelle). Cette loi constitue un dispositif complet permettant de mettre fin aux abus de la loi de 1838 et au vide juridique existant jusqu'alors, où seuls les malades internés bénéficiaient d'un régime de protection.

La **Loi du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation assure une protection optimale des droits de l'individu particulièrement au niveau des garanties relatives à sa liberté individuelle en lui permettant de saisir de sa propre initiative et directement le juge garant de l'application des droits. Les seules dispositions de la loi de 1838 reprises par la loi de 1990 concernent les placements sans consentement qui doivent assurer des garanties optimales individuelles de protection des libertés. Cette loi définit trois modalités d'hospitalisation psychiatrique :

- l'hospitalisation libre (HL) qui devient le droit commun
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) lorsque les troubles rendent impossibles le consentement de la personne
- l'hospitalisation d'office (HO) qui répond à des préoccupations de police de l'ordre public.

Plus récemment la **Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé complète certaines dispositions de la loi du 2 janvier 2002 en particulier en terme d'amélioration de la planification en précisant le rôle et la composition des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale. Dans son titre premier elle pose d'entrée le principe de la solidarité envers les personnes handicapées.

Par ailleurs la **Loi du 2 janvier 2002** a affirmé la notion de droits de la personne accueillie en structure sociale et médico-sociale. Elle introduit en particulier la **Charte de la personne accueillie** en structures sociales et médico-sociales.

Après avoir parcouru le cadre de l'évolution de l'hospitalisation, voyons à présent comment l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord s'est organisé pour en arriver au fonctionnement actuel.

1.2 La singularité de la situation de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord

1.2.1 Le cadre administratif, législatif et réglementaire de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord est un établissement public de santé (EPS) et est à ce titre régi par la Loi du 31 juillet 1991 et par les Ordonnances de 1996 et 2005. Il est soumis à la tutelle de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Il a été créé en 1999 par la fusion des deux établissements de soins psychiatriques de Brumath et Hoerdt distants de 12 kilomètres, suite aux préconisations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). En effet, le SROS de la Psychiatrie adopté le 5 mai 1998 se fondait sur une politique de coopération entre les hôpitaux et réaffirmait le principe de rapprochement des deux centres hospitaliers, « les nécessités sanitaires de la population et la faible distance les séparant justifiant ce rapprochement ».

Le SROS précisait ses directives :

- réalisation d'un projet médical commun,
- mise en commun de certaines fonctions logistiques,
- définition de la vocation de chaque site.

Comme tout hôpital public, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord dispose de :

- la personnalité morale de droit public,
- de l'autonomie administrative et financière.

A) les instances décisionnelles

a) le Conseil d'Administration

Présidé par un représentant du Président du Conseil Général conformément à son statut d'établissement public départemental, il est composé en outre de 5 conseillers généraux, un représentant de la ville de BRUMATH, siège de l'établissement, un conseiller régional, 4 représentants de la Commission Médicale d'Établissement (CME), 3 représentants désignés par les organisations syndicales majoritaires, un représentant désigné par la Commission du Service des Soins Infirmiers (CSSI), 3 personnes qualifiées, 2 représentants désignés par les associations d'usagers et un représentant des familles du Service de Soins de Longue Durée (SSLD).

Les compétences du Conseil d'Administration sont dites « d'attribution ». Elles sont limitativement énumérées par la loi et sont au nombre de 18.

Les principales attributions, au regard de la présente étude, portent sur :

- le projet d'établissement, dont le projet médical,

- les programmes d'investissements relatifs aux travaux,
- le budget et les décisions modificatives, les comptes et l'affectation des résultats,
- le bilan social et la politique d'intéressement,
- le tableau des emplois permanents,
- le règlement intérieur.

b) le Directeur

La fonction de directeur n'a cessé depuis sa création en 1941 de bénéficier de prérogatives de plus en plus importantes. Il est toutefois tenu de consulter les instances internes et doit se soumettre aux contrôles juridictionnel et financier et à celui exercé par les représentants de l'État. La loi de 1970 pose le principe de la compétence générale du directeur face à la compétence d'attribution du conseil d'administration.

Le directeur a trois grandes attributions :

- il met en œuvre les décisions politiques et réglementaires du conseil d'administration,
- il a compétence générale pour régler toutes les questions concernant la bonne marche de l'hôpital excepté les domaines qui relèvent du seul niveau du conseil d'administration et des médecins,
- il veille au bon fonctionnement de l'équipement et à la discipline de l'établissement.

B) Les instances consultatives

- la Commission Médicale d'Établissement (CME)
- le Comité Technique d'Établissement (CTE)
- les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)
- le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT)
- le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI)
- les Conseils de Service.

1.2.2 Évolution du site de Hoerdts au fil du temps

L'histoire du site est caractérisée par son enracinement ancien dans le dispositif sanitaire alsacien et une adaptation constante aux besoins sanitaires de la population.

A) La « colonie » de Hoerdts

Un **dépôt de mendicité** à orientation rurale est ouvert le 1^{er} Juillet 1861 sous le Second Empire. L'établissement devait recevoir dans un cadre disciplinaire, les mendiants provenant de Strasbourg. L'indigence qui y était visée, recouvrait non seulement l'indigence matérielle des « sans ressources », mais également l'indigence morale et

intellectuelle. En effet, dans la pensée des administrateurs de l'époque, la pauvreté s'articulait avec le vice, et l'errance avec l'oisiveté, mère de tous les maux. Ce dépôt était érigé selon le modèle des « colonies agricoles » de l'époque. Le terme de « colonie » pénétra dans le langage des villages environnants si bien que l'on entendait encore parler de « la colonie » dans les années 1980 et 1990.

Malgré des résultats d'enquêtes réalisées par les services impériaux tant aux sous-préfectures qu'aux gendarmeries des différents cantons, tendant à démontrer la nette diminution de la mendicité, cette vocation persistait sous le régime allemand comme Arbeitszwangsanstalt (établissement de travail forcé) de 1870 à 1876, gardant tous les caractères que lui avait assigné le Second Empire.

B) Le 1 avril 1878, la filiale de Stephansfeld

L'idée d'un changement de destination de l'établissement prit forme dans les années 1870 en raison du surpeuplement de l'asile de Stephansfeld (site de Brumath) ; la nécessité du maintien du dépôt s'amointrissait d'autant que sa population, avec les nouvelles données de la clinique, rejoignait celle de la psychiatrie. Un rapport de 1892 atteste que l'admission de détenus à Stephansfeld recouvrait pour l'ensemble une population arrêtée pour mendicité ou vagabondage. La loi de 1808 qui avait proclamé l'ouverture des dépôts de mendicité se trouvait peu à peu estompée derrière la loi de 1838, dont l'application s'était généralisée aux faits sociaux et mentaux y compris en Alsace où la législation française était maintenue sous Guillaume II.

A l'échelon local, le fait crucial du surpeuplement de Stephansfeld, seul asile pour les deux départements d'Alsace, allait donc peser lourd dans la mutation à venir du dépôt de mendicité.

Le surpeuplement et les conditions de précarité nuisent à la filiale de Hoerdts qui présente un taux de mortalité record en 1905.

En 1909, l'asile de Rouffach (Haut-Rhin) ouvre ses portes et s'affiche troisième structure d'Alsace. Stephansfeld et sa filiale de Hoerdts commencent à prendre leurs distances. En 1912 l'indépendance médicale et économique de Hoerdts est prononcée. Hoerdts devient asile d'aliénés : un bâtiment conçu pour recevoir les aliénés criminels y est ouvert.

C) La maison de santé de Hoerdts

En 1919, le quartier de sécurité accueille les malades venant de toute la France.

En 1923, une deuxième spécialisation de l'établissement est amorcée par l'ouverture d'un institut médico-pédagogique pour enfants anormaux, structure supprimée en 1935.

La prise en charge des patients était à cette époque organisée de manière à séparer les patients incurables de ceux qu'on espérait guérir, ce qui se traduisait jusque dans la dénomination des établissements. Hoerdts était une « Irrenpfleganstalt » (établissement de fous à soigner) et Brumath une « Irrenheilanstalt » (établissement de fous à guérir).

Pendant la seconde guerre mondiale, le sort de nombreux malades des hôpitaux psychiatriques fut tragique comme en témoignent le film documentaire « Le cimetière des fous »⁴ ou les récits de certains historiens.

Après 1945, l'établissement se consacre à trois catégories de malades : les aliénés « ordinaires », les aliénés incurables et inéducables, les malades relevant du quartier de sécurité.

Au regard d'un rôle souvent attribué à Hoerdt de décongestionner Brumath, on observe une forte concentration d'une population d'arriérés profonds. L'équipement hospitalier d'un service pour enfants et arriérés profonds se constitue dans le cadre asilaire traditionnel.

A. David⁵ cite dans sa thèse : « *Dans les années 50 le pavillon Esquirol puis le pavillon Magnan demeurèrent dans leur destination première pour constituer peu à peu un îlot où se concentra une population nouvelle, celle des arriérés profonds adultes déficitaires.* »

Le quartier de sécurité est définitivement fermé en 1964. Dès lors le Centre Hospitalier Spécialisé de Hoerdt se développe conformément aux modalités des établissements spécialisés classiques.

C'est dans ce cadre que, érigé en établissement public départemental le 13 Juillet 1971, le Centre Hospitalier Spécialisé va adapter son développement aux évolutions de la prise en charge des pathologies psychiatriques esquissées par le dispositif réglementaire relatif à la sectorisation de la psychiatrie.

D) Les avancées de la sectorisation psychiatrique ou psychiatrie communautaire

La sectorisation vient après 1970 donner à la psychiatrie une dimension nouvelle : le souci est de se rapprocher de la population, de modifier les perceptions sociales négatives en offrant à l'individu une nouvelle forme de prise en charge de la maladie mentale en limitant l'hospitalisation. Mais il subsiste encore dans les services de soins psychiatriques une forte proportion de patients institutionnellement dépendants. La réalité quotidienne des services consiste en la difficulté à concrétiser leurs nouvelles missions tant il est vrai que les moyens matériels et surtout humains sont pleinement affectés à la prise en charge de ces personnes au détriment des nouvelles missions.

En 1972, l'activité intra-hospitalière de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile était exclusivement réservée à la prise en charge d'arriérés profonds d'âge adulte, au

⁴ film documentaire *Le cimetière des fous* réalisation GOBIN A. Coproduction Ere Production et France 3 Alsace, 2004.

⁵ DAVID Alain *L'hôpital psychiatrique de Hoerdt : ses origines, ses particularités, son évolution.* Thèse de Doctorat en Médecine : Université Louis Pasteur Strasbourg 1981, 165 p.

détriment de places en hôpital de jour pour enfants et de l'activité extra-hospitalière. À sa prise de fonction en 1983, la médecin-chef de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile à Hoerdts a été confrontée à une situation particulièrement problématique ; le service ne disposait que de quelques places en hôpital de jour et d'une activité extra-hospitalière peu développée.

« Le service était saturé de lits pour polyhandicapés conformément au Programme d'Établissement 1976-1985 qui prévoyait la présence de 172 arriérés mentaux dont 52 arriérés mentaux profonds (idiotie), 85 arriérés mentaux moyens (imbécillité) et 35 arriérés mentaux légers (débilité) » A. David ⁶

La situation a nécessité une réorganisation du service, en meilleure adéquation avec la mission de l'intersecteur entraînant la transformation de structures sanitaires en structure médico-sociale.

1.2.3 L'évolution de la politique de santé mentale en Alsace Nord

Conformément aux préconisations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Psychiatrie version 2 ⁷, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord a pour mission de couvrir les besoins d'une population de 718 000 habitants, soit les trois quarts du nord du département du Bas-Rhin. Le système de santé mentale français est articulé sur une politique de sectorisation, le secteur étant la traduction de l'idée de psychiatrie communautaire dont l'enjeu est l'adaptation du système sanitaire hérité de la période asilaire, en multipliant les alternatives à l'hospitalisation.

Environ 10 700 patients sont pris en charge par an dont 3 800 à temps plein.

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord regroupe :

- 8 secteurs de psychiatrie générale pour adultes,
- 2 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, (la frontière entre psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile étant fixée à l'âge de 16 ans sans toutefois que ce critère ne fonctionne comme un coupe-ret),
- un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, installé à la Maison d'Arrêt de l'Elsau à Strasbourg intégrant un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes,
- une Fédération Intersectorielle de Recherche et Soins aux Toxicomanes (FIRST),
- un foyer de post-cure psychiatrique et des appartements thérapeutiques,
- 2 services de soins de longue durée (SSLD) pour 72 et 56 personnes âgées,
- le Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried.

Il existe par ailleurs au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord un service d'hygiène hospitalière et une pharmacie, un département d'information médicale (DIM)

⁶ DAVID A. op. cité

⁷ la version 3 du SROS est en cours d'élaboration

chacun de ces services étant placé sous l'autorité médicale d'un médecin ou pharmacien, chef de service.

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord gère par ailleurs un Institut de Formation en Soins Infirmiers avec une section d'aide-soignants.

En fait l'ensemble des dispositions légales et réglementaires ne détermine que le cadre organisationnel de l'hôpital sans rien préciser de l'approche thérapeutique, centrale pour la personne soignée. Si cette situation semble convenir en hôpital général où les soins techniques sont prédominants qu'il s'agisse des secteurs de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, il n'en est pas de même dans le secteur psychiatrique où les approches thérapeutiques diverses s'exercent sur un mode principalement relationnel et clinique. L'approche du secteur médico-social se trouve plus proche de celle de la psychiatrie que de celle du secteur sanitaire classique. Les personnes vivant au Foyer d'Accueil Médicalisé ont avant tout besoin d'un projet de vie et d'accompagnement investi relationnellement par les personnels, même si leur projet de soin en constitue une part importante.

1.2.4 Une diversité de populations accueillies dont il importe de spécifier des réponses individualisées

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord admet en hospitalisation principalement des personnes en souffrance psychiatrique. Il s'est également vu confier la charge d'organiser les soins psychiatriques aux détenus dans le cadre du Service Médico-Pénitentiaire Régional. Par ailleurs les services de soins de longue durée (SSLD) accueillant des personnes âgées pour des séjours prolongés hors cadre psychiatrique et le Foyer d'Accueil Médicalisé sont alignés sur les modalités traditionnelles d'admission en hôpital général.

A) Les personnes hospitalisées pour soins psychiatriques

Les personnes hospitalisées dans les services psychiatriques de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord le sont en raison de troubles psychiques. Elles peuvent l'être avec ou sans leur consentement.

La personne hospitalisée avec son consentement est dite en « hospitalisation libre ». Elle dispose alors des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Le nombre des hospitalisations représente environ 87% du total des hospitalisations en psychiatrie.

La maladie mentale peut toutefois, dans certains cas, empêcher une personne de reconnaître sa maladie et la nécessité de soins, en dépit de la souffrance ressentie. Cette caractéristique de la pathologie mentale peut alors légitimer une hospitalisation sans

consentement ; cette disposition autorise la restriction de la liberté individuelle. La loi de 1990⁸ distingue deux modalités d'hospitalisation sous contrainte :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), en raison de troubles rendant impossibles le consentement de la personne dont l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier,
- l'hospitalisation d'office (HO) lorsqu'il s'agit de personnes « dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

La durée moyenne de séjour à l'Établissement Public de Santé Alsace Nord est de 23,81 jours en psychiatrie pour une moyenne nationale de 27,8 en 2002.

B) L'hospitalisation des personnes en détention

Les détenus dont les troubles mentaux requièrent une hospitalisation sont pris en charge dans les services de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou le cas échéant dans les établissements de santé dans le cadre d'une hospitalisation d'office arrêtée par le préfet. Les soins qui leur sont dispensés doivent être de même qualité que les prestations accordées à l'ensemble de la population, la période de détention n'étant plus considérée comme une mise à l'écart sanitaire. Les détenus restent toutefois usagers du service pénitentiaire et à ce titre soumis à une restriction des droits du malade. Leur prise en charge sanitaire en situation de détention relève d'une subtile mise en articulation des pratiques sanitaires et pénitentiaires et une adaptation réciproque des comportements. La séparation juridique des missions n'entraîne pas une autonomie de l'établissement sanitaire à l'intérieur de la prison et le personnel soignant est soumis au règlement intérieur de la prison. Parallèlement une partie du personnel de surveillance est affectée au bon déroulement de l'activité médicale.

C) Les personnes en Service de Soins de Longue Durée et au Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried

Les personnes admises au Service de Soins de Longue Durée et au Foyer d'Accueil Médicalisé sont prises en charge en « régime commun », régime courant dans les services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

Depuis les années 80 les objectifs d'humanisation et la question des droits des malades se posent avec plus d'acuité ; les progrès de la science et des techniques médicales ont rendu plus performants les examens en réduisant les risques d'erreur et la durée du séjour et en améliorant la prise en charge médicale. Une démarche de type consumériste s'installe. Le patient devient client. Il bénéficie d'un statut qui lui confère un certain

⁸ voir annexe 1 : Classement chronologique des textes législatifs et réglementaires

nombre de droits. En établissement sanitaire le patient a le choix entre le « régime commun » et le « régime particulier ». L'un et l'autre ne doivent en aucun cas différer sur la qualité de l'accueil ou du repas. Quel que ce soit le régime, librement choisi par le patient, celui-ci garde le choix du médecin. Toute admission, obligatoirement proposée par un médecin, est librement consentie par le malade ou son tuteur. L'admission au Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried est fondée sur ce principe.

1.2.5 L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord au regard de l'évolution des modalités de prise en charge du public ; les principales caractéristiques de la population accueillie au Foyer d'Accueil Médicalisé

Dès les années 80 et plus particulièrement les années 90, les coupes transversales, dites « enquêtes d'un jour », réalisées dans les établissements de soins psychiatriques publics, en vue de l'avis médical dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire visaient en partie à recenser l'ensemble des demandes d'admission dans l'objectif d'une réorientation vers les structures appropriées.

A cette époque le rapport Massé préconisait que les Centres Hospitaliers Spécialisés « doivent favoriser la création de structures médico-sociales dont la population hospitalisée soit la clientèle prioritaire.... »⁹

Afin de recentrer son activité autour des missions de soins psychiatriques, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord est contraint depuis une vingtaine d'années d'imaginer des solutions nouvelles de prise en charge pour un certain nombre de patients devenus institutionnellement dépendants mais qui ne relèvent plus du soin psychiatrique. Cette dépendance est liée à une hospitalisation qui s'est souvent avérée longue et à l'issue de laquelle le patient n'arrive pas à s'insérer ou se réinsérer dans un environnement ordinaire, ne peut pas vivre seul et ne peut pas non plus compter sur un accompagnement familial. Ainsi, après la création du Foyer d'Accueil Médicalisé à Hoerdt, l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord envisage la transformation d'une unité de soins pour personnes polyhandicapées en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et la création d'une structure de même nature pour des personnes présentant des psychoses infantiles vieilles.

A) Caractéristiques des personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé

Les personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé sont toutes issues des services de soins psychiatriques de l'Établissement Public de Santé Alsace.

⁹ Dr Massé G. *Rapport de la mission confiée par Monsieur Bruno Durieux Ministre délégué à la Santé 1992.*

Les 40 résidents, dont 8 femmes et 32 hommes sont âgés entre 25 et 83 ans. Ils sont tous célibataires et n'ont pas de descendants. 17% sont âgés de plus de 60 ans.¹⁰

Ils ont tous un parcours institutionnel long que ce soit en service de soins psychiatriques ou pour une faible minorité d'entre eux en institut médico-psychologique. Ils ont pour la plupart été admis dès leur plus jeune âge, la décision ayant souvent été prise au moment de l'obligation scolaire. Les résidents de plus de 50 ans ont tous vécu dans les conditions asilaires des établissements psychiatriques d'avant l'avènement des neuroleptiques et de la sectorisation de la psychiatrie.

Pour les plus jeunes un passage vers le lieu de vie que constitue le Foyer d'Accueil Médicalisé a été envisagé quand leur maintien en psychiatrie n'a pas ou plus été adapté, en particulier lorsque la manifestation symptomatologique de leur trouble, (la plupart du temps leur état d'agitation, d'angoisse ou de dépression), a pu être enrayée par les psychotropes.

B) Leurs pathologies psychiatriques et somatiques associées

Les personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé présentent principalement une déficience mentale du niveau de l'arriération moyenne ou profonde. Pour la plupart cette déficience relève d'une psychotisation précoce : psychose déficitaire massive autistique ou d'expression plus dysharmonique avec parfois acquisition d'un langage peu élaboré. Pour quelques personnes l'atteinte organique a été inaugurale : encéphalopathies d'origine variée, avec séquelles neurologiques pouvant toucher l'appareil locomoteur à l'origine d'infirmités motrices cérébrales.

Ces différents états sont parfois accompagnés de crises comitiales et quelquefois de troubles sensoriels comme l'amblyopie, la cécité ou la surdité (7 personnes) ou moteurs (11 personnes).

Deux personnes présentent des malformations organiques (absence de globes oculaires). Ces différents états ont souvent été aggravés par des carences de soins précoces, défauts de stimulation, distorsion des relations affectives, voire situation d'abandonnisme ou d'abandon.

Deux personnes présentent une démence post-traumatique.

Près de la moitié des personnes présentent parfois des troubles du comportement plus ou moins importants, nécessitant un traitement antipsychotique assez lourd et exceptionnellement un recours à des soins psychiatriques (contention ou isolement thérapeutique).

Tous présentent une déficience intellectuelle sévère ou profonde voire non quantifiable.

¹⁰ voir annexe 2 : Caractéristiques des personnes accueillies au FAM

C) Leurs besoins en soins et en prise en charge

Ces personnes nécessitent des soins quotidiens particuliers (surveillance des constantes, du transit, soins de plaies, d'affections cutanées, oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, d'escarres, soins de bouche) et des pansements journaliers. Tous ont un traitement médicamenteux nécessitant 3 à 4 prises par jour.

Ils sont très dépendants ; leur autonomie est quasi comparable à celle d'un jeune enfant voire d'un nourrisson.

Moins de la moitié mange seul dont 10 qui ont besoin de stimulation de la part du personnel ; 7 sont nourris intégralement ; l'alimentation doit être mixée pour 6 personnes. Seules 14 sont autonomes pour le lever. 11 ont besoin de stimulation ; toutes les autres nécessitent une aide importante voire une assistance complète.

Moins de la moitié ont acquis le contrôle sphinctérien ; 11 portent constamment des protections ; 9 doivent être régulièrement orientés, voire installées sur les toilettes ou les chaises percées. Les autres nécessitent la présence du personnel en raison de leur mobilité réduite.

Aucun n'est capable de gérer son linge ou de choisir ses vêtements. 5 arrivent à s'habiller seuls si les vêtements sont à leur disposition. 24 ont besoin d'aide ou de stimulation et de présence importante. 5 sont totalement dépendants et n'arrivent à anticiper aucun geste.

7 sont installés en permanence en fauteuil roulant, dont 5 qui nécessitent une contention par ceinture de sécurité ; 13 autres ont la démarche mal assurée.

En raison des troubles liés au vieillissement, de plus en plus de résidents nécessitent un matériel médicalisé conséquent : lit à hauteur variable, baignoire à hauteur et positionnement variables, fauteuils roulants, fauteuils coque inclinables, verticalisateurs.

Seuls 10 sont capables de s'orienter seuls à l'extérieur des bâtiments. Tous les autres nécessitent un accompagnement dès lors qu'ils sortent du service.

La dépendance des personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé est avant tout liée à leurs troubles psychiatriques. Leurs pathologies sont très fortement chronicisées. Le handicap qui en résulte est lourd et particulièrement mortifère pour le personnel. Il est fondamental que celui-ci soit très attentif et réponde au mieux aux besoins des personnes, obligeant dès lors un accompagnement dans la pratique professionnelle difficile qui est la sienne.

Ces besoins sont de natures diverses :

- besoins de soins et d'assistance dans les gestes de la vie quotidienne
- besoins affectifs
- besoin d'être reconnu, entendu et écouté
- besoin d'expression à la mesure des moyens de chacun
- besoin relationnel
- besoin de stabilité et de repères sécurisants

- besoin de s'ouvrir à la vie sociale.

D) Leurs capacités de communication, d'expression, de contact social

L'expression verbale est souvent altérée voire absente. Leurs capacités d'expression sont extrêmement limitées ; 9 personnes arrivent à prononcer quelques mots difficilement articulés. La plupart d'entre eux se manifeste par des cris, des pleurs, de l'agitation voire de l'agressivité, ou un regard, un sourire, un son, des mimiques, une gestuelle spécifique. Il est souvent difficile de donner un sens à ces signes de communication, de décoder le message qu'ils contiennent, de verbaliser ce que nous croyons avoir compris.

