



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social
et médico-social public
Promotion 2005**

L'ÉVALUATION INTERNE AU SERVICE DE LA QUALITÉ

**APPLICATION DE LA PRISE EN CHARGE D'ADULTES AUTISTES
EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE.**

Éric CHEVROLET

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur André DROUIN, Directeur de la Maison d'Accueil Spécialisée l'Arcolan, pour sa confiance tout au long de ce stage de professionnalisation, et pour m'avoir conseillé et soutenu dans l'exercice de mes fonctions.

Mes plus vifs remerciements vont également à l'ensemble des personnels de la MAS l'Arcolan et du centre hospitalier de Dax pour leur précieux concours et leur collaboration et en premier lieu à Monsieur Francis SALLES, directeur général du centre hospitalier pour la confiance qu'il a bien voulu m'accorder en sa qualité de chef d'établissement.

Je remercie Madame Hélène MACON, Messieurs Patrice ROUSSEL et Jean Marc GILBON pour leurs conseils avisés, dispensés lors de l'écriture du présent mémoire.

J'adresse également toute ma gratitude à Monsieur Michel ADAM, Directeur du CREAHI Poitou-Charentes, pour ses conseils en matière de démarche qualité et son autorisation pour l'utilisation des outils d'évaluation dont il est le garant.

Je remercie enfin tous ceux qui m'ont accompagné dans cette expérience et qui dans l'ombre m'ont assuré d'un profond et inconditionnel soutien et plus particulièrement ma toute proche famille.

Merci à tous.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIERE PARTIE : LA MAS L'ARCOLAN : UNE MISSION SPECIFIQUE CENTREE SUR LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ADULTES AUTISTES.	5
1.1. Les Maisons d'Accueil Spécialisées – MAS.	5
1.1.1. Description.....	5
1.1.2. Les textes précisant la création des MAS et les populations relevant de ce type d'établissement.	6
1.1.3. Mode de financement et conditions d'entrée des personnes accueillies.....	8
1.2. Evolution des idées et des concepts de l'autisme.....	9
1.2.1. L'autisme d'hier à aujourd'hui.	9
1.2.2. La classification de l'autisme.....	11
1.2.3. Qu'est ce que l'autisme ?.....	13
1.3. La prise en charge de l'autisme.....	15
1.3.1. Les enjeux de la prise en charge en institution médico-sociale.	15
1.3.2. Du sanitaire au social : une approche pluridisciplinaire.	16
1.4. La Maison d'Accueil Spécialisée « l'Arcolan ».	18
1.4.1. Missions et statuts de la MAS l'Arcolan.	18
A) Missions et statuts.....	19
B) La population accueillie.	20
C) Les points forts du projet d'établissement.....	21
1.4.2. Le fonctionnement institutionnel.....	23
A) Les outils de la loi du 2 janvier 2002.	23
B) Les lieux d'expression institutionnels.....	23
C) La régulation d'équipe dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles.....	24
1.4.3. Les premiers constats : un fonctionnement encore fragile.....	24
2 – DEMARCHE QUALITE ET EVALUATION INTERNE.....	27
2.1 Le développement de la démarche d'amélioration de la qualité.....	27
2.1.1 L'émergence des démarches qualité.	27
2.1.2 La qualité : une exigence nouvelle du champ social et médico-social.....	28
2.2 L'évaluation : définition, enjeux et objectifs.....	30

2.2.1	Les dimensions de l'évaluation.....	31
2.2.2	Le dispositif législatif du 2 janvier 2002.	32
A)	L'évaluation interne.	32
B)	L'évaluation externe.	33
2.2.3	Les objectifs d'une démarche d'évaluation de la qualité au service de l'utilisateur..	34
2.2.4	Intérêt de la démarche pour la direction.	36
2.3	Bases méthodologiques de l'évaluation.....	37
2.3.1	La démarche d'amélioration continue de la qualité.....	37
2.3.2	Approches méthodologiques et outils de l'évaluation.	40
A)	Approches et méthodes pour l'évaluation de la qualité.....	40
B)	Les outils de l'évaluation.	42
3	– EVALUATION INTERNE ET STRATEGIE DE MANAGEMENT A LA MAS L'ARCOLAN.	45
3.1	La résolution de problèmes : une entrée dans un processus stratégique de management.....	45
3.1.1	Constats et missions.....	46
A)	Les constats.....	46
B)	Les missions.....	48
3.1.2	Initier une stratégie de management.	49
A)	Un premier tour de roue dans le cadre de l'amélioration de la qualité.	49
B)	Se fonder sur une méthode de résolution de problèmes.....	50
3.1.3	Le groupe de travail et son mode opératoire.	51
A)	La légitimité du groupe de travail.	51
B)	Les principes de fonctionnement du groupe de travail.....	52
3.1.4	Première étape du groupe de travail : le brainstorming.	53
A)	Les limites rencontrées dans le fonctionnement institutionnel.	53
B)	L'engagement du personnel : un point fort de l'institution.....	54
3.1.5	Deuxième étape du groupe de travail : la fiche projet.....	54
3.1.6	Troisième étape : choix et mise en oeuvre des solutions, le QOQCP.....	57
3.1.7	Recrutement d'un cadre intermédiaire.	60
3.1.8	Bilan et retour d'expérience.	64
3.2	Assurer la continuité du processus stratégique de management : l'évaluation interne.....	65
3.2.1	L'évaluation interne : intérêt et choix d'un outil.	65
A)	Intérêt de l'évaluation interne.....	65
B)	Choix d'un outil pour l'évaluation interne.	66

3.2.2	Le référentiel coopératif VISAS et le guide de l'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques.....	67
A)	Le référentiel coopératif de la qualité VISAS.	67
3.2.3	Projection sur les problématiques de la MAS l'Arcolan.	70
A)	Approche du référentiel par un indicateur principal.	71
B)	La notation des indicateurs qualité.....	73
3.2.4	Un scénario pour l'évaluation interne.....	75
A)	La nécessité d'un « état des lieux ».	75
B)	Structure de travail : comité de pilotage et groupe de travail.	75
C)	L'évaluation exige un engagement fort.	76
CONCLUSION		79
Bibliographie		81
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés.

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne.

AMDE : Analyse des Modes de Défaillance et de leurs Effets.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

ARHA : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine.

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles.

CAT : Centre d'Aide par le Travail.

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

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

CIM : Classification Internationale des Maladies.

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.

CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Action pour les Handicaps et l'Insertion.

CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

CSS : Code de la Sécurité Sociale.

CVS : Conseil de la Vie Sociale.

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

ECARTS : Elaboration Coopérative et Adaptée de Référentiels pour Tracer des Stratégies.

FPH : Fonction Publique Hospitalière.

HAS : Haute Autorité en Santé (anciennement ANAES).

QQOQCP : Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi.

IME : Institut Médico-Educatif.

ISO : International Standards Organization.

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

MRP : Méthode de Résolution de Problèmes.

PDCA : Plan, Do, Check, Act.

TED : Troubles Envahissants du Développement.

VISAS : Vitalité des Services en Action Sociale.

INTRODUCTION

Les années 1970 ont été marquées par une avancée considérable du champ social et médico-social. La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales mettait en avant la spécificité de l'action sociale et médico-sociale par rapport au secteur hospitalier et donnait un cadre de référence aux établissements et services du secteur social et médico-social. De nouvelles dispositions sont apparues depuis, avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, marquant ainsi la volonté de clarifier les liens entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les usagers mais aussi entre les établissements et les autorités de contrôle. Ce cadre législatif est là pour rappeler que l'utilisateur est au centre du dispositif et que c'est à partir des besoins exprimés ou sentis par le public accueilli que doit s'organiser et se mettre en œuvre le projet d'établissement.

Toutefois, il reste délicat de prendre en charge des personnes adultes autistes ou souffrant d'un syndrome autistique tant elles sont dans l'incapacité de symboliser et de donner du sens à un projet.

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) l'Arcolan, nom emprunté au gascon qui signifie Arc-en-ciel, a ouvert ses portes en juin 2002 sur la base d'un projet porté par le centre hospitalier de Dax et désiré depuis longue date par des parents convaincus que leurs enfants atteints d'autisme pouvaient accéder à une prise en charge correspondant à leurs besoins spécifiques. La particularité de cette structure à vocation médico-sociale, rattachée au secteur sanitaire marque à la fois la volonté du secteur public de fondre des secteurs que l'on a longtemps identifiés comme différents en mettant en exergue une certaine complémentarité, mais aussi de montrer qu'il avait également vocation à être initiateur dans des domaines aussi différents que ceux du secteur sanitaire et du secteur médico-social. La plus grande fréquence avec laquelle les directeurs sociaux et médico-sociaux sont appelés à gérer des structures relevant de leur champ de compétences auprès des structures sanitaires en est une parfaite illustration.

Dans le cadre de mon stage à la MAS l'Arcolan en qualité de directeur stagiaire, outre le fait qu'il s'agisse d'une structure organisée à la périphérie d'un centre hospitalier, j'ai été amené à connaître une situation que l'on peut qualifier de « crise de croissance ». Il convient ici de s'assurer de la terminologie employée et de définir le mot crise à la lumière de sa signification, en grec *krisis* qui signifie « décision », c'est à dire la faculté de décider de l'opportunité ou non de certaines actions en fonction de dysfonctionnements constatés.

La situation observée présentait un tableau assez mouvant du côté des personnels sanitaires et des cadres dans l'institution. De nombreuses remarques étaient opérées par la direction et les familles, non loin de penser qu'une telle mouvance n'était pas sans incidence sur les résidents. De plus, un malaise s'emparait de l'équipe au regard de la prise en charge des personnes et des méthodes employées par les différents professionnels.

La démarche adoptée pendant le stage visait la résolution de problèmes dans le cadre d'une démarche structurée et participative. Cependant l'objectif était de pouvoir obtenir un terrain propice à l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002, tout au moins dans son volet de développement de la qualité en entamant une démarche d'évaluation interne. C'est pourquoi, le sujet abordera cette démarche au travers des pratiques professionnelles tant elles étaient au cœur des problématiques du moment. Par ailleurs, il faut souligner que les outils indiqués par la loi citée ci-dessus sont tous en œuvre ou en passe de l'être et que le conseil de la vie sociale joue depuis le mois de décembre 2002 pleinement son rôle.

La problématique résidait alors dans : comment accompagner dans le cadre de son développement le projet d'établissement de la MAS l'Arcolan jusqu'à sa phase de maturité, dans une période de forte mouvance, en répondant au mieux aux besoins des personnes adultes autistes accueillies dans l'institution et considérer l'évaluation interne comme un outil au service de cet accompagnement ?

Pour initier une démarche qualité par le biais de l'évaluation interne dans une structure de type Maison d'Accueil Spécialisée, spécialement orientée vers la prise en charge de personnes adultes autistes, j'envisage une démarche en trois temps :

En premier lieu il convient de définir le contexte, au regard de la typologie des établissements concernés que sont les MAS et de la population accueillie du fait de sa spécificité autistique, par conséquent lourde dans sa prise en charge, avant de présenter l'établissement à la lumière de ces éléments.

L'analyse portera ensuite sur la définition et les bases de l'évaluation interne mais aussi sur les enjeux de celle-ci et les différentes approches et outils que l'on peut retenir dans un contexte de larges évolutions.

Enfin, il s'agira de faire le point des actions concrètement menées au travers d'une démarche participative et de résolution de problèmes avant de présenter les actions à mener en terme d'évaluation interne afin de conforter les orientations prises dans le cadre du projet d'établissement.

La période 2004-2005 pendant laquelle se situe cette analyse se fonde à la fois sur des éléments qui relèvent d'une gestion de crise et sur une partie plus prospective qui prend appui sur cette dernière afin d'inscrire l'établissement dans une stratégie de management plus affirmée. L'idée d'accompagner l'établissement dans son développement, que l'on peut considérer encore comme inachevé au terme de trois années d'existence, mais aussi la perspective de la réécriture du projet d'établissement pour l'année 2007 et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à venir, notamment en terme d'évaluation, sont autant d'éléments susceptibles de donner tout son sens à la mise en place d'une démarche d'évaluation interne.

1 PREMIERE PARTIE : LA MAS L'ARCOLAN : UNE MISSION SPECIFIQUE CENTREE SUR LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ADULTES AUTISTES.

Cette première partie est consacrée tout particulièrement à la problématique à la fois de la description d'une typologie d'établissements spécialisés dans la prise en charge de personnes ne disposant pas de la majeure partie de leur autonomie, en l'occurrence les MAS ; et de l'autisme, pathologie lourde et exigeante en terme de prise en charge des personnes accueillies.

Ces détours théoriques sont de nature à mieux cerner le contexte tout à fait particulier dans lequel se situe la MAS l'Arcolan, dont la mission spécifique est centrée sur la prise en charge de personnes adultes autistes.

1.1. Les Maisons d'Accueil Spécialisées – MAS.

Les MAS répondent à des caractéristiques que des bases législatives et réglementaires ont affirmées depuis 1975 tant sur le plan des institutions que sur celui des populations qu'elles ont vocation à prendre en charge.

1.1.1. Description.

Les MAS sont des établissements médico-sociaux¹ qui reçoivent des personnes adultes handicapées ne pouvant effectuer seules les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les MAS constituent des unités de vie apportant aux pensionnaires l'aide constante due à leur absence d'autonomie. Leur sont également proposées des activités

¹ Article L312-1 du CASF : « I. – Sont des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre. (...) 7° Les établissements et les service (...) qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou les personnes atteintes de pathologies chroniques.(...)».

occupationnelles et d'éveil, ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis et prévenir leur régression.

Les MAS doivent principalement répondre aux caractéristiques suivantes :

- L'implantation peut-être choisie en milieu urbain ou rural dès lors qu'elles sont à proximité d'un centre urbain et de structures de soins (hôpital général ou spécialisé).
- A proximité des familles, l'établissement devant être bien desservi par les transports en commun et facilement accessible.

La capacité se situe entre 25 et 60 places. L'organisation architecturale doit être conçue en petites unités, afin de permettre la vie sociale des personnes accueillies et l'animation par des activités occupationnelles. Tous les locaux doivent être accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Les MAS fonctionnent, en général, en internat complet 365 jours par an. Elles peuvent offrir, pour un nombre limité de places, un accueil de jour permanent ou non et un accueil temporaire. Compte tenu de la lourdeur du handicap, le taux d'encadrement dans ce type d'établissement est d'au moins un pour un. Il comprend du personnel médical et paramédical permettant d'assurer la surveillance médicale, du personnel nécessaire pour les aides et les soins quotidiens d'entretien et de rééducation, ainsi que du personnel d'animation pour les activités occupationnelles et d'éveil.

1.1.2. Les textes précisant la création des MAS et les populations relevant de ce type d'établissement.

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 dans son article 46², a permis la création d'établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 spécifie que les établissements mentionnés à l'article 46 de la loi visée ci-dessus reçoivent sur décision de la COTOREP

² Intégré à l'article L 344-1 du CASF : « Dans les établissements ou services 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, les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie. »

des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et rendent tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. Le prix de journée visant le financement de ses structures est arrêté par le préfet du département et financé par les organismes de sécurité sociale³.

La circulaire n°62 AS du 28 décembre 1978 précise certains éléments concernant les personnes relevant d'un accueil en MAS :

→ Existence d'un handicap.

Cette condition conduit à écarter les malades mentaux dont l'état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique.

Les MAS peuvent recevoir des personnes atteintes d'une déficience ou d'un ensemble de déficiences motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles dès lors que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques prédominants.

→ Absence d'un minimum d'autonomie.

Cette définition englobe aussi les personnes handicapées qui ayant perdu leur autonomie à la suite d'une maladie ou d'un accident n'ont pas pu la réacquérir. Elle ne concerne pas cependant les personnes ayant perdu leur autonomie en raison de l'âge.

La définition de l'absence d'autonomie : « incapacité de la personne handicapée à se suffire à elle-même dans les actes essentiels de l'existence » met en relief la nécessité d'avoir constamment recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante (lever, coucher, déplacements, repas, toilettes...) donc l'existence d'une dépendance quasi-totale.

L'absence d'autonomie ne se réduit pas forcément à un défaut de mobilité. Si elle est évidente dans le cas d'une personne grabataire, elle peut exister aussi chez un déficient intellectuel profond même ambulant ou semi-ambulant.

→ Besoin d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les soins constants en MAS ne sont pas des thérapies actives ni des soins intensifs qui ne pourraient être dispensés que dans un établissement de soins. Il s'agit essentiellement :

-d'une surveillance médicale régulière avec recours au médecin en cas de besoin urgent, permettant de poursuivre les traitements et des rééducations d'entretien, soit avec la collaboration des équipes soignantes qui les ont commencés, soit en coordination avec elles ;

³ Article L 344-1 cité en note 2.

-d'assurer des soins de maternage et de nursing que requiert l'état des personnes handicapées, en prévenant les régressions ;

-de prendre toute mesure thérapeutique ou de soins propre à éviter une aggravation de l'état de ces personnes voire leur hospitalisation.

De ce qui précède il résulte plusieurs catégories de personnes adultes répondant à la population des MAS :

-des personnes déficientes intellectuelles profondes dépourvues d'autonomie dès lors qu'elles ne sont pas atteintes de troubles mentaux les rendants dangereuses notamment pour elles-mêmes ;

-des personnes handicapées physiques d'origine accidentelle, congénitale, d'affection évolutive, de séquelles d'une affection cérébro-vasculaire...,

-des personnes atteintes de handicaps associés : il peut s'agir de déficients intellectuels handicapés moteurs ou sensoriels présentant ou non des troubles du comportement, de déficients sensoriels handicapés moteurs.

1.1.3. Mode de financement et conditions d'entrée des personnes accueillies.

Les MAS sont financées à 100 % par le biais d'un prix de journée payé par les organismes de sécurité sociale en référence à l'article L 344-1 du Code de l'action sociale et des familles : « (...) *Les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie* ».

Les personnes handicapées sont admises en MAS en fonction des orientations prises par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

L'admission en MAS en internat complet entraîne au-delà du 45ème jour selon l'article R 821-13 du Code de la sécurité sociale :

- La suspension de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP). Si le bénéficiaire est reçu en accueil de jour, ladite allocation est réduite dans les conditions déterminées par la COTOREP.

- La réduction de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Après paiement du forfait journalier supporté par la personne admise en vertu des dispositions de l'article L 174-4 du Code de la sécurité sociale, la personne célibataire doit pouvoir disposer de 12 % du montant mensuel de son allocation soit, au 1^{er} janvier 2005, 71,94 euros par mois. Toutefois, la réduction de ces deux allocations n'est opérée que pendant les périodes où la personne handicapée est effectivement accueillie dans l'établissement, à l'exclusion des périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.

1.2. Evolution des idées et des concepts de l'autisme.

Pour mieux comprendre et avancer dans ce travail il est nécessaire de s'attarder quelques instants sur l'histoire et les principales caractéristiques qui définissent cette pathologie.

1.2.1. L'autisme d'hier à aujourd'hui.

Cela fait maintenant plus d'un demi-siècle que le psychiatre américain Léo Kanner a attiré l'attention sur un petit groupe d'enfants au comportement étrange, révélateur, pensait-il d'une «incapacité d'entrer en relation avec les personnes de façon normale », depuis le tout début de leur vie. Depuis cette époque, ce «trouble autistique au contact affectif » ou syndrome de Kanner n'a cessé de soulever de multiples questions sur sa nature, ses causes et son ou ses traitements.

La première publication de Kanner portait sur 11 cas qui, contrairement aux critères de la schizophrénie⁴ de l'enfant dont la définition comportait une première phase de plusieurs années de développement normal, présentaient une inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de la vie.

Deux signes étaient essentiels, selon Kanner :

- L'isolement extrême : en rapport avec une inaptitude innée à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de la vie.
- Le désir obsessionnel et anxieux d'immuabilité : se traduisant par une « ritualisation » des actes et des comportements et une forte résistance aux changements.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que Kanner a identifié un trouble pathologique original, que nul avant lui n'avait décrit, bien qu'on puisse en rapprocher certaines descriptions antérieures à l'image des « enfants loups » décrits dans différents pays.

Il est assez curieux de constater qu'un an après la parution de l'article de Kanner, mais apparemment sans qu'il en ait eu connaissance, un pédiatre autrichien, Hans

⁴ Schizophrénie : *psychose délirante chronique caractérisé par une discordance de la pensée, de la vie émotionnelle et du rapport au monde extérieur.* Définition dictionnaire encyclopédique Larousse.

Asperger, a rapporté sous le terme de psychopathologie autistique, des observations analogues.

Il faut relever que pas plus que ses successeurs, Kanner ne nous donne de véritable définition de ce syndrome. Dans ses différents articles, il donne une description phénoménologique, qui ne constitue pas vraiment un ensemble de critères précis et laisse place, malgré sa qualité et sa précision apparente, à une assez large part d'interprétation.

La lecture attentive des descriptions qu'il donne de ses patients révèle d'ailleurs une assez grande hétérogénéité de symptomatologie et de niveaux de développement : 8 de ses 11 premiers cas avaient acquis le langage dans des délais normaux, ce qui les rapproche peut-être de la description actuelle du syndrome d'Asperger. Et leur évolution avec 30 ans de recul va d'intégrations sociales satisfaisantes à des états très déficitaires.

En fait tout en se référant à Kanner, chacun se fait une certaine idée de l'autisme, en fonction de préconceptions théoriques et de son expérience clinique nécessairement limitée, étant donné également la rareté de ce syndrome.

Kanner lui-même avait, bien sûr, une représentation de l'autisme et on sait qu'en fonction de cette conception, il refusait un grand nombre des enfants qui lui étaient adressés avec cette proposition diagnostique.

Ainsi se trouve posé d'emblée le problème des limites de ce syndrome.

Cette question se pose surtout par rapport à d'autres pathologies ou troubles du développement psychique :

- D'une part quels sont les rapports de l'Autisme Infantile avec ces troubles psychiatriques qu'on appelle les psychoses⁵ ?
- Et d'autre part, avec les déficiences globales ou partielles du développement psychomoteur (arriérations mentales, troubles graves du langage) ?

Vis à vis de la première question la position de Kanner est restée assez ambiguë.

Tout en défendant la spécificité de son syndrome, Kanner le reliait à la schizophrénie, seule notion de trouble psychotique connue chez l'enfant à l'époque : « *ce symptôme traduisait la tendance au retrait et à prédominance de la vie intérieure sur la réalité externe qui caractérisent ces malades* » .

Sa réponse à la deuxième question est plus claire ; il est évident que, pour lui, ce syndrome ne concernait pas que les enfants atteints d'encéphalopathie ou même de

⁵ *Psychose : Affection mentale caractérisée par une altération profonde de la personnalité et des fonctions intellectuelles, et le fait que le sujet n'a pas conscience de son état.* Définition tirée du dictionnaire encyclopédique Larousse.

déficience mentale importante, puisque Kanner soulignait la morphologie harmonieuse et « l'air intelligent » de ses jeunes patients.

1.2.2. La classification de l'autisme.

Dans l'histoire du concept d'autisme, que reflète en particulier sa situation dans les classifications psychiatriques, des réponses différentes ont été apportées à ces questions.

Aux Etats-Unis, la description de Kanner a pendant longtemps été admise comme une entité rare, rattachée à la schizophrénie infantile, seul diagnostic officiellement admis par la classification psychiatrique américaine jusque dans les années 1970.

Avec le développement de la psychiatrie de l'enfant, les observations de différents aspects de troubles graves et précoces de l'organisation psychique s'étaient cependant multipliées et avaient été décrits sous des termes divers.

