

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**ASSOCIER QUALITÉ DU SERVICE RENDU ET QUALITÉ DE VIE  
AU TRAVAIL DANS UNE MAS**

**Christine LACOSTAZ**

**CAFDES**

**2007**

---

# Remerciements

---

Je remercie ici tout particulièrement :

Geneviève Deschanoz, infirmière générale (IG) de la Fonction Publique Hospitalière, qui a conduit avec intelligence, humanisme et rigueur le service infirmier du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) où j'ai débuté ma carrière d'infirmière,

Alain Chalochet, directeur de la Fonction Publique Hospitalière, qui m'a accompagnée avec bienveillance et intérêt dans mon premier poste de cadre de santé,

Yves Devaux, médecin oncologue à l'Hospitalisation à Domicile de Lyon (HAD), dont la profonde humanité et l'immense tendresse déployées auprès des patients en fin de vie n'ont pas rencontré d'égales,

Christian Odin, directeur de MAS, qui a été l'acteur principal du changement d'orientation de ma vie professionnelle, passant du secteur sanitaire au secteur médico-social,

Guillaume Vadet, directeur de MAS, dont l'écoute et la disponibilité ont été précieuses pendant ce temps d'écriture,

Louis Contant, formateur, pour son soutien et ses conseils avisés.

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAH /AHE</b>	Allocation aux Adultes Handicapés / Allocation Enfant Handicapé : <i>issue de la loi 2005-102, elle remplace l' <b>AES</b>, Allocation d'Education Spécialisée</i>
<b>AMP / ASD</b>	Auxiliaire médico-psychologique / Aide-soignant
<b>ANESMS</b>	Agence Nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale
<b>APF</b>	Association des Paralysés de France
<b>AIRMH</b>	Association Internationale de Recherche Scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales
<b>ARIMC</b>	Association Régionale des Infirmes Moteurs Cérébraux
<b>CAE</b>	Contrat d'aide à l'emploi
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CDAPH</b>	Commission des Droits et de l'Autonomie pour les personnes handicapées, <i>issue de la loi 2005-102, elle remplace les <b>CDES</b> (Commission Départementale d'Education Spéciale) et <b>COTOREP</b> (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel)</i>
<b>CDD/CDI</b>	Contrat à durée déterminée / Contrat à durée indéterminée
<b>CESAP</b>	Comité d'Etudes et de Soins aux Polyhandicapés
<b>CNN 66</b>	Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
<b>CNAM</b>	Conservatoire National des Arts et Métiers
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CPE</b>	Comité de pilotage d'établissement (pour évaluation interne)
<b>CREAI</b>	Centre Régional de l'Enfance et l'Adolescence inadaptées
<b>CTNERHI</b>	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
<b>DDASS</b>	Direction Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale
<b>DGAS</b>	Direction Générale des Affaires Sociales
<b>DRDR</b>	Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux

<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>ENSP</b>	Ecole Nationale de la Santé Publique
<b>ES / ME</b>	Éducateur spécialisé / Moniteur-éducateur
<b>Enquête ES</b>	Enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (enquête périodique année n)
<b>ESSMS</b>	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>FEGAPEI</b>	Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales
<b>GPF</b>	Groupe Polyhandicap France
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'État
<b>IF</b>	Indice de fréquence (dans ce travail IF d'accidents du travail)
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>IMC / IMOC</b>	Infirmité motrice cérébrale/Infirmité motrice d'origine cérébrale
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisé
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONDAM</b>	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
<b>PCH</b>	Prestation de Compensation du Handicap, <i>issue de la loi 2005-102, elle remplace l' <b>ACTP</b>, Allocation compensatrice tierce personne</i>
<b>Q.I.</b>	Quotient intellectuel
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SBDH</b>	Santé Bucco-Dentaire et Handicap (réseau)
<b>UNAPEI</b>	Association nationale de parents et amis de personnes handicapées mentales