Il est important de relever que la plupart des personnes sortent peu de l'unité de vie ; les plus autonomes éprouvent parfois des difficultés à le faire quand bien même leur autonomie de déplacement et leurs capacités d'orientation le permettent. Ces personnes sont souvent fortement sujettes à angoisse. Il est alors utile de leur proposer un accompagnement et une ouverture progressive. Le fait de se rendre régulièrement au même endroit pour une activité d'équitation a permis au fil du temps d'imaginer y prendre un repas puis même d'y passer un court séjour de vacances.

Des partenariats sont à développer par la formalisation de réseaux inter-établissements médico-sociaux sous forme de conventions.

E) Le vieillissement

Comme pour l'ensemble de la population, l'allongement de la durée de vie s'opère pour les personnes en situation de handicap. Liée aux progrès de la médecine ainsi qu'à l'évolution de leurs conditions de vie, cette réalité est un vecteur de problématiques nouvelles. En effet l'avancée en âge des personnes handicapées nécessite de développer des réponses adaptées à leurs besoins spécifiques.

Au Foyer d'Accueil Médicalisé, 17 % des personnes ont plus de 63 ans dont 10% plus de 65 ans. Le doyen d'âge a 83 ans. On y trouve certes la population la plus âgée de l'ensemble des structures bas-rhinoises. Ces chiffres se situent malgré tout au-delà des projections démographiques réalisées en 1999 par le Centre Régional pour l'Étude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées d'Alsace (CREAI) et l'Observatoire Régional des Handicaps et Inadaptations en Alsace (ORHIAL). L'étude estimait qu'en 2005 sur une population totale de 365 personnes vivant en Maison d'Accueil Spécialisée ou en Foyer d'Accueil Médicalisé dans l'ensemble de la région, 15 (soit 4,1%) aurait entre 60 et 64 ans, 7 (soit 1,9%) entre 65 et 69 ans et 1 personne entre 70 et 74 ans.

Au Foyer de l'Oberried la situation se présente comme suit :

- 4 entre 60 et 70 ans,
- 2 entre 70 et 80 ans,
- 1 de plus de 80 ans.

Le vieillissement de cette population s'accompagne de troubles sensoriels, d'incontinence et de chutes, mais également d'une plus grande fatigabilité.

Cela a pour conséquence d'induire potentiellement un déséquilibre de l'harmonie de la vie du Foyer et de l'ensemble de ses résidents. La réorientation vers d'autres structures n'est guère possible par manque de places mais surtout par souci de préserver quelques repères pour la personne vieillissante.

Les objectifs de la prise en charge de ces personnes sont de limiter le plus possible leur perte d'autonomie en particulier en réduisant les troubles moteurs, en améliorant la prévention des escarres et en limitant le risque de déshydratation. Cela nécessite des moyens matériels et la formation du personnel ; il est utile d'acquérir du matériel adapté au handicap comme des lits à hauteur variable, matelas et coussins anti-escarres, déambulateurs, brancard-douche, etc. La formation des personnels doit inclure la prévention des escarres et des troubles de la déglutition et de la déshydratation.

La prise en compte des aspects spécifiques oblige aussi à considérer l'équilibre interne de fonctionnement qui doit être réajusté afin d'assurer une co-existence harmonieuse entre des générations aux rythmes et besoins différents. Elle oblige la réflexion sur l'opportunité de constituer des groupes « homogènes » de résidents, comprenant un groupe de personnes en grande perte d'autonomie associées à d'autres personnes assez calmes (pas de personnes à risque d'agitation ou ayant de gros troubles du comportement), les autres groupes associant des pathologies telles les arriérations mentales, les comitialités et troubles caractériels et les psychoses déficitaires.

Par ailleurs l'aggravation des situations de handicap et de dépendance nécessite une présence médicale de plus en plus conséquente. Le Conseil Général du Bas-Rhin, conscient de cette réalité a commandité une étude concernant ce sujet.

F) L'appropriation du lien familial

Les personnes accueillies ne quittent qu'exceptionnellement l'unité soit pour une hospitalisation, soit pour un séjour de vacances encadré par du personnel du Foyer d'Accueil Médicalisé. Un seul rentre en famille le week-end. 3 sont d'anciens pupilles. 9 ont régulièrement (au moins une fois par trimestre) la visite d'un membre de leur famille (parent, frère ou sœur). Pour 3 autres les visites se limitent à une ou deux dans l'année. 4 reçoivent occasionnellement une carte.

Au fil des années les relations avec les familles se sont étioilées. Quand elles existent, elles sont souvent difficiles, altérées par un long vécu de souffrance. Elles amènent parfois à des transgressions des règles établies, à des attitudes réparatrices qui se traduisent essentiellement au travers de l'alimentation. La plupart des visites se déroulent sur le même modèle ; le visiteur (parent, frère ou sœur, tante) apporte de la nourriture (viennoiserie, crèmes dessert, boisson gazeuse et/ou sucrée voire sandwich) que la

personne accueillie mange goulûment quelle que soit l'heure de la visite et en dépit des éventuels régimes médicaux prescrits (hypocalorique, anticholestérol, antidiarrhéique).

Le mode de relation s'origine souvent dans la place de la pathologie dans l'inconscient familial ; tout parent confronté à un enfant anormal est facilement déstabilisé par ce qui constitue une douloureuse perte narcissique. Le mode de relation fonde le travail à mener avec les familles et en particulier les parents des personnes récemment admises au Foyer d'Accueil Médicalisé, personnes plus jeunes avec un passé institutionnel moins long. Ce sont des parents plus jeunes que ceux dont les enfants sont « placés » dans l'institution depuis plus de quarante ans et pour lesquelles nous ne pouvons guère qu'améliorer la qualité de l'accueil.

La recherche d'un équilibre dans la relation famille-institution, exprimée au travers de la recherche d'une explication de la prise de décision est souvent incontournable et est une condition prééminente à la signature du contrat de séjour et lors de l'actualisation des projets individuels.

Le lieu de vie que constitue le Foyer d'Accueil Médicalisé doit impérativement aménager une place aux familles tant dans ses locaux que dans son fonctionnement, y compris dans leur représentation au Conseil de la Vie Sociale, et dans l'approche thérapeutique de l'usager.

Les parents expriment souvent leur culpabilité d'avoir non seulement donné vie à un enfant handicapé, mais aussi de l'avoir ensuite « placé » voire abandonné en institution faute d'avoir pu ou su s'en occuper eux-mêmes. Leur ressenti d'être de « mauvais parents » est parfois exprimé ; souvent ils associent des circonstances (maladie, absence de soutien, famille nombreuse, autres enfants à élever, ...) qui, à leurs yeux, pourraient légitimement constituer un motif d'excuse aux yeux de la société. Les plus âgés (plus de 80 ans) parlent de leur propre fatigue, de leur « impossibilité à pouvoir se laisser mourir » malgré leur âge avancé par crainte que personne ne s'occupe plus de leur enfant handicapé.

Autant de questions fondamentales à ne pas occulter afin de pouvoir donner un sens à la prise en charge ! Mais autant de difficultés aussi pour le personnel soignant peu ou pas formé à l'écoute de ces difficultés !

G) Des ressources financières faibles au regard des frais à prendre en compte

Les personnes vivant au Foyer d'Accueil Médicalisé ont toutes un taux d'incapacité supérieur à 80, voire à 90%. A ce titre, 38 bénéficient de l'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH). 2 autres personnes sont titulaires d'un rente d'accident ou d'invalidité.

En tant que bénéficiaire de l'aide sociale départementale qui finance le forfait hébergement, chaque personne accueillie reverse mensuellement au département une

part des prestations qui lui sont versées au titre de l'Allocation d'Adulte Handicapé et le cas échéant de l'Aide Personnalisée au Logement (APL).

Depuis le 1 janvier 2005 un montant minimal de 101 euros par mois (correspondant à 17 % du montant perçu au titre de l'Allocation d'Adulte Handicapé) leur est toutefois garanti, traditionnellement appelé « argent de poche réglementaire ». Cette mesure a été consentie par le département du Bas-Rhin, suite à des questions évoquées par certaines associations, dans le cadre de la concertation thématique menée à l'occasion de la démarche « Hommes et Territoires » initiée en 2003. Ce montant minimal vient d'être porté à 30 % (soit 179,85 euros) par décret du 29 juin 2005 dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie de la personne handicapée. Même si elle reste insuffisante de manière générale cette mesure apporte une amélioration considérable pour les personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé à qui cette somme doit permettre de subvenir aux besoins tels que produits de toilette, vêture, vacances et loisirs, frais d'assurances et de mutuelle.

5 personnes perçoivent par ailleurs une part de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Cette allocation est amenée à être substituée par la prestation de compensation du handicap.

H) Des personnes nécessitant une mise sous tutelle

Tous les résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé sont dans l'incapacité d'exercer seuls leurs droits et de protéger leurs biens. Ils bénéficient d'une mesure de Tutelle aux Majeurs Protégés (TMP). Celle-ci est exercée par :

- la famille dans 14 cas (les parents pour 8 ; un frère ou une sœur pour 6)
- un service de tutelle (Union Départementale des Associations Familiales pour 1 et Association Tutélaire d'Alsace pour 3)
- la gérante de tutelle de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord pour 22 cas.

Ces mesures sont prononcées par un Juge des Tutelles suite à un signalement auprès du Greffe du Tribunal d'Instance et à la présentation d'un certificat attestant que la personne a besoin d'être représentée pour les actes de la vie civile.

L'Administration des Biens rencontre régulièrement des difficultés quant aux actes et démarches liées à «la personne » notamment pour les demandes d'autorisation d'intervention chirurgicale. En effet un vide juridique quant à la gestion des actes concernant la personne de l'incapable amène les magistrats à être réticents à engager leur responsabilité.

Toutes ces considérations liées d'une part à la particularité de l'établissement gestionnaire et d'autre part aux caractéristiques des personnes accueillies, mettent en évidence la prédominance de l'aspect sanitaire.

1.2.6 La prédominance de l'aspect sanitaire sur le médico-social à l'Établissement Public de Santé Alsace Nord

L'aspect sanitaire est donc fortement dominant au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord.

Un rappel de quelques chiffres est éloquent à ce sujet.

Données 2004	EPSAN	FAM	pourcentage
Budget investissement	19 408 029	Section unique EPSAN	
Budget exploitation	74 561 764	1 930 303	2.58 %
Personnes prises en charge	10 700	41	0.38 %
Nombre d'agents	1 500	48	3.2 %

Ces chiffres viennent confirmer en termes de logique administrative que l'activité médico-sociale est très fortement minoritaire à l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord.

La durée moyenne de séjour est de 23,81 jours pour une moyenne nationale de 27,8 jours en 2002. L'hôpital est avant tout un lieu de soin ; on y vient en vue d'une prompte guérison. Les personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé y restent généralement jusqu'à la fin de leurs jours. Certaines y vivent depuis plusieurs décennies. Le Foyer est leur lieu de vie.

L'organisation classique de l'hôpital se fonde sur une direction administrative adossée à une ou des orientations médicales selon les secteurs d'activité. L'absence de partition des pouvoirs entre le directeur et la communauté médicale aboutirait inévitablement à un projet global chaotique.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé n'étant pas une structure de soins n'a pas de médecin-chef de service. Il ne dispose pas non plus d'un directeur d'établissement médico-social pour sa gestion ce qui le fragilise à l'occasion de décisions importantes.

Cette situation s'origine en grande partie dans le besoin d'évolution, au fil du temps, des différentes pratiques et des formes d'accueil.

1.3 Une problématique complexe à intégrer dans les processus d'évolution des pratiques professionnelles ; la question des « inadéquats »

Si la psychiatrie s'est affirmée au fil du temps comme une discipline médicale, son lien avec le secteur social et médico-social est indéniable. Selon Patrice Legrand ¹¹ « la

¹¹ Legrand P. *Le secteur médico-social*. Paris : Berger-Levrault Santé : méthodes et pratiques, 1994. 310 p.

psychiatrie a certainement représenté une préfiguration du médico-social dans la mesure où elle postulait pour une prise en charge globale de la personne ne pouvant se limiter à la mise en œuvre factuelle de techniques thérapeutiques ».

Après les dispositions de la loi de 1970 relative au service hospitalier, celles de la loi du 30 juin 1975 renforçaient l'autonomie du secteur médico-social par rapport au secteur hospitalier en imposant la séparation juridique des services médico-sociaux avec les hôpitaux. L'idée était alors d'améliorer le sort des personnes handicapées par le biais d'une prise en charge, d'objectifs et de gestions différentes que l'hôpital n'était pas en mesure de promouvoir.

On pourrait considérer cette option comme battue en brèche par l'ordonnance de 1996 mais les établissements publics de santé à l'instar des établissements sociaux et médico-sociaux doivent néanmoins répondre aux mêmes conditions de financement, de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure de manière à garantir la qualité de l'accueil des personnes handicapées.

En 1992 la mission MASSÉ précisait que les inadéquats sont les patients dits « chroniques » hospitalisés depuis plus d'un an et ne nécessitant pas de soins psychiatriques constants. Les chiffres sont éloquentes : 20 à 40 % des personnes hospitalisées en psychiatrie relèveraient de structures d'encadrement et d'accompagnement qui aux soins associeraient les moyens d'un projet de vie. Il s'agit principalement de « personnes qui relèvent de 4 cadres nosographiques :

- les psychoses chroniques stabilisées demeurant dépendantes de l'institution et en attente d'une alternative,
- les personnes âgées détériorées psychiquement et physiquement en attente d'une place en service de long séjour,
- les psychoses infantiles et les arriérations parvenues à l'âge adulte, souvent en transfert ancien d'un service de pédopsychiatrie,
- les polyhandicapés et jeunes adultes dépendants présentant une atteinte neurologique et une désocialisation. »¹²

Les deux dernières catégories, constituées de personnes institutionnellement dépendantes associant un caractère « d'incurabilité », nécessitent des unités associant un projet éducatif et un soutien soignant et capables d'offrir un nursing prévalent. La mise en place de ces unités passe par le développement de nouvelles compétences centrées sur les besoins quotidiens des personnes accueillies.

L'articulation entre le sanitaire et le médico-social constitue une préoccupation pour les professionnels des deux types de structures, comme en témoignent les fréquentes rencontres ou journées d'étude. L'argumentaire des prochaines journées européennes organisées par la Fondation Sonnenhof ¹³ reprend : « Depuis quelques années les équipes des structures médico-sociales sont confrontées à des situations où les troubles massifs du comportement de certains usagers interrogent les compétences des accompagnants et posent le problème des critères d'admission et de prise en charge... besoin de clarification du champ du handicap mental et celui de la maladie mentale, à travers leurs définitions actuelles et leurs limites respectives Des frontières floues comme en témoigne le débat sur l'autisme ».

Comment dans ces conditions se donner les moyens techniques et humains pour accueillir et accompagner au mieux, dans une construction jour après jour ?

Dans son article « les résistances respectives du secteur sanitaire et du secteur médico-social »¹⁴, Marcel Jaeger évoque les difficultés de « *la rencontre obligée de deux mondes* ». Il observe les inquiétudes de la psychiatrie, vivant les projets d'insertion ou de prises en charge moins coûteuses comme une perte, le secteur médico-social quant à lui craignant l'absorption dans le milieu hospitalier. Pourtant, au-delà de ces inquiétudes quelles réponses adopter face à des situations difficiles où la souffrance physique et psychique s'intrique dans la misère humaine ? Les outils techniques sont alors souvent inadaptés. Et « *les difficultés apparaissent, du fait de la structuration actuelle de notre système de protection sociale, avec la bipolarité du sanitaire et du médico-social.* »¹⁵ et de poursuivre « *pour éviter de telles dérives, chèrement payées dans le passé, il est essentiel que les dispositifs psychiatriques, sociaux et médico-sociaux avancent vers des modes de collaboration qui tiennent compte, par delà leurs logiques propres, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes en difficultés* ».

¹² Massé G., responsable de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. *La recherche des inadéquations et ses conséquences en terme d'organisation dans la filière de soins* in Technologie Santé, actes des 26^è journées TNH, CNEH N°38, septembre 1999

¹³ Le Sonnenhof est un « village » pour personnes handicapées mentales situé sur le ban de la ville de Bischwiller (Bas-Rhin), fondé en 1876 sur le modèle des « asiles John Bost » en Dordogne et accueillant environ 770 personnes handicapées

¹⁴ Jaeger M. *Les résistances respectives du secteur sanitaire et du secteur médico-social* in Technologie santé op. cité

¹⁵ idem

La notion de handicap est longtemps restée sans définition exacte. Les travaux de Philip WOOD repris par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour élaborer la classification Internationale du Handicap (CIH) ont montré que le handicap résultait de la combinaison et de l'interaction de quatre composants :

- la maladie ou un processus morbide définis par le **diagnostic**,
- l'altération des fonctions qui peut en découler, qui correspond à la **déficiences**,
- la limitation des gestes, des actes de la vie courante, les perturbations dans la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normale pour un être humain constitue l'**incapacité**,
- la limitation dans l'accomplissement du rôle considéré comme normal dans la société considéré comme le **désavantage social**.

Plus récemment la notion de handicap a été définie par le législateur dans le cadre de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. « *Constitue un handicap,... toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La question de l'adéquation des structures psychiatriques à certaines formes de déficiences chroniques reste entière.

C'est dans ce contexte que l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord s'est lancé dans la mutation du Foyer d'Accueil Médicalisé. Le projet de celui-ci aura d'autant plus de pertinence que les actions viseront l'amélioration des différents moments de la vie quotidienne des personnes accueillies de façon à ce que chacun se transforme en « lumière ». Des erreurs ont été commises comme en témoigne la situation actuelle ; leur prise en compte et leur analyse doivent à présent servir à donner une nouvelle impulsion. Le diagnostic de la situation du Foyer d'Accueil Médicalisé au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord pourra permettre d'en mesurer toute la pertinence.

Les caractéristiques de la population des « inadéquats » signent d'une certaine façon la limite de l'intervention dans le domaine de la santé mentale pour ouvrir celui du champ médico-social. En cela il y a là les moyens d'aborder cette problématique particulière en d'autres termes qu'une simple logique générale du soin mais davantage dans une approche plurielle de l'usager en valorisant tous les aspects environnementaux qui l'accompagnent.

2 LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ALSACE-NORD : UNE RELATION COMPLEXE ENTRE DEUX ENTITÉS INSTITUTIONNELLES. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'UN DIAGNOSTIC DE FONCTIONNEMENT

2.1 L'insertion d'un dispositif au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

L'impératif de la maîtrise dépenses de santé a conduit les pouvoirs publics à se doter, dès les années 70, d'instruments de prévision et de contrôle de l'implantation des investissements et des activités de soins des établissements.

La carte sanitaire a pour objectif de dresser un inventaire du potentiel hospitalier tant pour les installations que pour les équipements matériels lourds et les activités de soin de coût élevé. Par ailleurs il constitue un outil de planification pour projeter les constructions, les extensions et les équipements lourds dans un avenir de 5 à 10 ans.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire fixe la répartition géographique selon la nature et l'importance des installations, équipement et activités de soins répondant le mieux aux besoins de la population. Il détermine les objectifs prioritaires dont la réalisation sera poursuivie, notamment au moyen de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1998-2002 Alsace préconisait la transformation des unités d'hospitalisation prenant en charge des personnes polyhandicapées en structures médico-sociales.

En 2003 son évaluation relevait la poursuite de la mise en adéquation des capacités d'hospitalisation installées/autorisées, objectif restant à atteindre. Les services d'hospitalisation complète étaient encore trop saturés. L'objectif de développement des alternatives était pratiquement atteint. L'activité d'urgence restait insuffisante.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire dit de 3^e génération est actuellement en cours d'élaboration. D'ores et déjà pour sa partie psychiatrie, quelques orientations semblent se dessiner. Le bilan de la carte sanitaire au 15/04/05 fait état pour le Bas-Rhin d'un total de 1099 lits et places installés soit un déficit de 290 (31 lits et 259 places) par rapport à l'indice global d'équipement.

Actuellement Strasbourg et sa Communauté Urbaine représentent près de la moitié de la population du Bas-Rhin. Si l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord n'est distant que de 15 kilomètres, il n'y dispose toutefois pas de lits. Il semblerait donc logique d'en

installer à Strasbourg. Trois secteurs de l'établissement sont concernés. Lequel le fera ? Quel projet pourra présenter l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord ?

2.2 Organisation et modalités de fonctionnement de l'Établissement Public de santé Alsace-Nord

2.2.1 Implantation et environnement

L'activité de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord se déroule sur deux sites principaux, Brumath et Hoerd, pour l'hospitalisation complète, ainsi que sur une vingtaine de sites délocalisées sur les trois quarts nord du département du Bas-Rhin pour l'hospitalisation de jour et l'activité ambulatoire.¹⁶

Le site de Hoerd est implanté au nord de la périphérie de l'agglomération strasbourgeoise à 13 kilomètres de son centre. Il est situé à 2 kilomètres du centre de la commune de Hoerd. De conception pavillonnaire, il s'étend sur une superficie de 14 hectares. L'architecture des bâtiments est l'expression des étapes successives de développement de l'hôpital, y compris sous l'occupation allemande. Les formes nouvelles cohabitent avec les anciennes.

Localisé dans un périmètre de zone Seveso, en raison de la double proximité d'une raffinerie de pétrole et d'une usine de produits chimiques, le site est appelé à être relocalisé dans un délai de 2 à 3 ans sur le site principal de l'établissement à Brumath. Les services d'hospitalisation de Hoerd et le Foyer d'Accueil Médicalisé y seront installés dans des locaux à construire de même qu'une MAS pour personnes polyhandicapées.

2.2.2 Organigramme de Direction

Le directeur a été nommé il y a un an. Il assure la direction générale de l'établissement et est assisté d'une équipe de cinq directeurs-adjoints, un chargé d'études, un directeur des soins et une directrice d'institut de formation en soins infirmiers.

Cinq directions fonctionnelles sont définies, confiées chacune à un directeur-adjoint¹⁷:

- la direction des finances et du système d'information
- la direction des ressources humaines, compétente pour toutes les affaires concernant le personnel médical et non-médical
- la direction des services économiques et logistiques
- la direction des travaux et investissements

¹⁶ voir annexe 3 : Découpage sectoriel de la psychiatrie générale et annexe 4 : Les sites d'implantation de l'EPSAN

¹⁷ voir Annexe 5 : Organigramme de Direction

- la direction de la clientèle et de la qualité qui traite toutes les affaires relatives à la présence des personnes accueillies et les aspects relatifs à la Qualité.

Chaque directeur adjoint est également en charge d'activités transversales et du suivi d'instances. Il est en outre référent d'un ou plusieurs secteurs d'activités de soins ou médico-sociale, ce qui préfigure la future organisation en pôles d'activité telle que la préconise l'Ordonnance sur la nouvelle gouvernance.

La directrice des travaux et des investissements, en fonction depuis moins d'un an, est référente du Foyer d'Accueil Médicalisé. Cette mission était précédemment confiée au Directeur de la Clientèle et de la Qualité.

Quatre membres de cette équipe approchent l'âge de la retraite ; le directeur des soins quittera très prochainement. Le directeur des soins est en charge de toutes les affaires non-médicales concernant l'ensemble des services de soins et du Foyer de l'Oberried.

2.2.3 Les dispositifs

A) L'organisation médicale

Pour accomplir ses missions, l'établissement est organisé en services ou département. Les services psychiatriques sont basés sur l'un ou l'autre des sites principaux. Le Service de Soins de Longue Durée est constitué de deux entités, l'une située à Brumath, l'autre à Hoerdt. Le Service Médico-Pénitentiaire Régional est localisé à la Maison d'Arrêt de Strasbourg. La pharmacie et le service d'hygiène hospitalière constituent des services. Le Département d'Information Médicale (DIM) est constitué en département. Chacun de ces services est placé sous la responsabilité d'un médecin ou pharmacien hospitalier qui en organise le fonctionnement technique et propose les orientations.

L'organisation des soins et le fonctionnement médical sont arrêtés par le conseil d'administration en accord avec le projet d'établissement.