Dans de nombreux pays notamment la France on s'est montré réticent à l'extension donnée à la schizophrénie infantile : on lui a préféré le terme plus général de psychose infantile pour décrire les troubles graves de l'organisation de la personnalité, et l'autisme défini par Kanner a été rattaché aux psychoses précoces.

C'est à partir de 1970 qu'un intérêt croissant pour l'autisme infantile s'est manifesté dans plusieurs pays et le terme a été introduit dans la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 9), comme une des formes de psychoses spécifiques de l'enfant.

La parution, en 1980, d'une nouvelle édition de la classification psychiatrique américaine : le DSM⁶ III, a confirmé cette focalisation de l'intérêt pour l'autisme. Le DSM III, a introduit deux changements fondamentaux par rapport aux classifications qui existaient jusque là :

- d'une part chaque entité pathologique décrite s'est trouvée définie par un ensemble de critères exprimés en terme de comportement,
- d'autre part, la terminologie a été modifiée dans plusieurs domaines, notamment dans celui des psychoses infantiles.

Les affections classées jusque là parmi les psychoses infantiles sont regroupées sous le terme de *pervasive developmental disorders* (traduit en français par troubles envahissants du comportement – TED) et décrites comme « des déviations du

⁶ DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

développement des fonctions psychologiques fondamentales impliquées dans l'acquisition des aptitudes sociales et du langage ».

Tableau : présentant l'évolution de la classification de l'autisme et des troubles apparentés.

DSM III 1980	DSM IV 1994	CIM 10 1993	CFTMEA 1988
Troubles globaux du Développement	Troubles Envahissants du Développement	Troubles Envahissants du Développement	Psychoses
Autisme infantile -syndrome complet -syndrome résiduel	Trouble autistique	Autisme Infantile	Autisme Infantile
Trouble global du développement débutant dans l'enfance -syndrome complet -syndrome résiduel	Syndrome de Rett ⁷	Autisme Atypique	Précoce type Kanner
Trouble global atypique du développement	Troubles Désintégratifs de l'Enfance	Syndrome de Rett	Autres formes de l'Autisme Infantile
Trouble autistique	Syndrome d'Asperger	Autres Troubles Désintégratifs	Psychoses Précoces Déficitaires
	TED non spécifié	Troubles Hyperactifs avec retard mental et stéréotypie	Schizophrénie de l'Enfant
		Syndrome d'Asperger	
		Autres TED TED non spécifié	

Les symptômes décrits par Kanner ont été reformulés dans des termes nouveaux, se voulant objectifs, et essentiellement comportementaux : le trouble autistique a ainsi été résumé par un triple syndrome associant :

- des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques,
- des altérations qualitatives de la communication,
- des comportements, des intérêts et des activités réduits, répétitifs et stéréotypés.

La Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), publiée en 1988 a repris les travaux français antérieurs.

⁷ Syndrome de Rett ; syndrome autistique décrit par le Dr Andreas Rett.

Elle a maintenu la référence à la notion de psychose infantile. A côté de l'autisme de Kanner et de ses formes atypiques, elle individualise les psychoses déficitaires (troubles autistiques ou psychotiques et de déficience mentale) et les dysharmonies psychotiques.

Bien que la CFTMEA, sous la rubrique « autisme » se réfère explicitement à la description de Kanner, la plupart des psychiatres français ont eu tendance à réserver le terme d'autisme aux formes les plus graves de ce syndrome, alors que des cas que les Anglo-saxons considéraient comme des formes légères ou peu déficitaires de l'autisme, sont plus volontiers classés parmi les dysharmonies psychotiques.

La 10ème révision de la CIM de l'OMS parue en 1993, a adopté une position intermédiaire. Bien qu'elle se rallie à la notion de TED et que la description qu'elle en donne soit proche de celle du DSM III, la CIM 10 distingue la catégorie autisme atypique faisant notamment référence aux cas associés à un retard mental profond. Elle introduit aussi la notion de syndrome d'Asperger pour désigner des cas de troubles autistiques sans déficience mentale, ni retard de langage. Les relations du syndrome d'Asperger avec l'autisme font actuellement l'objet de discussion et certains aspects du fonctionnement cognitif sont en faveur d'une autonomie de ce syndrome.

Le DSM IV paru en 1994 s'est beaucoup rapproché de la CIM 10 et subdivise désormais les troubles envahissants du développement en 5 catégories. Des différences persistent cependant, notamment l'absence de sous catégorie d'autisme atypique.

Pour résumer ces discussions :

Il apparaît que :

- si le trouble autistique, avec une série de caractéristiques proches de celles décrites par Kanner, peut se trouver à « l'état pur » dans des cas assez rares,
- on l'observe dans un grand nombre de cas, soit sous des aspects mineurs, soit associé à d'autres troubles et notamment un retard mental.

1.2.3. Qu'est ce que l'autisme ?

Le développement qui précède montre que les positions prises sur la délimitation de l'autisme et des psychoses infantiles, ne peuvent échapper à des présupposés théoriques.

Dans la mesure où on ne dispose d'aucun critère absolu, biologique notamment, qui permettrait d'affirmer avec certitude qu'un individu relève ou non du cadre de l'autisme ou des psychoses, le choix de ce qui est essentiel ou accessoire pour le diagnostic, dépend de la conception qu'on se fait de la nature de ces troubles.

L'autisme apparaît dans les premières années de la vie et perturbe gravement les relations sociales. Une prise en charge précoce et une pédagogie adaptée peuvent éviter les évolutions les plus sombres, mais la majorité des autistes présentent un handicap important qui réduit sévèrement leur autonomie à l'âge adulte.

L'autisme infantile est un trouble global et précoce du comportement apparaissant avant l'âge de trois ans. Il se caractérise par un fonctionnement déviant et retardé dans le domaine des interactions sociales, de la communication et du comportement. Il concerne 4,9 enfants sur 10 000 naissances avec 3 à 4 garçons pour une fille.

Les débats sur l'origine de l'autisme sont toujours tendus entre les tenants des thérapies d'inspiration psychanalytique, pour lesquels l'autisme est un trouble mental, et les partisans des méthodes exclusivement éducatives qui tentent de démontrer son origine organique. La question n'est pas tranchée : dans l'état actuel des connaissances, on peut dire que l'autisme est probablement plurifactoriel, avec une dimension neurobiologique et des facteurs psychologiques et affectifs.

Les premiers signes de l'autisme se manifestent, chez le petit enfant, par un retrait relationnel : il fuit le regard et ne répond pas aux sollicitations verbales. Apparaissent ensuite des gestes, appelés stéréotypies, très caractéristiques. L'enfant se balance, se lèche, joue avec ses mains. Chez un certain nombre d'autistes, le langage oral n'apparaît pas. Chez d'autres, il apparaît brutalement, mais il est utilisé de façon non communicative. L'enfant répète des mots (on parle d'écholalies) ou des gestes, sans que l'on puisse y repérer une volonté d'échange avec autrui. Cet ensemble de comportements donne le sentiment que l'enfant est indifférent à ce qui l'entoure.

Le développement psychomoteur des jeunes autistes est normal ou légèrement retardé. Une minorité de jeunes autistes de « haut niveau » parviennent à suivre une scolarité ordinaire et peuvent vivre indépendants à l'âge adulte. Les autres présentent une déficience intellectuelle moyenne ou profonde et ne parviennent pas à acquérir une autonomie sociale.

Les différentes options existantes sur les causes de l'autisme ont de grandes conséquences sur le choix de la prise en charge. Un seul point fait l'unanimité : le dépistage précoce est indispensable. La prise en charge psychothérapique et/ou rééducative permet parfois d'éviter l'évolution vers une déficience mentale profonde, avec une absence de langage et une dépendance extrême au quotidien.

1.3. La prise en charge de l'autisme.

Dès le dépistage de signes inquiétants par la pédiatrie, les enfants autistes peuvent être pris en charge dans des centres pluridisciplinaires destinés aux enfants de moins de 6 ans, comme les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). L'intégration scolaire en milieu ordinaire est souvent possible en maternelle mais rarement au-delà des premières années du primaire. La plupart des jeunes autistes rejoint le milieu spécialisé ou sanitaire : Institut médico-éducatif (IME) ou hôpital de jour (secteur psychiatrique) et des Maisons d'accueil spécialisée (MAS) à l'âge adulte.

Ces dernières années, la prise en charge de l'autisme répond à de nouveaux enjeux, notamment au travers d'une approche pluridisciplinaire qui tend à se démarquer du « tout sanitaire ».

1.3.1. Les enjeux de la prise en charge en institution médico-sociale.

Les connaissances sur l'autisme ont beaucoup évolué et on pourrait s'attendre à ce que les difficultés avancées autrefois par les parents en recherche d'une aide soient maintenant aplanies. D'importantes lacunes subsistent cependant dans le dispositif de soutien aux personnes atteintes d'autisme et à leur famille.

Au niveau de l'intervention, différents types de prise en charge sont proposés. Le dispositif comporte des hôpitaux de jour et des établissements médico-sociaux. Les places dans ces structures ne sont pas suffisamment nombreuses pour couvrir les besoins et un grand nombre de personnes atteintes d'autisme restent sans solution d'accueil. Par ailleurs, les possibilités existantes ne correspondent pas forcément aux demandes des familles. *« La part qui est faite aux soins et à l'éducation est variable et l'aspect soins est rarement défini d'une manière qui permettrait réellement d'en cerner le contenu et d'en évaluer la portée »⁸.*

Le passage à l'âge adulte voit se confirmer cette tendance au resserrement des possibilités d'accueil adaptées aux personnes autistes. Le nombre de personnes laissées au domicile des parents ou orientées vers des établissements qui ne sont pas spécialement destinés à leurs difficultés est important. Les structures disponibles pour l'orientation des autistes adultes sont théoriquement assez diversifiées avec une palette

⁸ ROGE.B , *Autisme comprendre et agir*, Ed DUNOD, Paris, 2003 collection Santé, éducation, insertion.

qui comporte des MAS, des foyers, des lieux de vie pour l'hébergement et lorsque cela est possible des CAT ou des entreprises adaptées anciennement appelées ateliers protégés. Mais peu de ces établissements sont spécialisés dans l'accueil de personnes atteintes d'autisme. *«Le mélange des populations, s'il n'est pas accompagné par des mesures spécifiques pour soutenir l'intégration de la personne autiste, se solde souvent par de gros problèmes »*⁹.

L'éducation structurée qui continue pourtant à être utile est souvent abandonnée et les personnes retournent à leurs occupations stéréotypées et aux troubles du comportement qui les accompagnent. Dans d'autres cas, cela se manifeste par l'isolement au sein d'un groupe. Dans le pire des cas, c'est l'escalade des troubles du comportement des traitements médicamenteux et l'exposition aux réactions des autres patients qui peuvent aller jusqu'au harcèlement et à la maltraitance. A ce stade et quel que soit le dévouement des équipes, il est impossible d'assurer le minimum de qualité de vie décente pour ces personnes vulnérables.

Il existe des établissements adaptés ouverts sous l'impulsion des associations des parents mais le nombre de places est très insuffisant. L'ouverture sur la communauté sociale reste étroite et les formules privilégiant l'insertion professionnelle et l'intégration sociale sont peu développées. Elles réclament des moyens pour soutenir la personne handicapée et tous les partenaires du milieu d'accueil, mais cela suppose une volonté d'aller vers ce type de solution avec une confiance suffisante dans la possibilité de succès.

Trop souvent et ce malgré les progrès réalisés, la trajectoire est tracée depuis l'enfance et les personnes atteintes d'autisme demeurent confinées en milieu hospitalier. Le rapport de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) paru en 1994 faisait état de la situation dramatique de ces enfants qui entraient à l'hôpital par la pédopsychiatrie et menaient toute leur vie en milieu hospitalier sans jamais connaître un autre univers.

1.3.2. Du sanitaire au social : une approche pluridisciplinaire.

La prise en compte des besoins éducatifs, pédagogiques et sociaux des enfants et adultes atteints d'autisme n'est prévue que depuis peu sur le plan législatif grâce à la loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 qui tend à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme.

⁹ Ibid note 8.

Dans un premier temps, la prise en charge de l'autisme a répondu à un modèle essentiellement médical, l'aspect médical étant limité à l'abord psychiatrique des troubles. Or, si l'intervention des médecins est effectivement indispensable, elle se doit d'être pluridisciplinaire au niveau du diagnostic, des investigations qui l'accompagnent dans le but d'en préciser l'étiologie¹⁰, et dans le suivi des pathologies associées. Les pédiatres, psychiatres et neurologues ont donc un rôle important à jouer dès le niveau du diagnostic mais aussi dans le suivi des personnes. En dehors de cet apport médical indispensable, l'attention doit être focalisée sur la personne et ses besoins propres sans la placer automatiquement dans le rôle d'un malade. *« Mais il reste difficile en France de s'émanciper d'un modèle dans lequel le psychiatre coordonne des actions qui ne se situent pas forcément dans son champ de compétence »*¹¹.

Pour autant, les actions les plus complètes et les plus productives en faveur des personnes autistes sortent du champ de la médecine pour s'intéresser à la vie quotidienne dans la famille et à l'insertion dans la communauté sociale.

La personne atteinte d'autisme ayant développé des compétences grâce à une éducation de qualité peut, la plupart du temps, vivre parmi les siens ou dans un établissement sans difficultés majeures si l'environnement est suffisamment sensibilisé à ses modes de fonctionnement particuliers. Mais l'autisme comporte aussi des aspects plus problématiques avec des troubles anxieux, des manifestations obsessionnelles, des troubles dépressifs, des troubles du comportement parfois irréductibles même par un aménagement de l'environnement. C'est à ce niveau que les interventions du psychiatre s'avèrent indispensables.

Elles sont également utiles pour la famille lorsque la charge est trop lourde et les répercussions du stress, lié à une confrontation quotidienne à des difficultés d'adaptation, entraînent le développement d'une psychopathologie réactionnelle, souvent violente.

Ainsi, l'aspect médical qui doit être présent dans le dispositif d'aide aux personnes atteintes d'autisme peut prendre pleinement sa place dans une organisation où les services utiles à la personne handicapée n'ont pas un caractère systématique mais sont sollicités en fonction des besoins qui se manifestent.

¹⁰ *Etiologie : recherche des causes d'une maladie.* Définition tirée du dictionnaire encyclopédique Larousse.

¹¹ Ibid note 8.

1.4. La Maison d'Accueil Spécialisée « l'Arcolan ».

La Maison d'Accueil Spécialisée l'Arcolan, est située à la périphérie de Magescq dans les Landes, commune de la côte Atlantique d'environ 1400 habitants à 20 kilomètres de la ville de Dax. La municipalité de Magescq, partie prenante du projet de la MAS, a cédé un terrain au milieu d'une forêt de pins. La MAS «L'Arcolan » est un service médico-social rattaché au centre hospitalier de Dax.

Cet établissement a été créé à l'initiative d'une association de parents « Autisme Landes », et relayée par l'hôpital. Association et hôpital ont participé conjointement à l'élaboration, à la conception et à la réflexion architecturale de l'Arcolan. Le centre hospitalier de Dax, assure la gestion de l'Arcolan depuis son ouverture en juin 2002. Il avait assuré sa réalisation suite à une autorisation de création obtenue en CROSS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) le 9 octobre 1996.

Le centre hospitalier de Dax, érigé en établissement public de santé, est une structure de 900 lits et 56 places dont 28 sont affectées à la MAS. En conséquence, cette dernière est dotée d'un budget annexe avec une section d'exploitation indépendante mais rattachée au budget principal de l'hôpital. L'organe délibérant est le conseil d'administration de l'hôpital composé dans les formes exigibles pour les établissements hospitaliers. Les services exerçant la tutelle financière sur l'institution sont ceux de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) des Landes par délégation du Préfet de département à la différence du centre hospitalier que contrôle l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine (ARHA).

Dès son ouverture, la MAS s'est mise en conformité avec les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 à travers les outils que cette dernière fixe comme des repères institutionnels, notamment le projet d'établissement. Toutefois, si la prise en charge des usagers donne satisfaction, il apparaît au terme de quelques mois d'activité des dysfonctionnements qui laissent entrevoir un fonctionnement encore fragile.

1.4.1. Missions et statuts de la MAS l'Arcolan.

Au sein de l'institution, d'une manière générale, autant dans les écrits que dans la pratique orale, il est de coutume d'appeler les usagers : *résidants*, orthographié comme tel. Cette pratique discutée dès le départ et en accord avec le projet d'établissement n'est pas neutre et elle est un excellent moyen pour tous de se remémorer que la personne accueillie doit l'être comme chez elle. L'idée étant de dépasser la seule notion d'utilisateur, qui correspond davantage à un « utilisateur » momentané d'un service, en mettant en évidence la réalité d'une institution qui accueille ces personnes la majeure partie de leur

existence. Sans faire affront aux dispositions législatives ou académiques, j'ai souhaité restituer ici la volonté de l'institution.

A) Missions et statuts.

La MAS l'Arcolan est visée par les dispositions du Code de l'action sociale et des familles, notamment les dispositions de l'article L 312-1¹² et des articles L 344-1¹³ et L 344-1-1¹⁴ introduits respectivement par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005.

La MAS l'Arcolan constitue une institution qui accueille des personnes adultes souffrant de troubles autistiques, en mettant à leur disposition des compétences médicales, soignantes, éducatives, techniques et administratives.

La MAS est un établissement médico-social non autonome au sens de l'article L 312-1 du CASF¹⁵, agréée pour recevoir des personnes adultes atteintes « *d'autisme et troubles apparentés* » depuis le 9 octobre 1996. Fonctionnellement indépendante, elle est rattachée juridiquement au centre hospitalier de Dax, établissement public de santé, comme le permettent les dispositions de l'Ordonnance de 1996¹⁶.

Pour l'année 2004, les dépenses constatées s'élèvent à 1 849 909 euros pour 1 851 651 euros de recettes soit un excédent de clôture de 1 742 euros. Il s'agit du premier exercice de fonctionnement complet de l'établissement, c'est-à-dire avec une présence maximale des résidents et des agents et par conséquent des activités liées au fonctionnement quotidien. La section d'investissement est quant à elle indissociée de celle du centre hospitalier.

Le personnel relève du Titre IV de la Fonction Publique Hospitalière. Le tableau des effectifs au titre de l'année s'élève à 33,95 Equivalent Temps Plein, soit 37 agents, composé de 8 infirmiers, 7 éducateurs spécialisés, 11 aides soignants, 4 agents des services hospitaliers, 1 psychologue, 1 psychomotricien, 2 personnels administratifs, 1

¹² Article L 312-1 du CASF voir note 1.

¹³ Article L 344-1 du CASF voir note 2.

¹⁴ Article L 344-1-1 du CASF « *Les établissements ou services qui accueillent ou accompagnent les personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie leur assurent un soutien médico-social et éducatif permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social.* »

¹⁵ Article L 312-1 du CASF voir note 1.

¹⁶ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JO du 25 avril 1996.

cadre socio-éducatif, 1 cadre supérieur de santé et un directeur¹⁷. On note aussi la présence d'un agent sous contrat emploi solidarité.

Le directeur est nommé par le directeur chef d'établissement du centre hospitalier de Dax, il a délégation de signature pour tous les actes courants de la gestion de la MAS mais s'appuie sur les différentes fonctions transversales du centre hospitalier à savoir direction des ressources humaines, direction du budget et des finances et sa propre compétence qui recouvre les services économiques et logistiques.

La MAS ne s'appuie sur aucune instance délibérative ou consultative propre, elles sont toutes rattachées au centre hospitalier, à l'exception toutefois du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

L'admission se fait sur avis de la COTOREP, cependant le directeur reste responsable des entrées et sorties des résidents, notamment en terme d'effectifs. Les personnes accueillies le sont à partir de l'âge de 18 ans et par dérogation à partir de 16 ans. Il n'existe pas d'âge limite de sortie de l'institution.

La capacité d'accueil est à ce jour de 28 places qui se répartissent de la manière suivante :

- 25 places d'accueil permanent en internat,
- 2 places d'accueil permanent en semi internat,
- et une place d'accueil temporaire.

Le prix de journée, encore indicatif à ce stade de la montée en charge de l'institution, n'a que peu d'intérêt. Cependant on peut préciser que le prix de journée retenu pour les places d'internat est porté à 80 % de son montant pour le semi internat sur une base de 250 jours par an et 100 % sur une base de 90 jours pour l'accueil temporaire.

B) La population accueillie.

La moyenne d'âge des résidents est de 27 ans. Les hommes sont en moyenne plus jeunes avec une moyenne d'âge de 23 ans et les femmes une moyenne d'âge de 29 ans. Le résident le plus jeune a 18 ans et la plus âgée 40 ans.

La répartition par sexe est de 16 hommes pour 11 femmes, soit une proportion respective de 60 % d'hommes et de 40 % de femmes, alors que la moyenne nationale est de 75 % d'hommes et 25 % de femmes parmi les personnes adultes autistes.

Les 3/4 des résidents sont originaires du département des Landes, soit 20 sur les 27 accueillis et les autres proviennent des départements voisins que sont les Pyrénées Atlantiques (5) et la Gironde (2). Ils étaient précédemment, très majoritairement, accueillis

¹⁷ Organigramme de la MAS l'Arcolan en annexe n°1.

en institution médico-sociale, soit pour enfants et adolescents de type IME, soit pour adultes de type foyers de vie ou MAS pour personnes polyhandicapées.

La population accueillie à la MAS présente une pathologie autistique avec ou sans troubles apparentés, la déficience mentale plus ou moins sévère est toujours présente, elle peut être ou non associée à des troubles somatiques, génétiques ou traumatiques.

C) Les points forts du projet d'établissement.

Le projet d'établissement, élaboré avant l'ouverture de la structure, s'attache essentiellement à repreciser les grandes lignes qui vont définir les missions de l'établissement, et surtout permettre l'élaboration des règles de fonctionnement et les axes de travail de l'équipe soignante et éducative. Il a été intégré au projet institutionnel du centre hospitalier de Dax pour la période 2003-2005.

a) *La philosophie du projet d'établissement.*

Le projet d'établissement souligne l'importance donnée à l'individualisation de la prise en charge et au travail d'équipe.

Les troubles spécifiques de l'autisme se situent essentiellement dans la sphère de la relation. Il précise que le travail autour de la relation ne peut s'élaborer le plus souvent qu'en dualité. Il convient alors de veiller à ce que le cadre ne soit pas trop isolant pour le personnel, mais aussi pour la personne accueillie et n'engendre à son égard des manifestations d'angoisse en cas de changement de ce cadre. Le travail d'équipe doit s'inscrire dans une dynamique structurante où chacun a son rôle et une place bien repérée tout en gardant un espace souple et ouvert où le résidant pourra évoluer. Cela doit aussi permettre aux agents une mise à distance de leurs interrogations et de leur réflexion notamment par le biais d'une communication interne.

b) *La mise en œuvre du projet d'établissement.*

Elle s'appuie sur un projet psycho-éducatif déterminant le cadre et les objectifs de la prise en charge des résidents.

Le projet d'établissement précise que les troubles de l'autisme limitent à la fois l'intégration sociale de part un isolement parfois important, et l'efficacité psychomotrice du fait d'une autonomie dans les gestes quotidiens très limitée. Par ailleurs, la souffrance de la personne autiste est manifeste et les partisans du « tout psychiatrique » comme les partisans du « tout éducatif » n'ont pas pu faire la preuve de l'efficacité de leur mode d'approche. Par contre, il se crée une dynamique favorisant une évolution quand un soutien éducatif dans les gestes quotidiens et une incitation à des apprentissages dans le cadre d'activités sont donnés en lien

avec une attention clinique qui permet de dégager le patient de son angoisse souvent très perturbante.