## Introduction

Il aura fallu la naissance des droits sociaux, les trente glorieuses et le développement de l'État providence pour que notre société se penche enfin sur le sort de la population la plus exclue d'alors, les personnes handicapées. Plusieurs d'entre elles ont vécu longtemps en marge du corps social, quelques philosophes et scientifiques étant allés jusqu'à s'interroger sur leur statut d'être humain<sup>1</sup> ; il s'agit des imbéciles, idiots, crétins, débiles, selon les formules anciennes de Locke, Esquirol, Binet... et qui apparaissent aujourd'hui bien surprenantes. On pense au poids de l'histoire asilaire, puisque ces personnes qualifiées d'arriérées profondes étaient autrefois hébergées par les hôpitaux psychiatriques. La solidarité nationale s'est renforcée à leur encontre depuis une trentaine d'années, notamment grâce à la loi 1975-535 qui leur permit d'autres possibilités d'hébergement que l'hôpital psychiatrique, et plus récemment la loi 2005-102 qui définit pour la première fois le terme de handicap<sup>2</sup>. Ces personnes qui bien souvent cumulent déficience mentale sévère et handicaps physiques (on parle dans certains cas de polyhandicap<sup>3</sup>) sont orientées dans des institutions<sup>3</sup> médico-sociales spécifiques, les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS).

De nouvelles structures ont donc été créées, pour accueillir d'une part la population fortement déficiente mentale, et d'autre part la population des infirmes moteurs cérébraux (IMC) ; cette dernière présentant la particularité d'avoir des fonctions intellectuelles préservées, contrairement à la précédente<sup>4</sup>. Les premières MAS ont vu le jour à la charnière des années soixante-dix et quatre-vingt pour accueillir cette population dite « arriérée profonde » reléguée alors dans les asiles ; leurs missions envers ce public étaient de lui prodiguer l'indispensable, les soins de propreté, de confort physique doublés d'une surveillance médicale. C'est ce qui explique en partie le niveau peu qualifié des accompagnants du quotidien, essentiellement composées de personnel de niveau V<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Journée Annuelle des Cadres de l'association gestionnaire du 27 janvier 2007, Lyon, Intervention de Henri-Jacques Sticker, philosophe, historien, anthropologue *Comment la société pense le handicap*

<sup>2</sup> Loi 1975-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et Loi 2005-102 du 11 février 2005 dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>3</sup> Voir en Annexe 1, *Le handicap défini par la loi 2005-102 et Le polyhandicap, cinq définitions en trente ans*

<sup>4</sup> Je n'évoquerai pas ici un troisième type de population accueillie également en MAS, celle dite des accidentés de la vie, dont les problématiques rejoignent celle des IMC. Leur prise en compte fait l'objet de projets d'établissement forcément différents de ceux œuvrant dans le champ de la déficience mentale.

<sup>5</sup> D'après la nomenclature des niveaux de formation de 1967 ; ces accompagnants sont des auxiliaires médico-psychologiques (AMP), aides-soignants diplômés (ASD) ; les moniteurs-éducateurs (ME) sont de niveau IV.

Depuis quelques années, un certain consensus s'établit autour de ces personnes particulièrement régressées pour les considérer comme des êtres de relation, et pas seulement de besoins élémentaires ; l'affirmation se répand, qu'un « haut niveau de dépendance nécessite un haut niveau de compétence, quel que soit l'âge des résidents »<sup>6</sup>.

La MAS du Pommier, dont je suis la directrice depuis août 2006, est une institution qui accueille cette population porteuse de handicap mental grave depuis l'enfance. J'ai appréhendé et situé son histoire dans le contexte élargi de l'évolution de ces institutions, ce qui m'a permis de mieux saisir les positionnements et choix de direction effectués dans le passé, au présent, et pour le futur. A ce jour, après un an d'exercice de la fonction de direction dans cet établissement, je suis en mesure de dresser le bilan des treize années d'une évolution institutionnelle, où la vie des résidents et celle des professionnels se nouent en un constat qui appelle des réponses nouvelles. C'est une analyse constante, permanente, qui m'a permis d'accéder à ce bilan ; elle est pour moi indissociable de la mise en acte, voire de la mise en scène de la fonction de direction. C'est pourquoi j'ai choisi de vous présenter ce travail en deux parties seulement, considérant que le niveau d'analyse, omniprésent, gagne à soutenir l'ensemble du texte plutôt qu'à le fragmenter ; il ne fera donc pas l'objet d'une partie identifiée.