Chaque service est décomposé en unités fonctionnelles, structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe. L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité médicale d'un praticien hospitalier.¹⁸

Chaque secteur de psychiatrie dispose de deux à trois unités intrahospitalières, ciblées ou non sur les admissions, les prises en charge au long cours et la gérontopsychiatrie. Parallèlement chacun dispose de plusieurs hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques (CMP) délocalisés en vue d'un rapprochement de l'offre de soins au plus près de la population. Quatre secteurs participent aux dispositifs d'Unités de Proximité pour l'Accueil, le Traitement et l'Orientation des Urgences (UPATOU), Service d'Accueil des Urgences (SAU) ou Fédération Interhospitalière des Urgences Psychiatriques

¹⁸ voir Annexe 6 : Organigramme d'un service de soins

(FIDUPSY), des centres hospitaliers généraux et du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) implantés sur leurs secteurs. Plusieurs conventions entre l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord et des institutions médico-sociales définissent le cadre des interventions des secteurs respectifs.

Les personnels non-médicaux (infirmiers, aide-soignants, ASH, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et autres soignants assimilés) sont placés sous l'autorité hiérarchique d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre de proximité, les cadres de santé. Les psychologues et assistants de service social sont placés sous l'autorité du chef de service. En intersecteur de psychiatrie infantile-juvénile l'encadrement de proximité est parfois assuré par un cadre socio-éducatif ou un éducateur spécialisé faisant fonction de cadre.¹⁹ L'ensemble des services de soins de même que le Foyer d'Accueil Médicalisé sont placés sous l'autorité du Directeur des Soins.

B) Une activité intense et diversifiée

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord dispose de 436 lits et 219 places pour des personnes adultes relevant de l'activité psychiatrique. Le taux d'occupation est de 87,49% le taux cible étant fixé à 85%. Le taux d'équipement est de 0,58 lit par habitant, inférieur au taux préconisé 0,6%. La durée moyenne d'hospitalisation pour un patient se situe à 42,41 jours avec un taux de réhospitalisation de 47,46 %. La prise en charge à temps partiel se situe à 13,4 % ; la prise en charge ambulatoire représente 72,6 %. Pour les enfants la file active est de 3152 avec un taux de recours de 30,10 %. 1815 enfants, soit 57,6 % sont vus une seule fois.

C) Une organisation administrative, logistique et technique conséquente

Chaque direction dispose d'une équipe de personnels administratifs et /ou techniques. L'établissement dispose d'une infrastructure logistique et technique conséquente dont deux cuisines pour les repas destinés aux usagers, deux cuisines pour la restauration du personnel, un groupement interhospitalier public (GIP) en blanchisserie, des magasins, un jardin, un garage, une reprographie, des services intérieurs et hôteliers, des services techniques pour l'entretien des surfaces, bâtiments et jardins. Il existe par ailleurs un service de sécurité.

¹⁹ voir Annexe 7 : Organigramme du Service des Soins

2.2.4 Les ressources humaines

A) Les effectifs

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord compte environ 1500 agents dans les catégories suivantes :

- personnel médical (94 médecins),
- personnel administratif (107 agents dont 7 directeurs),
- personnel des services techniques et logistiques (184 agents),
- personnel soignant et assimilé (paramédical, médico-technique, de rééducation et socio-éducatif), 1110 agents et 6 assistantes maternelles.

A l'exception du personnel de direction, du personnel médical et du pharmacien, le personnel est nommé par la Directrice des Ressources Humaines par délégation du Directeur de l'établissement.

B) Le cadre juridique d'exercice des métiers

La grande majorité de ces agents est soumise au statut général de la fonction publique. Les dispositions du Titre I (Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) et du Titre IV (Loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière) leur sont applicables. Les agents sont informés de ces droits et dispositions statutaires ainsi que des devoirs à l'occasion des journées d'accueil pour nouveaux agents et par le livret d'accueil. Les contractuels (en contrat à durée déterminée ou indéterminée) relèvent du décret n°91-155 du 6 février 1991 précisant les dispositions spécifiques concernant les agents contractuels de droit public. Les dispositions du code du travail relatives à l'hygiène et la sécurité sont applicables et appliquées. Les salariés jouissent donc pour la plupart de conditions de travail pérennes et satisfaisantes.

Ce statut régit le recrutement, la rémunération, l'évaluation, la formation, l'avancement et la discipline.

C) Le recrutement des personnels

Le principe de recrutement est le concours (sur titres ou sur épreuve) qui pour des raisons pratiques peut intervenir après le recrutement : dans ce cas, il est précédé d'une période contractuelle. D'une manière générale les agents sont recrutés comme stagiaire. La titularisation intervient à l'issue du stage. Le recrutement des agents du secteur soignants et assimilés est assuré par la Direction des Ressources Humaines et le Directeur des Soins, sur la base d'un profil de poste établi par le cadre supérieur de santé.

D) Le dialogue social et le paysage syndical

Cinq organisations syndicales sont présentes à l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord, dont deux sont majoritaires et actives. Ces dernières participent régulièrement aux

réunions des instances et en concertation avec leur fédération. Les trois autres sont présentes plus ponctuellement.

La participation aux élections professionnelles de 2003 a été de 61,5 %.

Les représentants des différentes composantes sont reçus mensuellement par le directeur assisté de l'un ou l'autre de ses adjoints dans le cadre du dialogue social. Les instances se réunissent régulièrement et de façon réglementaire.

E) La formation continue

Les agents hospitaliers ont le droit, mais aussi le devoir de mettre à jour leurs connaissances grâce à la formation. La formation professionnelle continue doit leur permettre de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale.

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord adhère à l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) pour la formation permanente du personnel non-médical. Un plan de formation continue est finalisé chaque année en septembre. Il intègre des actions pluriannuelles, des actions prioritaires d'établissement et des actions laissées à l'initiative des services ou secteurs d'activité au regard de leurs projets spécifiques.

Le plan de formation annuel constitue un véritable levier du changement. Il est élaboré selon deux axes principaux :

- les actions prioritaires arrêtées par la Direction en concertation avec les cadres et validées en Comité Technique d'Établissement (CTE)
- les actions retenues par les différents services au vu des orientations des projets de service et des projets personnels des agents.

Les formations retenues dans le cadre des axes pluriannuels concernent :

- les préparations aux concours d'accès et d'entrée aux différentes écoles
- l'adaptation à l'emploi des agents de catégorie C
- les formations à la qualité et la gestion des risques
- les formations à l'informatique
- la sécurité
- la participation à des colloques.

Le montant global du plan de formation 2005 s'élève à 315 089 euros se répartissant comme suit :

- actions prioritaires : 179 578 euros (dont actions pluriannuelles : 130 850 euros et actions prioritaires de l'année : 48 728 euros)
- actions de l'ensemble des secteurs d'activité : 135 511 euros.

Les crédits attribués aux différents secteurs d'activité sont répartis au prorata de l'effectif.

La politique de promotion professionnelle mise en place pour répondre aux besoins futurs de l'établissement se traduit en 2005 par le financement de la formation de 37 agents pour un coût de 616 103 euros, qui tient compte de la rémunération et des charges des agents, des coûts pédagogiques et de déplacements. Elle concerne 16 infirmiers, 8 cadres de santé, 1 éducateur spécialisé, 3 moniteurs-éducateurs, 2 aides médico-psychologiques et 7 aide-soignants.

F) L'évaluation

Chaque année, un entretien individuel avec le cadre de proximité doit permettre à l'agent de faire le point sur son travail. L'évaluation réalisée à cette occasion permet de reconnaître les réalisations de chacun et de cerner ses marges de progression. Elle permet également d'évoquer les besoins en formation.

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord a pris l'option de dissocier cet entretien d'évaluation, fixé en début d'année, de l'entretien de notation qui a lieu au cours des mois d'été en présence du cadre de proximité et du cadre supérieur. Une note chiffrée, sur 25, est attribuée, accompagnée d'une appréciation littérale. En cas de désaccord la note et/ou l'appréciation peut être contestée auprès de la Commission Administrative Paritaire.

2.2.5 Le projet d'établissement de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord

À l'occasion de la fusion des centres hospitaliers de Brumath et de Hoerdt, le projet d'établissement préconisait de réserver le site de Brumath aux activités de la psychiatrie. Dans une perspective d'exploitation du patrimoine architectural des deux sites et de maintien d'un niveau d'emploi il était préconisé de développer sur le site de Hoerdt des structures médico-sociales, d'autant plus que les services de psychiatrie sont encombrés de patients « inadéquats » pour qui aucune solution extérieure n'existe.

« Le Conseil d'Administration... ayant décidé, conformément aux délibérations des 19 et 25 juin 1998 qui ont abouti à la fusion des CH de Brumath et de Hoerdt, de maintenir à un niveau comparable à l'actuel les activités respectives des sites hospitaliers de Brumath et de Hoerdt, de maintenir à un niveau comparable à l'actuel l'emploi des différentes catégories de personnels,... adopte comme orientation pour les cinq années à venir... un regroupement des unités médico-sociales, existantes ou qu'il va falloir créer (prise en compte des inadéquations), sur le site hospitalier de Hoerdt. » « Cette notion de définition de la vocation de chaque site était déjà contenue dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de psychiatrie d'Alsace du 5 mai 1998 ».²⁰

²⁰ in Projet d'établissement 2000-2004. Établissement Public de Santé Alsace Nord

À la fusion il était question de créer sur le site de Hoerdt une Maison d'Accueil Spécialisée de 24 places par redéploiement de deux structures sanitaires pour personnes adultes polyhandicapées et une autre de 40 places pour personnes souffrant de psychoses infantiles vieilles. Le Foyer d'Accueil Médicalisé devait faire l'objet d'une restructuration complète afin d'adapter l'architecture aux besoins des personnes accueillies. Cette orientation a été enrayée par une décision du Conseil d'Administration le 12 décembre 2002 de fermer le site de Hoerdt votée en raison de son implantation en zone Seveso. Le projet d'établissement actuellement en cours d'élaboration prévoit la relocalisation et un regroupement des activités médico-sociales dans une zone identifiée à la périphérie du site de Brumath dans des bâtiments à construire.

2.2.6 Une Direction de la Qualité active dans un établissement accrédité : une structure ressource pour le Foyer de l'Oberried

L'établissement a initié en 2001 la démarche d'auto-évaluation dans un contexte d'obligation légale créant la même année un Comité de pilotage. Les onze groupes d'auto-évaluation constitués sur la base du volontariat ont mené leurs travaux entre mai et octobre avec un enthousiasme impressionnant, communiqué à l'ensemble des acteurs de l'établissement. La Commission d'Accréditation a ensuite validé les résultats obtenus qui ont été transmis fin 2001 à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La visite des experts s'est déroulée au printemps 2002 et a donné lieu au rapport d'accréditation transmis fin 2002.

Un programme qualité mis en place s'est caractérisée par les actions suivantes en 2004 :

- Le management de la qualité mettant l'accent sur la gestion des risques professionnels (réflexion autour des événements indésirables et leur signalement).
- Le droit des patients avec la poursuite du travail mené autour du dossier médical du patient, des actions d'information autour des principales dispositions de la loi du 4 mars 2002 et le recueil de la satisfaction des patients par le biais d'enquêtes.
- Les relations de type clients/fournisseurs dont l'élaboration d'une procédure d'évaluation des personnels et l'optimisation des prestations alimentaires.

Le service de la Qualité apporte par ailleurs une assistance méthodologique pour des points spécifiques (violence, projet de soins, ...)

Trois documents essentiels sont à la disposition de tous les acteurs dans toutes les services , à savoir un guide méthodologique des procédures, le classeur bleu « qualité » et le classeur rouge « vigilance ». Ils incluent les procédures et protocoles applicables dans des domaines variés comme les différentes formes d'admission, de sorties, de dépôts de biens, le droit du patient à l'information, le transport sanitaire, la protection du travailleur isolé, la gestion des situations de violence, le recours à l'interprétariat,

l'utilisation de lits à hauteur variable, ... Une information est donnée à ce sujet à tout nouvel arrivant.

2.2.7 Culture et identités professionnelles

L'hôpital psychiatrique est resté longtemps replié sur lui-même. Dans les années 80 son organisation ressemblait encore à celle d'un village avec la proximité d'une grande palette de services comme cuisines, boucherie, boulangerie, blanchisserie, magasins, bazar, cinéma, cafétéria-bar, serrurerie, jardin potager, ferme d'exploitation agricole et élevage ainsi que la présence de nombreux corps de métiers tels coiffeur, cordonnier, tailleur, électricien, maçon, menuisier, plombier, peintre. Les échanges avec l'extérieur étaient alors rares. Les patients sortaient peu.

L'ouverture de l'hôpital a été rendue possible grâce à l'avènement des neuroleptiques et la sectorisation psychiatrique. Le métier de gardien puis d'infirmier a connu une véritable mutation. Longtemps « cadre unique », il a vu progressivement évoluer le cursus de sa formation en même temps que les éducateurs ont fait leur entrée à l'hôpital. Les services pédopsychiatriques ont d'emblée eu recours à un recrutement largement pluridisciplinaire. Les services de psychiatrie adulte n'ont pas été en reste puisque les infirmiers de secteurs psychiatriques, dont le rôle et les missions mettent en évidence leur nécessaire polyvalence, ont été de plus en plus appelés à travailler en réseau avec les structures sociales et médico-sociales.

Leur culture de métiers, longtemps centrée sur l'hébergement, le repas et une mission de gardiennage assortie de soins, a évolué vers une dimension soignante à visée non seulement technique, mais aussi relationnelle et éducative.

Plus récemment encore la réforme des études infirmières et la suppression de la formation des Infirmiers de secteur psychiatrique, l'arrivée d'autres catégories professionnelles, le remplacement par des aide-soignants lors de la pénurie d'infirmiers ont contribué à transformer les représentations professionnelles. Cette situation a bouleversé les mentalités ; il en subsiste des craintes fortes se traduisant par exemple par le refus de transformation des postes d'infirmiers en postes d'aide-soignants au risque de laisser stagner des agents dans des situations d'emploi précaires.

La crainte de voir se transformer la psychiatrie en structures médico-sociales a encore été exacerbée à l'occasion du vote de la loi sur l'autisme, intégrant celui-ci dans le champ médico-social au grand dam des psychiatres et des équipes soignantes.

L'évolution du métier d'infirmier, avec la diversification de ses missions et lieux d'exercice, a contribué à valoriser cette profession. Les aide-soignants, amenés à les remplacer principalement dans des structures où les soins de nursing sont prédominants, n'ont quant à eux pas pu bénéficier de cette dynamique, entraînant souvent un sentiment de

dévalorisation. Cette situation reste partiellement perceptible auprès des personnels de cette qualification ayant plus de dix ans d'expérience.

2.3 Analyse du fonctionnement de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord : un équilibre à trouver entre le sanitaire et le médico-social

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord est un établissement ancien, bien repéré dans tout le département du Bas-Rhin. Sa taille lui confère une existence *de facto*. Sa vocation psychiatrique est fortement affirmée, tant auprès des populations desservies que dans le cadre des orientations du Schéma Régional d'Orientation Sanitaire.

En points forts il faut noter :

- un bon maillage du territoire
- des conditions d'hospitalisation de bonne qualité à quelques exceptions près,
- une assez forte homogénéité des équipements des secteurs,
- les moyens médicaux et non-médicaux satisfaisants,
- l'évolution des indicateurs (progression de la file active, développement des activités ambulatoires, maîtrise de la durée du séjour),
- des réseaux diversifiés libéraux et institutionnels restés toutefois informels,
- une bonne implication dans le cadre des urgences,
- des projets en cours de développement.

Il persiste toutefois de nombreux points faibles en particulier :

- la taille de l'établissement lui confère une image trop hospitalocentrique
- une population critique de certains secteurs avec un accroissement démographique,
- le tropisme s'exerçant sur certains secteurs du fait de l'attractivité des villes,
- des conditions d'hospitalisation obsolètes dans les secteurs pour personnes âgées et autistes,
- la saturation des capacités hospitalières,
- la présence d'un trop grand nombre de patients chroniques en unités d'admission,
- des projets différés (structures médico-sociales, autistes).

Les problématiques posées sont de plusieurs natures :

- le positionnement et la stratégie de l'établissement, sous forme de délocalisation partielle, de création de pôles géographiques,
- la réduction de la saturation de l'hospitalisation complète ou comment modifier les pratiques en amont et en aval ?
- le développement de l'intersectorialité dans les domaines de la gérontopsychiatrie, des autistes, des psychoses chroniques.

Autant de questions que l'établissement dans sa globalité devra se poser dans le contexte de l'élaboration de son prochain projet d'établissement.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé ne représente dans cet ensemble qu'une toute petite entité tant de par le nombre de personnes prises en charge que par son effectif d'encadrement ou son budget. Son activité n'est pas repérée par la population locale. Son identité médico-sociale est trop faiblement affirmée au sein de ce grand complexe de soins.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé devrait toutefois figurer à part entière dans le projet d'établissement et non pas seulement au titre d'une modalité ou d'un dispositif de soins. Une circulaire du 20 février 1997 note que « bien que les établissements de santé aient la possibilité de créer directement toute structure sociale et médico-sociale, il est tout à fait souhaitable que les missions spécifiques et les modes de fonctionnement propre à ladite structure soient prises en compte dans le cadre du projet d'établissement ». Cet aspect semble d'autant plus important que l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) valide le projet et le finalise par la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens.

2.4 Le Foyer d'Accueil Médicalisé : un dispositif inséré au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord

À l'instar d'autres établissements de soins psychiatriques qui dès les années 1980 ont été amenés à opérer des transformations de structures sanitaires en structures médico-sociales, le Centre Hospitalier de Hoerdts a été confronté au constat d'une prise en charge inadéquate d'un nombre important de patients à l'hôpital et des besoins croissants pour l'accueil de cette population institutionnellement dépendante.

Créé en 1993 le Foyer d'Hébergement pour Adultes Gravement Handicapés est devenu Foyer d'Accueil Médicalisé dans le cadre de la nomenclature des établissements définis dans la loi de 2002.

Une priorité d'admission est accordée aux patients de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord. La zone de recrutement concerne prioritairement le Bas-Rhin.

L'admission est prononcée par le directeur de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord après avis du cadre socio-éducatif en charge de la structure et du médecin intervenant au Foyer d'Accueil Médicalisé. Elle nécessite impérativement la notification de la décision de la Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP) prononçant l'orientation en foyer d'accueil médicalisé.

2.4.1 L'insertion du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried dans le dispositif de prise en charge des personnes adultes handicapées

A) Une politique volontariste du département

Le Département du Bas-Rhin s'est engagé depuis 1989 au côté de l'État dans la création d'établissements pour personnes très lourdement handicapées qui nécessitent une surveillance constante. Ce type d'établissement s'intègre dans un dispositif plus vaste de structures d'hébergement : foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, maisons de retraite spécialisées, foyers d'accueil spécialisés, maisons d'accueil et de soins.

À cette même époque une demande édictée dans la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé préconisait « *l'hôpital psychiatrique ne doit plus être le lieu d'exclusion ou de refuge d'une population à difficulté sociale à laquelle les soins psychiatriques ne peuvent rien apporter.* »

La création du Foyer de l'Oberried, a été autorisée par décision préfectorale du 3 juin 1991, s'appuyant sur le Schéma Départemental d'Organisation Sanitaire et Sociale du Bas-Rhin, arrêté par le Préfet de la région Alsace le 22 mai 1990 et l'avis de la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales en date du 18 décembre 1990, dans le cadre du programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés prévu par la circulaire ministérielle n° 86-6 du 14 février 1986.

Le Schéma Départemental des Personnes Handicapées en date de décembre 1995 retenait en proposition 1 : « *Le Département propose que la moitié des places nécessaires pour les personnes très lourdement handicapées soient créées en foyer à double tarification. Il est prêt à participer au financement de 110 places au cours des cinq prochaines années dans la mesure où l'État et l'assurance maladie pourraient éventuellement s'engager dans un tel programme. Ces créations permettraient de doubler la capacité d'accueil actuelle en foyer à double tarification....* ». ²¹

Une proposition 6 indiquait que « *Le Département propose de constituer une dotation totale de 5 millions de francs sur les cinq prochaines années pour les travaux de réhabilitation des établissements relevant de sa compétence* ». A cette époque le Centre Hospitalier de Hoerdt engageait ses premières réflexions sur la réhabilitation architecturale du Foyer de l'Oberried. Ces projets n'ont pas abouti en raison des perspectives de fusion de l'établissement avec celui de Brumath.

²¹ Conseil Général du Bas-Rhin *Règlement départemental d'aide sociale* in Bulletin Départemental d'Information BDI, numéro spécial, février 1998

Ce Schéma n'a pas été révisé dans l'attente en 1999 de la loi de rénovation du secteur médico-social. Des travaux ont actuellement cours pour une mise en route du nouveau schéma. Par ailleurs la concertation thématique « des Hommes et des Territoires » engagée en 2003 par le Conseil Général, a vu émerger la préoccupation des personnes handicapées vieillissantes. Un plan d'action a été adopté en séance plénière en 2004, incluant les dispositifs de prise en charge et engageant un travail en collaboration avec les partenaires associatifs a permis l'élaboration d'un cahier des charge portant commande d'une étude. À différents niveaux de décision, CROSMS, DDASS, Conseil général les avis sont unanimes pour fixer l'âge de début du vieillissement à 40 ans. D'ores et déjà au vu des besoins spécifiques et des divers problèmes rencontrés, quatre maisons de retraite spécialisées vont changer de statut et devenir selon leur niveau de médicalisation Foyer d'Accueil et de Soins ou Foyer d'Accueil Médicalisé

B) Un équipement départemental encore insuffisant

Au 1 janvier 2001, 10 établissements pour personnes gravement handicapées étaient en fonctionnement dans le Bas-Rhin se répartissant en 4 Maison d'Accueil Spécialisée (144 places) et 6 Foyer d'Accueil Médicalisé (175 places).

À l'heure actuelle l'équipement compte 9 foyers d'accueil médicalisé pour une capacité de 258 places. La situation est en fait un peu plus complexe que la seule lecture de ces chiffres. En effet l'amalgame est de tradition entre Maison d'Accueil et de Soins et Foyer d'Accueil Médicalisé, l'orientation se faisant souvent au vu d'une place devenue vacante plus qu'en fonction d'une indication précise. Cette situation n'est guère souhaitable et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ²² demandait en 2003 « *que les décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002 définissent clairement les missions des deux types de structures et permettent aux Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel d'orienter de façon adéquate les populations vers l'une ou l'autre des structures non pas en fonction des possibilités d'accueil mais de la vocation de ces dernières.* »

285 demandes de placement en foyers pour adultes sont actuellement en attente, dont 123 pour un établissement de type maison d'accueil spécialisée ou foyer d'accueil médicalisé. Ce chiffre ne tient pas compte des personnes adultes handicapées maintenues en structure pour enfants au titre de l'amendement Creton. Il se maintient dans une fourchette comprise entre 271 (au 31/08/02) et 316 (au 30/12/03). Les foyers d'accueil médicalisé peuvent avoir des spécialisations (personnes aveugles, trachéotomisées, handicaps moteurs, ...). Celui de l'Oberried est le seul à avoir vocation

²² rapport réalisé suite à l'enquête menée en 2001/2002 par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie auprès des établissements gérant des MAS et des FAM

d'accueillir des personnes présentant des troubles psychiatriques. Selon la COTOREP, 11 personnes sont en attente d'une place pour ce foyer. Les chiffres communiqués par les services de soins psychiatriques font, quant à eux, état de plus de 20 personnes mais bien davantage pourraient être concernées. En effet, en l'absence de places disponibles les décisions d'orientation ne sont souvent pas sollicitées.

2.4.2 Caractéristiques du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried

Le Foyer de l'Oberried dispose d'une capacité de 40 lits répartis dans trois unités de vie :

- Seguin 1 : 14 lits
- Seguin 2 : 13 lits
- Régis 13 lits.

Le taux d'occupation en 2004 était de 98,61%.

Il accueille et héberge toute l'année des personnes adultes gravement handicapées, autonomes ou semi-autonomes, nécessitant une aide permanente à la vie quotidienne et des soins à caractère psychiatrique et/ou somatique. Elles souffrent de troubles psychiatriques et du comportement chronicisés et de polyhandicaps moteurs et mentaux.

Le Foyer bénéficie d'un financement du Conseil Général pour la partie hébergement et d'un financement soins pris en charge par les caisses de Sécurité Sociale, le second venant en atténuation du premier.

Pour l'année 2005 un arrêté du Président du Conseil Général fixe le tarif journalier d'hébergement à 77,28 euros et un arrêté de l'Agence régionale d'Hospitalisation fixe le tarif journalier soins à 60,46 euros.