La MAS l'Arcolan est alors envisagée comme « *un lieu de vie où la relation éducative et la relation thérapeutique seront élaborées de façon harmonieuse dans un travail centré sur le patient* ».

Ainsi la vie s'organise autour d'un lieu composé de trois « maisons » d'une capacité de 9 à 10 chambres individuelles avec sanitaires indépendants et de lieux de vie communs tels que salle à manger, salon et sanitaires collectifs (toilettes et baignoires). C'est dans cette unité que se déroulera la majeure partie de la vie quotidienne et c'est aussi là que va s'opérer le travail des professionnels organisés autour du couple « éducateur-infirmier » avec l'objectif de permettre à chaque personne l'acquisition de la meilleure autonomie possible, le repérage dans l'espace/temps et l'acceptation de la vie en communauté avec ses contraintes et ses moments de partage.

La prise en charge s'organise aussi autour d'un bâtiment abritant des ateliers destinés à supporter des activités et d'une salle polyvalente. Ces activités n'ont pas de caractère automatique, mais s'inscrivent davantage dans le cadre du projet individualisé ou le résident doit pouvoir faire part de son acceptation, lorsque cela est possible, quant au choix et à la durée de l'activité.

L'intégration à la vie sociale est aussi un axe important de travail, qu'il s'agisse de la participation à la vie de la commune, à travers le tissu associatif ou les manifestations locales ou bien d'activités qui permettent aux résidents de sortir de l'établissement telles que courses domestiques, petits travaux, manifestations sportives, spectacles, ballades en bord de plage, activités sportives et de loisirs.

Le suivi thérapeutique, s'il est important chez l'enfant en conditionnant une évolution favorable l'est tout autant chez l'adulte. Un suivi individuel précisé dans le projet thérapeutique du patient sera nécessairement réévalué. L'accompagnement thérapeutique est la part la plus importante de la tâche des infirmiers sous la compétence du psychologue et du médecin psychiatre. Cet accompagnement doit faire l'objet de supervisions sous la conduite d'un thérapeute extérieur.

Par ailleurs, le lien avec la famille, doit être privilégié. Des rencontres régulières permettent de mieux appréhender la souffrance des familles, élément important dans la relation avec leur enfant, et sont l'occasion d'envisager l'évolution de l'état psychique de leur enfant et les orientations éventuelles des attitudes éducatives et thérapeutiques à venir. Le retour dans la famille ou le départ en compagnie de proches est favorisé chaque fois que cela est possible.

1.4.2. Le fonctionnement institutionnel.

Le fonctionnement institutionnel s'appuie à la fois sur les modalités issues de la loi du 2 janvier 2002 et sur des pratiques institutionnelles de régulation.

A) Les outils de la loi du 2 janvier 2002.

Le règlement de fonctionnement, entré en application en juin 2003, est pour l'essentiel un condensé des dispositions légales et réglementaires concernant les établissements médico-sociaux publics. Un second régime de mesures concerne davantage les règles de fonctionnement propre de l'institution.

Le contrat de séjour, mis en œuvre en février 2004, définit les droits et obligations respectifs de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent. Une procédure contradictoire est engagée avec chaque représentant légal afin de permettre à chacun d'accéder aux informations contenues dans le contrat tel qu'il a été rédigé après consultation du personnel et du Conseil de la Vie Sociale.

Le Conseil de la Vie Sociale a été mis en place en octobre 2002 et associe très largement les partenaires institutionnels de l'établissement. Il se réunit à la demande des familles selon une fréquence trimestrielle, soit quatre réunions par an. Les formes dans lesquelles il a été mis en place ne sont pas tout à fait celles retenues depuis par les dispositions réglementaires, elles seront revisitées selon les formes réglementaires avant la fin de l'année 2005. On peut toutefois noter que depuis sa mise en fonction, l'ensemble des représentants siègent avec assiduité et que les échanges sont souvent fructueux, à la fois dans la médiation avec les représentants des familles, mais aussi dans les réponses apportées aux problématiques de fonctionnement de l'établissement.

Par ailleurs on peut signaler l'existence d'un livret d'accueil dont l'entrée en vigueur est programmée dans le courant du second semestre 2005.

B) Les lieux d'expression institutionnels.

La « réunion institutionnelle » hebdomadaire est centrée sur la résolution de problèmes institutionnels. Un recueil des différents thèmes que les personnels souhaitent voir porter à l'ordre du jour est à la disposition permanente de ces derniers. La présence des cadres et la possibilité d'accès à tous en fait aussi un lieu décisionnel pour l'institution.

Les « synthèses cliniques » consistent à faire le point sur le projet individualisé de chaque résident afin de l'évaluer régulièrement et de l'adapter dans la perspective d'une plus

grande autonomie de celui-ci et d'une amélioration de son état psychique. Elles sont réalisées sous la conduite du médecin psychiatre et des personnels référents du résidant sans exclusion de toute personne qui souhaite y participer. Le compte rendu est alors porté à la connaissance de l'ensemble de l'équipe avant de faire l'objet d'un retour vers les familles lors d'un entretien individualisé. Les synthèses sont programmées sur une fréquence d'une par an, sauf circonstance particulière.

C) La régulation d'équipe dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles.

L'institution réunit des agents de service, des aides soignantes, des éducateurs, des infirmières, des personnels administratifs et des thérapeutes ce qui constitue autant de parcours professionnels et de modes d'approche du « résidant » différents, avec des modalités d'intervention plus ou moins définies.

Les résidants eux-mêmes ont des parcours très différents, des troubles globaux importants, peu de communication donc de demandes explicites et un rapport aux autres et aux soignants souvent peu ou mal adapté.

Les pratiques professionnelles obligent donc à une importante part de subjectivité et d'investissement personnel très fort quelque soit la qualification des intervenants.

Pour chaque membre de l'équipe comme pour la mise en œuvre d'un véritable travail d'équipe, une prise de parole individuelle mise en commun dans un travail de régulation d'équipe, analysé par un professionnel extérieur à l'institution est nécessaire de façon régulière et suffisamment soutenue. Cela doit permettre à chaque membre du personnel une prise de conscience de ses propres affects et sa nécessaire mise à distance, pour rendre possible une relation à « l'autre » apaisée et une véritable démarche professionnelle du soin. C'est le cas une fois par mois avec la présence dans l'institution d'une personne qui assure une fonction de régulation, psychologue et psychanalyste libérale, indépendante de l'institution. Les séances, d'une durée de deux à trois heures, sont organisées en deux groupes pour faciliter la participation des agents selon une présence qui si elle n'est pas obligatoire est très largement souhaitée afin de garantir la qualité du travail transdisciplinaire.

1.4.3. Les premiers constats : un fonctionnement encore fragile.

Au terme de deux années et demi de fonctionnement apparaissent des résultats et des améliorations probants dans le comportement de la majeure partie des résidants. Le retour d'expérience est globalement positif, notamment au travers des familles qui jugent

assez favorablement la capacité d'écoute et d'accueil de l'institution, ainsi que l'adaptation de l'établissement à une prise en charge qui facilite le retour vers le milieu familial chaque fois que cela est possible.

Les relations qui se sont tissées avec l'institution et son personnel rassurent les familles et favorisent un climat de sérénité propice à un travail relationnel plus intense. Les familles sont très sensibles à cet aspect de la prise en charge, chacune portant une ou des expériences douloureuses avec une institution ou dans le milieu social ordinaire qui s'ajoute à la difficulté d'assumer au quotidien la présence d'un enfant handicapé mental.

La participation active des résidants à des activités du quotidien ou à des activités plus ciblées de type psychothérapeutique et les changements dans les comportements, parfois radicaux, d'une grande majorité d'entre eux ont vu se multiplier les marques de reconnaissance et de sympathie vis à vis de l'institution et de son personnel.

Cependant des inquiétudes sont nées parmi les familles et leurs représentants du fait de nombreux changements intervenus dans l'équipe professionnelle présente à la MAS.

La direction avait alors initié une étude en février 2004 qui visait à faire un point sur les circonstances de ces changements. Ainsi apparaissaient des changements importants parmi les personnels à vocation sanitaire, infirmiers et aide soignants. Cela s'est confirmé avec le départ du second cadre de santé en septembre 2004. De plus, d'autres ambitions de départ ou de changements d'itinéraires professionnels étaient perceptibles.

J'ai pu remarquer un fonctionnement chaotique des activités, un désinvestissement des lieux d'expression des personnels et une équipe professionnelle en prise à de nombreuses remises en question.

Ces éléments associés à de nombreux phénomènes de violence chroniques difficiles à endiguer chez certains résidants, ont provoqué des sensations de «mal être» et des phénomènes d'usure ou de peur parmi les personnels et de contagion sur les autres résidants. L'un d'eux a dû quitter l'institution pour cette raison. Un autre a été retiré de l'institution par sa famille suite au signalement d'une situation familiale difficile. Par ailleurs, les décès naturels d'un résidant et d'un membre du personnel à quelques semaines d'intervalle sont venus s'ajouter à ce contexte.

L'ensemble de ces événements n'a pas manqué d'avoir un retentissement sur l'institution. L'enthousiasme des premiers temps et le confort de fonctionnement lié à une montée en charge progressive de l'institution devaient laisser la place à une réalité toute autre.

Autant d'éléments qui devaient, à mon sens, contribuer à faire émerger une véritable démarche managériale.

A cette fin, dans la seconde partie je m'attacherai à définir et à mettre en relief les aspects essentiels d'une démarche d'amélioration de la qualité notamment au travers de l'évaluation interne, compte tenu de ce qui compose aujourd'hui le paysage médico-social.

La MAS se singularise par une action de prise en charge de personnes atteintes d'une pathologie que l'on tend à dissocier des modes de prise en charge ordinaire. Son concept original aux frontières des secteurs sanitaire et médico-social et le peu de références sur lesquelles elle peut s'appuyer sont autant d'éléments d'instabilité institutionnelle. Par ailleurs elle se développe dans un contexte de généralisation de démarche qualité des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment d'évaluation des activités et des pratiques professionnelles.

2 – DEMARCHE QUALITE ET EVALUATION INTERNE.

Dans cette seconde partie, je propose de démontrer comment le secteur social et médico-social est entré dans une ère nouvelle en s'adaptant à des concepts largement éprouvés par d'autres secteurs. En ce sens la loi du 2 janvier 2002 a posé les fondements de l'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux à la fois pour répondre aux besoins des usagers, mais aussi pour assurer une fonction de contrôle et de certification des pratiques de ces mêmes établissements.

2.1 Le développement de la démarche d'amélioration de la qualité.

La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des prestations dans le champ social et médico-social résulte de la rencontre de plusieurs histoires.

Du secteur de l'industrie et des services, la notion de qualité s'est progressivement distillée dans l'ensemble des organisations. Les structures sanitaires et médico-sociales sont aujourd'hui progressivement intégrées dans cette évolution du management.

2.1.1 L'émergence des démarches qualité.

Au début du XX^e siècle le système de production du secteur industriel et marchand évolue de l'artisanat vers l'industrie, engendrant des produits de qualité inférieure. Lorsque l'offre dépasse la demande les entreprises éprouvent le besoin de s'organiser pour vendre et mettent en place des contrôles de qualité des produits. La démarche qualité progresse et les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité, puis vers l'amélioration continue de la qualité et enfin le management de la qualité émerge dans les années 1990. Ce sont les normes ISO¹⁸ 9000 qui consacrent aujourd'hui cette forme de management.

Plus près du secteur social et médico-social, le secteur sanitaire à travers la réforme hospitalière de 1990 a instauré la mise en place de l'ANDEM chargée de l'évaluation médicale. Les ordonnances d'avril 1996 ont renforcé le dispositif en créant une obligation

¹⁸ ISO : International Standardization Organisation, regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays dont l'AFNOR en France (Association Française de Normalisation).

d'accréditation¹⁹ pour l'ensemble des établissements de santé et l'ANAES²⁰. Enfin la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes d'avril 1999, a introduit une formalisation des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité au travers de la convention tripartite conclue entre l'établissement, les organismes d'assurance maladie et le conseil général du département.

Parallèlement se développe le dispositif d'évaluation des politiques publiques avec les directives européennes de 1988 qui rendent obligatoire l'évaluation des politiques publiques. En France, c'est le décret n°90-92 du 22 janvier 1990 qui organise un dispositif d'évaluation avec la création d'un comité interministériel d'évaluation et d'un conseil scientifique de l'évaluation. Ce dispositif est complété par les dispositions de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 en encadrant le budget de l'Etat par la définition des objectifs et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques. Ce principe tend à se généraliser à tous les domaines de l'action publique.

Enfin, la promotion du droit des usagers se développe ces dernières années et se manifeste par une plus grande reconnaissance de leur capacité à exprimer leurs besoins, leurs attentes et leur appréciation du service rendu. Le recueil de la satisfaction du patient est rendu obligatoire dans les établissements de santé. La loi du 4 mars 2002 renforce les droits des patients à l'hôpital.

Pour le secteur social et médico-social la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé une palette de dispositifs visant tous à permettre une meilleure prise en compte de l'usager, de ses besoins et de ses attentes.

2.1.2 La qualité : une exigence nouvelle du champ social et médico-social.

Dans le secteur social et médico-social, la démarche est plus longue à se mettre en place et s'oppose à d'importantes résistances des professionnels. L'évocation de la notion de démarche qualité dans le secteur social et médico-social est souvent synonyme d'homogénéisation avec le secteur marchand.

¹⁹ Article L 710-5 du Code de la santé publique « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ».

²⁰ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Depuis 2005 sa nouvelle appellation est HAS : Haute Autorité en Santé.

Offrir des prestations de qualité aux publics pris en charge demeure la préoccupation principale. Cependant la notion de qualité, étrangère à la culture du secteur social et médico-social, provoque l'opposition d'une partie des professionnels qui y voient l'intrusion du secteur marchand et la remise en cause des valeurs et des missions du service public, notamment au travers de la standardisation des méthodes.

Les premières dispositions réglementaires allant dans le sens d'une impulsion des démarches qualité dans le secteur social et médico-social correspondent aux principes évoqués dans la réforme des annexes XXIV du décret de 1956²¹.

Plus tard le décret n°89-798 du 27 octobre 1989, relatif aux établissements accueillants des enfants et adolescents handicapés, pose la nécessité d'un projet pédagogique, éducatif, thérapeutique et rééducatif individualisé, ainsi qu'une prise en charge cohérente. Par ailleurs, pour chaque public accueilli il instaure des dispositions relatives à l'organisation de l'établissement ou du service, aux personnels, aux installations et au fonctionnement de l'établissement.

Si la notion de démarche qualité n'est pas directement mentionnée, tous les éléments visant une prise en charge de qualité des enfants ou adolescents handicapés sont répertoriés.

L'arrêté du 26 avril 1999²² fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales vise quant à lui la notion de qualité.

Les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doivent, dans le cadre de la réforme de leur tarification, signer une convention pluriannuelle avec le représentant de l'assurance maladie et le conseil général qui doit :

« 1° Définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière à la formation du personnel d'accueil ;

2° Préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités d'évaluation ».

²¹ Décret n°56-284 du 9 avril 1956.

²² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Un cahier des charges est donc rédigé en annexe de cet arrêté avec pour objectif notamment de « *détailler les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents* ».

En préambule à ces recommandations, l'État engage ces établissements à entrer dans une démarche qualité.

« Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour. »²³

La volonté des pouvoirs publics est ici clairement explicitée. La qualité peut et doit être recherchée dans les établissements relevant du secteur médico-social. La définition qui va être donnée à la qualité revisite la définition de la norme ISO en tenant compte des objectifs du secteur.

« La qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une entité (organisation, établissement, service, dispositif) qui lui confère l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicites de l'usager et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens biopsychosocial), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain. »²⁴

Les notions proposées par l'ISO sont toujours au premier plan de cette définition. Si les EHPAD sont confrontés dès 1999 à la recherche de la qualité, le reste du secteur social et médico-social doit attendre 2002 et la réforme de la loi n°75-535 pour recevoir à leur tour cette obligation de s'engager dans une démarche qualité.

2.2 L'évaluation : définition, enjeux et objectifs.

La loi du 2 janvier 2002 permet de redéfinir l'action sociale et médico-sociale bien au-delà d'une simple révision de la loi de 1975 et oblige à reconsidérer les évolutions futures des établissements et des services. Si l'accent est mis sur la priorité des bénéficiaires

²³ Ibid note 22.

²⁴ P. DUCALET, M. LAFORCADE, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* ».

dans l'organisation des prestations, un des objectifs non moins essentiel est de faire évoluer les structures.

L'évaluation recouvre deux dimensions, l'une plus contemporaine que l'autre. Elle s'affirme, pour le secteur social et médico-social dans les dispositions de la loi du 2 janvier 2002.

La mise en œuvre de la démarche qualité contribue à mettre en relief les valeurs portées par les institutions au nom des usagers. Par ailleurs, elle constitue un outil précieux du management pour la direction des établissements sociaux et médico-sociaux.

2.2.1 Les dimensions de l'évaluation.

Evaluer des pratiques, des services, des institutions : « *C'est appréhender les effets de l'application d'un projet, d'un programme, d'une méthode ou d'une action, par l'analyse des changements intervenus dans une situation* »²⁵

La pensée de l'évaluation n'est pas nouvelle dans le secteur social et médico-social et on peut lui reconnaître deux dimensions.

Une dimension classique qui recouvre un enjeu de crédibilité, voire de justification globale. Son objet est de positionner au mieux l'établissement ou le service dans une dynamique de réponses à des besoins ou des demandes. Cette conception dépend très peu des opérateurs de base et relève davantage des décideurs en terme de planification et d'autorisation. On peut citer ici les schémas régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale ou les schémas départementaux de prise en charge des personnes handicapées élaborés, depuis peu, conjointement entre les services de l'Etat et ceux des conseils généraux.

Une dimension plus contemporaine qui véhicule un enjeu de qualité et qui correspond davantage au sens de la loi du 2 janvier 2002 :

- Le suivi et l'amélioration des processus de travail : qui appellent un regard critique et constructif sur l'ensemble des prestations mises à disposition des personnes accompagnées. L'évaluation est la partie vive de la qualité et engage tout autant des positionnements individuels que collectifs.
- L'accréditation ou certification : elle recouvre une reconnaissance des modes de travail en rapport à une norme officiellement reconnue. Dans les entreprises commerciales et industrielles, elle s'affiche comme un label susceptible d'attirer ou de rassurer le consommateur ou l'utilisateur. Le régime des

²⁵ POUPEE-FONTAINE.D, ZRIBI.G, « *Dictionnaire du handicap* ».Ed. ENSP,2004.

autorisations tel qu'il est prévu par les textes constitue déjà une véritable accréditation dont la nature publique est parfaitement adéquate à l'idée de mission.

2.2.2 Le dispositif législatif du 2 janvier 2002.

Si l'évaluation du fonctionnement des institutions apparaît généralement comme une contrainte pour les professionnels, il faut se souvenir que ce mouvement a été impulsé sous la pression des usagers et de leurs familles.

Beaucoup de professionnels s'étaient engagés de manière volontaire dans des pratiques et des démarches d'amélioration de la qualité avant les dispositions de cette loi. Nous le verrons plus avant dans ce chapitre, ces démarches pouvaient avoir un double sens.

Le législateur, quant à lui, ne fait en 2002 que prendre acte d'une situation où il fallait mettre un terme à une série de scandales très médiatisés et par ailleurs faire face à une montée consumériste où les services aux personnes étaient considérés de plus en plus comme des biens consommables.

L'évaluation est alors en rapport avec le souci de prévenir les maltraitances, aussi bien dans les établissements pour adultes que pour enfants. Il existe aussi une volonté forte de répondre d'une manière transparente aux attentes des bénéficiaires, notamment en terme de « *citoyenneté* » tel que cela est évoqué dans l'article 2 de la loi.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pose dans son article 22 les notions d'évaluation interne et d'évaluation externe²⁶.

A) L'évaluation interne.

*« Les établissements et services (...) procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS), placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats seront communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».*²⁷

²⁶ L'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 est intégré au Code de l'action sociale et de la famille sous l'article L 312-8.

²⁷ Extrait de l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002, voir la note 25.

Cet article fonde l'obligation pour les établissements et services d'appréhender l'évaluation de leurs pratiques. A la fois par l'évaluation de leurs activités, c'est à dire une analyse de leur organisation ; mais aussi par une évaluation de la qualité de leurs prestations, c'est-à-dire des prises en charge et des accompagnements des personnes.

Ce type d'évaluation est aussi appelé auto-évaluation. Certains s'opposent à cette appellation au motif qu'il ne s'agit pas d'exclure la possibilité d'un intervenant extérieur, même si elle reste à l'initiative et à la charge de l'établissement ou du service et lui préfère l'appellation d'évaluation interne. Quoi qu'il en soit, rien n'empêche de faire appel à un intervenant extérieur. A cette fin la direction générale de l'action sociale édite un guide méthodologique, conçu comme un outil d'aide à la décision lorsqu'une structure veut avoir recours à un prestataire extérieur²⁸.

Ce qui paraît plus évident encore c'est qu'il ne s'agit pas d'habiller du terme d'évaluation un simple rapport d'activité.

B) L'évaluation externe.

« Les établissements font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du CNESMS. Les résultats sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le CNESMS »²⁹.

Les dispositions réglementaires prévues dans ce texte ne sont pas encore prises et le CNESMS est à peine en place et ne procède pour l'heure qu'à des consultations de l'existant en matière d'évaluation.

Cependant ce texte précise que l'évaluation externe, avec toute la difficulté liée à la multiplicité des établissements sociaux et médico-sociaux, environ 30 000 établissements, devra être réalisée tous les sept ans et au moins deux fois sur une période de 15 ans

²⁸ « Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Guide méthodologique ». DGAS, mars 2004.

²⁹ Extrait de l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002, voir la note 25.

puisque c'est la durée retenue pour la validité maximale des autorisations de fonctionnement.

Cela ne va pas sans poser de problèmes notamment pour ce qui est de l'indépendance de ces organismes et du financement de leurs interventions. Cela semble devoir s'ajouter aux conséquences d'une évaluation interne.

On mesure les enjeux pour les établissements et services visés puisque le renouvellement des autorisations tous les quinze ans est désormais exclusivement subordonné aux résultats des évaluations. C'est un des changements les plus radicaux introduit par la loi du 2 janvier 2002.

« Outre que les institutions sont aujourd'hui mortelles et que leur devenir est conditionné par la démonstration de leur utilité sociale, le législateur a prévu un chaînage entre planification – programmation – évaluation – autorisation – financement. » comme le souligne Marcel JAEGER³⁰.

2.2.3 Les objectifs d'une démarche d'évaluation de la qualité au service de l'utilisateur.

La mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la qualité dans un établissement social repose à la fois sur des notions de contrôle et de valeur. L'objectif poursuivi par cette démarche est d'offrir aux usagers accueillis des prestations de qualité.

Mettre en œuvre une démarche qualité dans une institution sociale et médico-sociale ne se limite pas seulement à vérifier que le produit fini satisfait le client. Le fonctionnement d'une telle institution étant différent et plus complexe que celui d'une entreprise, il faut adapter les objectifs de la démarche qualité à ses missions.

Chaque type de structure a des missions propres. Cependant, on peut dire que toutes ont pour objectif de *«...promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets »*³¹.

Toute démarche d'évaluation doit donc tendre à améliorer la qualité de ces types de prise en charge, avec pour objectif principal de satisfaire l'utilisateur à qui l'on offre un accompagnement.