La première partie de cet écrit établira ce constat d'une vie institutionnelle en décalage avec les évolutions attendues. Il sera double, et évoquera de prime abord la population accueillie sous l'angle de la description et de l'examen de ses besoins ; il s'ensuivra un descriptif de l'institution dans ses dimensions organisationnelle, humaine, et technique. La conclusion de cette première partie mettra en évidence la nécessité d'accentuer le prendre soin de l'humain en MAS, qu'il s'agisse des résidents ou du personnel, afin que le terme de qualité concerne l'ensemble de la condition humaine en MAS.

La seconde partie traitera des réponses nouvelles à apporter, s'appuyant sur le constat précédemment mené et sur une analyse détaillée des réalités de vie dans une MAS face à un réel qui se dérobe. Le plan d'action stratégique reposera sur le renforcement des compétences, l'échéance de la première évaluation interne articulée à la rénovation du projet d'établissement, et s'efforcera de remodeler un cadre institutionnel qui redonne du sens à l'action. La problématique de la perte de sens est en effet au coeur de cet écrit ; elle engage tout directeur à réfléchir à la question de la permanence. Diriger, c'est sans arrêt reconstruire...

---

<sup>6</sup> Elisabeth Zucman, *Accompagner les personnes handicapées*. Paris : CTNERHI, 2000, p 84

# 1 Comprendre une vie institutionnelle organisée autour d'histoires singulières

Pénétrer dans une Maison d'Accueil Spécialisé c'est introduire un bout de soi dans un univers étrange et attachant. Très vite tout étranger à l'institution devient un objet de curiosité sur lequel se posent des regards divers : furtifs et fuyants, voire absents, intensément scrutateurs et interrogateurs, indifférents ou craintifs... en quelques minutes l'étranger comprend combien lui-même semble étrange face à ces résidents dont il devine les capacités minuscules<sup>7</sup>.

Je fus cette étrangère qui eut besoin dans une première phase de découvrir cette population, d'en comprendre les besoins d'accompagnement, et de connaître l'évolution des politiques publiques sociales en sa faveur. Cela me permit, dans une seconde phase, d'appréhender la vie institutionnelle organisée avec et autour de ces usagers hors-norme. Il me fallut pour cela m'approprier l'histoire et le fonctionnement de la MAS, m'intéresser aux modalités de prise en compte des résidents et de leur famille, et enfin m'attacher à la description et à l'analyse de l'organisation du plateau technique humain.

## 1.1 A la découverte d'une population

C'est dans une MAS que j'ai pénétré en mai 2006, à la rencontre du directeur que j'allais remplacer. Les regards furtifs, indifférents, ou interrogateurs étaient bien présents, arrimés à des corps inhabituels, des silhouettes chenuës, soutenus par des équilibres précaires, parfois comme simplement déposés par-dessus les fauteuils roulants. La plupart étaient silencieux, d'autres accompagnés par des cris, chuintements ou écholalies sibyllins.

**Déficienne.**

**Mentale.**

**Grave.**

Trois mots<sup>8</sup> qui sonnent le glas de la construction d'une identité sécurisante et d'une voie possible vers l'autonomie. Trois mots qui soulignent la réalité d'une humanité facilement à la dérive, et qui prennent brutalement corps au travers de ces regards et de ces sons

---

<sup>7</sup> Pierre Michon, *Vies minuscules*, Paris : Gallimard 1984, collection folio

<sup>8</sup> Les définitions retenues par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en la matière sont les suivantes : le retard mental profond concerne des personnes susceptibles d'un certain apprentissage en ce qui concerne les 4 membres et la mastication ; celui qualifié de sévère est utilisé quand l'apprentissage systématique des gestes simples est possible ; le retard moyen s'adresse à des personnes pouvant acquérir des notions simples de communication, des habitudes d'hygiène et de sécurité élémentaires, avec habileté manuelle simple, sans acquisition d'arithmétique ou de lecture. Les personnes porteuses de retard mental léger peuvent elles acquérir certaines aptitudes pratiques ainsi que la lecture et quelques notions d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée. Les deux premières catégories ont un quotient intellectuel (Q.I.) inférieur à 30, la 3<sup>ème</sup> un Q.I. entre 35 et 50, et la 4<sup>ème</sup> un Q.I. entre 50 et 70.