Les prestations de service aux résidents concernent :

- l'encadrement de la vie quotidienne, avec en particulier une aide à tous les aspects de celle-ci (lever, toilette, hygiène corporelle et vestimentaire, repas, gestion du logement et de l'environnement proche, du matériel, des effets personnels et de l'argent de poche, ...)
- la prestation soins médicaux et paramédicaux, en particulier un suivi somatique et psychiatrique, des soins infirmiers, un suivi kinésithérapique si besoin, l'accompagnement à l'occasion de consultations,
- la prestation de stimulation, occupation, animation et de loisirs par diverses activités (piscine, stimulation sensorielle, musique, équitation, jeux, sorties,...)
- la prestation de suivi et d'évaluation des situations
- la prestation de préservation et d'accompagnement du lien familial, voire d'information aux tuteurs.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé garantit le respect des droits de la personne accueillie et a mis en place de l'ensemble des outils au service de ces droits sous forme de :

- communication de la charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- communication des informations relatives à la personne qualifiée,
- fonctionnement d'un Conseil de la Vie Sociale,
- remise d'un livret d'accueil,
- remise du règlement de fonctionnement,
- signature d'un contrat de séjour,
- mise en place d'un projet individualisé de prise en charge,
- mise en œuvre d'un projet d'établissement.

Il devra également contribuer à mettre en œuvre les droits prévus par la loi du 11 février 2005 dès lors que les dispositions d'application seront publiées.

2.4.3 Les ressources humaines au Foyer d'Accueil Médicalisé

Les dispositions statutaires décrites pour les agents de l'Établissement Public de santé Alsace-Nord s'appliquent à tous les agents du Foyer d'Accueil Médicalisé.

A) Les effectifs

L'effectif actuel comprend :

- 1 ETP cadre socio-éducatif
- 5 ETP infirmiers
- 1.6 ETP éducateur spécialisé
- 1 ETP monitrice-éducatrice
- 0.3 ETP kinésithérapeute
- 8 ETP AMP
- 15.5 ETP aide-soignants
- 8.5 ETP ASH dont 3 en formation d'AMP
- 2 vacations mensuelles de psychologue
- 5 vacations mensuelles de médecin somaticien.

Une part de 2,15 de mutualisation est prise en compte au sein de l'établissement gestionnaire au titre de postes administratifs et techniques.

Le personnel exerçant auprès des résidents est essentiellement féminin (38 femmes pour 4 hommes) comme dans la plupart des établissements de ce type.²³ 7 agents travaillent à temps partiel. Les âges varient entre 21 et 54 ans avec une moyenne à 39,5 ans.

L'ancienneté varie de quelques mois à plus de dix ans. Toutefois 71 % des agents exercent au Foyer depuis moins de cinq ans, 32 % y exercent depuis moins de 2 ans, 24

²³ voir Annexe 8 Caractéristiques des agents travaillant au Foyer de l'Oberried

% depuis plus de 10 ans. Cette répartition se repère sur le terrain par des approches différentes entre « anciens » et « nouveaux ».

60 % ont par ailleurs une ancienneté dans le métier de moins de 5 ans ; 37,5 % ont une ancienneté dans le métier de plus de 10 ans ; 28% ont plus de trente ans de métier.

B) Les ratios d'encadrement

Le ratio d'encadrement global est de 1,08 pour un ratio de 1 auprès des usagers, soit un taux d'encadrement proche des moyennes habituellement préconisées.

L'enquête de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle en 2002/2003 fait état d'un ratio moyen d'encadrement en FAM de 1,12 en Alsace sur la base d'une situation au 1/01/2001. De manière générale aucun ratio n'est fixé par voie réglementaire. Les effectifs autorisés sont en fait ajustés en fonction des particularismes de chaque structure à l'occasion des négociations tarifaires.

C) L'organigramme

Le Foyer d'Accueil Médicalisé est actuellement placé sous l'autorité du Directeur des Soins.²⁴ L'ensemble des personnels du Foyer est placé sous l'autorité du cadre qui entretient par ailleurs des liens fonctionnels avec le médecin, la psychologue et la kinésithérapeute. Les aide-soignants, aide médico-psychologiques et agents des services hospitaliers exercent par ailleurs sous le contrôle des infirmiers et/ou des éducateurs.

D) Fonction et rôle du personnel

Le **cadre socio-éducatif** est le garant de la mise en œuvre du projet du Foyer en articulation avec le projet d'établissement de l'EPSAN. Il assure l'encadrement du personnel et veille à la qualité des prestations délivrées. Il peut déléguer ses fonctions à ses collaborateurs. Il est le garant du bon fonctionnement général et de la cohérence de la prise en charge des résidents. Il favorise le bon fonctionnement de la structure et assure la coordination des différents services par la transmission des informations, la gestion des plannings de service, l'organisation de réunions, l'élaboration de projets et est le garant de l'exécution des décisions prises. Il recherche et favorise le partenariat extérieur, est ouvert à l'évolution du contexte social et stimule une réflexion psycho-éducative dynamique pour adapter la prise en charge. Il veille au caractère ouvert et accueillant de la structure.

La **présence médicale** est assurée par un **praticien hospitalier de médecine polyvalente** qui assure le suivi somatique de l'ensemble des personnes. Il intervient sous forme d'une vacation hebdomadaire pour les soins et une vacation mensuelle en réunion.

²⁴ voir Annexe 9 Organigramme du Foyer de l'Oberried

Sa spécialisation en gériatrie contribue efficacement au suivi des affections inhérentes au vieillissement. Le suivi psychiatrique est assuré par leur **psychiatre traitant** après l'admission et pendant un an, puis est confié au **médecin psychiatre intervenant au titre de la sectorisation psychiatrique** sans préjudice de l'exercice du libre choix du praticien. Ce dernier intervient une fois par semaine dans le cadre du suivi des résidents et une fois par mois en réunion. En l'absence de ces médecins et en cas d'urgence médicale, il est fait appel au médecin de garde de l'établissement. En cas de problème médical non urgent il peut être fait appel à un médecin libéral.

Conformément à ses rôles propre et délégué, **l'infirmier** a la responsabilité de l'exécution des traitements et prépare les médicaments prescrits. Il assure les soins élémentaires et les soins d'urgence au sein des trois unités. Il est le garant de l'hygiène générale. Il propose aussi des prises en charge axées sur la relation. Chaque infirmier est affecté à une unité de vie où il a en charge le suivi des dossiers des résidents en partenariat avec les autres personnels. Les infirmiers assurent une présence entre 6h30 et 21h tous les jours de l'année.

Chaque unité de vie est composée d'une équipe de 10 à 12 agents (**aides médico-psychologiques, aide-soignants, agents des services hospitaliers**). Ces agents travaillent par poste en alternance, à deux le matin, deux l'après-midi et un la nuit. Seuls les personnels diplômés effectuent les nuits, effectuées en « veille debout ». Ces personnels assurent les soins préventifs élémentaires de la vie quotidienne en particulier par l'hygiène personnelle et collective. Ils accompagnent le résident dans l'accomplissement des gestes quotidiens et en proposant toute forme d'activités de stimulation, d'occupation, d'animation et de loisir.

L'équipe éducative est composée de trois **éducatrices**. Leurs prises en charge ont comme objectif de favoriser et d'encourager la relation. Elles essaient d'ouvrir le résident à son environnement, en le stimulant, en l'éveillant et en l'accompagnant, en lui faisant partager une émotion ou un événement et en favorisant la socialisation.

La **kinésithérapeute** intervient si besoin sur prescription médicale.

Une **psychologue** intervient pour l'animation de réunions de reprise avec le personnel.

E) Autres besoins en personnel perçus

Malgré cette pluridisciplinarité des manques sont repérés dans des missions diverses.

- la présence d'un **psychologue** pour le suivi des résidents (entretiens individuels et bilans) : 0.40 ETP sont inscrits au budget. La difficulté tient de l'impossibilité de recruter un psychologue intéressé pour intervenir auprès de ce type de résidents.
- 3 à 4 vacations d'**orthophoniste** seraient bénéfiques à plusieurs personnes présentant des difficultés d'articulation, parfois liées aux effets secondaires des traitements neuroleptiques. Ce type d'intervention n'a pas de financement actuel.

- un quart temps de **secrétariat** serait utile pour pallier aux besoins administratifs, éducatifs et médicaux.
- une vacation hebdomadaire de **psychiatre** permettrait un suivi individualisé de certains résidents récemment
- il faudrait par ailleurs identifier une **équipe chargée de l'entretien et de l'hygiène des lieux**. Le Conseil Général n'a pas donné suite à la demande de 4 ETP supplémentaires pour l'année 2005.

F) Le recrutement

Un ajustement d'effectif a pu être négocié avec le Conseil Général pour l'année en cours sous la forme d'une création de poste d'éducateur spécialisé et de trois transformations de postes d'agents de service hospitalier en postes d'aides médico-psychologiques au regard du projet défini en 2004. Le Foyer d'Accueil Médicalisé a la possibilité de recourir à des mensualités de remplacement.

L'Établissement Public de Santé Alsace-Nord a opté pour les années à venir pour une politique de promotion professionnelle de trois aides médico-psychologiques et de trois infirmières ; des agents déjà employés au sein de l'établissement peuvent ainsi envisager une formation diplômante tout en étant en situation d'activité.

Les recrutements s'appuient toujours sur les fiches de poste.

À l'ouverture du Foyer d'Accueil Médicalisé les équipes étaient essentiellement composées de personnel infirmier, certes expérimenté mais aussi chronicisé dans ce type de prise en charge particulière où l'espoir de guérison est absent. Progressivement jusqu'en 1995 leur effectif a été réduit à 5. Depuis 2003 le mouvement du personnel infirmier s'accélère.

G) Le manque d'attractivité des postes d'infirmiers et de psychologue

Les psychologues et infirmiers, candidats à l'embauche à l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord, sont principalement attirés par les postes en unités d'admission, constituant le gros volant de la « psychiatrie active ». Au Foyer d'Accueil Médicalisé leur recrutement est difficile sur des postes considérés comme « peu attractifs ».

Les psychologues se sont succédés très rapidement au cours des dernières années, déçus par le fait que les résidents ne puissent pas s'engager dans une démarche psychothérapique.

Depuis le départ (retraite et mutations) des anciens infirmiers en 2003 et 2004, la politique de la Direction des Soins est d'affecter pour une durée d'un an, en plus de deux infirmiers expérimentés et volontaires, de jeunes infirmiers issus de la promotion professionnelle après l'obtention de leur diplôme. Ces affectations systématiques permettent progressivement de construire une nouvelle dynamique de soin. Bien qu'il ne soit de ce fait pas possible d'élaborer des objectifs à long terme, ceux de la dernière année ont pu

être globalement atteints. Ces affectations non choisies voire non souhaitées, mettent en lumière la difficulté pour les jeunes diplômés d'assumer seuls la charge de l'activité infirmière sans le soutien et l'expérience qu'ils trouvent habituellement auprès de leurs collègues plus anciens.

H) Un taux d'absentéisme en régression

L'absentéisme pour cause de maladie représentait en 2004 l'équivalent de 2,83 jours par agent et par mois, taux très nettement supérieur à celui de l'ensemble des secteurs de l'établissement qui était de 1,59. Ce taux était stable depuis plusieurs années variant entre 2,5 et 3. Les 80 % du nombre de jours d'absence étaient totalisés par 8 agents dont 5 présents de longue date. Cette problématique a été prise en charge de façon conjointe par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins en concertation avec le médecin du travail. Le renouvellement partiel de l'équipe au cours du second semestre de l'année a permis d'impulser un nouveau dynamisme.

Le taux d'absentéisme se maintient actuellement autour de 1,19 (inférieur à la moyenne de l'établissement qui est de 1,86). L'ambiance au sein des unités en est grandement améliorée du fait que les agents sont moins sollicités au dernier moment pour remplacer un collègue absent.

I) La formation continue

Le Foyer d'Accueil Médicalisé dispose pour 2005 d'un montant global de 3990,55 euros. Ce budget a permis la participation de quinze agents à une formation réalisée en intra sur le thème « vie quotidienne avec des personnes gravement handicapées » ainsi qu'à la préparation à l'examen de surveillant de baignade pour cinq agents.

Les agents du Foyer ont pu bénéficier de certaines actions prioritaires d'établissement comme la formation aux gestes d'activation pour personnes âgées, la contention en cas d'état d'agitation, des préparations à des concours ou encore l'initiation à l'informatique.

J) Pénibilité et sens du travail

Dans les unités de vie pour personnes gravement handicapées le travail est souvent décrit comme difficile, éprouvant et exposant le personnel à des formes de démotivation et de découragement. Cette pénibilité du travail résulte en grande partie de la perspective de côtoyer ces personnes jusqu'à leur mort, d'avoir à en accepter la régression.

La première approche fait très souvent peur. Le soignant, l'éducateur, est d'emblée agressé sensoriellement par l'odeur, les cris ou grognements, l'aspect physique ainsi que le contact qu'il peut avoir avec ces personnes. Il lui faut surmonter une peur naturelle face aux dysmorphies, aux conduites alimentaires particulières, aux comportements, aux modes de communication, aux violences et automutilations, coups, gifles, morsures, à la confrontation régulière à l'encoprésie, à la coprophagie, aux vomissements et

régurgitations, aux crises d'épilepsie, au manque de propreté sphinctérienne, mais aussi aux troubles du comportement, agitation et autres possibilités de raptus... Le soignant est alors confronté à une hygiène corporelle compliquée, dont la difficulté est souvent accentuée par la raideur des corps et l'impossibilité de participation de la personne. Comment apprivoiser ces personnes aux corps parfois difformes, qui crient et font des gestes incompréhensibles, et dont l'aspect physique et les regards surprennent, inquiètent et épouvantent ?

A cette première étape de peur succède le temps de l'approche, marqué par l'essai de compréhension de la personne handicapée qui a pour effet de faire baisser la peur. Être à l'écoute, respecter son rythme de vie... !

*« À la différence de la personne âgée qui termine sa vie mais en laissant tout un espace fantasmatique au soignant pour imaginer le bonheur, la joie, la tristesse de celle-ci, chez les arriérés profonds cet espace n'existe pas et c'est un des phénomènes qui contribue au phénomène d'usure des soignants... Le plus difficile pour les soignants reste d'assumer l'absence de projet de sortie des résidants, la nature de leurs comportements, l'exclusion dont ils sont victimes et l'histoire hospitalière passée. »*²⁵

On ne peut pas toujours se raccrocher à des gestes techniques. L'observation devient alors l'atout essentiel du personnel. Il lui permet de découvrir le résidant dans sa globalité, de découvrir non seulement ses manifestations de souffrance, mais aussi d'émotion et de plaisir. Les personnels nouveaux ont besoin d'une information sur les attitudes adaptées à la prise en charge des personnes handicapées mais aussi et surtout de les éprouver et de pouvoir les traduire en mots.

Il n'est toutefois pas que l'état des personnes accueillies pour entraîner une pénibilité du travail. Les conditions de travail posent souvent aussi problème. Souvent les conditions matérielles défavorables, locaux inadaptés, manque de matériel adéquat se conjuguent pour détériorer l'ensemble. L'aspect matériel, l'éclairage, les peintures, la disposition des locaux jouent un rôle fondamental, de même que la simplicité de l'organisation. Dans ce type de structures le personnel se plaint fréquemment *« chaque chose qu'on veut organiser soulève une montagne d'obstacles et l'épuisement s'installe face aux négociations continues »*.

L'usure semble davantage psychologique que physique et paraît essentiellement provoquée par la répétition des situations, l'exposition permanente aux mêmes situations stressantes et parallèlement le sentiment de ne pas progresser personnellement.

²⁵ BRANDEHO D. in *Usure dans l'institution*. Rennes : Éditions ENSP, 1991. 128p.

K) Une faible valorisation de l'expérience et du savoir-faire

L'ancienneté d'une bonne partie de l'équipe lui a permis, au fil des ans, de se constituer une réelle technicité et une expérience dans son domaine. Les savoirs et les savoir-faire professionnels affirmés sont toutefois peu ou pas valorisés. Dans le cadre actuel de son fonctionnement au sein d'un vaste dispositif de structures de soins psychiatriques diversifiés et fortement valorisés à l'occasion de journées d'étude, de congrès ou de colloques, le Foyer de l'Oberried reste trop à l'écart. Le personnel commence à recourir plus fréquemment à la formation continue, malgré quelques persistances de craintes à se former à l'extérieur.

Le faible mouvement de personnel au sein de services similaires, a longtemps contribué à l'installation dans une sorte de résignation, berceau de l'immobilisme, voire de régression de la curiosité professionnelle.

Il semble encore difficile de rompre l'isolement vécu à l'intérieur des murs de l'hôpital et de confronter sa pratique à celle de structures similaires, peut-être faute de s'être reconnu semblable. Peur du choc des cultures ? Difficulté à s'ouvrir parce que l'on se sent exclu ?

2.4.4 L'organisation

A) Une présence continue auprès des résidents

L'état de dépendance des résidents nécessite une présence soignante continue de jour comme de nuit. Dans chaque unité de vie, deux personnes issues de ces trois catégories professionnelles, assurent le service de matin de 6h30 à 14h, deux personnes prennent la relève de 13h30 à 21h et une personne intervient de nuit de 21h à 6h30. Un temps de chevauchement est prévu de 13h30 à 14h tous les jours dans les trois unités. Il permet la transmission orale et écrite des informations de tout ordre concernant le service et les résidents. Aux heures de relève du matin et du soir les informations sont principalement consignées par écrit.

Les infirmiers assurent une présence entre 6h30 et 21h tous les jours de la semaine sous forme de poste de matin ou de poste d'après-midi. En cas de nécessité au cours de la nuit, il peut être fait appel à « l'infirmier disponible » sur le site. Les éducateurs sont présents en journée du lundi au vendredi, occasionnellement le week-end.

B) Le référent, une fonction bien investie

Chaque résident a un référent nommé parmi le personnel de l'unité de vie. Celui-ci gère les aspects comme les trousseaux vestimentaires, l'argent de poche et s'implique pour la décoration des chambres. Lorsque les familles ou les tuteurs sont présents il reste en étroite collaboration avec eux.

Chaque infirmier assure par ailleurs le rôle de référent au sein d'une unité dans le domaine des soins. Il est le garant de la bonne tenue du dossier du résident en partenariat avec le référent et l'éducateur de l'unité.

C) Des moyens à disposition pour la réflexion autour du résident

a) Le cahier de liaison

C'est un cahier mensuel, propre à chaque unité de vie, mis en place pour la transcription des principaux faits relatifs aux résidents après chaque poste de travail. Une double page est réservée à chaque jour. Certains agents éprouvent des difficultés à y écrire.

b) Le dossier individualisé du résident

Présenté dans un grand classeur sa forme est en cours de révision afin d'être alignée sur le dossier de soins du patient en vigueur dans l'établissement, en vue d'une commodité de lecture par les agents à l'occasion d'une mutation mais aussi par les médecins de garde appelés en urgence. Il permet de rassembler l'histoire de la personne dans une dimension globale. Il est confidentiel et ne peut sortir de l'établissement. Toute personne le consultant (personnel ou stagiaire exclusivement) est tenue au secret professionnel. Chaque référent a en charge de le mettre à jour régulièrement.

c) Le classeur des prescriptions et soins

C'est un outil destiné à simplifier l'organisation quotidienne du soin infirmier. Constitué sous forme de classeur (couleur différente pour chaque unité), il comprend les fiches de prescription médicale des résidents. Il est mis à jour par l'infirmier référent de l'unité et ne peut sortir de la salle de soin qu'en cas d'alerte et d'évacuation.

d) Le classeur des transmissions médicales ciblées

C'est un outil mis en place à la demande des médecins afin de faciliter la lecture des observations qui leur sont destinées. Il se présente comme un classeur avec un onglet pour chaque résident.

e) Le classeur plastique relatif au suivi d'aspects divers

De couleur différente dans chaque unité il comprend des fiches mensuelles destinées à relever les dates relatives au présentisme des résidents, aux consultations médicales, aux visites des familles, ...

D) Des réunions aux contenus diversifiés

Le suivi régulier des équipes se pratique aussi sous forme de réunions organisées en plus des temps des transmissions quotidiennes.

a) Les réunions d'unité

Elles ont lieu une fois par semaine dans chaque unité de 13h30 à 14h30 et sont animées par le cadre ou un infirmier et concernent les personnes présentes ce jour. Leur objectif est de réfléchir en équipe à un aspect précis de la prise en charge des personnes (trouble alimentaire, comportement nouveau, ...). Elles donnent lieu à une prise de note dont la qualité est très inégale et souvent peu compréhensible pour les absents.

b) Les réunions de service

Elles ont lieu une fois par semaine. D'une durée d'une heure elles concernent l'ensemble des personnes des trois unités présentes ce jour et ont pour but de faire circuler les informations générales et de définir les modalités générales de fonctionnement du Foyer. Elles donnent lieu à un compte-rendu rédigé par le cadre, diffusé dans les unités et disponible sur le réseau informatique.

c) Les réunions des éducateurs et les réunions des infirmiers

Elles ont lieu deux fois par trimestre. Le contenu porte sur des aspects comme la mise en place de la planification des soins, l'avancement du dossier du résident, la programmation d'activités nouvelles, les renouvellement de conventions d'animation.

d) Les réunions mensuelles avec les médecins

Elles ont lieu en présence du médecin généraliste ou du psychiatre. D'une durée d'une heure elles permettent de confronter les observations et de vérifier la pertinence et le suivi des prescriptions. Elles sont fortement fréquentées par l'ensemble des agents de toutes les catégories. Elles donnent lieu à une prise de note.

e) Les groupes de parole animés par la psychologue

Au rythme de deux par mois, ils permettent aux agents d'exprimer les préoccupations spécifiques liées à l'exercice professionnel. L'adhésion des agents à ces temps est variable. Certains agents les attendent, d'autres les craignent.

f) Les réunions de synthèse des résidents

Elles ont lieu au sein des unités de vie et permettent de dresser un bilan de l'évolution du projet individualisé et de réorienter les objectifs de prise en charge. Elles ont lieu à une fréquence d'une par an au minimum et donnent lieu à compte-rendu.

Malgré les outils mis en place pour faciliter la circulation de l'information, celle-ci reste problématique. Cette situation semble liée principalement au fait que la plupart des agents éprouvent des difficultés à retranscrire ce qu'ils ont entendu. Les cahiers et classeurs d'observation sont actuellement utilisés pour consigner des observations. Ils sont encore trop faiblement utilisés pour se renseigner sur ce qui s'est passé antérieurement à la prise de fonction de chacun. Certains vont insuffisamment à la recherche des informations.

E) L'entretien d'évaluation

Chaque agent de l'établissement bénéficie annuellement d'un entretien d'évaluation, à distance de l'entretien de notation. L'entretien d'évaluation a lieu en début d'année civile. Il fait l'objet d'une procédure largement diffusée. Il constitue un moment privilégié de rencontre et de communication entre le collaborateur et le cadre. L'importance qu'il revêt pour l'agent ne peut laisser place à l'improvisation. Les règles et les supports utilisés sont clairement établis et rappelés à tous dans le mois qui précède, à l'occasion des réunions de service. L'entretien s'appuie sur :

- une grille des objectifs de l'unité ajustée annuellement et déclinée autour de quatre fonctions principales, l'organisation et le fonctionnement du service, les prestations, le travail en équipe, la recherche et le développement,
- une grille de compétences également ajustée chaque année, ciblant les connaissances de base, les aptitudes à les appliquer, le comportement professionnel et le savoir-devenir,
- la fiche de poste évolutive dans le temps.

L'entretien donne lieu à la rédaction d'une fiche d'appréciation permettant de recueillir le bilan de l'année passée, les objectifs fixés, les projets d'évolution, les besoins en formation. Cette fiche est cosignée par l'agent et le cadre contractualisant les propos.

Cet entretien constitue un temps fort de la vie professionnelle de chaque agent. Il contribue à l'amélioration de la qualité du management et à l'évolution de la qualité de vie de la structure.

À l'issue de la période des entretiens 2005, une étude des divers aspects évoqués a permis d'apporter des ajustements à l'organisation en place et d'amorcer une réflexion sur l'amélioration des circuits d'information et de communication.

F) Un manque de partenariat dommageable

Le Foyer de l'Oberried souffre d'isolement ; il n'a pas, par le passé, développé d'ouverture vers d'autres structures similaires, sans doute par méconnaissance, lors du passage du sanitaire au médico-social.

Deux conventions d'animation sont en cours pour les activités aquatique et musicale.