³⁰ JAEGER. M, « La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et les enjeux de l'évaluation des institutions. »

³¹ Article L.116-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour parvenir à améliorer la qualité des prestations offertes, trois actions essentielles sont à mener conjointement.

Il est nécessaire de s'interroger sur les valeurs et les missions de l'établissement, ainsi que les moyens mis en œuvre pour y répondre, au regard notamment du projet d'établissement.

C'est aussi promouvoir et impliquer les usagers, qui le souhaitent ou le peuvent, dans leur prise en charge et dans la vie institutionnelle comme acteurs à part entière. En ce sens la loi du 2 janvier 2002 apporte un arsenal de réponses, qui mises en œuvre, affirment le droit des usagers et leur donnent une place à leur véritable mesure.

Et enfin, c'est valoriser le travail actuel des professionnels et leur donner les moyens – par la réflexion sur leurs propres pratiques – de s'améliorer. Mettre en place une démarche qualité ne signifie pas qu'auparavant ces derniers remplissaient mal leur mission. Au contraire, il s'agit de valoriser le travail déjà en place, de le formaliser et de permettre aux acteurs de s'interroger sur leurs propres pratiques.

La démarche d'évaluation et la démarche qualité doivent être conduites conjointement car elles ont des objectifs connexes : l'une sert l'autre. Il s'agit donc de mener une réflexion sur l'ensemble du fonctionnement institutionnel afin de mettre en avant les axes positifs et les axes négatifs et de lancer sur du long terme des actions d'amélioration. L'objectif étant pour la structure d'être toujours en questionnement sur son fonctionnement et sur la qualité des prestations qu'elle offre.

L'évaluation permet une description du réel, elle définit un état des lieux des prestations offertes et du fonctionnement de l'organisation. À partir de cet état des lieux, une démarche d'amélioration de la qualité pourra être engagée. P. Ducalet et M. Laforcade précisent le lien qui se tisse entre ces deux temps : « *L'évaluation et la démarche qualité présentent d'abord une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. Ainsi se met en mouvement le cercle vertueux de la qualité. Il n'a plus de raison de s'arrêter si la recherche de la qualité des prestations devient une volonté institutionnelle, voire une obligation légale et si des indicateurs ont été conçus pour renvoyer en permanence l'image de cette qualité.* »³²

³² Ibid P. DUCALET, M. LAFORCADE, note 24 .

2.2.4 Intérêt de la démarche pour la direction.

L'intérêt de mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité basée sur l'évaluation des prestations semble évident dès lors que l'on se situe à la place de l'utilisateur. Les professionnels peuvent aussi y trouver des éléments positifs.

Les théories du management de la qualité renvoient quasi systématiquement la responsabilité de la qualité de la structure à son pilotage. Aussi, quel peut être l'intérêt de la direction dans la mise en place d'une telle démarche ?.

Le rôle du directeur est important, il est à la fois le garant de la réussite de la démarche, d'abord parce qu'il la provoque, ensuite parce que c'est lui qui doit la faire vivre. Une démarche qualité ne peut fonctionner sans un engagement fort de la direction, c'est aussi un acte de management.

Le directeur doit utiliser la qualité comme outil de management lui permettant la gestion au sens large de son institution, l'implication et la responsabilisation des professionnels, le respect des droits des usagers et de leur place d'acteurs institutionnels et enfin d'impulser et d'accompagner d'éventuels changements.

Le directeur doit définir et conduire le projet d'établissement. Ce dernier définit et formalise les valeurs de l'établissement, sa mission et les moyens que le directeur engage. La démarche d'évaluation permet à la fois de vérifier que ce projet d'établissement est bien respecté, et de le modifier au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité recherchée.

Le directeur doit aussi mobiliser les forces vives, notamment en terme de ressources humaines. L'appropriation par les acteurs des enjeux et des outils propres à l'évaluation est un acte fondateur du changement nécessaire à une institution. Le management de l'action se base sur l'implication, la formation, la pluridisciplinarité dans les actes de l'accompagnement et de la prise en charge, dans la capacité à l'interrogation des pratiques, et dans le changement des mentalités. La démarche qualité ne relève pas que de méthodes, mais aussi d'une ambition partagée.

Le rôle du directeur est, en plus de fournir ces outils et méthodes, de nourrir cette ambition. La fonction économique et logistique à la charge de la direction conditionne l'utilisation et l'optimisation des moyens alloués.

Avec la loi du 2 janvier 2002, la qualité, notion issue du domaine industriel, entre définitivement dans le secteur social et médico-social. Les établissements de ce dernier sont tenus de la mettre en œuvre par le biais de l'évaluation afin de répondre aux obligations légales.

2.3 Bases méthodologiques de l'évaluation.

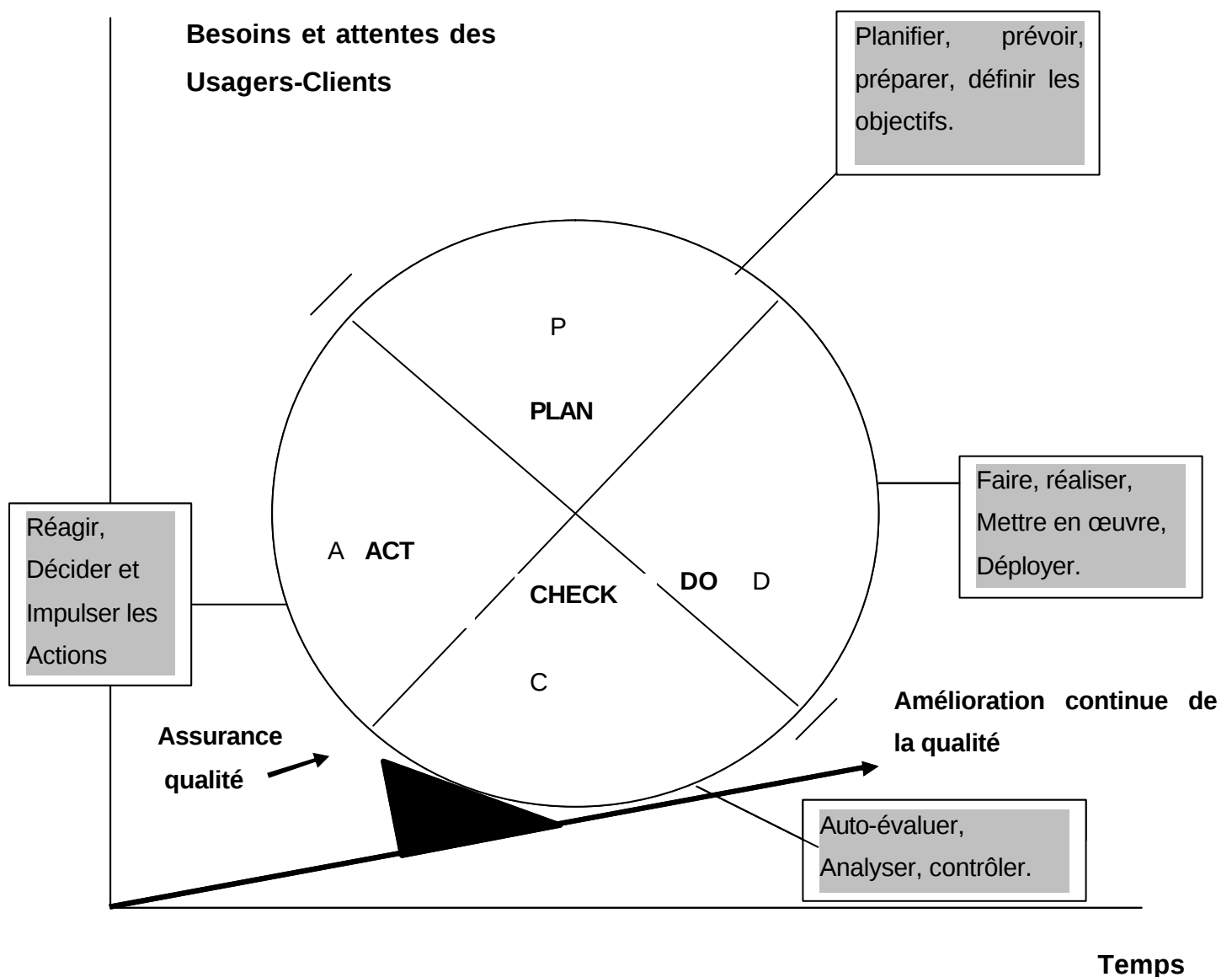
L'évaluation fait appel à des notions plus larges que la seule perspective de l'amélioration en s'inscrivant dans un processus de management à long terme. Sa mise en œuvre s'appuie sur des approches et des méthodes éprouvées dans d'autres secteurs que le secteur social et médico-social, ainsi que sur des outils de travail.

2.3.1 La démarche d'amélioration continue de la qualité.

La mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite l'entrée dans une démarche à long terme. W. Deming³³ la symbolise par une roue que le dirigeant d'entreprise doit faire tourner afin d'améliorer progressivement la qualité de son organisation. L'objectif est d'améliorer les performances de la structure dans le temps, étape après étape, en s'appuyant sur le savoir-faire des professionnels et en optimisant les processus et les modes d'organisation.

³³ William Edwards DEMING : Mathématicien et philosophe, un des principaux « gourous » de la Qualité.

Schéma représentant la roue de Deming (source document de formation du Groupement d'Etude Recherche Formation Innovation, avril 2003) :



Quatre phases réparties en étapes se succèdent pour faire tourner la « roue de Deming », voir tableau ci-dessous. L'objectif de ce découpage étant d'assurer le plus possible les phases de prévention afin de limiter les phases correctives qui sont toujours plus coûteuses et plus douloureuses.

Selon Deming, il faut par un premier tour de roue asseoir le système qualité. Les règles de l'assurance de la qualité constituent la cale de la roue qui l'empêche de revenir en arrière. Les tours suivants améliorent le système de management de la qualité, augmentent le niveau des exigences et permettent de progresser grâce à la mise en

œuvre d'actions préventives et curatives. Cette roue est nommée en anglais PDCA (Plan-Do-Check-Act).

Tableau représentant les 4 phases et les étapes qui forment le principe de Deming symbolisé par la « roue » :

4 PHASES	ETAPES
Plan : Planifier et définir l'action, les caractéristiques du produit, les processus en œuvre et l'organisation de l'entreprise.	- Choisir le thème, identifier le problème. - Observer la situation actuelle: collecter et analyser les données. - Analyser les causes: trouver les causes principales. - Proposer des améliorations.
Do : Mise en œuvre de cette planification.	- Appliquer les améliorations.
Check : Vérification de ce qui a été réalisé. Evaluer et contrôler selon des référentiels.	- S'assurer de l'efficacité et confirmer les effets
Act : Identifier les dysfonctionnements et décider de les améliorer.	- Entériner le nouveau processus, le standardiser et donner une suite.

L'entrée dans une démarche qualité se fait généralement par l'étape de l'évaluation (Check) soit par le biais d'une autodiagnostic soit par un audit de qualité externe. A partir des points forts et des points faibles constatés (Act), des projets sont organisés et programmés, qui priorisent les actions à mener pour résoudre les dysfonctionnements et maintenir les points de qualité. Sont ensuite planifiées les résolutions de problèmes (Plan) pour chacune des actions priorisées, avant d'être mise en œuvre (Do).

La démarche PDCA est une démarche à long terme avec un objectif d'amélioration constante et progressive de la qualité.

Pour que cette démarche fonctionne, Deming préconise un engagement fort de la direction, une implication et une coopération des professionnels. S'engager dans une telle démarche exige une interrogation forte de l'institution et l'inscrit dans une dynamique de changement.

P. Ducalet et M. Laforcade précisent dans leur ouvrage que, « *la démarche d'amélioration continue de la qualité est inductrice d'un changement organisationnel global impliquant tout à la fois :*

- les processus clés de l'institution ;
- l'implication des usagers ;
- les pratiques managériales qui devront générer compétences, implication et

coopération ;

- les objectifs fondamentaux, partagés dans un langage commun. »³⁴

Il existe une étroite corrélation entre qualité et évaluation, cette dernière constituant un point déterminant de la démarche qualité.

L'amélioration de la qualité n'existe pas en dehors d'une démarche d'évaluation. La mesure de la qualité ne trouve vraiment sa place que si elle s'inscrit dans une dynamique du PDCA. Les résultats de l'évaluation interne font l'objet d'un rapport qui définit les points forts et les points faibles de la structure et propose des actions d'amélioration dans les domaines prioritaires.

Aussi l'évaluation est le Check de la roue de Deming, mais sa définition recouvre un champ plus large encore.

2.3.2 Approches méthodologiques et outils de l'évaluation.

Pour aborder l'évaluation et plus encore sa mise en œuvre, il est nécessaire d'avoir un aperçu des approches, méthodes et outils existants. Il agit ici de trouver quelques points de repères en brossant un bref tableau, et non pas de se rompre à tous les concepts et particularités de ces théories.

Dans la troisième partie des choix ont été ou seront opérés en fonction des actions menées et des propositions de plan d'action.

A) Approches et méthodes pour l'évaluation de la qualité.

Les approches et méthodes sont innombrables dans le champ de l'évaluation de la qualité. Il convient davantage de s'assurer de la pertinence de l'approche et de la méthode utilisée.

Pour cela, il est important de construire un panorama de ce qui aujourd'hui peut nous emmener à faire des choix à la hauteur de la stratégie à mettre en œuvre et de rester dans le champ de ce qui est absorbable par l'institution elle-même.

Dans le champ des pratiques professionnelles, domaine que nous avons évoqué sous l'angle d'un constat de fragilité dans la première partie, la Haute Autorité de Santé

³⁴ 11 P. DUCALET, M. LAFORCADE, « *Penser la qualité dans les institutions sociales et médicosociales* ».

(HAS) a fait quelques recommandations, présentées dans le tableau ci-dessous³⁵. Certes, il s'agit d'approches et de méthodes applicables au secteur de la santé, mais issues de milieu très divers et principalement expérimentées et mises en œuvre dans le secteur industriel. Il n'en demeure pas moins que leur transposition est tout à fait envisageable dans le secteur social et médico-social. L'exercice auquel je vais me livrer vise surtout à s'approprier des concepts, à les adopter dans le cadre des problématiques présentes et à la mise en place d'un plan d'action. Ce dernier est devenu indispensable compte tenu des objectifs vers lesquels les «entreprises» sociales et médico-sociales doivent tendre aujourd'hui, notamment la loi du 2 janvier 2002.

Tableau : Les approches et méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles préconisées par la HAS / 2005.

Objectifs	Approches	Méthodes utilisables
Bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art.	<i>Par comparaison à un référentiel.</i>	Audit clinique. Revue de pertinence des soins. Enquête de pratiques. Autoévaluation collective.
Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus. Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité.	<i>Par processus.</i>	Analyse de processus. Chemin clinique. Analyse des modes de défaillances et de leurs effets (AMDE).
Traiter un dysfonctionnement Analyser et traiter des événements indésirables.	<i>Par problème.</i>	Méthode de résolution des problèmes (MRP). Analyse de processus. Revue de mortalité/morbidité. Méthode d'analyse des causes.
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat.	<i>Par indicateur.</i>	Mise en place et analyse d'indicateurs. Etalonnage comparatif. Maîtrise statistiques des procédés.
Implanter une démarche évaluative et prouver son efficacité.	<i>Recherche évaluative.</i>	Méthodes spécifiques.

Ces approches et ces méthodes, qui se limiteront à un descriptif sans entrer dans le détail de tous leurs concepts afin de ne pas alourdir le propos, sont autant de levier qui permettent de conduire une véritable stratégie de management au sein d'un établissement. D'ailleurs, nous avons vu à quel point l'investissement de la direction pouvait être décisive, tant en terme d'impulsion, que de mise en œuvre et de suivi en matière d'évaluation.

³⁵ Eléments tirés du cours de « *Management de la qualité et des risques* ».ROUSSEL.P, ENSP, 2005.

B) Les outils de l'évaluation.

Ces approches et ces méthodes sont mise en œuvre par l'intermédiaire d'outils dont je vais dresser un bref aperçu.

Tableau : Des outils en fonction de l'étape d'un projet.

Etapes du projet → Outils ↓	Identifier les problèmes	Choisir un problème	Poser le problème	Observer l'existant	Chercher les causes	Trouver les solutions	Mettre en œuvre la solution	Suivre les résultats	Pérenniser
Tour de table	+		++			++			
Remue méninges/ Brainstorming	+				++	++			
QOQCP ³⁶			+	+			+		
Diagramme de processus				++					
Fiche projet			++						
Diagramme de Pareto		++			+			++	++
Indicateurs qualité		++	++					++	++
Diagramme cause effet					++				
Logigramme	++			++			++		
Diagramme de Gantt							++		
Questionnaire				+					

Les outils présentés ci-dessus sont classiquement utilisés dans l'analyse ou la résolution de problèmes ainsi que dans la conduite de projet³⁷. Un tableau à double entrée permet d'identifier un outil en fonction de l'étape du projet à laquelle nous nous situons. Il faut signaler que ces informations ne sont qu'indicatives et des aménagements dans la démarche sont envisageables.

Les approches, méthodes et outils qui viennent d'être présentés ne sont pas propres à la mise en œuvre de l'évaluation. Ils sont transposables à d'autres situations.

³⁶ Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi.

³⁷ Ibid note 34.

Le cadre de la loi du 2 janvier 2002, relatif aux établissements sociaux et médico-sociaux oblige ces derniers à reconsidérer leurs pratiques et leurs activités.

Ainsi la MAS l'Arcolan, aujourd'hui confrontée à quelques dysfonctionnements, doit s'assurer à travers une véritable stratégie de management de ses objectifs, à plus ou moins long terme, de répondre au mieux à ses missions et aux obligations légales et réglementaires.

3 – EVALUATION INTERNE ET STRATEGIE DE MANAGEMENT A LA MAS L'ARCOLAN.

Dans la première partie j'ai mis en évidence l'apparition de quelques dysfonctionnements notamment dans le domaine des ressources humaines. C'est en partant de ce constat qu'il m'a semblé nécessaire d'impulser une stratégie managériale plus forte. Dans un premier temps, il s'agissait de résoudre les problématiques les plus urgentes, le renouvellement du cadre intermédiaire de la structure, mais aussi tenter de comprendre ce qui provoquait de tels changements chez les personnels sanitaires.

Cette situation de « crise » était d'une nature suffisante à faire douter les personnels et à remettre en cause les pratiques et ainsi provoquer quelques changements. Il s'agissait d'en faire une opportunité. Cela a été l'occasion de mettre à la fois en place des procédés adaptés à une conduite managériale plus affirmée et plus structurée à court terme, mais aussi d'entrer dans une démarche aujourd'hui devenue incontournable : l'évaluation interne.

3.1 La résolution de problèmes : une entrée dans un processus stratégique de management.

Les premiers constats laissent apparaître des points forts et des points faibles dans le fonctionnement institutionnel au terme de quelques mois d'existence. Les inquiétudes nées parmi les familles et leurs représentants ont été de nature à générer une réflexion plus approfondie au sein de l'équipe de direction. Je parle de l'équipe de direction, parce que c'est bien en comité de direction que les premiers constats ont été tirés de l'étude que j'avais menée en février 2004. Les tendances qui semblaient se dégager se sont confirmées par la suite et le départ du cadre de santé sur fond de crise institutionnelle a donné une dimension nouvelle aux problématiques du moment. Par ailleurs, il était perceptible dans l'institution qu'une fracture se dessinait parmi les personnels, chacun détenant une parcelle de vérité sans jamais véritablement la confronter à « l'institution ».

L'entrée dans un processus stratégique plus ciblé a nécessité de repérer les éléments de dysfonctionnement et de fixer des objectifs en terme de constats et de missions. En réponse, une décision quant à la marche à suivre s'est imposée. J'ai participé à la réalisation de ces objectifs à travers un groupe de travail en utilisant plusieurs méthodes et outils de management mis à ma disposition.

3.1.1 Constats et missions.

Les premiers temps de l'analyse se sont fondés sur des éléments tangibles qu'une approche extérieure mettait en évidence, mais aussi sur l'observation et l'écoute. On peut retenir deux types de constats que l'on évoquera comme perceptibles de l'extérieur et de l'intérieur de la MAS. Ces constats doivent alimenter les missions à court terme.

A) Les constats.

- Les constats perceptibles de l'extérieur de la MAS.

Des changements importants sont intervenus parmi le personnel, depuis l'ouverture de l'institution. Afin de mieux les apprécier, la direction a souhaité mettre en oeuvre un bilan interne de ces changements. L'analyse fait apparaître que sur huit départs au terme de 20 mois de fonctionnement (28 février 2004) :

- Une cessation d'activité.
- Cinq demandes de changement de service à l'intérieur du Centre Hospitalier de DAX dont quatre vers l'unité de psychiatrie :
 - Une pour raisons personnelles.
 - Deux pour raisons professionnelles.
 - Une pour les deux types de raisons.
- Une mutation vers le Centre de Transfusion Sanguine (choix professionnel après un accident du travail lié à une situation de violence avec un résident).
- Un changement d'établissement pour réintégration de la région d'origine, pour des raisons professionnelles et personnelles.
- Une démission pour une réorientation professionnelle vers le milieu éducatif associatif.
- En valeur relative ces huit départs représentent :
 - 23 % de l'effectif de départ en nombre d'agents (soit 8 agents sur 35).
 - 28 % de l'effectif de départ en ETP (soit 8 ETP sur 28.5).

On peut noter que six départs ont eut lieu parmi les personnels infirmiers et aide soignants, dont quatre vers l'unité psychiatrique du centre hospitalier. La plupart de ces personnels n'avaient pas ou peu d'expérience en psychiatrie et se trouvaient d'une manière assez générale en décalage avec le travail proposé à la MAS l'Arcolan. On peut signaler aussi que deux autres personnels ont préféré changer d'orientation afin de ne plus être en contact avec des événements de violence institutionnelle liés à la prise en

charge particulière de l'autisme. D'autres départs depuis cette date ont confirmé ces tendances :

- parmi les personnels infirmiers on comptabilise deux départs vers l'unité de psychogériatrie, un déplacement pour raison disciplinaire et une démission pour incompatibilité avec la fonction occupée.
- parmi les personnels aide soignants on déplore un décès, on enregistre un départ pour une formation infirmière, deux mutations vers des services de court séjour hospitalier et une mutation vers une maison de retraite.

Il faut noter au-delà des nombreux départs pour des raisons d'incompatibilité avec la fonction occupée à la MAS l'Arcolan que le centre hospitalier dispose d'un fort pouvoir d'attraction pour les personnels sanitaires. De plus, ces derniers sont imprégnés d'une forte culture hospitalière qui les éloigne des particularités d'une institution médico-sociale. Il est d'autant plus facile d'obtenir un changement de poste que les disponibilités sont nombreuses tant en avancement de carrière que parce que la pyramide des âges accentue les départs en retraite et que l'offre en terme de personnels qualifiés sanitaire reste déficitaire.

Par ailleurs, d'autres départs sont à envisager, qu'il s'agisse de départs volontaires liés à la perspective pour de jeunes professionnels de ne pas perdre toute leur technicité dans un environnement médico-social ou dans la perspective d'une évolution de carrière notamment par concours.

Cette étude fait aussi apparaître le départ du cadre de santé présent dès l'ouverture, officiellement pour une cessation d'activité. En réalité, il s'agit d'un personnel infirmier placé en position de « faisant fonction » qui ne pouvait accéder à un statut de cadre de santé pour des raisons statutaires. Il devait être remplacé après une période de vacance de poste par un second cadre de santé. L'expérience là aussi ne dura qu'un an et malgré le travail effectué il préféra demander un changement d'affectation compte tenu de certaines tensions intervenues avec l'équipe et un climat social qui s'était passablement dégradé.