insensés. Il m'a fallu dans un premier temps apprivoiser ces regards, ces sons, ces corps hors-norme ; plus tard je me suis imprégnée de leur histoire. Mon chemin de vie a croisé le leur, et me permet de les évoquer aujourd'hui dans toute leur complexité.

La première question qui s'esquisse en regard de cette « inquiétante étrangeté »<sup>9</sup> est comment parler de cette population, comment combiner au mieux les différentes approches possibles ? L'approche théorique, taxinomique, malgré l'intérêt qu'elle présente sur le plan de la connaissance, de la description, du repérage scientifique peut paraître comme une offense glacée à l'existence de ces personnes. L'approche clinique, avec cette idée d'un profil unique à chacun, évite de réduire l'individu à sa pathologie mais s'accorde mal à la dimension collective. L'approche sociologique, elle, serait en décalage vis-à-vis de ces vies marquées essentiellement par le déficit et les manques, le difforme voire la souffrance...

La seconde question est celle de la nomination. Nommer, c'est faire exister ; et « le langage (...) opère, transforme, crée »<sup>10</sup> ; sans doute le terme de résident largement utilisé dans les MAS contribue-t-il à ne rien ajouter de discriminant, de péjoratif ou de surfait. Malgré tout il a fallu que je m'habitue à cette appellation qui n'avait rien de manifeste (pourquoi définit-on quelqu'un par le fait qu'il réside ?), et à travers laquelle j'ai cru saisir l'expression d'une temporalité mortifère. Il s'agit du temps qui passe, dont on ne sait que faire, pour qui et pour quoi le faire...La culture institutionnelle, sous la plume informatique de la secrétaire, prend en compte ces « résidants » dans le projet d'établissement et tout autre document émanant de la MAS.

Le mot résident m'étant plus familier, j'ai un jour corrigé ce « a » sur un courrier adressé aux familles. J'ai eu la surprise de me voir sur-corrigée par la secrétaire de la MAS ; avec beaucoup de simplicité elle m'a expliqué sa préférence pour l'orthographe évoquant le gérondif substantivé par le fait que les résidants résidaient ; « ils résident, donc.... ». Je n'ai pas eu le cœur à nier ou à évacuer ce ressenti-là, qui s'étend au-delà du secrétariat, et permet au sein de l'institution l'expression d'un quelque chose difficilement dicible. En outre, l'idée de faire se côtoyer le nuancier de la richesse du verbe et cette forme d'inaccessibilité au langage des usagers me parut illustrer symboliquement cette liminalité propre au handicap<sup>11</sup> : ces usagers seront toujours dans un entre-deux, ni vraiment parlants ni vraiment muets, ni complètement rejetés, ni pleinement intégrés, simplement « orientés » dans des institutions qui les accueillent à l'abri du regard d'autrui, peut-être aussi pour l'abri du regard d'autrui.

---

<sup>9</sup> Sigmund Freud, *L'inquiétante étrangeté*. Paris : Gallimard, 2006 (1<sup>ère</sup> éd. 1933), pp 208-264

<sup>10</sup> Henri-Jacques Sticker, *Corps infirmes et sociétés*. Paris : Dunod, 2005, p 159

<sup>11</sup> Henri-Jacques Sticker, *ibid*, pp 202-206

J'ai donc fait le choix de présenter les « résidents »<sup>12</sup> de la MAS du Pommier en écourtant la présentation glacée, en développant le descriptif de leurs problèmes de vie pour en arriver à leurs besoins d'accompagnement.