L'articulation avec le secteur sanitaire a lieu essentiellement à l'occasion de consultations spécialisées pour l'un ou l'autre résident. Obligation est faite par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation aux médecins de l'établissement d'intervenir en urgence.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé n'est pas inscrit actuellement dans une dynamique de recherche partenariale avec des pairs (par exemple le Centre Régional pour l'Étude et l'Action auprès des personnes Inadaptées ou d'autres établissements médico-sociaux)

2.4.5 Culture et identités

Les représentations de l'identité du site de Hoerdts sont encore fortement empreintes de son évolution au cours du XX^e siècle. L'héritage pénitentiaire et asilaire de l'établissement est très prégnant. La configuration architecturale et le manque d'équipement spécifique témoignent d'une inadaptation aux besoins de la population actuelle.

Contrairement aux services de soin le Foyer d'Accueil Médicalisé n'a pas été concerné par le mouvement de sectorisation et d'ouverture. Les métiers n'ont pas eu à évoluer au regard du mouvement de désinstitutionnalisation comme cela a pu être le cas dans les services de soins.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé souffre par ailleurs d'un manque de partenariats adéquats. Il n'a aucune difficulté d'occupation de ses places compte-tenu d'une forte demande non seulement au niveau du département mais même au sein des services psychiatriques de l'EPSAN. Il est régulièrement sollicité en vue de l'accueil de personnes domiciliées en dehors du département.

Plusieurs projets successifs non aboutis ont contribué au découragement du personnel. De surcroît, en 2002 un problème de maltraitance d'une personne accueillie a suscité une intervention de gendarmerie et un contrôle plus rigoureux des organismes de tutelle.

2.4.6 Des bâtiments austères et peu adaptés

La prise en charge au Foyer de l'Oberried se déroule au sein de trois unités de vie de 13 ou 14 places. Les unités Seguin 1 et Seguin 2 sont implantées en rez-de-chaussée et au premier étage du pavillon Seguin. Elles connaissent la même répartition de l'espace : un palier qui sépare le côté nuit du côté jour. La majorité des chambres à 1 ou 2 lits se situe près d'une salle de bain partiellement adaptée pour personnes à mobilité réduite. Côté jour se trouvent la salle à manger, la cuisine, le salon de télé et de détente, une salle de bains, le bureau des professionnels et une salle de soins. Les conceptions architecturales ne sont pas adaptées aux besoins de cette population. Les unités Seguin 1 et Seguin 2 disposent de deux cours intérieures fermées. Seguin 2 dispose par ailleurs d'un balcon.

Le second étage du pavillon Seguin est à disposition de l'ensemble du Foyer pour les activités d'animation (cuisine, salle d'activités polyvalente, salle d'activités salissantes, salle de relaxation, salle de réunion, salle de musique et contes).

La troisième unité est implantée en rez-de-chaussée au pavillon Régis. Elle est disposée en « L » autour d'une cour intérieure fermée. Les chambres à 1 ou 2 lits ainsi que les deux salles de bain équipées pour personnes à mobilité réduite, sont disposées d'un côté du couloir dans l'une des ailes. L'autre aile est réservée aux activités de jour avec cuisine, salle à manger, bureau, salle de soins, salle de séjour, d'activités et de détente.

Ce bâtiment a été conçu à l'origine pour recevoir des patientes psychiatriques agitées.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé dispose par ailleurs d'une salle de stimulation sensorielle (équipement Snoezelen)²⁶.

Les bureaux du cadre, du médecin et du psychologue sont situés dans un autre bâtiment ce qui complique les interventions en raison des distances entre les trois unités.

2.4.7 Des moyens matériels mutualisés au sein de l'établissement

Le Foyer d'Accueil Médicalisé dispose d'un véhicule de 9 places équipé pour l'installation de trois fauteuils roulants. Cela est insuffisant ; il peut ponctuellement utiliser d'autres véhicules du parc automobile de l'établissement. Il peut également disposer d'autres équipements sur le site, en particulier de la piscine et de l'aire de balnéothérapie (pataugeoire et bain-trèfle), de la cafétéria, d'une salle de fêtes.

Il bénéficie par ailleurs de l'infrastructure administrative et logistique de l'établissement. Il recourt au plateau technique médical de l'établissement pour les soins de stomatologie, dermatologie, neurologie, les investigations radiologiques, cardiologiques, encéphalographiques ordinaires ainsi que la pharmacie. Il bénéficie des travaux du service d'hygiène hospitalière, de l'intervention du médecin de garde pour les urgences, de l'infirmier « disponible de nuit » et de l'équipe de sécurité.

2.5 Analyse du fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé : un aspect médico-social à amplifier

2.5.1 Une situation globalement satisfaisante mais perfectible

Implanté dans un environnement à risque et par ailleurs au sein d'un dispositif de prise en charge sanitaire, le Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried peine à trouver son identité médico-sociale. Il est fortement marqué par l'empreinte de l'histoire pénitentiaire et asilaire. Les locaux austères et inadaptés sont amenés à être abandonnés au profit d'une nouvelle construction plus fonctionnelle qui devra répondre aux besoins évolutifs d'une population fragilisée et par ailleurs vieillissante.

²⁶ Le mot « snoezelen » vient de la contraction de deux mots néerlandais : snuffelen qui se traduit par flairer, fureter et doezelen qui correspond à un état de bien-être, de calme. Ce terme évoque donc à la fois bien-être et exploration.

Le Foyer est repéré comme ayant vocation psychiatrique et n'a aucun souci d'occupation des places. Son implantation à proximité d'un plateau technique adapté permet un recours facilité, rapide et souvent de très courte durée (2 à 3 heures) à une intervention psychiatrique de proximité, constituant une réelle chance, pour certaines personnes accueillies, de pouvoir mettre un terme à une hospitalisation au long cours. La cohabitation de populations très hétérogènes nous amène à imaginer une reconfiguration de groupes plus homogènes afin d'assurer un meilleur équilibre de la vie quotidienne.

Le Foyer est par ailleurs fortement dépendant de l'infrastructure et de la logistique de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord profitant de tous ses avantages mais subissant également les inconvénients. Il bénéficie d'avancées réelles en particulier toute la démarche d'amélioration de la qualité, même si l'application de certaines mesures, procédures ou protocoles doit être menée avec discernement.

L'axe hiérarchique partant de la Direction des Soins est peu conforme aux besoins d'une structure médico-sociale et induit une forme de non-reconnaissance de cette spécificité. Le fonctionnement du Foyer est en outre calqué sur celui des services de soins avec une prégnance conséquente du facteur hygiène parfois au détriment de la dimension de vie ordinaire. Un réajustement des qualifications semble nécessaire à envisager.

L'encadrement est assuré par des professionnels motivés par leur travail et soucieux de perfectionnement professionnel. Certains manquent d'expérience et de formation à la spécificité de ce type de prise en charge. Ils sont par ailleurs inquiets face à des changements dont ils ne connaissent ni les tenants ni les aboutissants. La composition majoritairement féminine des équipes est disparate, jeune d'âge ou proche de la retraite, ancienne voire très ancienne dans le métier ou débutante.

Les actions des personnels sont encadrées par des dispositifs relativement cohérents mais perfectibles. Elles sont globalement conformes à ce que les personnes accueillies sont en droit d'attendre. Les améliorations à apporter ne doivent pas occulter le fait que les réalisations professionnelles satisfaisantes constituent des facteurs déterminants de réussite du projet que je souhaite engager. Certaines pratiques articulées autour du projet restent encore trop intuitives, orales ou superficielles. C'est aussi le cas pour le suivi des projets individualisés souvent mis en œuvre davantage en fonction de la sensibilité des agents qu'en harmonie avec un objectif fondé collectivement.

La participation et l'information des différents acteurs de l'établissement peut encore être améliorée. D'autre part certaines pratiques nécessitent davantage de personnalisation. L'accompagnement de l'équipe passera par un travail sur les représentations du handicap, de la vieillesse et de la dépendance physique et psychique, du lien familial afin que tous soient vraiment au clair avec ces aspects et les nouveaux besoins inhérents et s'appliquent à y répondre au mieux. Il sera gage également de meilleure analyse et

compréhension des situations et des troubles du comportement de certaines personnes accueillies contribuant en cela à prévenir les risques de maltraitance.

Le Foyer s'est réellement engagé dans la mise en conformité avec les préconisations de la loi 2002. Les dispositions de la loi du 11 février 2005 pourront être prise en compte dès leur publication.

Dans l'ensemble les personnels déclinent les valeurs du Foyer dans leurs actions. Ils s'investissent par ailleurs volontiers dans de nouveaux projets. Il faudra malgré tout cela veiller à ne pas se laisser dérouter par certaines résistances institutionnelles et personnelles qui renvoient toujours à la question des moyens, empêchant de se consacrer à la mission dévolue. En cela une grande vigilance est de mise en terme de gestion des emplois et des compétences afin de mobiliser les personnels et d'assurer leur adhésion à la mise en œuvre du projet.

2.5.2 Un projet à concrétiser

Adossée au projet en cours, essentiellement centré sur différents axes d'amélioration de la vie quotidienne, il semble opportun d'impulser une nouvelle dynamique plus volontaire et plus ambitieuse.

Au regard de l'ensemble de ces éléments il m'apparaît que plusieurs clés devraient me permettre de bâtir une stratégie de direction pour donner corps au projet de rénovation des pratiques professionnelles au regard des attendus des lois de 2002 et de 2005

- poursuivre l'inscription des pratiques dans le registre des droits des usagers
- donner à l'équipe les moyens de se mobiliser
- améliorer les circuits d'information et favoriser la communication entre les acteurs
- réussir le parti architectural
- engager des partenariats
- restaurer une image dégradée
- prévoir l'articulation des différentes étapes
- initier la démarche d'auto-évaluation.

Le déroulement de ce processus nécessitera du temps, pour une entreprise réfléchie, appuyée par l'engagement de tous les acteurs sur les axes proposés, l'adhésion de l'ensemble de l'équipe de direction, le soutien des familles et des partenaires extérieurs pour parvenir à une relocalisation réussie.

3 HISTOIRE D'UNE RELOCALISATION OU COMMENT SAISIR UNE OPPORTUNITÉ POUR RÉNOVER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU REGARD DES ATTENDUS DES LOIS DE 2002 ET 2005

L'ouverture du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried a été autorisée sur le site du Centre Hospitalier de Hoerdts en 1993. À l'occasion de la présentation en CROSMS du projet de création de la Maison d'Accueil Spécialisée et de celui de rénovation du Foyer d'Accueil Médicalisé en 2001 sur le même site, a été longuement rappelée la très forte concentration de lits médico-sociaux dans un rayon de 20 kilomètres sur ce secteur. Le projet a toutefois obtenu l'accord puisqu'il s'agissait de réaffecter le patrimoine immobilier existant au sein de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord. De projet en projet différé la localisation de l'une et la relocalisation de l'autre ont été autorisées par arrêté préfectoral le 14 août 2003. Les notifications de décision laissent à l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord trois ans pour débiter le projet.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé sera alors inclus dans un pôle médico-social qui intégrera la structure pour personnes adultes polyhandicapées et dans un futur plus éloigné une structure pour personnes présentant des psychoses infantiles vieillies. Cette proximité se présente comme une opportunité à saisir pour impulser une nouvelle dynamique et constituer une identité médico-sociale plus affirmée au service de la qualité de vie des personnes accueillies.

L'opération initialement prévue pour être achevée en 2007 sera à nouveau différée puisqu'en date du 1 août 2005 le Conseil Général a donné un avis défavorable en raison d'un projet surestimé tant en terme de surfaces que d'effectif d'encadrement. Le projet est donc actuellement en cours de révision d'un point de vue architectural et sur la base d'un nouveau calcul des effectifs.

Le projet de la nouvelle structure Foyer d'Accueil Médicalisé s'inscrira dans les directions suivantes :

- renforcer l'identité médico-sociale du Foyer et du nouveau pôle par la mise en évidence de formes de prise en charge spécifiques fondées sur l'amélioration des moments de la vie quotidienne,
- intégrer la nouvelle donne du vieillissement des personnes accueillies,
- réintroduire et renforcer le lien familial,
- prévenir les risques de maltraitance,
- réussir le parti architectural et l'intégration d'équipements adaptés.

Il s'inscrira dans une vision stratégique de mise en œuvre et la temporalité des différentes étapes et intégrera dans son processus la phase importante de l'évaluation.

3.1 Des objectifs centrés sur la personne du résident

Les résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried sont des personnes très démunies aux possibilités d'expression très réduites. Peu sont capables de verbaliser leurs ressentis. La compréhension de leur bien-être ou de leur mal-être doit intégrer des modes d'expression autres que le langage. Leur manière de réagir face à la satisfaction ou à l'insatisfaction, leurs sensations de plaisir ou de déplaisir sont souvent accentuées par rapport à la norme. Les formes d'expression passent par les cris, les pleurs, les rires, les mines réjouies mais aussi par des formes d'expression plus violentes comme l'automutilation ou l'agressivité verbale ou physique. Ces attitudes des résidents peuvent parfois être révélatrices des relations du groupe. Encore faut-il pour cela se donner le temps et les moyens de les comprendre !

D'autre part, toutes ces personnes ont un long parcours institutionnel en psychiatrie. Jean Sandretto écrit ²⁷ « *Dans l'espace clos de l'hôpital psychiatrique, le temps se trouve captif. La vie ne peut se dérouler qu'au jour le jour, selon un rythme qui, progressivement, abolit tout repère temporel* ». Il est recherché, au travers du projet, les moyens de créer une dynamique d'intervention qui interroge les pratiques et représentations professionnelles vis à vis des usagers.

3.1.1 Donner du sens aux différents temps de la vie quotidienne

La vie au Foyer de l'Oberried est ponctuée par les temps forts que constituent le lever et le coucher, l'hygiène corporelle et vestimentaire, l'alimentation, les soins médicaux et paramédicaux, la mise en activité. Autant de moments fondamentaux dont il convient de bien cerner l'organisation.

A) L'hygiène

L'hygiène tant corporelle que vestimentaire doit être une préoccupation constante du personnel. L'hygiène corporelle quotidienne doit comprendre une douche ou un bain ainsi que des petites toilettes à l'occasion des changes de protection chez les personnes incontinentes. Tous les soins corporels (oreilles, nez, ongles, cheveux) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Il est nécessaire que ces moments où la proximité corporelle est grande et qui sont investis en relation et en émotion soient verbalisés. Il faut donc veiller à une observation et une interrogation toujours renouvelée du travail afin que la pratique ne s'inscrive pas dans les routines du quotidien et prenne un aspect opératoire. Il est nécessaire de veiller à ce que l'intimité et la dignité du résident soit respectée.

²⁷ Sandretto J. *Un enfant dans l'asile*. Points Sciences Humaines. Éditions du Seuil 1977. 219 p.

La prise en charge des résidents pendant les moments de toilette doit permettre d'introduire des notions de pudeur, d'identité. Elle doit aussi devenir le lieu où travailler des notions de schéma corporel et de sensorialité.

Les limites actuelles à ce projet résident dans l'inadaptation des locaux et du matériel et l'exiguïté des salles de bain. Elles sont également inhérentes à un effectif de personnel trop réduit pour assurer cette activité dans un cadre temporel satisfaisant.

Les objectifs de la toilette sont d'observer l'état cutané, de maintenir l'hygiène corporelle et de prévenir les infections, de maintenir l'autonomie du résident et de favoriser la relation soignant – résident.

B) L'alimentation ou le « plaisir à table »

Une grande majorité des résidents du Foyer n'a pas acquis ou a perdu depuis longtemps le plaisir procuré par le repas. Toutes les personnes accueillies dans une même unité de vie prennent le repas dans une salle à manger commune à des horaires réguliers. Deux personnels les assistent et les stimulent tout le long du repas, alimentant les résidents qui ne peuvent le faire seuls. Ils veillent à l'ergonomie, à la cadence, adaptent les aliments et la texture aux besoins spécifiques de mastication ou de déglutition. Ils veillent également à garantir l'apport nutritionnel et les règles diététiques de base ainsi qu'à maintenir une ligne directrice établie par chaque équipe et tenant compte des besoins spécifiques de tous les résidents.

Des activités initiées par l'un ou l'autre agent, permettent ponctuellement d'agrémenter un goûter d'anniversaire ou une autre fête calendaire, permettant ainsi d'inviter à interroger le temps qui passe. Certains résidents peuvent participer sous une forme ou une autre, d'autres sont simplement présents, attentifs aux bruits, aux mouvements et aux odeurs.

Préparer et déguster un repas préparé avec leur aide est important, non seulement dans le plaisir que cela apporte et dans la dimension relationnelle mais aussi à travers l'exécution du geste et la satisfaction de contribuer à une activité qui va procurer du plaisir.

Le partage d'un repas avec le personnel, autour d'une même table, servi dans les mêmes plats, constitue un atout considérable dans la dynamique relationnelle. Il en est de même à l'occasion des « trop-rares » repas pris dans un restaurant et des pique-nique. Ces temps permettent également d'introduire des règles de respect de l'autre, comme ne pas se servir dans son assiette ou simplement de manger proprement y compris parfois avec les mains.

Ces moments appréciés de tous, présentent un intérêt éducatif et social. Ils sont hélas encore trop peu nombreux et devraient se généraliser davantage y compris au sein des unités de vie. Les freins résident principalement dans le manque de matériel, de temps et d'effectif d'encadrement suffisant.

L'objectif d'amélioration vise à renforcer et multiplier les activités cuisine et pâtisserie, varier les menus fournis par la cuisine centrale, développer la convivialité et les invitations mutuelles entre groupes, inviter les familles, organiser des repas à thème, diversifier les moments où l'on mange en dehors de l'unité, adapter les repas aux saisons.

C) Renforcer la dimension « soins »

Les soins, nombreux, sont assurés par les infirmiers assistés des autres catégories professionnelles dans le but de préserver les fonctions vitales de l'organisme. Les soins médicaux effectués sur prescription médicale sont assurés par les infirmiers et concernent notamment les traitements médicamenteux quotidiens et certains soins d'urgence.

L'organisation des soins, en cours d'amélioration devra s'appuyer encore davantage sur une réflexion pluridisciplinaire basée sur les apports d'observations complémentaires. Une concertation des uns et des autres permettra une connaissance plus étayée des situations. Le temps de réunion avec les médecins expérimenté depuis peu devra être maintenu voire développé.

Les problèmes somatiques accrus des résidents doivent également inciter à améliorer les outils que constituent le dossier du résident incluant son dossier de soins.

D) Renforcer la dimension de mise en activité

Selon Larousse, « *l'activité est un ensemble de phénomènes par lesquels se manifeste une certaine forme de vie ou un certain fonctionnement.* » Considérées il y a encore peu comme l'apanage des éducateurs, la mise en activité doit devenir le fait de l'ensemble des agents. Les aide-soignantes sont souvent tentées de centrer la prise en charge autour des soins d'hygiène de base et alimentaires au détriment d'une mise en activité pour laquelle les plus anciennes sont peu formées. Pourtant le Foyer représente le lieu où le résident peut être associé à de nombreuses tâches effectuées par les agents. Plusieurs résidents récemment admis et ayant une autonomie moins réduite expriment énormément de satisfaction à pouvoir « aider » le personnel et s'investissent en particulier pour l'entretien des sols et de leurs chambres. D'autres participent activement à faire les lits ou à plier le linge. Autant de petits exercices qui non seulement ponctuent diversement les journées mais surtout les inscrivent dans une cohérence de temporalité. D'autres activités ludiques ou graphiques, voire physiques devront être développées.

Les activités à l'extérieur des unités voire du site permettent d'intégrer une dimension temporelle. Planifiées selon un rythme de journée, de semaine, voire annuelle comme les séjours de vacances, elles permettent d'avoir des projets, d'inscrire les activités dans une attente, initiant en cela une forme de désir.

L'état de grande dépendance psychique des résidents limite actuellement à moins de la moitié le nombre de ceux qui peuvent participer à des activités collectives, comme piscine, équitation, sorties en groupes de 3 à 6 personnes en dehors de l'unité. Il en reste

donc un grand nombre pour lesquels des solutions de prise en charge individuelle doivent être recherchées. Celles-ci nécessiteront principalement de pouvoir disposer de plus de temps.

3.1.2 Contribuer à modifier le regard porté sur les résidents

Les personnes accueillies au Foyer de l'Oberried sont des personnes très vulnérables, parfois dysmorphiques, voire peu agréables au regard. Pourtant le regard porté sur elles peut être considérablement modifié selon le soutien apporté à l'interlocuteur. Les essais de sorties dans les espaces publics, terrains de jeux, supermarchés, restaurants sont en cela concluants et doivent inciter à en augmenter les fréquences. Grâce au regard bienveillant des encadrants et à leurs comportements adaptés, à leurs explications parfois, plusieurs personnes peuvent actuellement participer par exemple aux achats de renouvellement de leurs trousseaux vestimentaires. Les regards étonnés se transforment dès lors en interrogations puis s'apprivoisent. Le regard d'abord perplexe puis compatissant et enfin averti des professionnels du centre équestre où un groupe se rend régulièrement, permet actuellement aux résidents et personnel d'y passer quelques jours de vacances, toujours très attendues des uns et des autres.

3.1.3 Prendre en compte le vieillissement

Près du quart des résidents du Foyer sont âgés de plus de 60 ans et près de la moitié approchent de 50 ans. Philippe Gabbaï²⁸ à travers ses nombreux travaux révèle quelques éléments spécifiques au vieillissement des personnes handicapées en particulier l'existence d'importants remaniements psychopathologiques et symptomatiques parmi les personnes présentant des psychoses déficitaires, comme des activités délirantes et hallucinatoires, des dissociations dont l'identification est rendue difficile par le masquage du déficit. Parmi les personnes épileptiques certaines présentent des détériorations provoquant parfois des chutes, entraînant elles-mêmes des fractures. Ces personnes présentent par ailleurs une grande sensibilité à l'insécurité comme à l'absence ou à l'excès de stimulations.

Ces personnes nécessitent donc une observation et une prise en compte particulières de leurs besoins physiques et physiologiques élémentaires en particulier pour prévenir les problèmes alimentaires liés à des défauts de mastication, des troubles du transit intestinal, une inadéquation des aliments. Elles présentent de fréquents troubles du sommeil ; leur rythme veille-sommeil est souvent perturbé.

²⁸ Gabbaï Philippe, psychiatre et ancien directeur médical de la Fondation John Bost à La Force en Dordogne

Ces phénomènes deviennent de plus en plus fréquents avec l'avancée en âge et les personnes, dépourvues du langage, se trouvent de plus en plus désinsérées.

Les projets sont souvent peu adaptés à la personne vieillissante.

Il est nécessaire d'engager une démarche réflexive, assortie d'une action de formation, qui soit de nature à nous faire mieux comprendre les mécanismes afin de mieux pouvoir les prendre en compte.

3.1.4 Restaurer, préserver et prendre en compte l'ensemble de l'environnement familial de l'utilisateur

Une grande majorité des résidents n'a plus de contact avec un parent, un frère ou une sœur. Pour une faible minorité d'entre eux, nous disposons encore d'une adresse et leur envoyons de temps en temps une carte de vœux ou une invitation pour une occasion particulière (fête calendaire ou autre). Deux familles sont ainsi revenues l'une ou l'autre fois. Pour la moitié des situations pourtant, la famille est absente.

Lorsqu'elle existe, il s'agit pour 10 situations de parents et pour 10 autres d'un frère ou d'une sœur. Hormis deux couples de parents âgés d'environ 60 ans, les autres parents ont tous entre 70 et 85 ans. Les frères et sœurs ont pour la plupart entre 55 et 65 ans.

Pour l'ensemble des familles, l'institution représente un choix sécuritaire, prolongeant en quelque sorte le cocon familial et devant assurer un maximum de services. Le risque existe rapidement de voir l'institution se substituer totalement à la famille, d'autant plus facilement que celle-ci a souvent tendance à s'en remettre à son expertise et son savoir. Le Foyer prenant le relais de l'institution psychiatrique dans la plupart des cas, la famille s'en remet *de facto* à l'ensemble des professionnels pour conduire la destinée des personnes accueillies. Il s'agit, dans le cadre de la mise en place d'une refondation des pratiques, de rompre avec ce processus pour tenter de réinscrire la relation parent-famille-adulte handicapé dans une perspective dynamique de leur histoire réciproque.