- Les constats perceptibles de l'intérieur de l'institution.

Des changements fréquents de personnels et l'instabilité des cadres ont naturellement eu des incidences sur le fonctionnement de l'institution.

Ainsi on a vu apparaître des clivages importants qui se reportent essentiellement sur les modalités de la prise en charge des résidents et se traduisent par un éloignement progressif des fondements du projet d'établissement.

Lorsque des positions communes pouvaient être arrêtées, elles n'étaient pas toujours mises en application de manière homogène entraînant des différences d'appréciation

importantes et par conséquent des tensions de plus en plus marquées et perceptibles. On peut même supposer que ces tensions étaient perceptibles par les résidants eux-mêmes ou leur proches.

D'autres signes, tout aussi significatifs, de l'ambiance qui régnait dans l'institution se sont traduits dans le désinvestissement des lieux d'expression et de décision que nous avons évoqués dans la première partie à l'image de la « réunion institutionnelle » souvent déserte, des « réunions de régulation clinique » ou certains personnels ne venaient jamais, ou encore les « actualités cliniques » souvent annulées.

Par ailleurs, en dehors des larges différences d'appréciation que les personnels ont pu avoir des activités, tout au moins pour les activités qui ne concernaient pas le quotidien appelé « temps maison », on notait une grande irrégularité dans leur réalisation. Beaucoup étaient reportées ou simplement annulées le plus souvent pour des motifs de non concordance avec les plannings de travail des agents en charge de ses activités ou par manque de coordination des personnels référents.

L'objectif n'est pas de dresser un tableau noir de l'institution, il est pour l'heure, et en l'absence de stratégie significative de suivi de l'activité au sens le plus large d'inventorier les points faibles qui doivent faire l'objet d'améliorations importantes. C'est ce sur quoi un directeur doit fonder son action afin d'impulser une dynamique susceptible d'apporter les réponses aux besoins des résidants.

B) Les missions.

Loin de vouloir établir une critique orientée des personnels, souvent livrés à eux-mêmes, il convient davantage de chercher des solutions en terme de management afin de rétablir un équilibre institutionnel.

Les questions ainsi posées laissent une grande latitude quant aux moyens à mettre en œuvre afin d'aboutir à des solutions au cours de la période que j'ai passé au sein de l'établissement.

A ce stade je peux dissocier deux types de problématiques.

- La première vise à remplacer le cadre intermédiaire de la structure. Il ne peut s'agir là que d'une affaire réglée par les cadres supérieurs et la direction. Il faut néanmoins fédérer les énergies et s'interroger sur l'opportunité d'un troisième cadre de santé alors que l'institution avec toutes ces caractéristiques se trouve dans le champ médico-social.

- La seconde problématique tient davantage à l'organisation du travail et à la configuration « sanitaire » de l'équipe, alors même que la prise en charge relève davantage d'un accompagnement des personnes plus que de soins techniques au niveau

où ils peuvent être perçus dans le milieu hospitalier. Il faut ici considérer une démarche participative du personnel afin que les orientations prises ne restent pas sans appropriation et par conséquent sans effets dans le fonctionnement futur.

Toutefois les deux problématiques doivent être envisagées en parallèle.

3.1.2 Initier une stratégie de management.

Une stratégie de management s'impose, aussi faut-il répondre à des problématiques à court terme et dans le même temps se projeter sur des objectifs à plus long terme. J'ai réalisé la première phase de cette stratégie pendant mon stage en me fondant sur une méthode de résolution des problèmes.

A) Un premier tour de roue dans le cadre de l'amélioration de la qualité.

Dans le cadre des approches et méthodes de l'amélioration de la qualité nous avons vu qu'il existe plusieurs formules. L'entrée dans un processus d'amélioration de la qualité peut se faire sur la base de problèmes particuliers qui se posent à un moment donné. L'identification des dysfonctionnements, à laquelle il a été procédé dans les constats, constitue alors un axe de travail privilégié.

Ici, l'objectif est de répondre aux problématiques immédiates mais aussi de s'inscrire dans un processus pédagogique vis à vis des personnels afin de les interpeller sur ce que peut être une démarche d'amélioration de la qualité et les convaincre de l'intérêt d'une démarche d'évaluation interne. Régler un certain nombre de problèmes : c'est améliorer le fonctionnement de l'institution en offrant un service d'une meilleure qualité aux résidents. Dans cette perspective on peut aussi ne pas attendre que les problèmes se posent d'une manière aiguë en anticipant les processus d'amélioration, notamment par l'évaluation interne. C'est aussi donner du sens à l'action en la générant et non en la subissant.

Sur le plan du management théorique il s'agit d'effectuer un premier tour de roue selon le procédé mis en évidence par Deming tel que j'ai pu le décrire plus avant dans le présent document.

S'inscrire dans une démarche à plus long terme c'est aussi pérenniser les actions qui ont fait l'objet d'une première analyse et éventuellement de réajustements. Le processus d'amélioration de la qualité, comme je l'ai déjà précisé, ne saurait être parfait ni même immuable, il nécessite au contraire d'être revisité de manière quasi permanente, c'est le principe même de l'évaluation interne constituant ainsi un enchaînement de tour de roue.

B) Se fonder sur une méthode de résolution de problèmes.

Un problème est ce qui est difficile à expliquer ou à résoudre. Il est donc porteur d'une charge d'inquiétude et synonyme d'efforts à fournir. Il faut donc commencer par le dédramatiser : il est bienvenu, il est une richesse. Se définissant comme l'écart entre une situation présente, qui n'est pas satisfaisante, et une situation future qui l'est potentiellement plus, il est source de progrès et de mouvement. Il est donc temps de le réhabiliter. Une institution où le problème n'est pas censuré, mais au contraire valorisé, devient donc dynamique. Elle peut bouger, évoluer et s'adapter aux nouvelles contraintes qui l'entourent. C'est évidemment l'un des axes majeurs de la direction et un levier formidable pour s'inscrire dans un processus à la fois dynamique et d'amélioration continue des prestations et donc de la qualité, à long terme.

Cependant, il existe une forte subjectivité dans le mot « problème », puisqu'il n'existe que pour ceux qui ne sont pas satisfaits de la situation. Il leur appartient donc de le résoudre.

Afin de ne pas contourner les problèmes mais de les résoudre, il est intéressant de se munir d'une grille de lecture des différentes étapes constitutives d'une méthodologie. Ces étapes devront être adaptées en fonction de leur pertinence et réduites en conséquence de l'importance qu'elles revêtent dans le processus de résolution des problèmes.

Grille indicative des différentes phases et étapes d'une démarche de résolution de problèmes :

Phase 1	Phase 2
Identifier et choisir un problème	- Lister les problèmes - Les classer par ordre de priorité - Choisir un problème
Poser clairement le problème	- Formuler le problème - Identifier les personnes concernées - Recueillir les faits concrets
Rechercher les causes du problème	- Analyser la situation - Trouver toutes les causes - Classer les causes recensées - Trouver les causes les plus importantes - Valider les causes retenues
Rechercher les solutions	- Faire la liste des solutions possibles et recevables
Définir les critères de choix des solutions	- En termes d'objectifs à atteindre et de contraintes à respecter
Choisir une solution	- La choisir - La valider avec la hiérarchie et les services fonctionnels
Mettre en œuvre la solution	- Préparer la solution - Exécuter la solution
Mesurer et contrôler les résultats	- Définir des indicateurs qualité

3.1.3 Le groupe de travail et son mode opératoire.

La stratégie retenue, afin de mener à bien un recueil d'information suffisamment étoffé qui puisse nourrir la réflexion et gagner la confiance des participants, est dans un premier temps d'inviter ces derniers à s'exprimer librement. Aussi une fois le groupe de travail constitué et les objectifs posés, notamment au regard des constats qui ont pu être établis précédemment, on agit par l'intermédiaire d'un brainstorming. L'objectif ici est à la fois de laisser libre la parole de chacun, à charge pour l'animateur de diriger les débats; mais aussi d'utiliser les particularismes de l'institution qui se fondent depuis l'ouverture sur une représentation et une libre expression de tous les acteurs de l'institution. Cependant on peut constater que la formalisation des décisions et des actes dans l'institution n'est pas l'un des points forts, ce qui généralement entraîne un délitement des décisions voire un désinvestissement au moment de la mise en œuvre. Il n'est donc pas question de laisser en l'état les travaux de ce groupe de travail et il convient de leurs donner une forme plus contraignante. A cet effet le procédé de la fiche projet est utilisé. Les constats que j'ai pu établir en terme de manque de formalisme sont partagés par beaucoup de personnel. C'est souvent un défaut de rigueur et de méthodologie qui est à l'origine des dysfonctionnements constatés.

Résoudre des problématiques nécessite de s'organiser à la fois sur le plan des règles qui régissent le groupe de travail mais aussi sur le plan de la légitimité à laquelle il peut prétendre à l'intérieur même de l'institution.

A) La légitimité du groupe de travail.

La proposition de mettre en place un groupe de travail repose à la fois sur la nécessité d'avoir une unité de travail stable et organisée afin de ne pas épuiser les bonnes volontés et d'assurer une cohérence et un suivi des travaux. Ce ne peut être une décision unilatérale de la direction, si l'on en souhaite une appropriation par les personnels.

De plus, l'institution s'est dotée dès son ouverture d'une instance appelée «réunion institutionnelle », qui se réunit une fois par semaine et se prononce sur les problèmes inventoriés par le biais d'un registre laissé quotidiennement à la discrétion de l'ensemble du personnel.

Cette démarche, bien comprise par une large majorité du personnel a sonné aussi le glas de quelques réunions parfois mal encadrées et souvent stériles. Le principe est

accepté, avec une marge de manœuvre assez importante, sous réserve que les résultats de ses travaux fassent l'objet d'un retour pour validation eux aussi.

B) Les principes de fonctionnement du groupe de travail.

Sur la base de quelques indications fournies lors de la réunion institutionnelle, une première réunion générale qui fait suite à un appel à candidatures affiché dans l'établissement a été organisée. Il convient de fixer les modalités de travail en fonction du thème général retenu : « l'organisation du travail ». Ce thème d'une définition assez large doit veiller à ne pas faire opposition à des remarques ou suggestions importantes dans le débat ainsi entrepris.

La composition a été orientée vers un groupe représentant en premier lieu toutes les catégories socioprofessionnelles présentes auprès des résidants au quotidien. Deux personnes sont représentées pour chaque catégorie pour assurer le suivi des travaux en cas d'absence, ainsi que la collecte et le retour d'information. Le recueil des informations se fait par une enquête informelle laissée à la discrétion des membres de chaque catégorie, davantage axé sur l'entretien individuel que sur un questionnaire souvent trop fermé et de nature à occulter certains éléments.

Un calendrier fixe les six premières séances, d'une durée moyenne de deux heures, au terme desquelles est établi un premier point sous forme de rappel. L'amplitude du travail conduit le groupe à douze séances de travail. Il doit tenir compte également de la présence des personnels n'intervenant qu'à temps partiel (psychiatre, psychologue, psychomotricienne). J'ai été, en tant que directeur stagiaire, chargé de la coordination de ce groupe et j'ai pu m'appuyer sur la participation du cadre supérieur de santé, du directeur de la MAS et du directeur des soins.

La première séance a déterminé les modalités de l'action. En conséquence, chaque catégorie s'est employée à recueillir auprès de chacun de ses collègues les points critiques et les points forts qui doivent à leur sens faire débat. L'outil de recueil a été le questionnaire libre que chacun ensuite par catégorie s'est chargé de synthétiser et de faire partager avec le reste du groupe.

La suite des séances, sur la base d'un brainstorming ou tour de table qui a constitué la première étape, a fait remonter ces informations d'où un certain nombre de points ont pu être dégagés.

La seconde étape a établi une fiche projet, qui a déterminé les problématiques retenues, mais aussi les objectifs fixés. Les solutions et leurs modalités de mise en œuvre ont été abordées dans une troisième étape sous la forme d'un QQQQCP.

3.1.4 Première étape du groupe de travail : le brainstorming.

Le brainstorming parfois appelé « remue méninges » a pour vocation de collecter l'ensemble des éléments relatifs à un sujet donné d'une manière peu contraignante. Aussi, les éléments inventoriés au cours des discussions peuvent être présentés sous deux angles. Le premier concerne les limites que les agents ont pu relever dans le fonctionnement de l'institution. Le second permet d'apprécier l'engagement du personnel comme un point fort.

A) Les limites rencontrées dans le fonctionnement institutionnel.

Certains groupes ne semblent pas avoir trouvé leur place dans l'institution, les infirmiers notamment. La conception du travail d'infirmier au sein de cette institution ne réside pas principalement, même si cela ne doit pas être occulté, dans la réalisation de soins infirmiers purement techniques. On constate une notion « de soins près du corps » très prégnante, au point qu'elle devient indispensable et qu'elle engendre un besoin toujours plus important. Cependant la contribution des infirmiers est bien réelle mais elle n'est pas organisée et difficilement repérable.

Une réorientation vers la « psyché » est indispensable, avec un travail centré sur la relation et un vrai travail d'équipe pluridisciplinaire doit se mettre en place.

La prise en charge doit aussi se concevoir dans une notion plus large que les seules activités psychothérapeutiques. Dans le temps, ce sont les activités quotidiennes qui occupent le plus d'espace, elles doivent être davantage appréciées et valorisées (logement, toilettes, repas, courses...).

La notion de permanence infirmière doit être reconsidérée. On peut concevoir des espaces dans le quotidien où la présence d'un personnel infirmier n'est pas nécessaire, d'autres personnels peuvent prendre le relais, leurs compétences le leur permettent. Il s'agit d'une institution médico-sociale et rien n'indique que cette permanence revête un caractère obligatoire, de plus elle se différencie d'un service de court séjour hospitalier.

Il existe des temps qui « jurent avec le reste de la semaine, notamment le lundi matin et le vendredi après-midi qui correspondent respectivement aux arrivées et aux départs des résidents. Ces espaces peuvent constituer des moments privilégiés de contact avec les familles, ils pourraient être mieux exploités à la fois dans l'accompagnement du résident et dans la coordination au moment du départ.

On constate une certaine difficulté à accueillir les nouveaux collègues et les stagiaires à défaut de procédures d'information préétablies. De plus, il semble souhaitable

de définir le profil des postes de l'institution afin de ne pas renouveler certaines errances dans l'orientation et le recrutement du personnel.

B) L'engagement du personnel : un point fort de l'institution.

Conscients des problèmes qui se posent à eux, les infirmiers souhaitent répondre plus efficacement à une recherche identitaire, même si c'est le seul corps qui n'a pas fait de travail sur lui-même à ce jour. Cela s'explique aussi par le fait que ce sont ceux qui depuis l'ouverture ont connu le plus de changements.

Les objectifs consistent dans la mise en œuvre d'une nouvelle grille de travail qui permettra une meilleure prise en charge des résidants en cohésion avec les autres catégories professionnelles en assurant un confort de travail dans le cadre réglementaire des obligations de travail.

Il convient de mettre en avant les spécificités du travail infirmier en se tournant résolument vers les activités psychothérapeutiques (packing, piscine eau chaude, pataugeoire, contes) telles qu'elles existent en tenant compte des temps forts de l'institution que sont les mardi, mercredi et jeudi, voire en développer en fonction de compétences propres. Il faut réaffirmer le lien avec les éducateurs pour assurer la continuité des activités psychothérapeutiques et des autres activités qui entrent davantage dans le champ des personnels éducatifs.

La nouvelle organisation des grilles de travail qui a été mise en place par les aides-soignants et les agents des services hospitaliers donne satisfaction, même s'il est difficile dans une notion d'équipe pluridisciplinaire de participer davantage aux activités comme cela était demandé à l'ouverture. Le dispositif des ASH pourrait être allégé, compte-tenu de la charge de travail en fin de semaine, pour être réparti en milieu de semaine et ainsi apporter une aide plus significative au moment où se multiplient les activités.

Les nouvelles grilles de travail mises en place par les éducateurs semblent donner davantage de satisfaction, notamment en terme de présence au moment des activités réalisées en journée. Elles restent en phase de test et pourraient être réaménagées en fonction d'autres dispositions plus globalisantes des plannings de travail.

3.1.5 Deuxième étape du groupe de travail : la fiche projet.

La fiche projet offre la possibilité de formaliser et d'affiner un ensemble de problématiques sur un thème donné. La fiche projet constitue un élément de contractualisation entre les partenaires et son suivi. Sa rédaction doit être faite de

manière collective de façon à aborder tous les aspects du projet en s'appuyant sur la sagacité de tous les acteurs de l'institution. Elle doit permettre de poser la problématique et les objectifs à atteindre.

Fiche projet.

Titre : Organisation du travail.

Constats de départ.

➤ Personnels et pratiques professionnelles :

- Des changements importants dans le personnel, notamment les personnels sanitaires.
- Forte prégnance des soins techniques infirmiers au point que cela engendre un besoin toujours plus important.
- Peu de personnels infirmiers investis dans les activités psychothérapeutiques.
- Une notion de permanence infirmière très exacerbée, notamment en fin de soirée et en fin de semaine.
- Des actes qui ne se justifient pas, à l'image des médicaments qui sont préparés par les personnels infirmiers de nuit et vérifiés par l'équipe infirmière de jour.
- Irrégularités dans la tenue des synthèses. L'objectif de retour au moins une fois par an pour chaque résident n'est pas atteint.
- Le système des référents parmi chaque catégorie professionnelle pour chacun des résidents est très déséquilibré.
- Difficultés de repérage de personne responsable ou ressource pour les activités autres que celles qui relèvent du quotidien.
- Irrégularités dans la réalisation des activités, de trop nombreuses annulations de séances et des partenaires pas toujours tenus au courant.
- Des comportements très individualistes dans la prise en charge des résidents malgré les décisions prises en commun.
- Des comportements très corporatistes qui ne facilitent pas la cohésion d'équipe et n'encouragent pas la pluridisciplinarité.
- L'accueil des résidents principalement le lundi matin est rarement mis à profit pour privilégier la relation avec les familles.
- Les départs, essentiellement le vendredi après midi sont assez mal organisés et des manques importants sont à déplorer par perte d'information (vêtements, affaires personnelles, médicaments, papiers administratifs...).
- Difficultés d'accueil des nouveaux collègues, il n'existe que peu de documents sur lesquels fonder une approche du poste et des fonctions que le nouvel arrivant va occuper.
- De grandes difficultés à parler du métier des collègues.
- Difficultés d'encadrement des stagiaires, assez nombreux, qui peuvent venir dans l'institution.
- Les orientations professionnelles vers la MAS depuis le centre hospitalier ne doivent plus correspondre à des orientations par défaut mais davantage à des choix.
- Difficultés dans les comportements à adopter face à des situations de crise ou de violence.

➤ Communication et information :

- Désinvestissement des lieux d'expression institutionnels (réunions institutionnelles, réunion de régulation clinique, actualités cliniques, synthèses).
- Demande d'investissement fort des cadres de direction ou intermédiaires dans les lieux d'expression ou dans la conduite des projets.
- Difficultés dans la manière dont sont traitées certaines demandes auprès du centre hospitalier : services techniques.
- Perte d'information et de temps liés au manque de procédure écrite pour les transmissions de jour et de nuit entre les différentes équipes.
- Dispersion des informations relatives aux résidants, un dossier unique avec son guide d'utilisation, a été conçu mais n'est jamais entré en application.
- Affichage des informations à destination du personnel : difficulté de lecture.
- La notation des personnels ne fait pas toujours l'objet d'un entretien individuel d'évaluation, c'est pourtant un moyen d'avoir un retour de son engagement dans l'institution.
- Des plannings trop souvent laissés à l'appréciation des personnels génèrent des situations de sureffectifs qui ne se justifient pas et des temps cumulés de récupérations importants. A contrario, on arrive à se soustraire au planning au gré de ses convenances personnelles et non pas en fonction des nécessités du service. Non validation des temps d'absence et de récupération par l'encadrement.
- Fond documentaire trop pauvre alors que l'on doit pouvoir disposer d'une ressource interne pour le personnel présent et celui à venir (nouveaux collègues, stagiaires...).

Ressources et références.

- Statuts de la fonction publique hospitalière (FPH).
- Fichier des corps et grades de la FPH.
- Répertoire des métiers de la FPH.
- Direction des ressources humaines.
- Direction des soins infirmiers.

Objectifs à atteindre.

- Donner davantage de cohésion à la gestion des ressources humaines (recrutement, stagiaire).
- Mettre en place des outils de référence, formalisés, validés et repérables pour éviter les retours en arrière sur le plan des pratiques professionnelles, tant pour les activités que pour les personnels.
- Etablir un planning de travail plus cohérent notamment pour les personnels infirmiers, en adéquation avec les autres catégories socioprofessionnelles et les réalisations des activités psychothérapeutiques.
- Rétablir la légitimité des lieux d'expression institutionnels et redéfinir les règles de participation et leur calendrier.

Equipe de réalisation.

- Directeur de projet : directeur stagiaire relayé à la fin du stage par le directeur de l'institution.
- Chef de projet : directeur stagiaire relayé à la fin du stage par le cadre intermédiaire.

- Groupe de travail :
 - 2 représentants des personnels infirmiers,
 - 2 représentants des personnels éducateurs spécialisés,
 - 2 représentants des personnels aides soignants ,
 - 2 représentants des personnels agents des services hospitaliers,
 - Psychiatre, psychologue et psychomotricienne,
 - Cadre supérieur de santé.
 - Personne ressource : Directeur des soins infirmiers.

Moyens à mettre en œuvre.

- Temps de réunion important.
- Des temps de remplacement ou de récupération sont prévus.
- Moyens matériels minimes, pris sur le fonctionnement ordinaire.
- Des déplacements possibles vers le centre hospitalier ou vers d'autres institutions.

Calendrier de mise en œuvre.

↓ Quoi	Quand → 2005	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Validation de la fiche projet		+											
Analyse de l'existant sur la base du brainstorming et de la fiche projet			+										
Attentes des personnels			+										
Identifier les principaux points de travail				+									
Recherche de solutions				+									
Rédaction de la procédure ou des documents					+								
Validation						+							
Mise en œuvre avec phase de test éventuelle						+							
Ajustement, bilan et généralisation										+	+	+	+
Groupe de suivi										+	+	+	+

Moyens permettant la pérennité de l'action.

- Plan de suivi sur la base de la méthode QQQQCP.
- Le groupe de travail fera des points réguliers afin de déterminer le niveau de mise en œuvre.

3.1.6 Troisième étape : choix et mise en œuvre des solutions, le QQQQCP.

Le thème retenu, délibérément, est assez large et laisse la place à l'expression de nombreuses problématiques. Les solutions ne peuvent pas être uniques et naturellement plusieurs axes de travail se sont dégagés. Il a fallu alors s'organiser par le biais d'un outil

qui permette, par une actualisation, d'établir un suivi des différentes solutions engagées et de leur niveau de réalisation.

Le choix c'est alors orienté vers un outil d'utilisation simple et pratique : le QQQQCP. La volonté d'établir un tableau à plusieurs niveaux permet une lecture synthétique des différentes solutions retenues et des phases de réalisation. La mise en œuvre des solutions s'est faite en répondant à quelques questions : Qui fait Quoi ? Où ? pour Quand ? Comment ? Pourquoi ? . Ces questions n'ont d'intérêt que si on peut y apporter une réponse, en conséquence le tableau présenté s'adapte à l'ordre des questions qui ont été posées.