### 1.1.1 Caractéristiques de la population de la Mas du Pommier

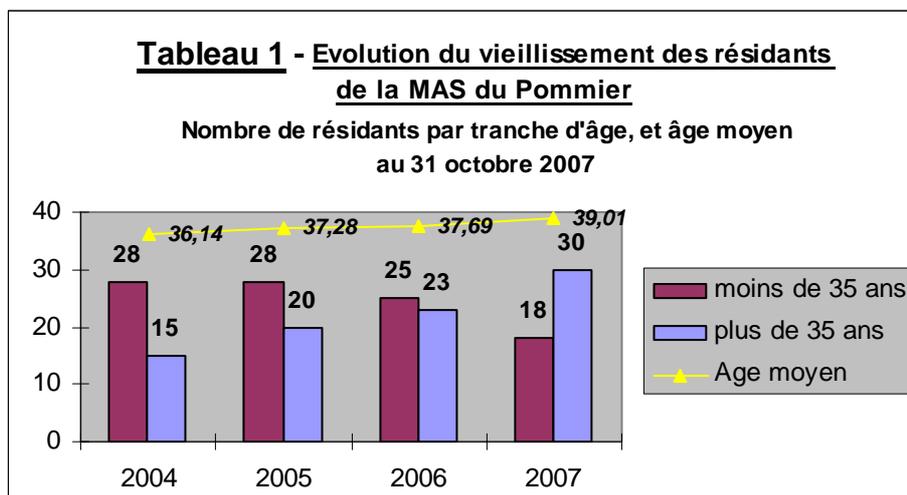
A) Quelques données sociologiques concernant les 48 résidents de la MAS

a) *Une population mixte, en grande partie présente depuis l'ouverture de la MAS*

La proportion hommes-femmes est relativement équilibrée, ce qui permet une répartition homogène sur les unités de vie qui sont mixtes ; 33 de ces usagers ont été admis en 1994 et 1995 dès l'ouverture de l'établissement. Les lieux d'origine sont le plus souvent des institutions pour enfants, en majorité des Instituts médico-éducatifs (IME), puis les centres pour adultes tels que foyers ou autres MAS. Plus rarement les usagers sont issus de centres hospitaliers psychiatriques ou de leur famille ; un seul résident n'est pas originaire du département du Rhône, avec une famille vivant dans l'Ain.

b) *Un âge moyen de 38 ans et demi, en augmentation régulière*

Le tableau ci-dessous indique que le rapport entre les plus de 35 ans et les moins de 35 ans s'inverse nettement en 2007, avec une population des plus de 35 ans majoritaire. Les deux résidents les plus jeunes ont 27 ans, les cinq résidents les plus âgés ont plus de 55 ans, dont un de 64 ans



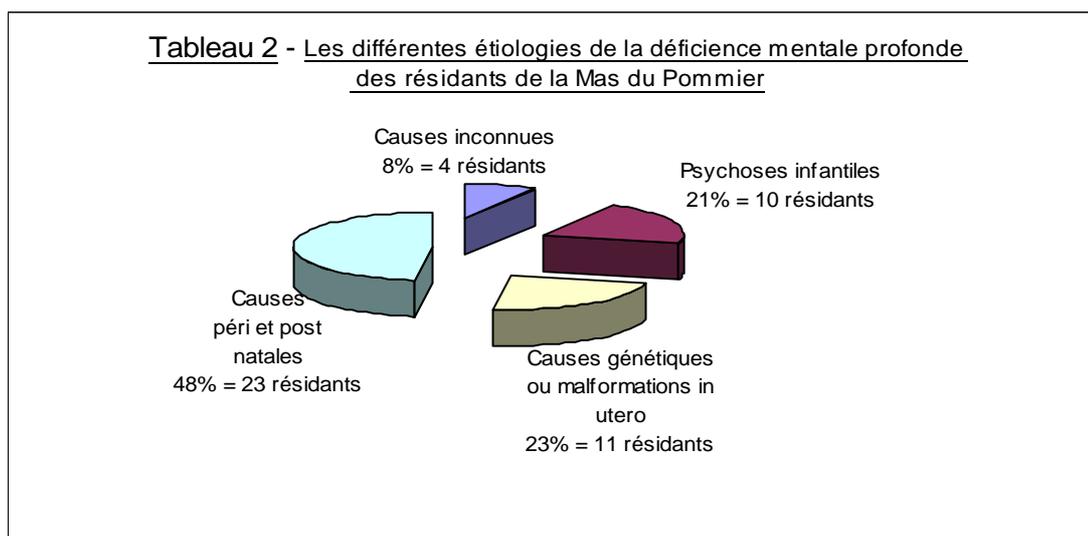
c) *Un environnement familial bien présent pour les trois quarts des usagers, qui ont des contacts réguliers avec leurs parents ; la moitié part au moins un week-end sur deux, contre un quart qui ne part jamais. Seuls trois résidents sont sans famille. Globalement,*