Avec l'avancée en âge on assiste dans l'environnement familial des personnes handicapées à une dégradation et une perte du capital d'espoir qui existait dans l'enfance. Les visites de plus en plus espacées peuvent facilement devenir inexistantes. Il paraît donc primordial, en particulier avec les parents des personnes nouvellement admises et à admettre, de définir les rôles respectifs du cadre de la prise en charge. Pour cela nous devons entreprendre de considérer la famille comme un partenaire de la prise en charge, l'invitant à nous rencontrer aussi souvent que possible. Cela demande de la part des équipes un travail d'accompagnement et d'encadrement de la visite, car s'il est difficile pour le personnel d'être en contact avec le résident, il l'est encore davantage pour les proches car inscrit dans une dimension relationnelle de toute autre nature. En cela une dimension de confiance est particulièrement nécessaire afin de regarder avec le parent, le frère, la sœur, le résident, de commenter ce que nous croyons percevoir de ses

états émotionnels, de permettre au parent d'exprimer les ressentis que la situation suscite en lui, le but étant de favoriser l'apparition de moments privilégiés de mutualité.

Cette rencontre suscitera inévitablement des émotions intenses pour lesquelles le personnel devra devenir le réceptacle. Cela nécessite une formation et un lieu de parole où le personnel pourra lui-même trouver un contenant pour exprimer ses émotions et les transformer en outil de travail.

3.1.5 Prévenir la maltraitance

Dès lors qu'une personne présente une dépendance, elle se trouve inévitablement exposée à diverses formes de maltraitance que celle-ci soit active ou qu'elle se manifeste par de simples négligences. En 2002 une situation de maltraitance active a été dénoncée au Foyer entraînant toute une série de contrôles par les autorités. Un éclairage est arrivé, certes trop tardivement, sous forme d'une analyse de la situation et l'apport de mesures plus adaptées à la prise en charge d'une personne présentant des troubles graves du comportement. En effet certains résidents vivant au Foyer nécessitent ponctuellement des soins psychiatriques conséquents et parfois un retour en unité sanitaire.

Le projet de refondation doit intégrer la prise en compte et le soutien nécessaire aux équipes pour la compréhension de situations difficiles qui revêtent souvent la forme de l'agressivité. Plusieurs résidents en viennent parfois à casser le matériel, à frapper les autres, parfois sans que la lecture des faits puisse amener à leur compréhension. La contention devient alors souvent nécessaire. Sans l'intervention immédiate d'un tiers dans la situation, celle-ci en vient à dégénérer rapidement et à se transformer en violence réciproque. Dans d'autres situations le personnel peut se sentir « agressé » par la répétition de comportements exaspérants, incompréhensibles à première vue. Pour peu qu'il soit fragilisé pour quelque raison que ce soit, le risque est imminent qu'il se mette en situation critique et devienne maltraitant.

En d'autres circonstances la maltraitance peut également se traduire par « l'oubli » dans son coin de la personne qui ne réclame rien ou qui ne manifeste rien, mais qui n'en a pas moins besoin d'une prise en charge.

Dans une fonction de direction il est fondamental de protéger tant les personnes accueillies que le personnel de toute menace de cet ordre. Il faut donc mettre en œuvre, en complément des protocoles existant au sein de l'établissement et en conformité avec les dispositions légales, un dispositif qui soit de nature à prévenir au mieux toute forme de maltraitance dont en particulier une formation spécifique à l'attention du personnel.

Outre tous ces aspects relatifs à la dimension de prise en charge et relationnelle avec les personnes accueillies, celles-ci doivent également pouvoir vivre dans un cadre agréable. Tel est l'objectif visé à travers la construction d'un bâtiment neuf.

3.1.6 Adapter les nouveaux espaces aux besoins des personnes

« Considérer le projet architectural comme la mise en œuvre du projet thérapeutique semble être la voie la plus sûre pour que l'architecture puisse être porteuse de possibilités nouvelles en adéquation avec l'ensemble des autres composantes du projet de restructuration »²⁹

A) Un lieu de vie dans son environnement

L'institution doit être un lieu où il fait bon vivre et où les personnes prises en charge se sentent heureuses. L'architecture doit répondre à des considérations esthétiques qui font partie du confort de vie ; elle doit aussi être conviviale et adaptée. Ces notions de bien-être et de convivialité renvoient à la nécessité que le choix s'appuie non seulement sur une analyse architecturale de nature typo-morphologique des bâtiments, mais aussi sur les représentations qu'en ont les individus et le groupe. Il a donc fallu d'emblée veiller à ce que les arguments d'efficacité collective n'aient pas pour effet de reproduire la configuration hospitalière classique.

Les équipes ont été largement associées en 2004 à la concertation et ont rencontré les architectes avec un double objectif d'une part de déterminer les besoins avec pertinence et d'autre part de créer une dynamique de changement. Cette motivation semble absolument nécessaire pour la mise en place des différents objectifs opérationnels. Le travail d'analyse des besoins a été repris dans le Programme Technique et Fonctionnel. Le bâtiment sera construit à l'extrémité Est du site. Il bénéficiera d'une entrée distincte. Le site est facilement accessible tant en voiture (proximité d'une sortie d'autoroute) qu'avec les transports en commun. Une gare SNCF se situe juste en face de l'entrée du site, sur la ligne Strasbourg-Paris. Il existe également une desserte par bus du réseau 67 desservant en particulier Strasbourg et Haguenau.

B) Le bâtiment

Le bâtiment d'une seule pièce sera conçu de plain-pied. Il comprendra trois parties bien identifiées :

- les locaux du Foyer d'Accueil Médicalisé
- les locaux de la Maison d'Accueil Spécialisée
- des locaux communs comprenant des salles d'activités, jardins sensoriels et salles de thérapies corporelles (kinésithérapie, balnéothérapie, espace snoezelen).

Les parties non communes sont conçues sur un modèle quasi-similaire, distinguant une zone nuit et une zone jour.

²⁹ COURTEIX S. *L'architecture des MAS : inadéquation des structures aux usagers ?* in Technologie santé N°38 op. cité

C) L'aménagement intérieur

Le Foyer d'Accueil Médicalisé sera configuré en trois unités de vie de treize ou quatorze personnes. La zone nuit comprendra des chambres individuelles équipées d'un cabinet de toilette et des chambres doubles. En effet compte-tenu de la dépendance de certaines personnes, les chambres individuelles ne constituent pas toujours la meilleure solution. Respect de la dignité et de l'intimité ne signifie pas forcément chambre individuelle !

La dimension des espaces, et plus particulièrement des chambres tient compte des exigences liées aux déplacements en fauteuil roulant, voire en lit.

La configuration des différents espaces, chambres, salles de bain et de soins, lieux d'animation, cuisine et salle à manger est pensée autour d'un regroupement où possibilités de proximité et d'isolement se conjuguent parfaitement.

Les chambres des résidents sont situées à proximité d'une salle de bain équipée d'une baignoire à hauteur variable et d'un accès en brancard-douche.

L'ensemble de ces projets doit contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried. La qualité de leur réalisation dépendra non seulement de leur pertinence mais également de celle du plan d'accompagnement de la mise en oeuvre.

3.2 Les moyens afférents à la réalisation du projet de prise en charge de la personne handicapée

Implantées sur le site principal de l'établissement les deux structures médico-sociales n'auront ni autonomie administrative ni personnalité morale propre.

Si ce type de fonctionnement présente l'avantage de minimiser les coûts de gestion, elle n'en posera pas moins la question de la mise en œuvre de leur complémentarité avec l'ensemble du dispositif sanitaire dont elles dépendent. Comment pourra s'affirmer le caractère médico-social du Foyer d'Accueil Médicalisé ?

Dans cette perspective, il est à noter le rôle essentiel de la direction d'un pôle médico-social.

3.2.1 Le porteur du projet ; un directeur issu du champ médico-social

À la veille du début du chantier, un porteur de projet doit être désigné afin de conduire l'ensemble des procédures à leur terme.

Afin de réaliser la cohérence d'un projet global de prise en charge mais toutefois spécifique à chaque structure, le recrutement d'un directeur devra permettre d'articuler les champs du médico-social et du sanitaire.

Le porteur du projet a pour compétence de conduire un **groupe de pilotage**. Celui-ci devra tenir compte d'une temporalité qui répondra à une double exigence :

- formaliser les attendus de prise en charge afférents au cadre réglementaire de la loi de 2002 relatifs aux droits des usagers,
- tenir compte du rythme de construction de la nouvelle structure.

3.2.2 Les aspects techniques relatifs à la relocalisation du pôle

La relocalisation est rendue nécessaire pour des motifs sécuritaires. En effet le Conseil d'Administration dans sa séance du 12 décembre 2002 a pris acte de la décision du Préfet de ne pas accorder de permis de construire pour les opérations concernant les deux structures médico-sociales initialement autorisées par le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Les opérations à réaliser consistent essentiellement pour la partie Foyer en la conception et la construction d'un nouveau bâtiment.

A) Les autorisations et autres démarches de négociation

Les deux projets figurent dans le projet d'établissement 2000-2004 approuvé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Les autorisations CROSMS sont obtenues. Restent donc à poursuivre les négociations avec le Conseil Général et la DDASS et à maintenir le dialogue tout au long de l'opération. Ces démarches sont actuellement confiées au directeur des finances et à la directrice des travaux et des investissements.

B) Le déroulement des opérations préliminaires

Le concours de maîtrise d'œuvre a été clos en mars 2004 sur le mode d'un appel d'offres restreint, à l'issue duquel trois candidats ont été retenus. Ils ont fourni un projet de construction avec des plans de niveau « esquisse » et une évaluation financière du coût du projet. Le marché a été finalement signé et notifié le 9 septembre 2004. L'Avant-Projet Sommaire (APS) était finalisé fin 2004. Il est donc actuellement en cours de modification et devrait être présenté à nouveau au Conseil d'Administration en octobre.

C) Normes et aménagements spécifiques

Outre les normes déjà en vigueur antérieurement le choix architectural devra tenir compte de la nouvelle prescription faisant suite aux effets de la canicule et intégrer une pièce climatisée.

D) Les aspects financiers : un coût élevé

Initialement évalué à dix millions de francs pour la rénovation des bâtiments de Hoerdt, le coût du projet a plus que doublé. L'ensemble du projet de construction des deux structures s'élève à 7 851 000 euros soit 3 219 000 pour la Maison d'Accueil Spécialisée et 4 632 000 euros pour le Foyer.

Ce coût est financé par l'établissement par redéploiement des moyens financiers et humains actuellement dévolus au sanitaire vers le médico-social. Pour la MAS, 80% sera financé sous forme d'emprunt et 20 % sera autofinancé. Pour le Foyer une subvention du Conseil Général est en cours de négociation. La part restante sera financée par l'emprunt. Les budgets d'exploitation sont inscrits en annexe au budget général.

3.2.3 Le management des ressources humaines au Foyer d'Accueil Médicalisé

Les besoins en ressources humaines sont liées principalement à un ajustement des besoins existants.

A) La définition d'un schéma directeur des ressources et des emplois

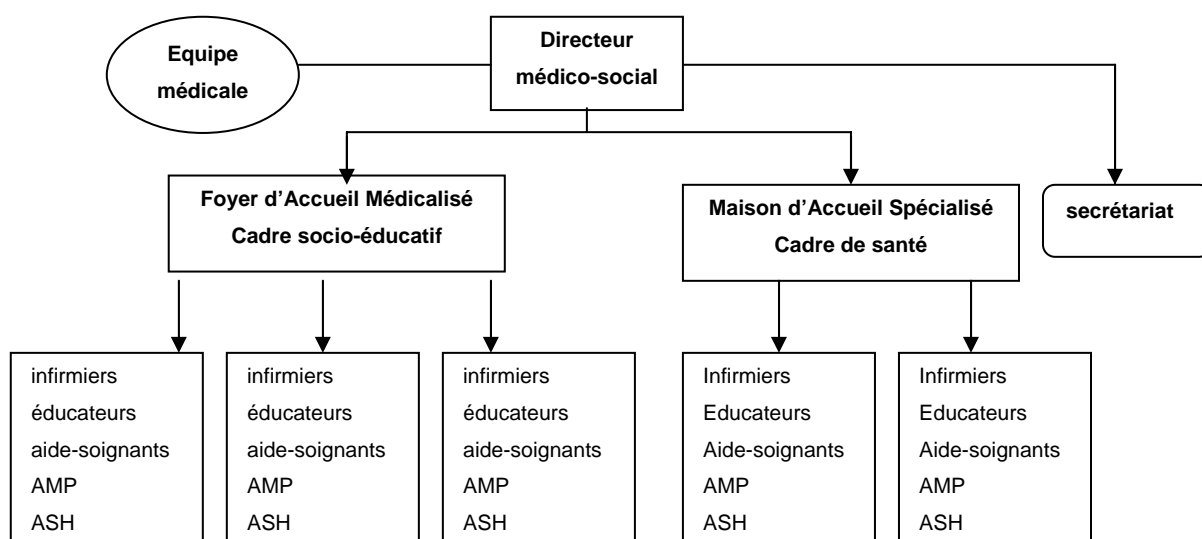
Le directeur intégré à l'équipe générale de direction devra centrer son action sur son rôle de manager incluant des aspects comme conceptualisation, prospective et développement partenarial. Il est proposé qu'il soit assisté de deux cadres, un socio-éducatif plus spécialement en charge du Foyer d'Accueil Médicalisé et un cadre de santé en charge de la Maison d'Accueil Spécialisée.

Les équipes des deux structures seront distinctes mais devront rester proches l'une de l'autre, en vue de partenariat, d'échanges pour un enrichissement professionnel complémentaire et réciproque.

L'équipe du Foyer d'Accueil Médicalisé restera majoritairement dans sa composition actuelle, infirmiers, éducateurs, aide-soignants, aide-médico psychologiques, agents des services hospitaliers. Leur activité sera complétée par des interventions de kinésithérapeute, d'orthophoniste, de psychologue, de médecins.

Les qualification requises à la Maison d'Accueil Spécialisée sont à peu près de même nature.

B. Organigramme



C) Tableau des effectifs du Foyer d'Accueil Médicalisé

Le tableau des effectifs comporte actuellement des postes financés par le forfait hébergement et d'autres par le forfait soins, conformément au tableau ci-dessous à quoi se rajoute 6 vacances médicales.

	Forfait hébergement	Forfait soins
cadre socio-éducatif	1	0
éducateur spécialisé	2	0
moniteur-éducateur	1	0
infirmiers	0	6
aide-soignants	0	14,65
AMP	11	0
ASH	4.5	0
kinésithérapeute	0	0,3
psychologue	0	0,4

Ces qualifications sont globalement en adéquation avec les besoins. Des besoins supplémentaires déjà perçus actuellement et non pourvus concernent (en ETP) 0,25 secrétaire, 3 Agents de Service Hospitalier, 0,2 orthophoniste et 4 vacances mensuelles de psychiatre.

Le projet en cours nécessitera en outre 0,5 directeur.

D) La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

La mise en place du projet rénové du Foyer d'Accueil Médicalisé et de la Maison d'Accueil et de Soins doit intégrer une approche technique de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, dont :

a) Les cessations d'activité professionnelle

D'ici 2008, six agents sont susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite ; il s'agit de deux infirmiers, deux aide-soignants, une éducatrice et une agente de service hospitalier. Il n'y a actuellement aucune difficulté de recrutement à cette échéance pour les aide-soignants et les agents, catégories où la demande d'embauche est forte. Dans les catégories infirmières et éducative, la question se pose avec plus d'acuité, bien qu'à l'heure actuelle les qualifications requises soient disponibles sur le marché de l'emploi. Toutefois la difficulté liée à l'attractivité du Foyer risque de perdurer encore un moment. Dès l'arrivée du nouveau directeur des soins il importera d'engager une réflexion à ce sujet : la poursuite de la politique des affectations systématiques d'agents sortant de promotion professionnelle ne semblant pas la plus adéquate, il conviendra de viser davantage une information complémentaire auprès des promotions d'étudiants à affecter.

b) les flux ordinaires

Ce paramètre est beaucoup plus aléatoire et dépend notamment du *turn over* essentiellement lié aux départs en formation. Dans les qualifications d'AMP et d'aide-soignants ceux-ci sont en général suivis de réintégration, d'autant que les AMP suivent leur formation en cours d'emploi.

E) Ajuster les fiches de poste

Les fiches de poste existent pour la plupart des qualifications, infirmiers, aide-soignants, éducateurs spécialisés, moniteur-éducateur, aides médico-psychologique, agents des services hospitaliers. Les missions de ces agents font l'objet d'une inscription dans le projet du Foyer. Compte-tenu de l'évolution des modalités de prise en charge des personnes accueillies, il s'agira de corrélérer les dispositifs inhérents des fiches de poste avec les attendus de la prise en charge.

F) La formation continue

Afin d'apporter aux personnels tout le soutien nécessaire à l'amélioration de leurs pratiques des actions de formation sont à prévoir ayant pour thèmes :

- les droits de la personne handicapée accueillie,
- l'approche de la personne handicapée vieillissante,
- le renforcement des technicités de la prise en charge,
- la prévention de la maltraitance.

Une action pluriannuelle est à prévoir pour 2007 et 2008 concernant l'accompagnement au changement.

G) Les procédures d'évaluation des agents

L'entretien annuel d'évaluation devra s'inscrire dans une perspective de management participatif, mobilisant l'agent en tant qu'acteur professionnel en lui permettant de faire le point sur son travail. Il constituera un moment privilégié de rencontre et de communication entre le supérieur hiérarchique direct et son collaborateur. Il portera sur les résultats professionnels de l'agent au regard des objectifs qui lui sont assignés, ses attentes en matière d'évolution de son poste, ses besoins en formation et ses perspectives d'évolution professionnelle. Il permettra de faire le bilan de l'année écoulée, de valoriser les points forts, de recueillir les attentes de l'agent, d'identifier les compétences à améliorer, de fixer des objectifs opérationnels et de rédiger une synthèse. L'entretien s'appuiera sur une grille de compétences définie au sein de la structure et au regard de la fonction et déclinant les savoirs, les savoir-faire, le savoir-être et le savoir-devenir.³⁰

³⁰ voir annexe 10 Grille de compétences infirmier

3.2.4 Un aménagement de l'organisation du Foyer d'Accueil Médicalisé

A) Constituer des groupes de résidents plus homogènes

Dès la fin de l'année 2005 il faudra réorganiser la configuration des groupes en tenant davantage compte des besoins des différentes catégories de résidents. En particulier il faudra constituer des groupes plus homogènes où les besoins des personnes les plus âgées et les plus vulnérables puissent être mieux pris en compte et où ces personnes ne soient plus sollicitées en permanence par des personnes ayant des troubles massifs du comportement. Ce projet devra être concrétisé au plus tard fin mars 2006.

B) Rénover et mieux adapter les pratiques professionnelles

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, combinée à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale va conduire à un véritable bouleversement de l'organisation de la prise en charge et de la vie des personnes atteintes de handicaps.

Afin de mettre les pratiques en conformité avec l'obligation de respecter l'organisation du travail et les règles de traçabilité, et pour témoigner de ce qui a été ou non effectué, l'ensemble de l'équipe devra s'attacher à une pratique sérieuse, régulière et attentive de l'écrit afin de participer à l'élaboration du projet de l'établissement et des projets de prise en charge individualisés, ainsi que des autres documents nécessaires.

Cet objectif répond à la nécessité de garantir à la personne accueillie, malgré ses difficultés de communication, un accompagnement personnalisé adapté à ses besoins et possibilités. À cet égard il est fondamental que chacun inscrive ses pratiques professionnelles dans le cadre juridique qui les détermine. Ainsi il y a lieu de rappeler régulièrement les fondements et dispositions des deux lois.

L'observation et l'analyse raisonnée des situations constituent des axes prioritaires en vue de l'amélioration des pratiques afin d'élaborer des lignes directrices de la prise en charge. Celles-ci, appuyées sur des fondements théoriques, doivent être élaborées en commun, à la suite non seulement d'observations rendues pertinentes mais aussi des intuitions nées de plusieurs années de vie auprès de ces personnes, en particulier par la confrontation des points de vue entre nouveaux agents et agents ayant plus d'ancienneté. Fin juin 2006 aura lieu une première évaluation de ces nouvelles dispositions. Toutes ces opérations seront évidemment articulées avec la démarche d'autoévaluation dans laquelle le Foyer de l'Oberried devra s'engager en 2006.

C) Rendre plus fonctionnel le dossier du résident

Par ailleurs l'organisation du dossier du résident devra être rendue plus fonctionnelle et sa tenue améliorée par la finalisation des travaux en cours, menés conjointement avec les équipes infirmière et éducative et le service de la Qualité. Une réflexion commune sur les

pratiques devrait par ailleurs permettre de réduire le clivage entre personnel éducatif et soignant et en outre améliorer l'observation par la recherche de nouveaux outils.

D) Améliorer le système d'information et de communication

Il faudra également améliorer le système d'information et de communication afin d'apporter plus de cohérence dans l'action et les pratiques, ce qui se traduira inévitablement par une remise en cause du fonctionnement actuel des réunions. En effet celles-ci se limitent aux personnels présents dans le service ; la mise en place d'un cadre différent nécessitera que chaque agent se déplace une fois par mois en dehors de son poste de travail. Cette réorganisation devra être soumise à l'accord du Comité Technique d'Établissement. Cette décision pourra « heurter » certaines habitudes et nécessitera donc explication et négociation.

E) Un lien fonctionnel permanent avec l'équipe de la Maison d'Accueil Spécialisée

Un dispositif de travail conjoint est à créer afin d'asseoir et de renforcer les complémentarités entre les deux structures et à des fins de valoriser les pratiques. Ces aspects pourront être optimisés dès lors qu'en corollaire sera développée une politique de communication visant à restaurer l'image du Foyer au sein de l'établissement y compris auprès des étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers dans la mesure où celui-ci correspond à un gisement potentiel d'emplois.

3.2.5 Un plan de communication pour optimiser une image à construire

En partenariat avec le service qualité et avec les accords des différentes directions il faudra réaliser une enquête afin de dresser un tableau objectif de la situation. En effet à l'heure actuelle aucun outil ne permet de la préciser au travers d'indicateurs. L'image dont il est question se fonde sur des ressentis, tout au plus sur des propos comme ceux que tiennent les étudiants infirmiers à leur arrivée « on m'avait dit de ne pas venir ici car on ne peut rien y faire et c'est sale ». Propos toujours infirmés à l'issue du stage « Je n'aurai jamais imaginé qu'on puisse faire autant de choses intéressantes ».

Une campagne d'information sur l'activité réelle pourra trouver toute sa pertinence par le biais d'articles courts rédigés dans le bulletin mensuel d'information de l'établissement « La Lettre » distribué avec les fiches de salaire. Par ailleurs une ou deux journées d'animation par an, ouvertes non seulement aux familles des résidents mais également à tous les acteurs de l'établissement y compris l'ensemble des directeurs et les membres du Conseil d'Administration, contribueront utilement à modifier l'image du Foyer.

Plus au-delà une valorisation des pratiques à l'extérieur, en particulier à travers un soutien aux différentes professions à présenter leur travail à l'occasion de table-rondes auprès d'étudiants en formation, permettra de renforcer cette image en la rendant plus réelle.

L'ensemble des dispositions prises en vue de l'amélioration de l'image du Foyer pourront par ailleurs opérer avec d'autant plus d'acuité que le Foyer s'engagera dans une démarche d'évaluation.

3.2.6 Un engagement dans une démarche d'évaluation

L'engagement dans une démarche d'auto-évaluation est demandé à tous les établissements du secteur social et médico-social dans un délai de cinq ans à compter de la publication de la loi du 2 janvier 2002. En l'absence actuelle de référentiels nationaux et compte-tenu de la non-adhésion du Foyer d'Accueil Médicalisé de l'Oberried à une grande association ou fédération, celui-ci pourra toutefois, et non sans pertinence, solliciter les services de la Direction de la Qualité. Celle-ci est en effet déjà forte d'expériences similaires dans le cadre de l'accréditation de l'établissement en tant que structure sanitaire mais aussi dans le domaine du conventionnement tripartite pour les services de soins de longue durée. L'expérience acquise, l'ouverture à une situation nouvelle est tout à fait de nature à pouvoir proposer une assistance compétente, d'autant que bon nombre de protocoles et de procédures existent et ont fait preuve de pertinence et de cohérence y compris pour les besoins du Foyer. L'ensemble des acteurs du Foyer est motivé pour s'engager dans une telle démarche à condition de trouver le soutien méthodologique nécessaire.