Tableau QQQQCP mis en œuvre dans le cadre de la recherche de solutions sur le thème de l'organisation du travail et des problématiques développées dans le cadre d'une fiche projet.

Quoi ? Thème.	Pourquoi ? Problématique actuelle. Organisation ou pratique défailante.	Qui ? Responsable du projet. Personnes concernées.	Quoi ? Objectifs et résultats attendus.	Comment ? Prévision des étapes à suivre et modalités de suivi.	Pour quand ? Date de réalisation et étapes intermédiaires.
1 - Adapter le rythme de travail	- positionnement défailant des personnels infirmiers - trop d'attachement à la partie technique du métier - les départs et arrivées des résidents sont des moments mal exploités au sens du résident et de sa famille	<u>Responsable :</u> Directeur stagiaire <u>Personnes concernées :</u> Personnels infirmier et personnels en charge de la mise en œuvre des plannings	- fidéliser le personnel sanitaire - positionnement plus adéquat sur les activités psychothérapeutiques - davantage d'investissement dans les activités « temps maison » ou du quotidien - harmonisation du rythme avec les autres CSP - davantage de présence dans les moments sensibles et privilégiés (départs et arrivées des résidents)	- grille de positionnement des personnels sur les activités thérapeutiques - établir une grille type sur une fréquence de semaines paires. - dérouler cette grille sur 6 mois, temps nécessaire à une évaluation. - validation en réunion institutionnelle. - mise en œuvre.	Mars 2005 Mars 2005 Avril 2005 Avril 2005 1^{er} mai 2005 pour une durée de 6 mois
2 – Améliorer la communication avec les familles.	- le système référent/résident est déséquilibré - les personnels les moins qualifiés sont ceux qui ont le plus de références - résidents qui n'ont pas de référent dans certaines catégories - personnels qualifiés	<u>Responsable :</u> Directeur stagiaire <u>Personnes concernées :</u> Tous les membres du groupe de travail	- responsabiliser l'ensemble du personnel - obliger les personnels à s'investir dans le suivi de la personne - remplir l'objectif d'une synthèse par an et par résident avec retour vers les familles - assurer la passation	- établir un tableau croisé dynamique référent/résident - affichage pour un positionnement libre - tableau de bord de réalisation des synthèses - regrouper en une unité aides-soignants et ASH (ne pas	Février 2005 Février 2005 Mars 2005 Calendrier de réalisation des synthèses redéfini à partir de mai 2005 (prise en charge de la partie

	qui ne sont référent d'aucun résident - synthèses non réalisées une fois par an (interrogation du CVS) - synthèses faites mais pas de retour vers les familles		des références lors des changements dans le personnel - rendre cohérente la notion de pluridisciplinarité	multiplier les références/résidents chez les ASH) - 3 références minimums pour chaque agent - validation en réunion institutionnelle - mise en œuvre	clinique par un autre psychiatre). Mars 2005 1^{er} avril 2005
3 - Fluidité de l'information interne concernant les résidents	<u>Dossier unique :</u> - perte d'informations - manque de cohésion vis à vis des familles - absurdité de la situation (le dossier et son guide d'utilisation sont prêts, ils ont été élaborés par un groupe de travail depuis quelques mois) <u>Transmissions entre équipes :</u> - souvent trop longue - pas de trace écrite, pas de mémoire - on y aborde des problèmes qui relèvent d'autres lieux d'expression	<u>Personnes concernées :</u> 2 éducatrices et une infirmière <u>Personnes concernées :</u> Directeur stagiaire	- un outil complet et fédérateur, permettre d'aller vers une notion d'évaluation. - document écrit et synthétique sous forme de tableau, permettant de visualiser les événements par résident, par lieu de vie, mentionnant la durée - information disponible pour les agents non présents, laisser une mémoire des événements.	- validation en réunion institutionnelle - mise en œuvre par les référents respectifs - validation et mise en œuvre	Février 2005 (la partie médicale restera centralisée à l'infirmerie pour raison pratique : traitements) 1^{er} avril 2005 Janvier 2005 Période d'expérimentation 3 mois Mai 2005 généralisation
4 – Connaissances des métiers propres à l'institution.	- difficultés dans le recrutement - difficultés dans l'accueil des stagiaires - méconnaissance des métiers autres que le sien - tout le monde n'a pas la même compréhension de son propre métier	<u>Responsable :</u> Directeur stagiaire <u>Personnes concernées :</u> L'ensemble des membres du groupe de travail et ceux qui n'y participent pas mais qui ont des réponses à apporter (personnels administratifs, CES en formation d'AMP)	- orienter la physionomie de l'équipe pluridisciplinaire vers des métiers plus axés sur l'accompagnement de la personne - définir les particularismes de certains métiers différents entre sanitaire et médico-social (faire des propositions à terme de transformation de postes) - base commune de réflexion à l'ensemble des agents	- définir les profils de chaque poste (sauf directeur, cadre et médecin) - définir un cadre de lecture commun à toutes les fiches de poste - transcrire les profils dans ce cadre et établir une lecture commune et comparative³⁸ - validation en réunion institutionnelle - proposition de recrutement d'AMP sur la base d'une fiche de poste³⁹ à la direction des ressources humaines	Février 2005 Mars 2005 Avril 2005 Juin 2005 Septembre 2005

³⁸ Annexe 5 : liste des fiches poste figurant dans le guide des pratiques.

³⁹ Fiche de poste d'Aide Médico-Psychologique (AMP), annexe 3.

5 – Améliorer la communication interne, disponibilité l'information	- pas de support synthétique à présenter à l'arrivée d'une personne nouvelle (postulant, nouveau collègue, stagiaire)	<u>Responsable :</u> Directeur stagiaire	- permettre des rappels importants sur le fonctionnement d'une activité ou une façon de faire que tout le monde ne connaît pas forcément	- recueil et analyse de modèles	Janvier 2005
	- activités ou façon de faire mal définies laissant la porte ouverte à beaucoup d'interprétation	<u>Personnes concernées :</u> L'ensemble des membres du groupe de travail et les agents qui se sentiront investis de l'écriture d'une pratique	- permettre d'avoir des personnes ressources et responsables, sortir du « tout le monde peut tout faire »	- définition d'un cadre commun de travail	Février 2005
			- homogénéiser les pratiques professionnelles	- définition d'une liste d'activités ou de pratiques qui serviront à étalonner le système	Mars 2005
			- limiter les comportements individualistes ou corporatistes par un rappel permanent et disponible des règles prises en commun	- validation en réunion institutionnelle du principe du « Guide des pratiques » ⁴⁰	Avril 2005
			- partager les expériences et renforcer la notion de pluridisciplinarité	- validation de la première série de fiches de pratiques	Juin 2005

3.1.7 Recrutement d'un cadre intermédiaire.

La situation du cadre intermédiaire dans l'institution est stratégique, il est le seul membre de l'encadrement présent de manière permanente. Il est à la fois l'interlocuteur privilégié des familles et des résidants, de l'équipe professionnelle en place, des cadres, médecins et thérapeutes ; mais aussi de l'ensemble des services du centre hospitalier. Ces missions sont multiples et variées et il ne partage que très peu de responsabilité du fait de sa position centrale et unique dans l'institution. A la charge technique, il faut ajouter la charge émotionnelle générée par les résidants, les familles et l'ensemble de l'équipe. Sa position, si elle est centrale, est aussi celle de l'isolement. La présence ponctuelle des uns et des autres, notamment du reste de l'encadrement et des thérapeutes n'apporte pas toujours le soutien escompté au moment voulu. Il s'agit d'un poste à très forte responsabilité qui doit naturellement se doubler d'une personnalité affirmée.

Les expériences passées, deux cadres de santé en un peu plus de deux ans, ont laissé une sensation d'échec tant parmi les membres de l'équipe professionnelle que parmi la direction du centre hospitalier. Les familles quant à elles se sont satisfaites de la présence d'un élève directeur de manière permanente dans l'institution pour quelques

⁴⁰ Annexe 6 : liste des fiches d'activité figurant dans le guide des pratiques

mois, mais la question du « après » reste posée, notamment par le biais du conseil de la vie sociale. Les périodes de changement et celles de la vacance du poste ne sont pas non plus sans incidence sur l'ordre qui règne dans l'équipe et le travail engagé auprès des résidents s'en trouve quelque peu altéré.

J'ai donc été amené à mettre en place une stratégie de recrutement plus formalisée que celle qui existait jusque là, sachant toutefois qu'il ne m'incomberait pas in fine de procéder au choix de la personne et que le processus pourrait être long. En effet les directions concernées : direction des ressources humaines et direction des soins infirmiers, souhaitent non seulement être associées au processus de recrutement, ce qui paraît naturel compte tenu du fonctionnement général du centre hospitalier, mais encore obtenir quelques garanties sur l'opportunité de recruter à nouveau un cadre de santé.

Afin de pouvoir établir un tour d'horizon plus clair de ce qui va présider au recrutement d'un nouveau cadre intermédiaire, j'ai souhaité agir, là aussi, par le biais d'une fiche projet et d'un QQQCP.

Fiche projet.

Titre : Recrutement d'un cadre intermédiaire.

Constats de départ.

- Difficultés de pérenniser un cadre de santé dans l'institution.
- Eviter un nouvel écueil avec les personnels, les familles et ses effets notamment sur la prise en charge des résidents.
- Faut-il recruter un cadre de santé ou un cadre socio-éducatif ?

Ressources et références.

- Statuts de la fonction publique hospitalière (FPH).
- Fichier des corps et grades de la FPH.
- Répertoire des métiers de la FPH.
- Direction des ressources humaines.
- Direction des soins infirmiers.

Objectifs à atteindre.

- Donner une stabilité à l'institution, le cadre étant une fonction clé et centrale.
- Considérer une fonction résolument orientée vers la prise en charge des activités et l'accompagnement de la personne.
- Sortir du champ sanitaire et reconsidérer la fonction au sens médico-social spécialisé dans la prise en charge de personnes adultes handicapées, présentes de manière permanente (notion de long séjour) et l'associer à la spécificité de l'autisme.

- Mettre l'accent sur des notions de gestion d'équipe et d'évaluation des pratiques professionnelles, notamment dans l'accompagnement des personnes en secteur médico-social.
- Plus largement développer un contexte d'amélioration de la qualité par l'évaluation au sens des obligations légales qui s'imposent aujourd'hui au secteur médico-social.
- Sur la base de ces éléments, procéder au recrutement d'un cadre socio-éducatif.
- Se fonder sur une fiche de poste précisant et développant les missions générales et particulières du cadre socio-éducatif.

Equipe de réalisation.

- Directeur de projet : directeur de l'institution.
- Chef de projet : directeur stagiaire.
- Groupe de travail : Directeur des ressources humaines.
Directeur des soins infirmiers.
Cadre supérieur de santé.
Médecin psychiatre.

Moyens à mettre en œuvre.

- Temps de réunion au centre hospitalier de Dax.

Calendrier de mise en œuvre.

↓ Quoi	Quand → 2005	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Validation de la fiche projet		+											
Analyse de l'existant sur la base du brainstorming et de la fiche projet			+										
Identifier les principaux points de travail			+										
Recherche de solutions			+										
Rédaction de la fiche de poste			+										
Validation			+										
Mise en œuvre				+	+								
Recrutement					+	+							

Moyens permettant la pérennité de l'action.

- Plan de suivi sur la base de la méthode QQQQCP.

Quoi ? Thème.	Pourquoi ? Problématique actuelle. Organisation ou pratique défaillante.	Qui ? Responsable du projet. Personnes concernées.	Quoi ? Objectifs et résultats attendus.	Comment ? Prévision des étapes à suivre et modalités de suivi.	Pour quand ? Date de réalisation et étapes intermédiaires.
Recrutement d'un cadre intermédiaire	- difficulté de pérenniser la fonction de cadre - des dysfonctionnements institutionnels liés à cette instabilité - une fonction qui relève du secteur médico-social occupée par un cadre de santé	<u>Responsable :</u> Directeur stagiaire <u>Personnes concernées :</u> Directeur de la MAS l'Arcolan Directeur des ressources humaines Directeur des soins infirmiers Cadre supérieur de santé Psychiatre	- pérenniser la fonction et stabiliser l'équipe - initier un travail de réflexion sur le travail d'équipe - formaliser les pratiques professionnelles et les orienter dans le sens de l'accompagnement des personnes - s'approprier et mettre en place une démarche qualité	- réalisation d'une fiche de poste de cadre socio-éducatif⁴¹ - validation par les personnes et directions concernées - transformation du poste par les instances du centre hospitalier (Comité technique d'établissement, conseil d'administration) - avis de publicité de vacance de poste - commission de recrutement - recrutement	Janvier 2005 Février 2005 Mars 2005 Mars 2005 Avril 2005 Mai 2005 avec une période d'adaptation à la structure hospitalière de 2 à 3 semaines

- Précisions sur le recrutement.

La commission de recrutement, composée du directeur de la MAS, du directeur des ressources humaines, du directeur des soins infirmiers et du cadre supérieur de santé n'a eu à étudier que deux candidatures, émanant de l'hôpital lui-même. Le contexte en milieu hospitalier pour des cadres socio-éducatif n'est pas commun. Il s'agit de surcroît de personnes occupant jusque là des fonctions d'éducateurs spécialisés, l'une dans un service d'hôpital de jour pour enfants et la seconde à la MAS l'Arcolan. A cet instant, il était naturel d'adapter le recrutement en précisant que le poste ne pourrait être occupé que par un « faisant fonction de cadre socio-éducatif » et que le recrutement définitif devrait répondre aux règles en vigueur dans la fonction publique. En conséquence le candidat sélectionné devra satisfaire aux exigences de la formation du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité et d'intervention sociale (CAFERUIS). Cette formation, qui fait suite à des aménagements importants des fonctions de cadre dans le secteur social et médico-social, n'est pas encore complètement formalisée, mais le centre hospitalier s'engage à la prendre en charge au titre de ses objectifs de formation. De plus la période d'adaptation au centre hospitalier et à ses particularismes pourra être confortée par des expériences dans d'autres

⁴¹ Fiche de poste de cadre socio-éducatif : annexe 2.

établissements présentant un intérêt au regard de l'activité et du fonctionnement de la MAS l'Arcolan.

La candidature retenue a été celle émanant de la MAS l'Arcolan, ce qui ne va pas sans poser certaines questions de positionnement dans l'institution. Il s'agit d'une personne qui, par le passé, avait occupé des fonctions de cadre dans le secteur médico-social associatif et qui connaît le secteur du handicap mental adulte pour avoir eu plusieurs expériences dans ce domaine

3.1.8 Bilan et retour d'expérience.

Pour aboutir à un processus complet, il convient de mettre en place des actions qui permettent de mesurer les résultats obtenus et un plan de suivi des actions. La priorité donnée au recrutement du cadre socio-éducatif s'inscrit dans cette démarche.

A ce stade, il faut continuer à faire fonctionner le groupe de travail. Celui-ci sera placé sous la responsabilité du cadre socio-éducatif qui assurera la continuité de son action avec pour mission de mesurer et contrôler les résultats. Les solutions retenues pour l'ensemble des opérations menées se feront par l'intermédiaire de tableaux de bord. Certains sont déjà en place, ils ont été constitués en même temps que la conception des solutions : tableau de bord de suivi des personnels, tableau de bord de suivi des référents/résidants, tableau de bord de suivi des synthèses des résidants.

Ces pratiques ont d'ailleurs donné lieu à la mise en place de tableaux de bords autres que ceux qui viennent d'être précisés et sans que de tels processus soient engagés sur la base d'une problématique. Il s'agit de tableaux de bord du suivi des candidatures des résidants à l'entrée à la MAS afin d'identifier l'origine des candidatures et leur typologie ; du suivi de la signature des contrats de séjour dans la mesure ou ceux-ci ont été mis en place après l'ouverture de l'institution.

Mon expérience dans le processus engagé s'est arrêtée là compte tenu du terme de mon stage. Le retour d'expérience est donc limité. Cependant, des témoignages laissent penser que les modes de management proposés ont eu des effets à deux niveaux :

- Le premier concerne la structuration des actions menées et pour une grande partie des professionnels la satisfaction, au prix d'un travail laborieux, engagé et ambitieux, de voir se concrétiser certaines réponses attendues depuis longtemps.
- Le second de ces effets est la prise de conscience de ce que pouvait être une démarche qualité et un processus d'amélioration continue de qualité notamment au travers de l'évaluation interne. L'effet pédagogique peut alors être considéré comme atteint.

En effet, j'ai favorisé la réalisation d'un premier tour de roue selon le principe de Deming, même s'il n'est pas terminé. Cependant l'amélioration continue de la qualité n'a de sens que si elle s'inscrit dans le temps ; il faudra donc engager une réflexion qui sera de nature à poursuivre cette action. C'est en ce sens qu'iront les propositions que je vais faire dans le prochain chapitre. Elles ont aussi vocation à assurer la continuité des actions engagées.

3.2 Assurer la continuité du processus stratégique de management : l'évaluation interne.

L'entrée dans une démarche qualité par le biais d'une méthode de résolution de problèmes, constitue en soi une réponse à des problématiques qui se posent dans une certaine urgence. Toutefois, il est possible de s'inscrire dans un processus stratégique de management par une entrée plus douce. C'est le choix qui est fait ici par le biais de l'évaluation interne à la fois pour répondre sans attendre aux obligations légales de la loi du 2 janvier 2002, mais aussi pour s'engager résolument dans une stratégie managériale.

3.2.1 L'évaluation interne : intérêt et choix d'un outil.

Le cadre législatif et réglementaire, même s'il n'est pas complètement abouti, oblige d'ores et déjà les dirigeants de structures sociales et médico-sociales à se positionner en faveur d'une démarche qualité structurée.

A) Intérêt de l'évaluation interne.

Dans son article 22, la loi du 2 janvier 2002 précise que les établissements doivent procéder à une évaluation interne qui sera transmise tous les cinq ans à l'autorité qui a délivré l'autorisation de fonctionnement et à une évaluation externe tous les sept ans, par un organisme extérieur et habilité et au moins deux ans avant le renouvellement de la dite autorisation.

J'ai pu remarquer l'intérêt de procéder à certaines régulations institutionnelles dans le sens de l'amélioration des pratiques professionnelles, même si la durée sur laquelle s'est déroulée cette constatation s'est limitée à une période de 8 mois, et que le retour d'expérience n'est pas suffisant. Pour autant, il semble que la démarche qualité qui se fonde sur une amélioration continue de la qualité s'inscrit dans le temps sans être réactivée à chaque soubresaut institutionnel. L'intérêt majeur de l'évaluation dans une

institution peut aussi être interprété comme un levier de management qui permet avant tout la prise en charge la plus adéquate des personnes accueillies dans le cadre des missions dévolues à un établissement.

B) Choix d'un outil pour l'évaluation interne.

En conséquence, et dans la continuité des actions entreprises jusque-là, je propose dans cette dernière partie de considérer un outil plus global de l'évaluation interne.

On sait que le CNESMS doit valider, ou élaborer en cas de carence des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, selon les termes de l'article 22 précédemment cité. Beaucoup d'investigations vont dans le sens de la recherche de ces normes, elles sont diffuses et si particulières, tant la typologie des établissements est large, qu'il est probable qu'il en existe une grande variété notamment sous la forme de référentiels plus ou moins bien identifiés. L'objet de mon propos n'est pas de se projeter sur un marché pour procéder à un comparatif mais davantage d'étudier dans quelle mesure on peut entrevoir une possibilité d'action au travers d'un de ces référentiels.

Quoi qu'il en soit c'est davantage sur une méthodologie que doit pouvoir se fonder l'évaluation interne ou externe d'un établissement. La mise en place de l'évaluation interne peut s'aider ou non d'un prestataire extérieur, c'est la solution privilégiée ici et ceci pour deux raisons :

- La première réside dans les conclusions que l'on peut tirer de l'expérience vécue : à savoir que les participants sont tous des agents en prise avec le terrain et plus exactement les résidents et s'ils se satisfont d'avoir participé à ce type de démarche, dans le cadre et pour le bien institutionnel, à terme cela génère une certaine lassitude. On parle ici d'une petite structure qui ne dispose que d'un potentiel humain limité et se sont souvent les mêmes agents qui sont sollicités ou impliqués.

- La seconde raison rejoint la première, en ce sens qu'il est nécessaire d'encadrer ce type de démarche par des responsables et chef de projet par exemple, dans tous les cas des personnels qui puissent garder une certaine distance, voire neutralité, dans ce type d'exercice. Aussi à la MAS l'Arcolan, la seule personne présente de manière permanente en dehors de l'équipe professionnelle est le cadre socio-éducatif, le reste de l'encadrement souffre d'une grande atomisation de son temps sur d'autres activités ou structures. On peut prolonger ce propos en pensant qu'il est parfois opportun de bénéficier d'une technicité et d'un regard extérieur, là où l'on est trop impliqué et où le risque de partialité est grand.

Aussi, le choix que je vais exposer dans cette partie, avec l'autorisation et sur les conseils avisés de son responsable, me semble être une démarche d'évaluation interne à la dimension de la MAS l'Arcolan.

3.2.2 Le référentiel coopératif VISAS et le guide de l'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques.

Ce référentiel s'inscrit dans une démarche entreprise par le conseil d'administration du CREAHI⁴² Poitou-Charentes en 1997 : « *mener une démarche de conception d'un outil pour l'évaluation de la Qualité, pour et avec les professionnels du secteur social et médico-social et les autres acteurs concernés* ».

Son but est d'offrir aux professionnels et aux organismes du secteur social et médico-social, un outil d'évaluation de la qualité permettant de repérer les bonnes pratiques, de mesurer les écarts par rapport à ces pratiques, de trouver des stratégies d'amélioration et de s'engager dans les actions correspondantes.

En réalité, cette démarche se fonde sur trois outils qui sont : le référentiel coopératif VISAS⁴³, le guide de l'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques et le guide d'audit interne réservé aux utilisateurs accompagnés par le CREAHI. L'audit interne qui permet de faire un état des lieux avant d'entamer une démarche d'évaluation peut aussi être envisagé à partir du référentiel et du guide de l'évaluation de la qualité, il n'est donc pas nécessaire de recourir au guide d'audit interne.

A) Le référentiel coopératif de la qualité VISAS.

Ce référentiel est élaboré selon la méthode ECARTS⁴⁴, et se présente sous la forme d'une structure à trois niveaux. Il est accompagné d'un guide d'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques afin de détailler les indicateurs du référentiel.

a) La présentation générale de la méthode ECARTS.

Dans le cadre d'activités de conseils, d'études et de formations auprès de divers services ou organismes, particulièrement dans les secteurs éducatifs, sociaux, culturels et humanitaires, la méthode ECARTS (Elaboration Coopérative et Adaptée de Référentiels

⁴² CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Action pour les Handicaps et l'Insertion.

⁴³ VISAS : Vitalité des Services en Action Sociale.

⁴⁴ ECARTS : Elaboration Coopérative et Adaptée de référentiels pour tracer des Stratégies.

pour Tracer des Stratégies : appellation usuelle ; Etude et Connaissances, Adaptation des Référentiels et Tracés des Stratégies : appellation technique) « permet à un groupe ou à une équipe de travail avec l'intervention d'un animateur, d'élaborer progressivement en commun par la mutualisation de leurs savoirs, de leurs compétences et par une validation empirique et culturelle de leur production intellectuelle, un référentiel consensuel et opérationnel pour la réalisation d'une action qui constitue l'objectif de travail choisi par le groupe ».

La caractéristique innovante du référentiel coopératif est le fait que l'ensemble des éléments, produits par les participants et/ou récoltés par enquête dans l'environnement qui le constitue, s'inscrit systématiquement dans une structure graphique normalisée sous la forme d'une grille arborescente.

b) Application au référentiel coopératif de la qualité VISAS.