<sup>12</sup> Le nom « résident » (cd-rom du Petit Robert) sera donc utilisé à partir de cette page pour désigner les résidents de la Mas du Pommier ; le terme de résidents se rapportera à une population autre que celle-ci.

leurs parents vieillissant, les résidants partent moins souvent et moins longtemps les fins de semaine, ce qui explique l'augmentation régulière du taux d'occupation.

#### B) Les étiologies et tableaux cliniques

La question du « pourquoi ? » est la troisième qui se pose à notre étranger visiteur ; pourquoi ces personnes sont-elles si différentes de moi, au point de vivre cette extrême limitation de leur autonomie ? Le tableau suivant permet une représentation visuelle des origines des deux grandes sortes de déficience dont sont porteurs les résidants de cet établissement : l'une en lien avec le polyhandicap, l'autre évoquant des tableaux psychiatriques sur fond de structuration psychotique<sup>13</sup>.



On observe que près de la moitié des résidants doit son handicap à des causes péri et post-natales (anoxie cérébrale, causes infectieuses, accidents...), les psychoses infantiles et syndromes malformatifs représentant l'essentiel de la seconde moitié.

#### C) Les caractéristiques et problèmes de la population de la MAS du Pommier

Il est utile de préciser que ni le polyhandicap, ni la déficience mentale sévère, ne sont des maladies ; ils sont le reflet d'une atteinte grave et précoce des fonctions supérieures, qui poursuivent leur développement et leur élaboration dans la perturbation et la désorganisation, interdisant souvent l'accès à cette « idée du moi »<sup>14</sup> qui fonde l'altérité. Qu'il s'agisse de troubles somatiques associés, de déficiences, d'incapacité ou de désavantage, la qualité et l'espérance de vie sont bien inférieures à la moyenne de la population française, avec en toile de fond une évolution souvent péjorative. Malgré l'imbrication de ces troubles, nous pouvons repérer :

<sup>13</sup> 17 résidants sont polyhandicapés, soit 35 % ; 37 présentent des troubles du comportement (soit 77 %) dont 23 nécessitent un traitement neuroleptique ; 19 résidants sont sous anti-épileptiques, dont 5 non stabilisés.

<sup>14</sup> P. Fustier, professeur de psychologie Lyon II, *Le travail d'équipe en institution*. Paris : Dunod, 2004, p 95

a) *Des atteintes somatiques variées, évolutives, et imbriquées*

- Les désordres moteurs occupent une place importante : à type d'infirmité motrice cérébrale<sup>15</sup>, d'hypotonie massive, de troubles de l'organisation motrice... ils transforment le sujet en « gisant » dans une immobilité quasi-complète, ou l'agitent dans des mouvements désordonnés incontrôlables dangereux pour eux-mêmes (risques de chutes) ou pour autrui (blessures involontaires) ; quant aux atteintes secondaires (dus aux déformations rachidiennes, problèmes articulaires, positions vicieuses...), elles imposent parfois le recours à la chirurgie orthopédique ;

- Les atteintes de la sphère bucco-pharyngée et des os de la mâchoire, fréquentes, sont des éléments déterminants en matière de pronostic vital : difficultés de mastication, de déglutition (donc d'alimentation), fausses routes alimentaires pouvant être à l'origine de complications respiratoires chroniques, voire d'asphyxie ; elles nécessitent des adaptations de la texture alimentaire et une vigilance constante.