L'ensemble de ces procédures trouveront leur pertinence à condition qu'au niveau de la direction des deux structures soit mis en place un dispositif d'accompagnement et de sensibilisation des personnels et des partenaires, concourant à la pérennité et au développement des projets d'établissement tant de la MAS que du FAM. D'où l'importance d'une conduite managériale visant à anticiper non seulement les résistances qui émergent généralement dans ce type de configuration mais aussi à valoriser l'ensemble des potentialités existantes que ce soit les intervenants ou les usagers.

3.3 La pratique d'accompagnement et de sensibilisation relative à la réalisation du projet refondé du FAM et de la MAS : aspects stratégiques

Dans la dynamique d'un projet comme celui-ci, se pose toute la question à la fois des prises de conscience de l'intérêt des refondations mais également la prise en compte de l'ensemble des intervenants dans leur relation à l'histoire institutionnelle. Pour ce faire il appartiendra au directeur de bien saisir les enjeux et les places des différents partenaires dans ce qu'ils concourent à la réussite du projet à développer. Une stratégie de communication et de sensibilisation devrait pouvoir s'articuler à un triple niveau :

- celui des instances de décision et des partenaires institutionnels
- celui des personnels
- celui des usagers et de leurs familles.

3.3.1 Le Conseil d'Administration

Lors de sa prise de décision de fermeture du site de Hoerdt, le Conseil d'Administration s'est fortement positionné pour satisfaire aux impératifs de sécurité liés à l'implantation en zone à risque. À l'occasion de la fusion des deux hôpitaux, il s'était par ailleurs déterminé pour un maintien d'un niveau d'emploi identique à la situation de l'époque sur les deux sites en préconisant que celui de Hoerdt ait à terme une vocation médico-sociale.

La situation actuelle le place face à un compromis.

En effet tous les agents exerçant à l'heure actuelle à Hoerdt devront dans un avenir plus ou moins proche intégrer Brumath, ce qui ne présente malgré tout pas un gros désavantage compte-tenu de la faible distance qui sépare les deux villes et les commodités du réseau routier. Par ailleurs malgré la sursaturation de lits médico-sociaux sur le secteur, les deux projets n'ont pas été contraints à une délocalisation plus lointaine.

Le Conseil d'Administration n'a jusqu'à présent pas exprimé de souhait particulier relatif aux aspects du projet plus centrés sur les personnes accueillies, la qualité de vie qui leur est proposée au quotidien. Mis à part le Président, le représentant des usagers de l'Établissement Public de Santé Alsace-Nord, le médecin psychiatre intervenant au Foyer et les représentants du personnel non-médical aucun autre membre du Conseil d'Administration n'y est venu au cours des trois dernières années.

Il semble donc tout à fait opportun de sensibiliser davantage le Conseil d'Administration aux divers aspects de la vie quotidienne des usagers.

3.3.2 L'équipe de direction

L'équipe de direction est amenée à être renouvelée dans les mois à venir en raison de départs à la retraite. La situation paraît opportune pour sensibiliser la nouvelle équipe à la problématique particulière de cette structure. Il sera nécessaire de réinterroger le lien hiérarchique quasi-unique avec la direction des soins dès lors que le nouveau directeur aura pris ses fonctions.

Les contacts les plus proches à l'heure actuelle se situent avec la Direction de la Clientèle et de la Qualité sur la base de ses deux volets ; la clientèle pour toutes les affaires relatives à l'Admission des personnes et l'administration de leurs biens et celui de la Qualité pour tout ce qui concerne le suivi de la démarche qualité.

Il est vrai qu'à l'heure actuelle le Foyer ne connaît pas de fait grave, de nature à susciter les regards extérieurs comme cela a pu être le cas en 2002 à l'occasion d'actes de maltraitance.

3.3.3 Les autorités de tutelle

Le lien actuel avec les autorités de tutelle est assuré par les différentes directions en charge de l'un ou l'autre dossier. Aucun lien direct n'existe entre eux et le Foyer. Les administratifs du Conseil Général et de la DDASS ont connaissance du Foyer à travers les dossiers qui leur sont transmis et les informations fournies par leurs interlocuteurs dont la perception du fonctionnement quotidien n'est forcément que parcellaire.

3.3.4 Le personnel du Foyer d'Accueil Médicalisé et les instances représentatives

Le personnel du Foyer d'Accueil Médicalisé est très motivé pour le projet, tant dans l'aspect fonctionnel de l'architecture et des aménagements intérieurs que dans l'évolution des pratiques professionnelles. La forte participation régulière à toutes les réunions des groupes de travail en est la preuve. Toutefois le directeur devra veiller à prendre en compte les craintes légitimes du personnel interrogé par les exigences des réformes législatives et le principe de la relocalisation de la structure existante. Une politique efficiente de communication par une explicitation précise des évolutions de la prise en charge permettra de verbaliser l'ensemble des interrogations du personnel.

3.3.5 Les familles

Par la tenue des réunions du Conseil de la Vie Sociale l'importance est donnée à la sollicitation des familles. En effet, et c'est toute la pertinence de la loi de 2002, il apparaît indispensable que les représentants des usagers participent à leur niveau à l'élaboration du projet de la prise en charge des personnes accueillies. Cet aspect est d'autant plus important que la dimension familiale fait partie intégrante des évolutions des pratiques professionnelles envisagées.

3.3.6 Les résidents

Malgré les limites d'expression qui sont les leurs, une communication s'avère utile. Le seul fait de s'exprimer face à eux sur le sujet les intègre dans le projet. Il est à noter que l'un des résidents (un des plus autonomes), représentant au Conseil de la Vie Sociale, manifeste de temps en temps ses craintes en disant simplement quelques mots « réunion – déménager – quand – moi – peur ». Autant de préoccupations que les autres ont encore moins de possibilités d'exprimer mais qu'il importe néanmoins de pouvoir percevoir et de traduire dans des attitudes professionnelles de réassurance.

3.3.7 Un partenariat important à développer

Le directeur du pôle médico-social aura à charge de développer le partenariat. Il s'assurera d'un rapprochement avec d'autres structures ayant vocation similaire. Cette dimension est essentielle pour le personnel dans un but d'amélioration des pratiques respectives par leur confrontation.

Elle est essentielle également pour permettre quelques ouvertures pour les résidents peu habitués à rencontrer d'autres personnes. Pour eux cette ouverture peut parfaitement s'adosser à de nouvelles activités, occupations ou sorties sur des sites où il pourrait paraître gênant de les exposer.

3.4 La planification de l'action : une temporalité nécessaire comme fil directeur de la refondation du projet

Le scénario du projet consiste en un schéma global permettant de visualiser le déroulement chronologique des actions à mettre en œuvre.

Les principales échéances à prendre en considération sont liées à celles de l'avancement du chantier. Elles seront menées principalement par les directions fonctionnelles.

Octobre 2005	Présentation du projet modifié au Conseil d'Administration
Fin 2005	Accord du Conseil Général
Janvier 2006	Lancement des appels d'offre
Avril 2006	Début des travaux
Fin 2007/début 2008	Réception des travaux et installation

Le projet visant à répondre aux besoins multiformes et évolutifs des personnes accueillies trouvera son opérationnalité non seulement dans les pratiques professionnelles rénovées mais également et surtout dans la rencontre entre le champ du secteur médico-social et celui de la politique de santé mentale.

À l'instar de tout processus de changement il est bien évident que la difficulté d'ordre stratégique de réalisation d'un projet de cette nature, dépendra du degré de conscientisation de l'ensemble des acteurs qui y participent.

C'est pourquoi il est apparu particulièrement important de développer dans ce chapitre autant les éléments d'optimisation de la prise en charge des adultes handicapés que celui de la mise en oeuvre de procédures d'accompagnement de l'ensemble des acteurs institutionnels. Faute de quoi il y aurait lieu de considérer que malgré la pertinence du projet, celui-ci pourrait trouver ses limites dans la non-reconnaissance par les acteurs de la santé mentale, du particularisme de l'intervention médico-sociale.

CONCLUSION

Améliorer la qualité de vie des personnes gravement handicapées accueillies en Foyer d'Accueil Médicalisé ne pourra se traduire que dans une optimisation du projet d'établissement. La pertinence de celui-ci pourra s'évaluer à travers les réponses spécifiques aux besoins des personnes accueillies dans une dimension globale, inscrivant les actes de la vie quotidienne, les activités, les soins, les contacts sociaux dans une dimension affective, psychologique, sensorielle et émotionnelle.

Un projet de telle nature ouvre nécessairement la question de la qualité des interventions à conduire mais également celle de l'articulation posant en cela l'ouverture à des pratiques professionnelles d'accompagnement plurielles visant à considérer la personne handicapée dans sa globalité.

Pour ce qui concerne le Foyer d'Accueil Médicalisé, qu'il appartiendra d'adosser à la Maison d'Accueil Spécialisée dans une perspective de complémentarité, il s'agira de créer les conditions de pratiques professionnelles répondant aux attendus des lois de 2002 et 2005.

Plus au-delà, et cela ne saurait être anecdotique, l'opportunité de la relocalisation et d'une structuration de l'ensemble sous la forme d'un pôle médico-social aura pour effet de permettre à l'institution d'origine de se distancer d'un passé asilaire qui aura pesé lourdement dans ses représentations jusqu'à aujourd'hui.

En créant un pôle médico-social spécialisé adossé au dispositif de droit commun en matière de santé mentale, le Conseil d'Administration aura exprimé sa volonté politique, à partir des attendus des politiques publiques, de spécifier la prise en charge de personnes gravement handicapées rompant ainsi avec une pratique uniforme de l'hospitalisation.

Bien évidemment comme tout processus inhérent au changement il appartiendra au directeur du pôle médico-social de prendre en compte non seulement l'histoire institutionnelle dans ce qu'elle a pu induire comme représentations de la personne handicapée mais également de mettre en place une politique managériale où la professionnalisation renouvelée devra être associée à la recherche de qualité de la prise en charge.

Ce mémoire, d'une certaine façon, exprime toute la difficulté d'inscrire des pratiques institutionnelles spécifiques au sein des politiques publiques afférentes au champ du

sanitaire. Si la reconnaissance du champ médico-social est un principe aujourd'hui reconnu par la loi (ses dernières dispositions en témoignent), il n'en demeure pas moins que son inscription dans la pratique hospitalière classique en matière de santé mentale, demeure une problématique complexe. À cet égard la position stratégique du directeur de pôle médico-social est essentielle.

Au-delà des aspects techniques et managériaux qui lui sont afférents, la réussite de l'optimisation du champ médico-social relève à priori de sa capacité à anticiper les évolutions indispensables pour favoriser de nouvelles réponses aux besoins de la personne handicapée.

Il s'agit là à mon sens de l'expression la plus pertinente de la mission de délégation de service public qui puisse être confiée à un dirigeant.

Bibliographie

Ouvrages et rapports

AMYOT JJ., MOLLIER A. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002. 242 p.

BAUDURET JF., JAEGER M.. *Rénover l'action sociale et médico-sociale ; histoire d'une refondation*. Nouvelle édition. Paris : Dunod, 2005. 342 p.

BOUQUET B. *Éthique et travail social ; une recherche du sens*. Paris : Dunod, 2003. 230 p. Action sociale

BRANDEHO D. *Usure dans l'institution ; la prise en charge de psychotiques déficitaires dans une MAS*. Rennes : Éditions ENSP, 1991. 128p.

BRANDT S. *La nef des fous*. Adaptation française de Madeleine Horst. Strasbourg : Éditions de la Nuée Bleue, 1977. 488 p.

DALLA PIAZZA S. *Handicap congénital et vieillissement*. Question de personne. Bruxelles ; De Boeck & Larcier, 2005. 135 p.

DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*. Paris : Dunod, 2004. 196 p.

DANANCIER J. *Mener l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Paris : Dunod, 2004. 161 p.

DEBOUT M. (Rapport du groupe de travail présidé par) *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Direction générale de l'action sociale : Éditions ENSP Rennes, 2003. 77p.

EBERENTZ A., KINDERSTUTH MT., PAUMELLE S. et al. *Les oubliés de l'hôpital psychiatrique*. Paris : Éditions du Seuil, 1978. 220 p. Collection Esprit

FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard TEL, 1972. 583 p.

GENTIS R. *Les murs de l'asile*. Paris : FM / petite collection Maspero, 1970. 88 p.

GOMEZ JF. *Handicap, éthique et institution*. Paris : Dunod, 2005. 202 p. Action sociale

JAEGER M. *Guide de la législation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2003. 409 p.

JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droits des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 1999. 206 p.

LEGRAND P., *Le secteur médico-social*. Paris : Berger-Levrault Santé : méthodes et pratiques, 1994. 310 p.

LOUBAT JR., *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*. 2^e édition. Paris : Dunod, 2005. 354 p.

MARTY JP., BOLO M., FRECHARD C. et al. *Les personnels des Maisons d'Accueil Spécialisées*. Strasbourg, CREAL, 1990. 114 p. Collection Études et Recherches.

MISES R. Pr et QUEMADA N. Dr. *Classification Internationale des troubles mentaux et du comportement chapitre V de la CIM 10-OMS*) CTNERHI Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. 3è édition Mars 1993. 237 p.

SANDRETTO J. *Un enfant dans l'asile*. Éditions du Seuil, 1977. 219 p.

ZRIBI G. et SARFATY J. (sous la direction de). *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Nouvelle édition Rennes : Éditions ENSP, 2003. 198 p.

Technologie Santé N°38. Actes des 26è Journées TNH des 8 et 9 juin 1999. *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*. Numéro spécial. Septembre 1999. 152 p.

Périodique

JAEGER M., PAPANICOLAOU G., CORNEC A. Et al. « L'arriération mentale profonde » aux frontières du sanitaire et du social. *L'information psychiatrique*, mai 1992, N°5, pp. 479-488.

Documents non publiés

Établissement Public de Santé Alsace-Nord. Rapport de Gestion 2004, 258 p.

Établissement Public de Santé Alsace-Nord. Projet d'Établissement 2000-2004.

URCAM d'Alsace « *Les MAS et FAM en Alsace* ». Publication de l'assurance maladie décembre 2003, 133 p.

Dr MASSÉ G. *Rapport de la mission* confiée par Monsieur Bruno DURIEUX Ministre délégué à la Santé. 1992.

Bulletin Départemental d'Information (BDI). Conseil Général du Bas-Rhin. N° spécial février 1998.

Thèses et mémoires

DAVID A. *L'Hôpital Psychiatrique de Hoerdt : ses origines, ses particularités, son évolution*. Thèse de Doctorat en Médecine : ULP Faculté de Médecine de Strasbourg, 1981. 165 p.

TAIEB JC. *Le redéploiement du sanitaire vers le médico-social : contraintes et opportunités pour le Centre Hospitalier de Pierrefeu-du-Var*. Mémoire de Formation des Élèves-Directeurs d'Hôpitaux de 3è classe : ENSP Rennes, décembre 1996. 147 p.

Film

Réalisation GOBIN A. *Le cimetière des fous*. Coproduction Ere Production et France 3 Alsace, 2004.

Liste des annexes

- Annexe 1 Classement chronologique des textes législatifs et réglementaires
- Annexe 2 Caractéristiques des personnes accueillies
- Annexe 3 Découpage sectoriel de la psychiatrie générale
- Annexe 4 Les sites d'implantation de l'EPSAN
- Annexe 5 Organigramme de direction
- Annexe 6 Organigramme d'un service de soin
- Annexe 7 Organigramme du Service des Soins
- Annexe 8 Caractéristiques des agents du Foyer de l'Oberried
- Annexe 9 Organigramme du Foyer de l'Oberried
- Annexe 10 Fiche « critères de compétences infirmier »

Classement chronologique des textes législatifs et réglementaires

Dispositions relatives à l'organisation de l'hospitalisation

Loi du **21 décembre 1941** dite Charte Hospitalière relative aux hôpitaux et hospices publics

Ordonnances du **30 décembre 1958** en particulier Ordonnance N°58-1373

Loi N°70-1318 du **31 décembre 1970** portant Réforme Hospitalière

Loi N°91-748 du **31 juillet 1991** portant réforme hospitalière

Ordonnance N° 96-du **24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance N°2005-406 du **2 mai 2005** portant simplification du régime des établissements de santé.

Dispositions relatives à l'hospitalisation en secteur psychiatrique

La loi du **30 juin 1838**, dite Loi sur les aliénés

La circulaire du **15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Lois du **25 juillet 1985** et du **31 décembre 1985**

Loi du **27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

Dispositions communes aux institutions sociales et médico-sociales

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

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

Loi N° 2002-203 du **4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Dispositions spécifiques aux personnes adultes gravement handicapées

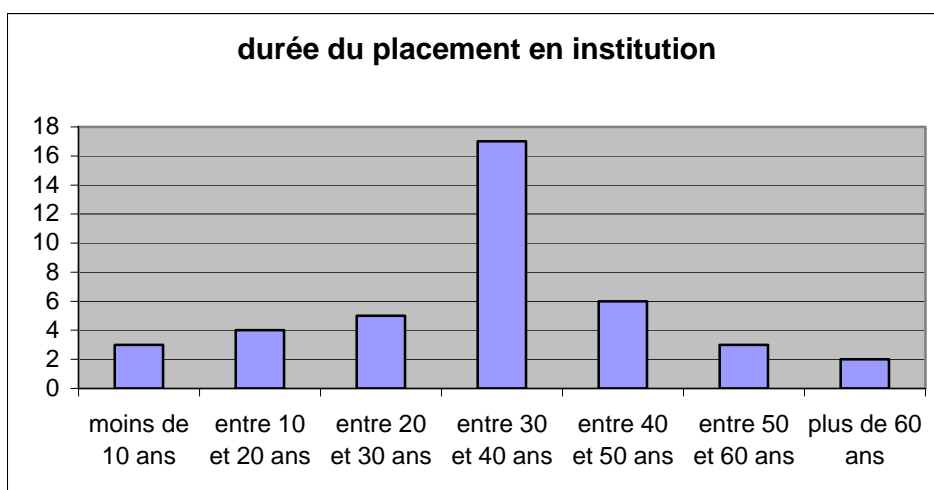
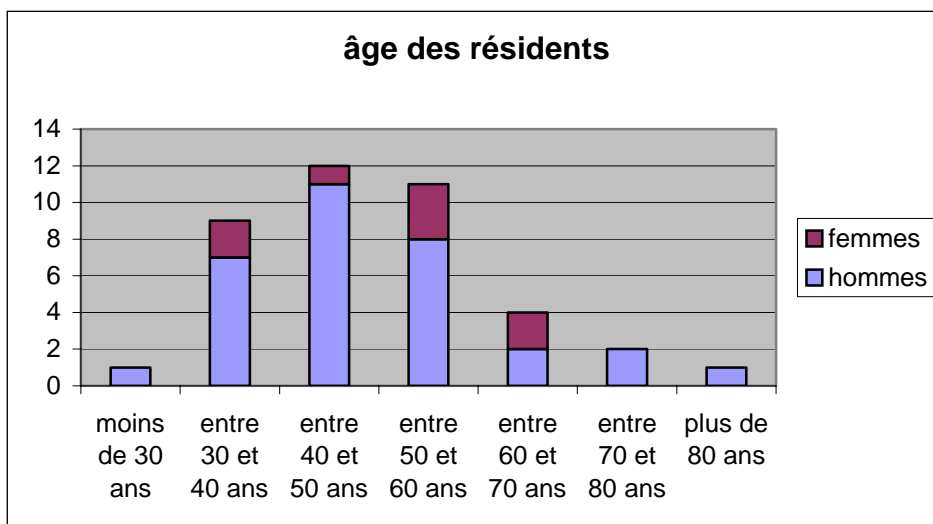
Loi n°75-534 du **30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées

Décret n°89-798 du **27 octobre 1989**

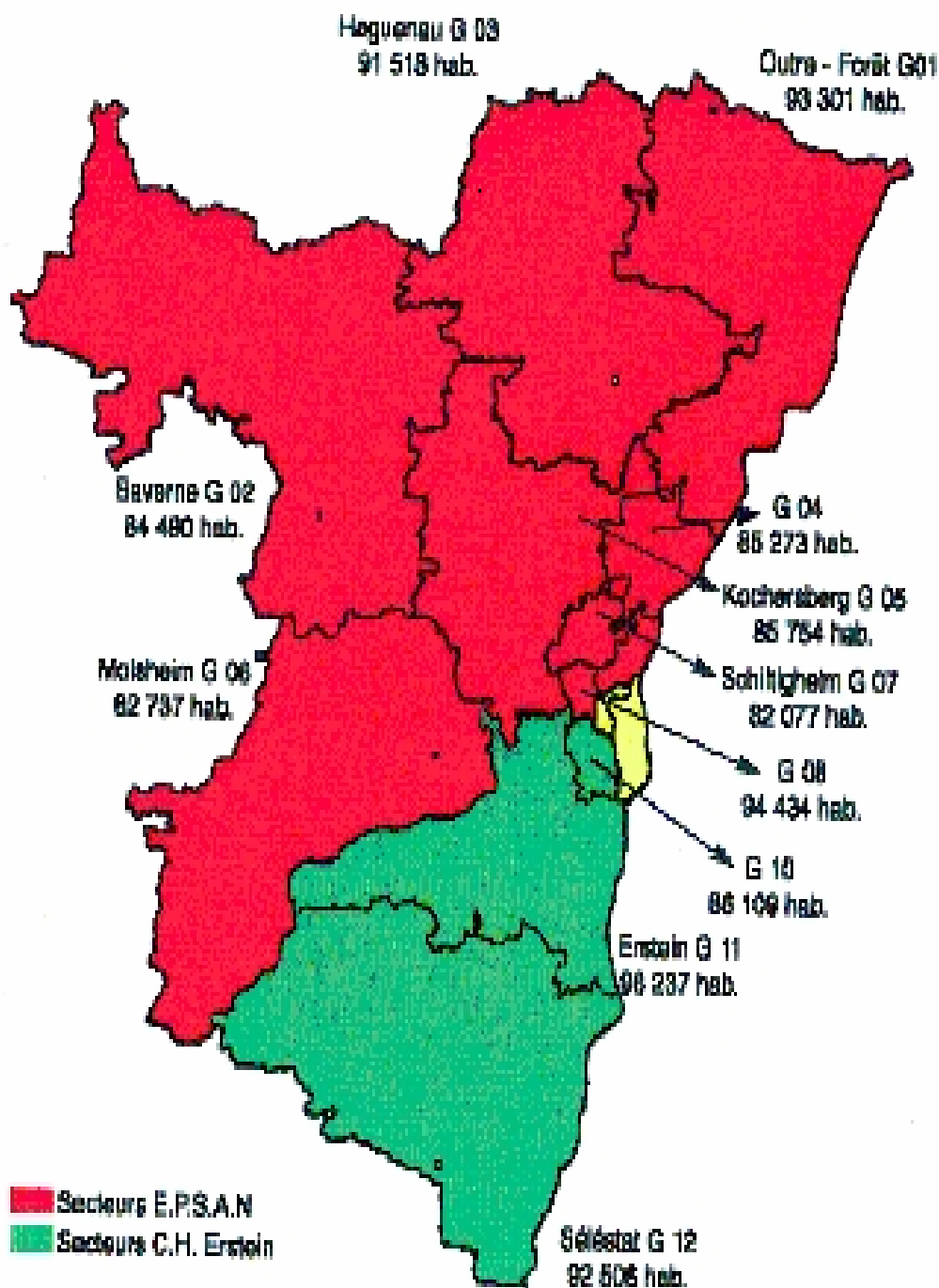
Loi n°90-602 du **12 juillet 1990** relative à la protection contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap

Loi N°2002-73 du **17 janvier 2002** dite loi de modernisation sociale

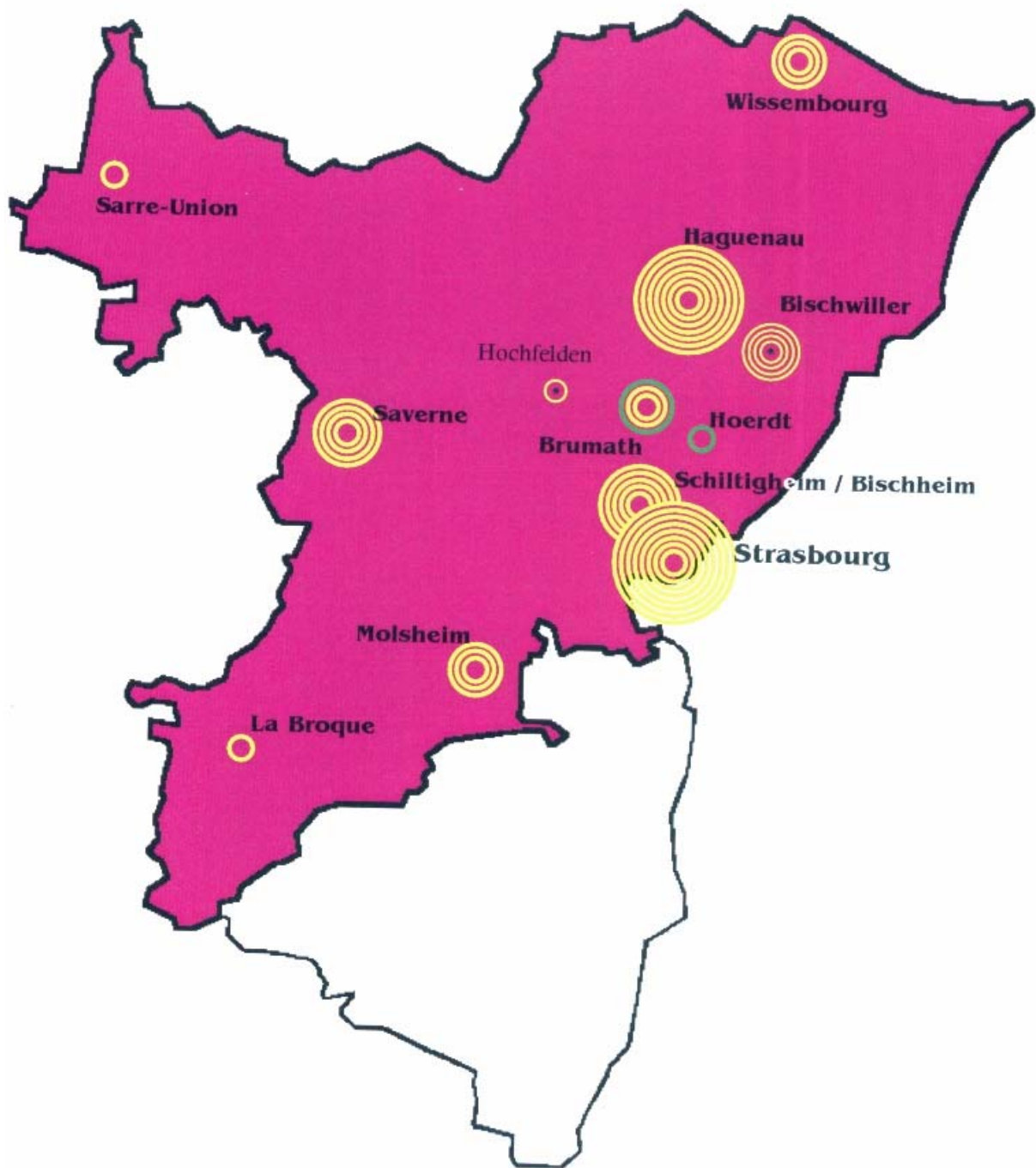
Loi du **11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Caractéristiques des personnes accueillies

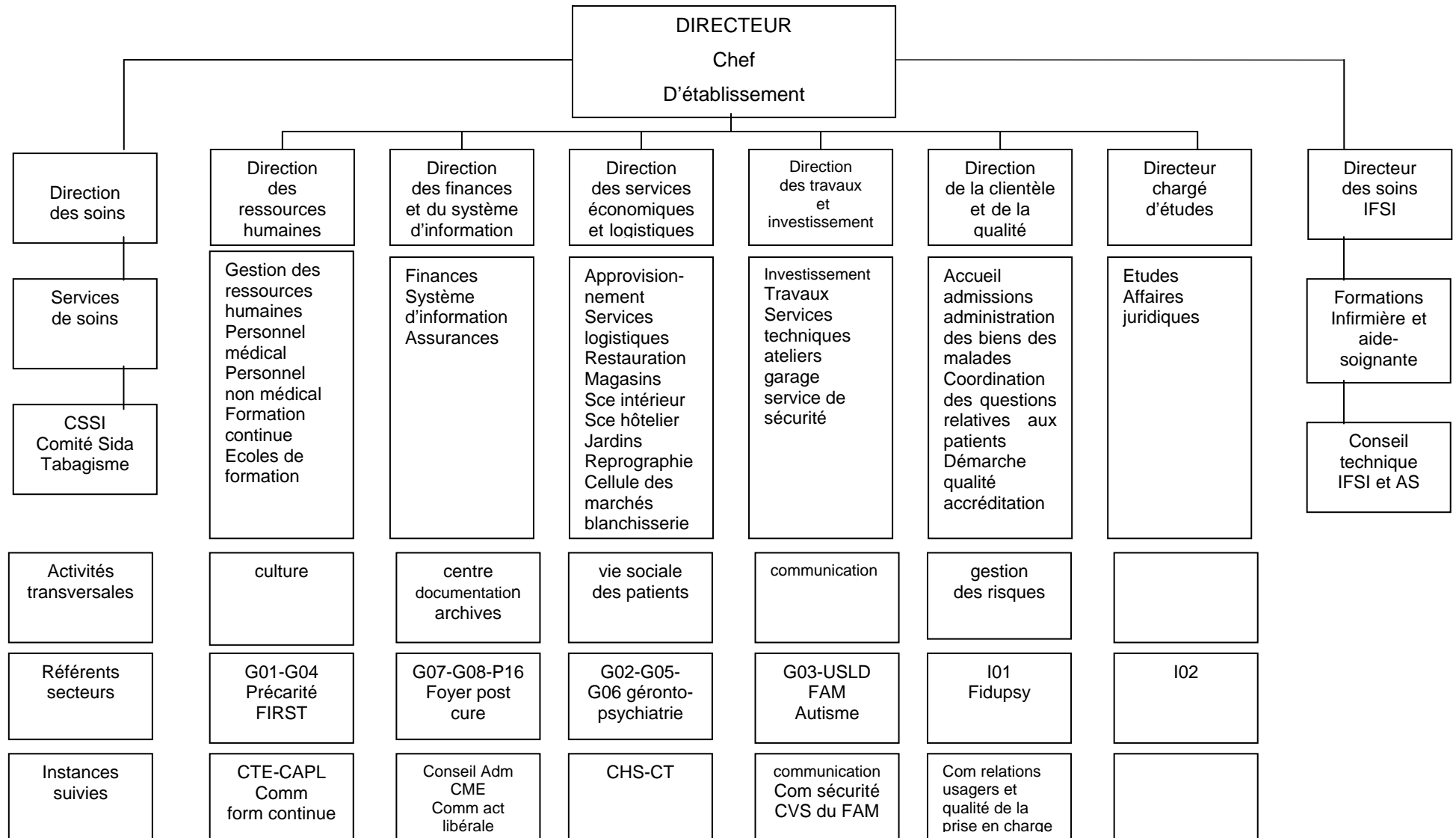
DÉCOUPAGE SECTORIEL PSYCHIATRIE GENERALE



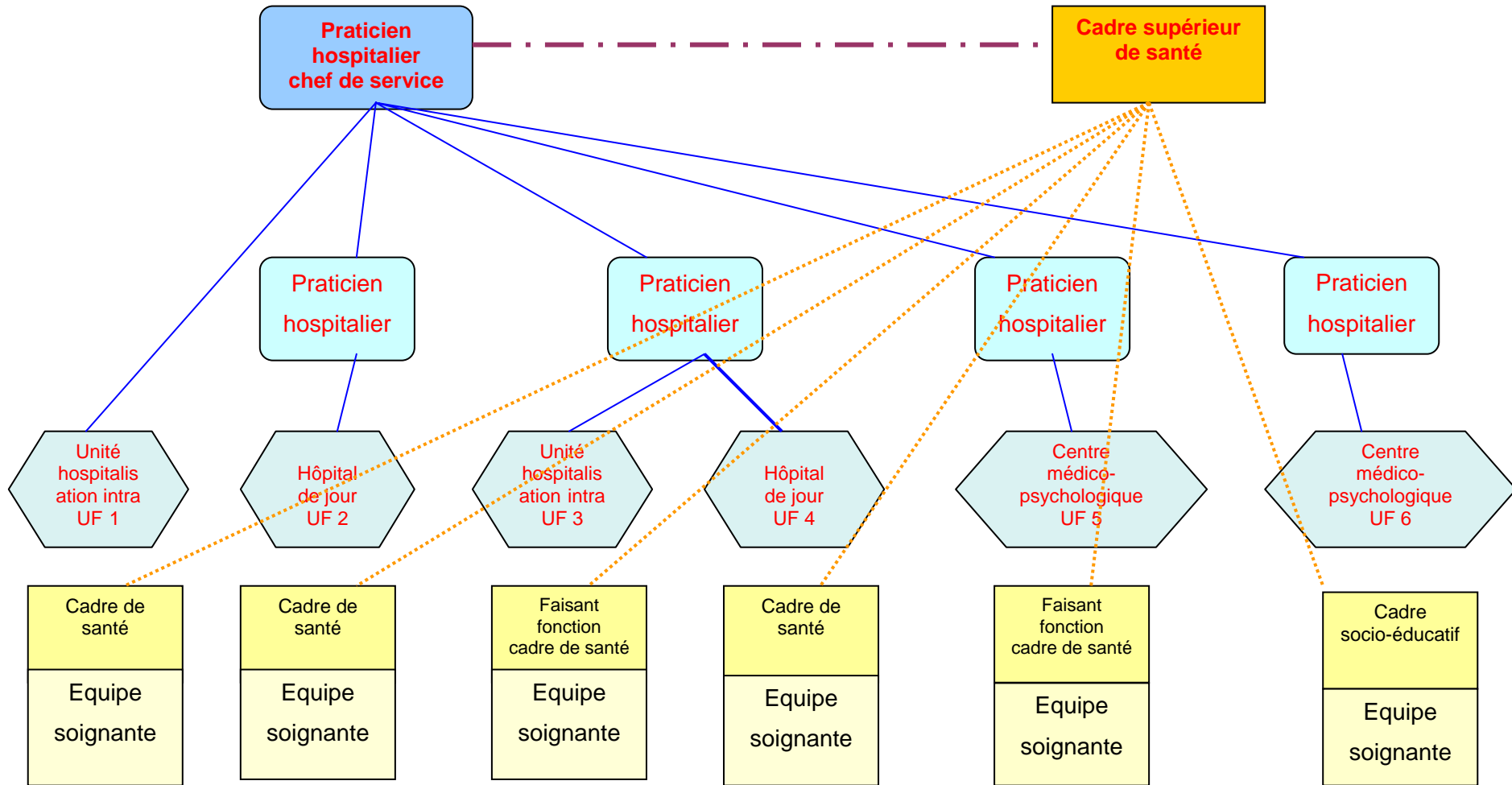
LES SITES D'IMPLANTATION DE L'EPSAN



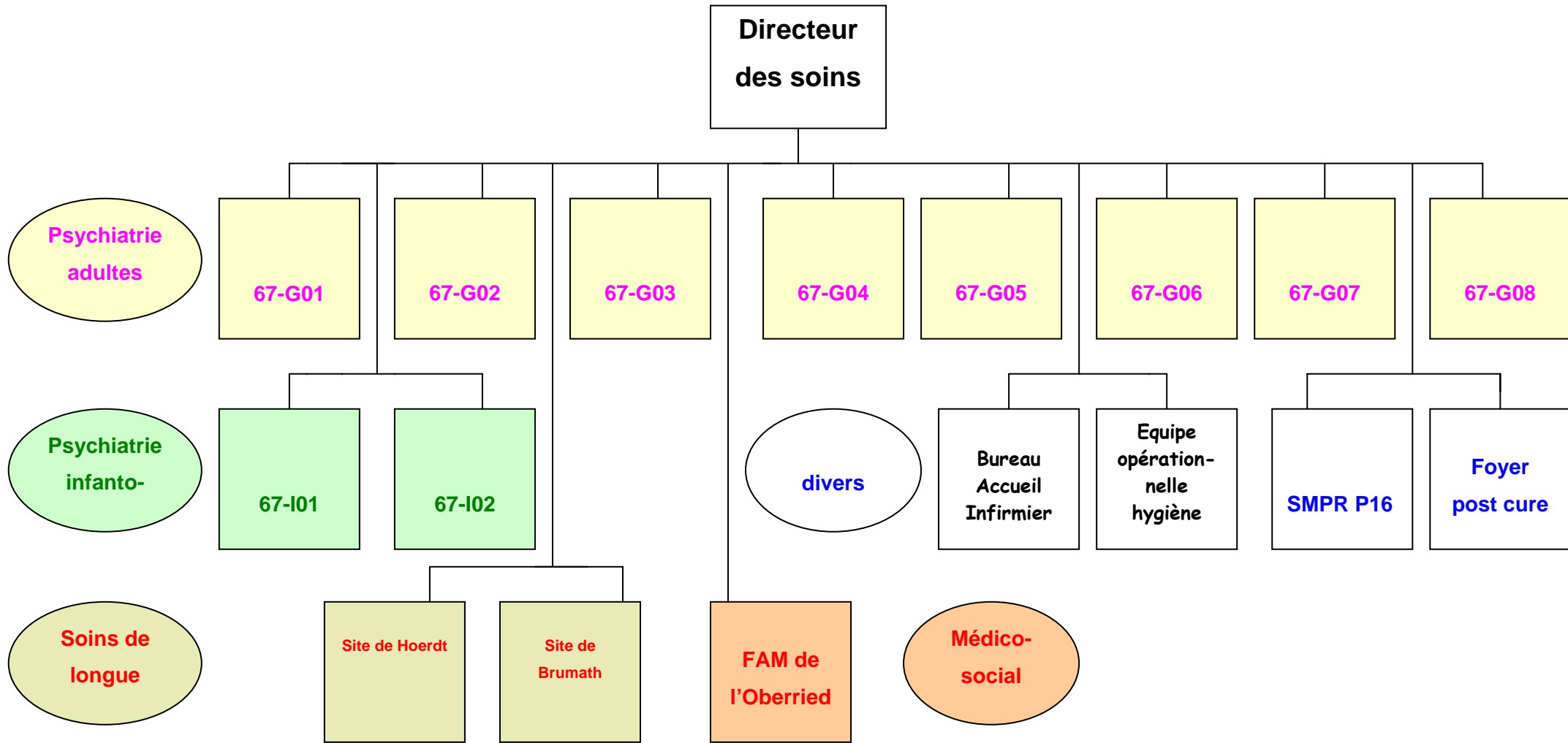
Organigramme de Direction



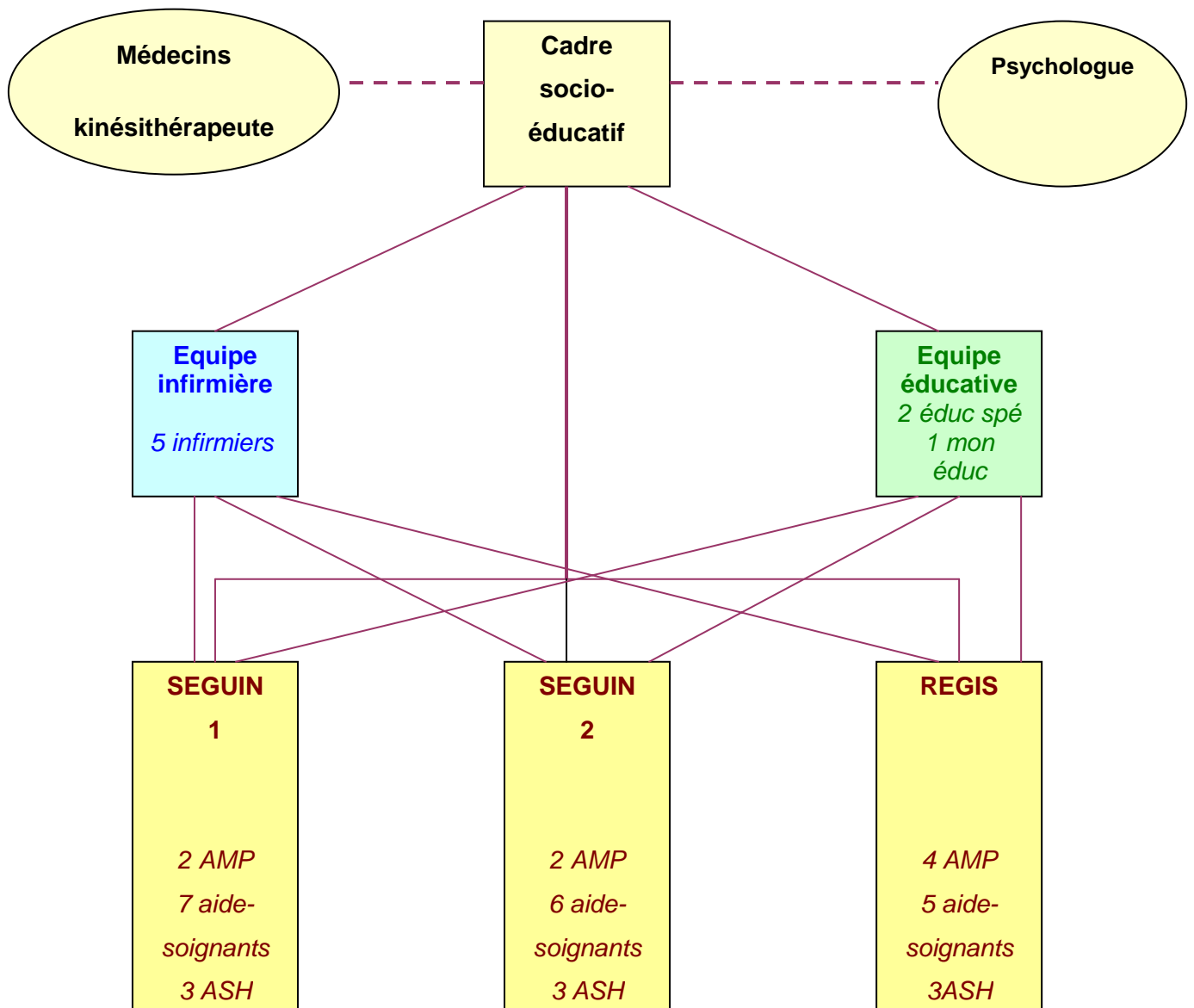
ORGANIGRAMME D'UN SECTEUR DE SOINS



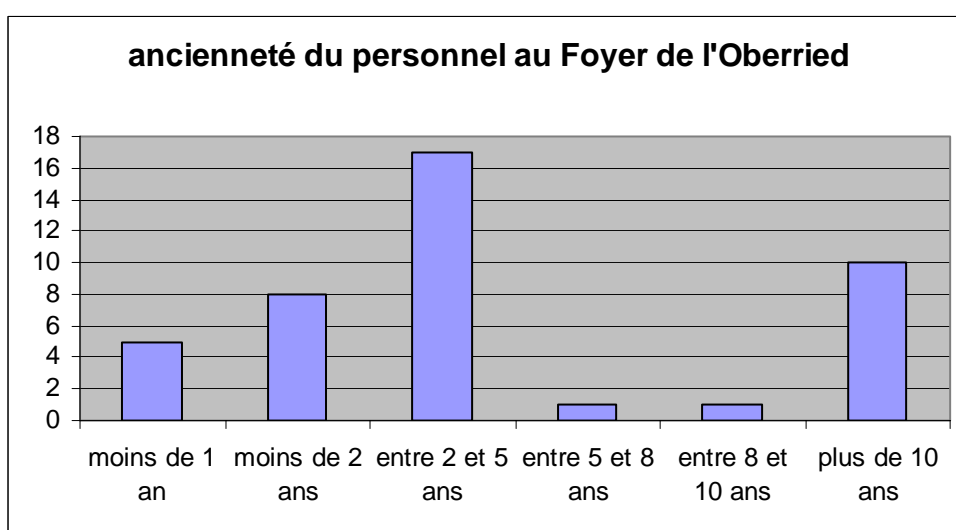
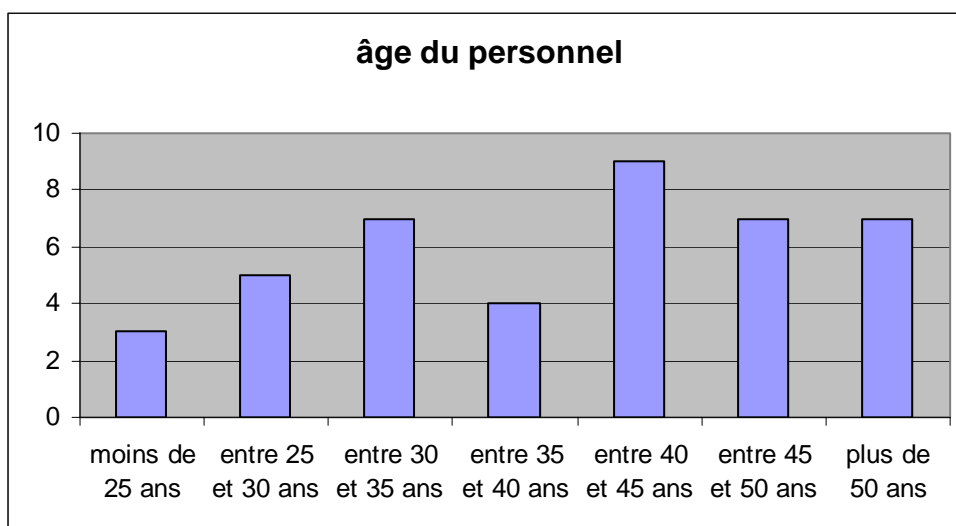
ORGANIGRAMME DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS



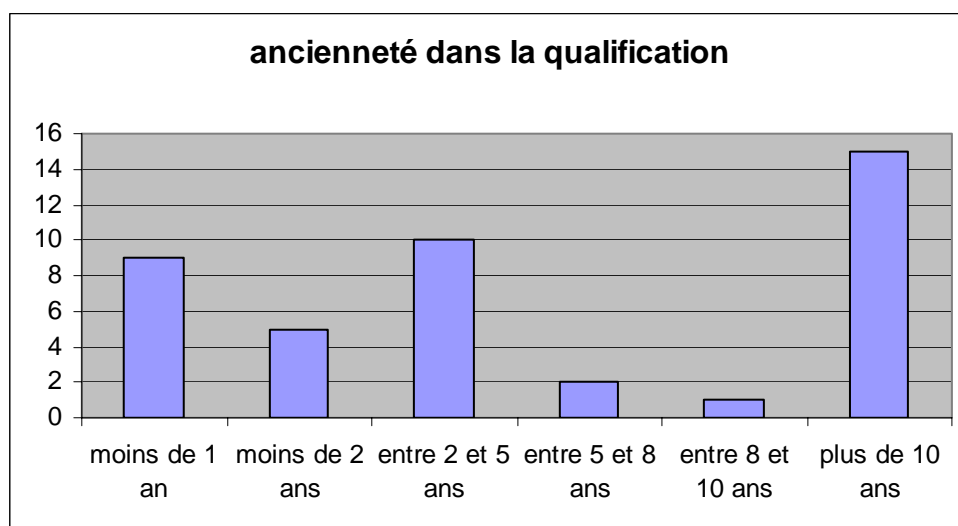
ORGANIGRAMME DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE



CARACTERISTIQUES DU PERSONNEL



CARACTERISTIQUES DU PERSONNEL (SUITE)



FICHE CRITERES D'EVALUATION

Annexe 10

Année 2005

Nom et Prénom..... Infirmier

<u>Connaissances professionnelles</u>	4	3	2	1	Remarques
Connaissance dans les domaines :					
- du polyhandicap					
- de la clinique psychiatrique					
- des pathol. somatiques et traitements					
- de l'animation de groupes					
- de l'animation d'une équipe soignante					
Actualisation des connaissances					
- législatives et réglementaires					
- scientifiques et techniques					
<u>Application dans l'exécution du travail</u>					
Aptitude au travail en équipe					
Sens de l'observation					
Sens de l'analyse					
Adaptabilité à l'urgence et à la nouveauté					
Evaluation et esprit de synthèse					
Respect des consignes et procédures					
Mise en place et respect des protocoles					
Planification des soins					
<u>Esprit d'initiative</u>					
Sens des priorités					
Créativité					
Participation à dynamique institutionnelle					
<u>Aptitudes psychologique et pédagogique à l'exercice des fonctions</u>					
Disponibilité, mobilité					
Capacités relationnelles et Tolérance					
Sens des responsabilités et délégation					
Capacité d'écoute et mise à distance					
Capacité à transmettre un savoir					
<u>Tenue générale et ponctualité</u>					
Tenue adaptée					
Respect des horaires					

4 : très bien

3 : bien

2 : à développer

1 insuffisant