Le référentiel VISAS, présenté en *annexe n°7*, est élaboré selon la méthode ECARTS et se présente sous la forme d'une structure à 3 niveaux :

➤ **Le thème de l'action choisie**, à savoir ici « la qualité d'un établissement ou d'un service social ou médico-social ».

➤ **Une structuration en 9 objectifs principaux**, qui sont autant d'aspects, de domaines d'une organisation de services. Ceux-ci sont regroupés en entités de trois objectifs généraux et présentés selon deux logiques de lecture :

- le triple registre de la mission, des acteurs et de l'organisation, figuré selon trois couleurs différentes,
- la logique d'ingénierie d'un projet, de la conception du projet initial (ou refondé) à l'évaluation source d'amélioration.

➤ **Une déclinaison de chaque objectif en 4 indicateurs généraux significatifs, soit au total 36 indicateurs généraux.** Ces 36 indicateurs généraux sont des modes d'approche différents et complémentaires de l'organisation à but social. Ce ne sont pas des découpages de la réalité de l'institution mais des points de vue différents sur celle-ci ; un même problème concret concerne très souvent plusieurs indicateurs, et interroge leurs interactions ; ce qui multiplie les approches possibles du problème et par conséquent les possibilités d'action et de solutions.

Cette structure arborescente constitue la carte générale commune, la vision partagée, à travers laquelle l'ensemble de l'organisation en fonctionnement et en devenir, avec son projet, dans son environnement, va être lue et évaluée.

➤ **Il existe aussi des référentiels spécifiques et plus détaillés, élaborés entre les établissements et le CREAHI.**

c) *Le guide d'évaluation de la qualité.*

Chaque indicateur général est décliné en sous indicateurs ou indicateurs particuliers plus homogènes de 2 à 4 selon le thème.

Exemple : l'indicateur codé i2 (les décisions utilisées et les décisions prises) est divisé en 2 sous indicateurs i2.1 (les outils d'évaluation sont utilisés selon les procédures prévues) et i2.2 (les décisions sont prises et leurs traces enregistrées).

Chacun de ces indicateurs particuliers est ensuite traité pour la recherche de la qualité selon 3 modes d'investigation, qui répondent à la triple question suivante :

➤ **Evaluer quoi ? Les bonnes pratiques.**

Des indicateurs de qualité ont été repérés et le guide constitue d'abord un outil de diagnostic pour faire l'état des lieux de ces indicateurs. Chacune des 36 fiches ainsi proposées permet le diagnostic d'un indicateur général pour l'établissement ou le service.

➤ **Chercher où ? La traçabilité.**

Les documents et enregistrements répertoriés dans le guide constituent les preuves de la traçabilité pour chaque indicateur qualité. Un même document peut bien sûr être répertorié plusieurs fois selon ses fonctions, par exemple le document du projet d'établissement.

➤ **Evaluer comment ? Le questionnement.**

Les principales questions à se poser et les personnes à interroger ont été recensées, en ce sens le guide constitue également un outil d'audit interne et externe pour repérer les pratiques et les améliorer. Les référentiels spécifiques élaborés conjointement avec les établissements peuvent ici apporter des éléments intéressants.

Ce dispositif touche une typologie importante d'établissement du fait de son adaptabilité aux particularités des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Il est par ailleurs évolutif et les indicateurs qualité répertoriés viennent s'affiner au fur et à mesure de la confrontation avec les nouveaux utilisateurs.

d) *Le référentiel et le guide sont génériques.*

Le choix du CREAHI a été d'élaborer un référentiel pour et avec des établissements et des services de types très différents. Le référentiel est donc générique, c'est-à-dire à la fois général et point de départ pour une adaptation plus précise à tel type d'établissement ou de service.

➤ **Le référentiel** peut être utilisé tel que, avec de grandes marges de manœuvre pour les équipes et les directions, en passant du général (le référentiel) au particulier (les situations concrètes).

➤ **Le guide** permet également à un établissement ou à un groupe d'établissement du même type, de construire son propre guide, plus adapté et plus précis par une sélection plus pertinente au sein des indicateurs existants ou par une description plus précise de certains indicateurs qualité.

Le référentiel et le guide ne prônent pas un modèle unique de références théoriques et d'actions : ils sont ouverts à toutes les recherches concernant les personnes accueillies.

Chacune des 36 fiches présentes dans le guide correspond à un indicateur général, mais qui ne prédisposent pas de réponses identiques. Elles exigent davantage des réponses effectives et spécifiques, c'est-à-dire des choix réels et précis de l'établissement ou du service en matière :

- de valeurs et de principes d'action,
- d'inventaire précis et structuré des services rendus,
- de modes d'intervention et d'accompagnement,
- d'organisation des responsabilités,
- de communication externe et interne.

La systématisation du référentiel se manifeste dans les interactions entre les indicateurs généraux et favorise :

- l'observation et la connaissance partagée,
- la mise en évidence des problèmes et leur explication,
- la formulation d'hypothèses d'actions,
- la mise en place de solutions et l'anticipation,
- l'évaluation et la vérification,
- l'amélioration des situations par des dynamiques collectives de négociation et de régulation entre utilisateurs.

3.2.3 Projection sur les problématiques de la MAS l'Arcolan.

Le guide d'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques présente une fiche pour chacun des indicateurs généraux tels qu'ils apparaissent dans le référentiel proposé ci-dessus. Elles sont au nombre de 36 et il ne serait pas envisageable d'en faire ici un tour d'horizon exhaustif. Aussi, je me contenterai de n'en développer qu'un seul, en fonction de l'intérêt qu'il revêt au regard des problématiques rencontrées à la MAS l'Arcolan.

L'objectif n'étant pas à terme de se contenter de cet exemple, mais davantage de s'intéresser à l'ensemble des indicateurs visés afin de produire une démarche d'évaluation plus globale et susceptible de répondre à la fois aux obligations législatives et réglementaires qui pèsent sur les établissements sociaux et médico-sociaux ; mais aussi de répondre aux objectifs d'une prise en charge cohérente et efficiente des personnes autistes.

A) Approche du référentiel par un indicateur principal.

Nous nous intéresserons ici à l'indicateur principal *f* : « *assurer une organisation du fonctionnement collectif claire et efficace* ». Cet indicateur se décline en 4 indicateurs généraux, de f1 à f4 que je vais présenter ici sous forme de tableau afin que l'on puisse mesurer la teneur des questions qui sont susceptibles de se poser lors de la mise en place de l'évaluation ou dans un premier temps d'un état des lieux ou audit interne.

Indicateur général f 1	Evaluer quoi ? les bonnes pratiques Indicateurs qualité	Chercher où ? la traçabilité Documents pour l'action et enregistrements de l'action	Evaluer comment ? le questionnement Questions à se poser et à qui
f 1.1 : les statuts, les fonctions, les rôles, sont définis selon les services à rendre	- la cohérence entre les qualifications et les postes occupés existe - il y a cohérence des profils et des fiches de postes avec le projet d'établissement - les attentes de la direction quant à la façon d'occuper la fonction (rôle) sont précisées et négociées	- tableau des effectifs - fiches délégation des directeurs - fiches de poste, profils de poste - dossiers des salariés - référentiels métiers - bilans d'appréciation annuels - bilan social (répartition des qualifications)	- comparer organigramme et budget - les emplois temporaires (type CES) apparaissent-ils par leur travail (leur fonction) ou uniquement par leur statut ? - entretien d'évaluation avec les salariés
f 1.2 : ils sont formalisés et connus de tous	- chacun connaît sa fonction - les personnels connaissent les responsabilités de chacun - les familles connaissent les responsabilités de chaque intervenant auprès de la personne	- organigramme hiérarchique nominatif complet - organigramme fonctionnel (ou de répartition des tâches) - livret d'accueil des salariés - livret d'accueil des stagiaires - livret d'accueil des personnes (article 8 de la loi du 2 janvier 2002)	- l'organigramme est-il actualisé ? - quel est le repérage des personnes ressources ? - entretien avec les salariés - entretien avec des familles et des personnes accueillies

Indicateur général f 2	Evaluer quoi ? les bonnes pratiques Indicateurs qualité	Chercher où ? la traçabilité Documents pour l'action et enregistrements de l'action	Evaluer comment ? le questionnaire Questions à se poser et à qui
f 2.1 : les règles générales internes, les procédures de fonctionnement collectif (dont la logistique) sont écrites et comprises	- le règlement intérieur est affiché - les procédures de fonctionnement sont regroupées, accessibles et lisibles - elles sont communiquées à toutes les personnes concernées	- règlement intérieur diffusé à chacun - notes de service et procédures de fonctionnement dont l'utilisation des équipements (salles, véhicules, matériels) - procédures administratives : congés, absences, maladie, accidents... - consignes de sécurité - procès verbaux des conseils d'administration - comptes rendus des réunions générales ou institutionnelles - plan de classement des documents	- quelle facilité d'accès aux documents ? - les dates de mise à jour figurent-elles sur les documents ? - sont-elles regroupées dans un guide facile à utiliser ? - sont-ils diffusés ? affichés ?
f 2.2 : elles sont appliquées	- leur application est constatée	- les documents supports : fiches de suivi, cahier de liaison, de transport, d'infirmerie, de présence, formulaires divers...	- quelle utilisation ? quelle lisibilité ? - existe t-il des dysfonctionnements ?
f 2.3 : et évolutives	- les procédures sont revues, évaluées et régulièrement, améliorées	- comptes rendus des réunions ad hoc - bilan annuel - archives (comparaison)	- quelle régularité ? - combien de nouvelles procédures sur un temps donné ?
f 2.4 : les problèmes sont enregistrés	- des supports existent pour enregistrer les problèmes rencontrés	- enquêtes, cahiers d'activités, de liaison, fiches d'incident... - compte rendu de réunion	- quel degré de mobilisation pour enregistrer les problèmes ?
F 2.5 : et ils sont traités	- des temps précis sont utilisés pour traiter les problèmes	- comptes rendus des réunions de résolution des problèmes - notes de service, d'information	- y a t-il un responsable désigné ? - quels sont les effets des solutions apportées et des décisions prises ?

Indicateur général F 3	Evaluer quoi ? les bonnes pratiques Indicateurs qualité	Chercher où ? la traçabilité Documents pour l'action et enregistrements de l'action	Evaluer comment ? le questionnaire Questions à se poser et à qui
f 3.1 : la gestion du temps et des horaires privilégie la personne accueillie	- les horaires collectifs sont affichés - les personnes accueillies et les familles connaissent les emplois du temps et les horaires des différents services, dont le secrétariat - les modifications d'horaires sont communiquées à toutes les personnes concernées - les personnes accueillies et leurs représentants s'expriment sur les rythmes de vie et les horaires - il existe des temps libres à la disposition des personnes accueillies - les remplacements sont organisés en cas d'absence - l'emploi du temps s'adapte aux événements exceptionnels (fêtes nationales, anniversaires...)	- règlement de fonctionnement et livret d'accueil (article 8 de la loi du 2 janvier 2002) - emplois du temps des personnes accueillies - planning des activités et de leur encadrement - horaires des services - comptes rendus du conseil de la vie sociale (article 10 de la loi du 2 janvier 2002) - groupes de parole - enquêtes de satisfaction auprès des personnes accueillies ou de leurs représentants	- entretiens avec le personnel - entretiens avec les personnels et les familles - y a t-il des activités supprimées par manque de personnels ? et à quelle fréquence ? - quelle est l'amplitude d'ouverture des services administratifs ? - quelle prise en compte des orientations du conseil ? - analyser les plaintes et les insatisfactions ?

f 3.2 : et respecte la réglementation en vigueur	- les horaires individuels respectent les textes réglementaires - des plages de superposition des horaires pour passer les consignes sont prévues (transmissions) - les modalités de récupération des temps sont définies	- code du travail - statut de la fonction publique hospitalière - répartition des heures supplémentaires, complémentaires et des récupérations	- quelle est la satisfaction des salariés ? - analyser les dysfonctionnements et leurs causes possibles
---	---	--	--

Indicateur général f 4	Evaluer quoi ? les bonnes pratiques	Chercher où ? la traçabilité	Evaluer comment ? le questionnement
	Indicateurs qualité	Documents pour l'action et enregistrements de l'action	Questions à se poser et à qui
f 4.1 : la circulation des informations est organisée	- un inventaire des informations circulantes est effectué - il précise leurs natures, leurs origines (interne ou externe) leurs supports, leurs destinataires	- inventaire des types d'informations qui circulent et des supports : journal interne, cahier de liaison... - boîtes aux lettres individuelles - réseau intranet ou internet - classeur des procédures	- entretiens avec quelques salariés On peut se référer aux indicateurs e1, e2 et e3 concernant les qualifications et les compétences, la formation et la motivation des agents
f 4.2 : les réunions sont justifiées (elles ont des objectifs précis)	- un inventaire de tous les types de réunions existe - il repère le ou les objectifs de chacune des personnes concernées, leur fréquence, leur durée	- inventaire des types de réunions	- quelle perception des différents types de réunions ? - quel est le taux d'absentéisme ? - les horaires prévus sont-ils respectés ? - quel est le degré de satisfaction des participants ?
f 4.3 : et efficaces par une préparation, un animateur, un compte rendu écrit et un suivi efficient	- un calendrier des prochaines réunions est affiché - les ordres du jour sont préparés - un animateur conduit la réunion - une ou plusieurs personnes établissent un compte rendu - le compte rendu est diffusé dans un délai raisonnable et toujours avant la réunion suivante - le compte rendu répertorie les décisions prises ou annoncées - un garant de la décision est institué	- planning des réunions à venir - comptes rendus des réunions	- quelle est la lisibilité, notamment pour une personne absente à la réunion ? - quelle diffusion des décisions prises ? - les décisions sont-elles suivies d'effets ?

B) La notation des indicateurs qualité.

Pour procéder à l'évaluation, il faut à un moment déterminé, opérer une comparaison. Cette comparaison est difficilement opérable par de simples appréciations littérales. En conséquence, il faut procéder à la mise en œuvre d'une notation ou d'une cotation.

Chaque indicateur qualité retenu, sur la base des fiches ou grilles d'analyse que nous avons observées ci-dessus, fait l'objet d'une première appréciation que l'on globalise par indicateur général afin d'obtenir une première évaluation. Il n'est pas obligatoire de retenir l'ensemble des indicateurs précisés dans le référentiel et la possibilité pour chaque structure d'en choisir un ou plusieurs peut-être déclinée selon une élaboration plus fine de certains indicateurs qualité. Ce sont les référentiels particuliers élaborés entre le CREAHI et certains établissements et qui correspondent à des besoins plus spécifiques des institutions. On peut facilement imaginer que dans le contexte de la MAS l'Arcolan on puisse voir apparaître une application en direction de la prise en charge des personnes adultes autistes.

Concernant la démarche deux solutions sont possibles, soit l'institution agit seule en confiant cette première approche à une personne ressource désignée en interne et formée à l'utilisation des outils que sont le référentiel et le guide ; soit l'institution définit une première approche collective (groupe de travail, personne ressource, personne qualité...) et demande une évaluation externe pour établir un rapprochement et mesurer les écarts d'appréciation.

Echelle utilisée pour cette démarche :

Les indicateurs sont évalués selon 4 valeurs, il est important d'éviter de se situer sur une zone médiane ou neutre qui signifie un positionnement délicat ou un défaut de positionnement. Cependant sur une échelle à 4 valeurs et afin d'éviter un défaut de positionnement par une valeur 0, il est convenu ici de déclarer l'indicateur comme « non pertinent ».

NP	l'indicateur qualité n'est pas pertinent.
00	l'indicateur qualité n'est pas réalisé.
01	l'indicateur qualité est réalisé très partiellement, des éléments limitent fortement la qualité et une ou plusieurs réserves sont émises.
02	l'indicateur est réalisé mais des remarques peuvent concerner une ou des améliorations souhaitables.
03	l'indicateur qualité est très précisément réalisé, sans remarques ni réserves.

Les résultats sont convertis en moyenne pour chaque indicateur général selon le barème suivant et font l'objet d'une appréciation qui permet de donner un sens à l'évaluation ainsi opérée :

< = 1,5	< = 50 % des objectifs atteints	Ça pique
< = 2	< = 66 % des objectifs atteints	Ça émerge
< 2,5	< 83 % des objectifs atteints	Ça tourne
> = 2,5	> = 83 % des objectifs atteints	Ça éclaire

3.2.4 Un scénario pour l'évaluation interne.

L'utilisation de ces outils dans le cadre de l'évaluation interne requiert que l'on puisse établir un point de départ ou état des lieux. L'accompagnement devra être assuré par une structure de travail adaptée et valorisée par un engagement fort de la direction.

A) La nécessité d'un « état des lieux ».

La mise en place de l'évaluation interne nécessite que l'on puisse s'appuyer sur des références précises afin d'apprécier les points faibles et les points forts de la structure. Dans ce contexte le référentiel et le guide présentés ci-dessus sont des outils qui peuvent être directement utilisés par les institutions.

On peut considérer que l'accompagnement par des personnes rompues à l'utilisation du système, et qui d'un point de vue pédagogique peuvent apporter des arguments susceptibles de convaincre du bien fondé de la démarche, sera un atout supplémentaire. De plus, les intervenants extérieurs bénéficient d'une certaine neutralité dans le positionnement institutionnel de nature à rétablir quelques oppositions parfois très orientées. Sans remettre en cause la valeur de l'équipe de la MAS l'Arcolan, il faut admettre que l'étroitesse des ressources humaines constitue une difficulté supplémentaire. Aussi, il est pas opportun d'envisager de s'appuyer sur des ressources extérieures et expérimentées afin d'élargir les horizons.

Quelque soit le mode retenu, il faut procéder à un audit interne ou à un autodiagnostic de départ. Il convient ici de s'assurer de la compréhension des fondements d'une démarche qualité, de l'appropriation des outils que sont à la fois le référentiel et le guide et de procéder à une analyse des résultats afin d'élaborer des choix stratégiques pertinents.

B) Structure de travail : comité de pilotage et groupe de travail.

Malgré les limites que peut constituer l'étroitesse des effectifs d'une institution comme la MAS, il est préférable de mettre en place une structure de travail à deux étages.

On a vu que la réunion institutionnelle comporte des conséquences importantes en terme de stratégie et de validation des travaux mis en œuvre dans l'institution.

Cependant, la création d'un comité de pilotage validant, pour les décisions des groupes de travail plus nombreux et orientés sur des thématiques précises, semble une nécessité à la fois pour garder une direction opérationnelle sur les travaux à initier et

garantir une certaine légitimité des actions engagées par les membres investis de ces opérations.

Il s'agit d'un dispositif lourd qui induit un engagement fort des personnels. Outre l'autodiagnostic qui a pu être réalisé en interne avec ou sans l'aide d'un prestataire extérieur, il faut envisager de responsabiliser des personnels sur le long terme. Pour l'heure, aucune disposition ne permet aux établissements de disposer de ressources supplémentaires susceptibles d'être affectées à ce type de démarche sauf à moyens constants, c'est à dire par redéploiement interne. Il convient toutefois d'affirmer ces dispositifs par la nomination de personnes et de responsables, qu'il s'agisse de personnes ressources, de personnes relais ou d'animateurs afin de leur assurer une pérennité dans le fonctionnement et un certain dynamisme.

La mise en place de ce dispositif devrait s'appuyer sur une formation action afin de bien expliciter les mécanismes et rendre la désignation de ces personnes claire et transparente pour l'institution. A partir de cet instant nous entrons dans un processus de qualification des personnels. Ces derniers vont être capables d'élaborer des procédures, de participer à l'orientation et à la définition d'un plan d'amélioration de la qualité et des dispositifs de régulation adéquats.

Précisons que les groupes de travail et le comité de pilotage sont au service du collectif. Il est important de respecter le travail effectué par leur intermédiaire pour le compte de l'institution. Les procédures sont préparées et écrites collectivement. Les processus de démarche qualité, sont une intelligence collective en action, qu'il convient de légitimer en tant que tels. Toutes les décisions prises ne peuvent pas être validées ou invalidées, selon les cas de manière permanente par la réunion institutionnelle. Ces instances de travail doivent pouvoir disposer d'une certaine légitimité, nonobstant les pouvoirs propres du directeur qui lui confèrent un droit de regard permanent ne serait-ce que sur le plan de la responsabilité.

C) L'évaluation exige un engagement fort.

En premier, c'est l'engagement de la direction qui s'est formé et qui communique par écrit sa volonté d'un engagement progressif avec une vision à long terme tout en le faisant savoir. Elle se positionne dans une véritable stratégie de management.

Le choix de l'évaluation interne implique le choix d'un référentiel et la compréhension des normes qu'il contient et de leur niveau d'exigence avec la nécessité d'homogénéiser les représentations très diverses que peuvent en avoir les différents professionnels concernés.

L'évaluation interne exige une pratique régulière afin d'apprécier tout aussi régulièrement les écarts qui peuvent exister entre les objectifs retenus et ceux désirés. Toutefois l'appréciation ne suffit pas, il faut donc interpréter et décider des actions correctives ou tout au moins les proposer.

Son intégration perpétuelle dans le processus de management de la structure implique de disposer de personnes en charge de manière permanente de certaines fonctions en dehors, bien entendu, des fonctions de direction. Il est donc nécessaire de disposer de personnes relais sur le terrain (relais qualité, responsable du système qualité, animateur qualité...) bien formées et disposant d'un temps d'action exclusivement dédié à ce processus. L'autre avantage réside dans le repérage permanent de la qualité au sein de l'institution que permet la présence de cette ou ces personnes.

Une communication régulière à l'ensemble du personnel favorise les résultats obtenus et les valide. C'est aussi le moyen d'une reconnaissance des équipes ayant œuvrées à ces travaux. Ici la réunion institutionnelle a un rôle à jouer, tout comme elle doit se positionner sur les modalités des actions d'amélioration ou correctives des points faibles enregistrés.

La continuité d'une stratégie de management nécessite que l'on s'appuie sur des outils concrets et palpables, dans leurs modalités et leurs applications par les personnels. Cette stratégie a pour objectif de faire une proposition d'action concrète en s'appuyant sur un outil bien réel et à partir d'une situation institutionnelle tout aussi réelle.

CONCLUSION

La démarche qualité est une dynamique de changement. Le souci permanent de mieux faire, de « rectifier le tir » avec des mesures d'amélioration ou des actions correctives afin d'optimiser le fonctionnement ne doit pas entraîner une dévalorisation des acteurs. Chacun est associé à la recherche de ce progrès visé, pour le bénéfice de la personne accueillie et peut y trouver une satisfaction personnelle.

La loi du 2 janvier 2002 fait peser sur les établissements sociaux et médico-sociaux des mesures qui, si elles ne sont pas complètement affirmées, n'en paraissent pas moins incontournables à terme. Les différents outils que doivent présenter les institutions, les schémas d'organisation et de planification dans lesquels elles doivent s'inscrire, les modalités qui vont jalonner le temps et décider de la reconduction ou non de leurs missions avec les évaluations internes et externes et enfin le suivi par des indicateurs médico-sociaux sont autant d'éléments qu'il convient d'intégrer au plus tôt dans les stratégies de management des établissements.

Il existe pour l'institution des dates butoirs qui sont en premier lieu l'obligation de répondre à la satisfaction d'une démarche d'évaluation. L'article L 312-8 du CASF relatif à l'évaluation est d'application immédiate, ce qui suppose que la MAS l'Arcolan, comme par ailleurs tous les autres établissements, devront avoir satisfait à la réalisation ou tout au moins à la mise en œuvre de l'évaluation interne pour le 1^{er} janvier 2007 et pour le 1^{er} janvier 2009 concernant l'évaluation externe.