- Les troubles sensoriels, difficilement évaluables, évoluent de façon péjorative avec le temps, et renforcent l'isolement de certains résidents (il s'agit surtout des troubles de la vision et de l'audition). Les problèmes de nutrition (avidité alimentaire ou difficultés d'alimentation, reflux gastro-oesophagiens), la fragilité cutanée, les troubles intestinaux, les douleurs parfois inexplicables compliquent les prises en charge.

b) *Le déficit relationnel, l'aspect comportemental et la place particulière de l'épilepsie et de la douleur*

- La déficience intellectuelle avec difficulté à s'orienter dans le temps et dans l'espace, la fragilité des fonctions mnésiques, les troubles du raisonnement, l'absence ou quasi-absence de langage, la maladie épileptique associée sont autant d'obstacles à la construction de la personnalité et à la communication avec autrui. Cette épilepsie (qui touche 40 % des résidents) connaît une évolution grave et invalidante, entraînant chutes répétées, traumatismes (fractures de la face) et déformations consécutives ; elle accroît à la longue les troubles cognitifs déjà existants.

- Les troubles du comportement et structurations psychotiques secondaires, avec leur cortège d'automutilations répétitives, de stéréotypies, de gestes violents ou agressifs nécessitent une vigilance constante et « contenante ». Ils sont bien souvent en lien avec une douleur psychique ou physique qu'il n'est pas aisé d'appréhender.

---

<sup>15</sup>Infirmité motrice cérébrale (IMC) : ensemble des troubles moteurs permanents du mouvement et/ou de la posture, dus à un désordre, une lésion, ou une anomalie non évolutifs d'un cerveau en cours développement ou immature ; cette définition française est restrictive, car elle exclut les retards mentaux associés. On parle d'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) lorsque le déficit moteur est associé à un retard mental. (Isabelle Grémy, Catherine Embersin, *Handicap et périnatalité en Ile de France*, Observatoire régional de l'Île de France, 2005. Disponible sur Internet).

- Le traitement de la douleur physique est un problème récurrent dont les causes sont souvent complexes et imbriquées : la difficulté est de comprendre ce qui se passe, et bute pour la grande majorité de la population de la MAS, sur la non acquisition verbale ou non verbale de signifier le oui et le non. A contrario il peut être stupéfiant de constater une apparente tolérance à cette douleur physique, pouvant entraîner des retards de diagnostic bien connus des médecins exerçant dans ces institutions.

c) *La diversité des associations de ces différents troubles* est à l'origine de degrés de dépendance et de besoins de médicalisation variables selon la personne, représentés par le biais du taux d'incapacité attribué. Ce taux varie entre 80 et 100 % dans l'établissement. Il traduit les besoins de surveillance constante et d'encadrement rapproché qui permettent de préserver le pronostic vital (les professionnels travaillant auprès de ce public en connaissent la surmortalité importante<sup>16</sup>). Il est difficile pour les aidants naturels et professionnels d'accompagner cette fragilité somatique et de faire émerger pour ces personnes porteuses de handicap « profond » des repères en matière de temps, d'espace, et d'affectivité. Cet accompagnement se voit par ailleurs régulièrement parasité par les effets diachroniques du choc initial que constitue la révélation du handicap mental lourd à des parents<sup>17</sup> ; ce traumatisme psychique se réactive à chaque période charnière de la vie ; l'« inquiétante étrangeté » accompagne alors les changements d'institutions, la sexualisation quand elle est possible, le devenir adulte, ce chemin de vie vers une identité incertaine, voire interdite. Ce sont les équipes professionnelles, qui, au quotidien, sont amenées à mettre en lien les remarques et observations des différents intervenants ; à élaborer des hypothèses de travail et de prise en charge face à l'extrême pauvreté d'expression des résidants et à construire un projet personnalisé, forcément très singulier, qui sera régulièrement revisité en fonction des évolutions nouvelles ou attendues.