L'autre paramètre important à retenir dans le calendrier de la stratégie de management est assurément le projet d'établissement. La conception théorique qui suppose le développement d'une évaluation interne sur la base du projet d'établissement n'est pas ici complètement infondée.

Le contexte de la MAS l'Arcolan fait que le projet d'établissement a été écrit avant son ouverture, ce qui apparaît par ailleurs normal, mais qui pour l'heure n'a pas été réactualisé. Il faut ici tenir compte de son intégration au projet d'établissement global du centre hospitalier pour la période 2003-2007. Une réécriture devra prendre corps pour être validée dans le courant de l'année 2007 afin d'être opérationnelle pour l'année 2008. Conduire une démarche évaluative de projet, c'est accepter pour une équipe de modifier en cours de route les paramètres de fonctionnement posés par le projet lui-même au fur et à mesure de son déroulement. Pour autant, la démarche évaluative ne vise pas la reconstruction globale du projet à chaque mesure, elle apporte seulement des modalités d'adaptation ou de perfectionnement en respectant les orientations de base.

A terme, les modifications apportées en cours de fonctionnement devront être intégrées au projet d'établissement, me laissant ainsi penser que l'évaluation interne sera un excellent support à la réécriture du projet d'établissement.

Bibliographie

Ouvrages :

- ☞ CHARLEUX.F, GUAQUERE.D, « *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils méthodes et mise en oeuvre* »,ESF éditeur, 2003.
- ☞ COULON.M, CREHIN.J.M, «*Garantir la qualité dans le médico-social. Une expérience réussie de certification* », AFNOR, 2001.
- ☞ DANANCIER.J, « *Mener l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux* »,Dunod, 2004.
- ☞ DUCALET.P, LAFORCADE.M, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes* », Ed. Seli Arslan, 2^{ème} édition 2004.
- ☞ POUPEE-FONTAINE.D, ZRIBI.G, « *Dictionnaire du handicap* ».Ed. ENSP,2004.
- ☞ ROGE.B., « *Autisme, comprendre et agir* », Ed. Dunod, 2003, collection Santé, éducation, insertion.
- ☞ SEBILO.D, VERTHIGHEM.C, « *De la qualité à l'assurance qualité. Accompagner la démarche* »,AFNOR, 1998.

Revue et autres sources documentaires :

- ☞ ASH Suppléments (Actualités Sociales Hebdomadaires), « *La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale* », juin et octobre 2004.
- ☞ CHOSSY J.F,« *La situation des personnes autistes en France* », Rapport remis au Premier ministre, septembre 2003.
- ☞ CREAHI Alsace, « *L'autisme aujourd'hui* ». (Centre régional pour l'étude et l'action en faveur des personnes inadaptées),1999.
- ☞ CREAHI Poitou-Charentes, « *Guide d'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques pour les établissements sociaux et médico-sociaux* », 2004.
- ☞ CREAHI Poitou-Charentes, « *de l'évaluation à la qualité.* », avril 2000.
- ☞ DGAS, « *Guide méthodologique : Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire* »,mars 2004.
- ☞ DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) « *Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux* », Etudes et résultats, n°397 avril 2005.
- ☞ GARNIER.R, « *Pilotage, management et gestion publique* » dans le cadre du master « Gouvernance des institutions et des organisations », IEP Bordeaux, 2004-2005.
- ☞ JAEGER. M, « *La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et les enjeux de l'évaluation des institutions* ». La nouvelle revue de l'Adaptation et Intégration Scolaires n° 2002 Ed. du CNEFEI.

☞ Ministère de l'emploi et de la solidarité, « *Guide méthodologique :Création de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale* », Janvier 2001.

☞ ROUSSEL.P, « *Management de la qualité* » formation ENSP, 2004-2005.

Supports législatif et réglementaire :

- ◆ Code de l'Action Sociale et des Familles.
- ◆ Code de la Sécurité Sociale.
- ◆ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- ◆ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- ◆ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- ◆ Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n°75-535 et tendant à assurer une prise en charge de l'autisme.
- ◆ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- ◆ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- ◆ Décret n°89-796 du 27 octobre 1989 portant réforme du décret n°56-284 du 9 avril 1956.
- ◆ Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n° 75-534.
- ◆ Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 relatif aux établissements accueillants des enfants et adolescents handicapés.
- ◆ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.
- ◆ Circulaire n°62 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application des dispositions de l'article 46 de la loi n° 75-534.
- ◆ Note d'information de la DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relatives aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Sites internet :

arapi-autisme.fr

autisme.fr

autismefrance.org

handicap.gouv.fr

sesame-autisme.org

Liste des annexes

Annexe n°1 : Organigramme hiérarchique et fonctionnel de la MAS l'Arcolan, répartition des effectifs en nombre d'agents et ETP.

Annexe n°2 : Fiche de poste de cadre socio-éducatif affecté à la MAS l'Arcolan, validée le 1er avril 2005 par la direction des ressources humaines après avis des instances consultatives.

Annexe n°3 : Fiche de poste Aide Médico-Psychologique.

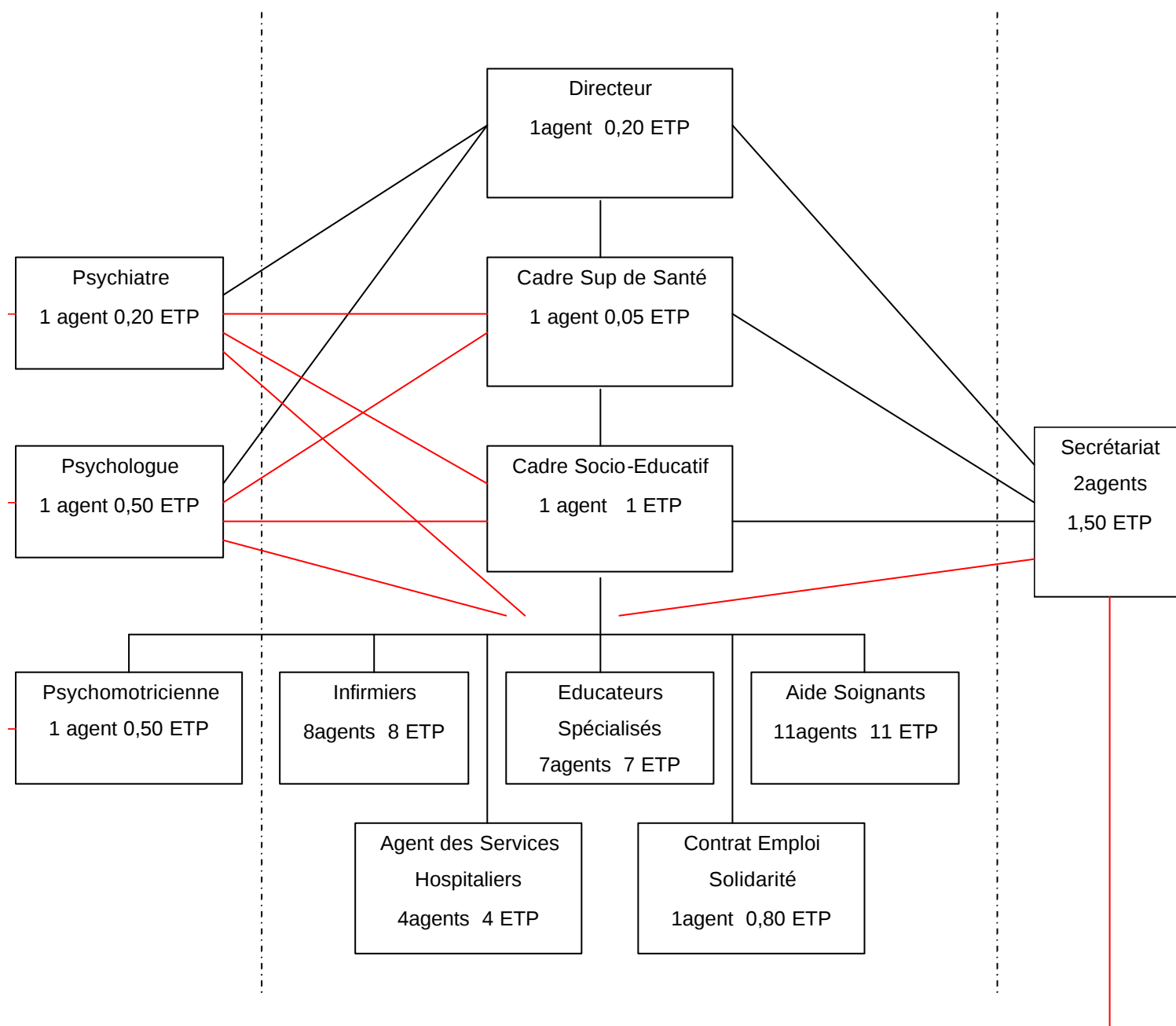
Annexe n°4 : Grille type de la méthode ECARTS.

Annexe n°5 : Liste des fiches de poste figurant dans le guide des pratiques.

Annexe n°6 : Liste des fiches d'activité figurant dans le guide des pratiques.

Annexe n°7 : Tableau présentant le référentiel coopératif de la qualité VISAS selon la méthode ECARTS. - Annexe non publiée

**Annexe n°1 : Organigramme hiérarchique et fonctionnel de la MAS l'Arcolan,
répartition des effectifs en nombre d'agents et ETP.**



____ Lien hiérarchique ____ Lien fonctionnel

ETP : Equivalent Temps Plein

Annexe n°2 : Fiche de poste de cadre socio-éducatif affecté à la MAS l'Arcolan, validée le 1er avril 2005 par la direction des ressources humaines après avis des instances consultatives.

SECTEUR D'ACTIVITE :

☞ Socio-éducatif.

UF D'AFFECTATION :

☞ Maison d'accueil spécialisée L'Arcolan Magescq.

IDENTIFICATION DU POSTE

MISSION GENERALE :

En lien avec la direction, à laquelle il rend compte de son travail, le CSE est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'équipe éducative et soignante de l'établissement.

Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique définie au niveau de l'institution.

Il rédige avec le directeur un rapport annuel d'activité de l'ensemble du service.

MISSIONS PRINCIPALES

- ◆ Concourir à l'élaboration du projet d'établissement ainsi que des différents projets qui peuvent être définis dans le cadre de celui-ci et les mettre en œuvre.
- ◆ Veiller à l'application de la réglementation et des différentes décisions qui seront validées au niveau de l'institution.
- ◆ Valider les écrits professionnels (synthèses, rapports portés sur le dossier unique du résident...).
- ◆ Participer aux différentes instances de l'institution, soit parce qu'il en sera membre, soit parce qu'il y sera invité.
- ◆ Assurer la gestion et l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire.
- ◆ Superviser la gestion des plannings des personnels et des différents droits statutaires qui y sont attachés dans le cadre des règles définies par l'institution.
- ◆ Procéder à la mise en place d'un planning prévisionnel des emplois et des effectifs et transmettre le planning réalisé.
- ◆ Elaborer les projets de formation continue et définir le plan de formation continue des personnels pour maintenir et actualiser les connaissances.
- ◆ Superviser l'organisation et la gestion des activités de la vie quotidienne des résidents.
- ◆ Veiller au bon exercice de l'autorité de tutelle, dans le respect des droits et des obligations des résidents pris en charge.
- ◆ Assurer le lien avec les différents partenaires dans le cadre de la prise en charge d'un résident et plus largement l'ensemble des partenaires de l'institution.
- ◆ Participer activement à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et des différentes procédures d'évaluation.
- ◆ Veiller au bon fonctionnement matériel de l'institution et à son maintien en état de propreté et d'hygiène et maintenance technique.

- ◆ Assurer les liaisons fonctionnelles avec les services du centre hospitalier (restauration, blanchisserie, administration, logistique...).
- ◆ Organiser et animer les réunions institutionnelles (transmissions, synthèses, régulation d'équipe, actualités cliniques, réunions d'équipe, groupe de travail, réunions avec les familles...).
- ◆ Gérer la circulation des informations (recueil, analyse, priorité, diffusion, classement, suivi).
- ◆ Accueillir et organiser l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires.
- ◆ Participer aux réunions ou travaux transversaux de l'institution.

CAPACITES REQUISES :

- ◆ Avoir travaillé au moins cinq années en établissement médico-social pour personnes handicapées mentales.
- ◆ Méthodologie, rigueur, compétences managériales et d'encadrement, capacités d'adaptation et d'organisation.
- ◆ Capacités relationnelles : écouter, négocier, communiquer, sens de la médiation. Rester maître de ses réactions.
- ◆ Sens de l'accueil des résidents, des familles et des différents partenaires institutionnels.
- ◆ Sens du travail en équipe et de la coopération, capacités à être porteur et acteur de la réalisation d'un projet. Respecter éthique et équité.
- ◆ Sens des responsabilités : déléguer et se situer dans une relation, décider dans la limite de son champ de responsabilité et de compétences.
- ◆ Capacités à soutenir un rythme de travail répondant à un ensemble complexe de besoins.
- ◆ Sens du service public et disponibilité.
- ◆ Connaissance de base en informatique.

Diplôme requis :

Diplôme d'état en travail social (*éducateur spécialisé, assistant social avec 6ans d'ancienneté dans le grade*).

Annexe n°3 : Fiche de poste Aide Médico-Psychologique.

FICHE DE POSTE AMP

<i>Hôpital ou service général :</i> Centre Hospitalier de Dax <i>Service :</i> Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) l'Arcolan, recevant des personnes adultes autistes	<i>Fait le :</i> 15/04/2005 <i>Validé le :</i> 28/06/2005 <i>Modifié le :</i>
---	---

IDENTIFICATION DU POSTE

Fonction : Aide Médico-Psychologique

Grade : Aide Médico-Psychologique

Position dans la structure :

- *Liaisons hiérarchiques ou rattachement hiérarchique :* Cadre Socio-Éducatif.
- *Liaisons fonctionnelles :*

Externe :

Familles, Professionnels médicaux et paramédicaux, Administration, Municipalité, Entreprises extérieures.

Interne :

Avec l'ensemble des corps représentés dans l'équipe pluridisciplinaire (Éducateurs spécialisés, Infirmiers, Aides-soignants, Agents de services hospitaliers) et des agents opérants dans l'institution (Psychiatre, Psychologue, Psychomotricienne).

Mais aussi avec des agents de services divers issus du Centre Hospitalier (Services administratifs, Unité Centrale de Restauration).

Présentation du service et de l'équipe :

Institution médico-sociale de type MAS pour autistes adultes « l'Arcolan » ou atteints de troubles autistiques.

25 places en internat.

2 places en semi-internat

1 place d'accueil temporaire.

L'équipe est constituée par :

1 Directeur, 1 Cadre Supérieur de Santé, 1 Cadre Socio-Éducatif, 1 Médecin Psychiatre, 1 Psychologue, 1 Psychomotricienne, 2 Personnels Administratifs, 8 Infirmiers, 11 Aides-soignants, 7 Éducateurs Spécialisés, 4 Agents de Service Hospitalier.

Horaires de travail :

Matin : 07h00 - 15h00 / Soir : 13h50 - 21h32 / Nuit : 21h15 - 07h15

Toutefois les horaires sont susceptibles d'être modifiés en fonction des nécessités du service et de l'organisation de sorties extérieures (sorties de soirée, manifestations, séjours, camps...).

MISSIONS DU POSTE

Mission générale

L'AMP participe à l'accompagnement et au « bien-être » des personnes en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire sous la conduite des travailleurs sociaux et paramédicaux, afin de leur apporter une assistance individualisée que nécessite leur état psychique ou physique.

Missions permanentes

- Accompagne et aide la personne dans les différents moments de sa vie quotidienne (repas, toilette, habillage, lever, coucher...).
- Veille au « bien-être » physique et psychologique de la personne.
- Participe à la prévention des problèmes physiques en application des indications données par les personnels médicaux ou paramédicaux.
- Contribue à la réalisation des prescriptions médicales ou paramédicales (régimes, dispositifs orthopédiques ou dentaires, mise au repos, distribution des médicaments...).

- Participe avec la personne à son intégration et à l'aménagement de son cadre de vie.
- Participe et met en place des activités de vie sociale, en particulier d'animation, de loisirs et d'apprentissage, en vue d'une plus grande socialisation et autonomie des personnes.
- Favorise par son action la compréhension, l'écoute et la communication du résident.
- Contribue à la démarche institutionnelle et collabore activement aux réunions cliniques...
- Transmet ses informations par écrit et par oral.
- Assure un lien étroit avec la famille.
- Référents dans le cadre du projet individuel du résident.

Missions ponctuelles ou spécifiques

- Accueil et formation des stagiaires.

PARTICULARITÉS DE LA FONCTION

- Participation aux instances de l'établissement (Conseil de Vie Sociale).
- Implication dans les lieux d'expression interne (réunions de transmission, réunions institutionnelles, réunions de régulation clinique, réunions de synthèse...).
- Participation aux activités extérieures à l'établissement en dehors des plages horaires ordinaires (séjours, activités diverses programmées).
- Participation à divers événements par ou pour L'Arcolan.
- Intervention à visée formative et informative (IFSI,...).

COMPÉTENCES REQUISES

(préciser la possibilité de formation d'adaptation à l'emploi ou la possibilité de stage de formation du poste)

La formation et/ou les qualifications requises :

Certificat d'aptitude aux fonctions d'Aide Médico-Psychologique.

Attestation pour la conduite des véhicules de 9 places (possibilité de prise en charge par l'institution).

Les possibilités de formation professionnelle mise en œuvre au niveau de l'institution contribuent à améliorer la prise en charge du public spécifique accueilli.

Les connaissances particulières requises :

- Capacité d'animation à visée socio-éducative (musique, art plastique, sport...).
- Attestation de formation aux premiers secours.
- Formation sécurité incendie.

L'expérience professionnelle souhaitée :

Expérience dans l'accompagnement de personnes handicapées.

Expérience en institution médico-sociale ou en service de psychiatrie.

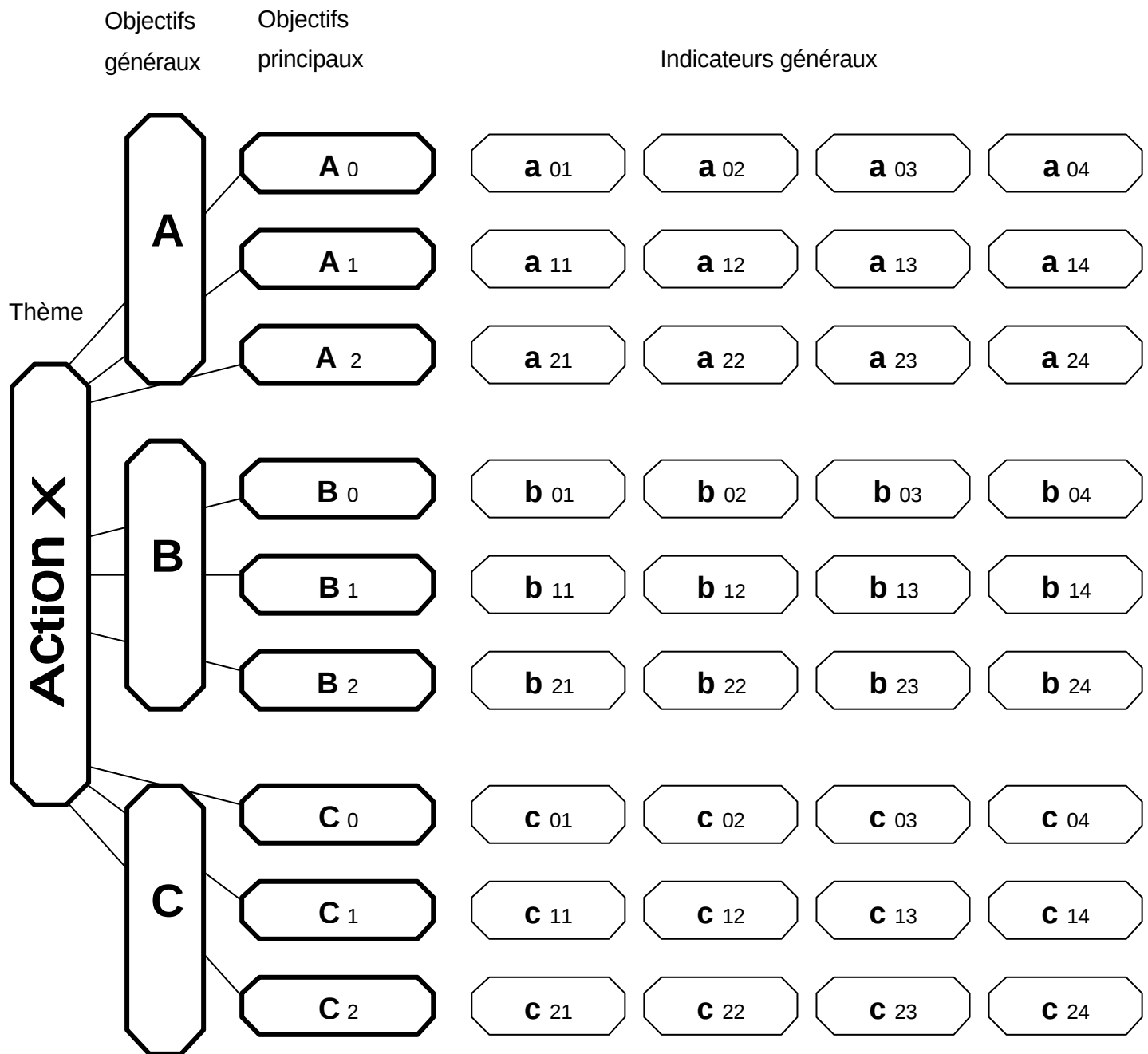
Les qualités professionnelles requises :

- S'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire.
- Réagir avec pertinence à des situations d'urgence, de conflits ou d'agressivité.
- Se former de manière permanente pour s'adapter à l'évolution des pratiques éducatives et soignantes, ainsi qu'au public spécifique accueilli.
- Capacité à gérer la distance affective avec le résident.
- Remise en question de soi et de son travail.
- Motivations sérieuses à travailler avec ce public.

ÉVOLUTION POSSIBLE DU POSTE ET DE SON ENVIRONNEMENT

Possibilité à terme d'accéder à d'autres fonctions par voie de concours (Éducateur Spécialisé, Moniteur Éducateur).

Annexe n°4 : Grille type de la méthode ECARTS.



Source : « La méthode ECARTS » présentée par Monsieur Alain Georgel.

Annexe n°5 : Liste des fiches de poste figurant dans le guide des pratiques.

- Fiche de poste de cadre socio-éducatif,
- Fiche de poste d'éducateur spécialisé,
- Fiche de poste d'infirmier,
- Fiche de poste d'aide-soignant,
- Fiche de poste d'aide médico-psychologique,
- Fiche de poste d'agent des services hospitaliers,
- Fiche de poste de psychologue,
- Fiche de poste de psychomotricienne,
- Fiche de poste de secrétariat.

Annexe n°6 : Liste des fiches d'activité figurant dans le guide des pratiques.

- Fiche d'activité « contes »,
- Fiche d'activité « balnéothérapie 1 »,
- Fiche d'activité « balnéothérapie 2 »,
- Fiche d'activité « pataugeoire »,
- Fiche d'activité « médiathèque »,
- Fiche « bibliothèque professionnelle »,
- Fiche « procédure d'accueil des stagiaires infirmiers, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides-soignants »,
- Fiche « protocole d'encadrement des étudiants infirmiers ».