### **1.1.2 Handicap mental grave et polyhandicap : les besoins d'accompagnement**

A) Les besoins d'accompagnement et d'aide à la vie quotidienne des personnes

La loi 2005-102 affirme le droit à compensation de la personne handicapée ; il s'agit de la compensation des conséquences du handicap « quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Sa mise en œuvre à travers la prestation de compensation impose d'apprécier le niveau de difficulté pour les activités courantes

---

<sup>16</sup> 2 % de décès pour le polyhandicap par année d'âge selon E. Zucman, *Accompagner les personnes polyhandicapées*. Op. cit. ; Mortalité 10 fois plus élevée que chez les sujets normaux à âge égal selon L. Georges-Janet, *Le polyhandicap, aspects sociaux, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*. APF 1996, 505 pages, p 200-212

<sup>17</sup> Patrick Ben Soussan, pédopsychiatre, *Naître différent, Ces maudits mots dits...* Libourne : Erès 2004

réparties en quatre domaines : l'entretien personnel et la mobilité, la communication, les « tâches et exigences générales, relations avec autrui ». Je propose de reprendre cette déclinaison<sup>18</sup> en vue d'évaluer les conséquences de la déficience mentale profonde en termes de dépendance et de perte d'autonomie<sup>19</sup>, afin de déterminer secondairement les besoins des résidents de la MAS du Pommier.

a) *L'entretien personnel et la mobilité*

Tous les résidents sont dépendants pour leur toilette, la plupart totalement, d'autres partiellement ; aucun ne peut s'habiller seul. Presque tous ont une texture d'alimentation adaptée (mixée ou moulinée) pour quasiment tous les aliments, et beaucoup ont besoin d'une aide humaine au moment du repas (qui porte alors les aliments à leur bouche, ou initie le geste). Un tiers des résidents ne présente pas de troubles de la continence ; les autres sont atteints soit d'incontinence urinaire seule, soit totale (urinaire et fécale).

La station debout est accessible pour les trois quarts des résidents, mais la marche n'est possible que pour trente d'entre eux ; près de la moitié de la population de la MAS utilise régulièrement un fauteuil roulant (selon l'état de fatigue ou de fragilité) et est incapable de faire seule ses transferts. Tous ont une motricité fine défaillante, et seulement la moitié est capable de préhension. Deux résidents sont capables d'actionner un fauteuil électrique et vingt autres ont un fauteuil roulant manuel (dont six sont installés en corset-siège).

b) *La communication*

Deux usagers ont accès au langage verbal avec questions-réponses simples ; cinq autres sont capables du oui ou du non, qu'il s'agisse de langage verbal ou gestuel ; une quarantaine de personnes sont dans ce que les psychologues nomment l'infra-verbal. Au niveau sensoriel, le quart de la population est aveugle ou très malvoyante ; un seul résident est capable d'utiliser un tableau de communication.

---

<sup>18</sup> *Les droits des personnes handicapées, mise en œuvre de la loi du 11 février 2005*. Supplément au n°2470 des Actualités Sociales Hebdomadaires du 22 septembre 2006

<sup>19</sup> J.Y. Bareyre et B. Bouquet, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : Bayard, 2006, p 90 : « La notion d'autonomie (...) désigne la capacité, la liberté et le droit d'établir ses propres lois et la capacité à se gouverner soi-même... ». C'est donc la liberté de décider soi-même de son mode de vie, qui constitue l'autonomie au sens étymologique ; le conseil économique et social a estimé dans son rapport 2004 que la loi n° 2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes et à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) a officialisé la substitution de ce vocable à celui de dépendance.

Maurice Bonnet, rapporteur du CES, *Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap*. République Française, 2004, p 27.

Autonomie et dépendance se retrouvent ainsi sur le même plan, alors que la première relève du registre éthico philosophique, et la seconde du registre fonctionnel et pratique.

c) *Les « tâches et exigences générales, relation avec autrui »*

Ici sont appréhendées les capacités à s'orienter dans le temps et l'espace : seuls deux résidants accèdent à une vague représentation de la semaine ; les possibilités de projection dans l'avenir s'arrêtent en général à la journée même ou au lendemain. Quelques résidants ne sortent jamais spontanément de leur unité, une vingtaine d'entre eux se repèrent couramment et passent volontiers d'un groupe à l'autre, explorant tout bureau laissé ouvert ou entrouvert. La non-maîtrise du comportement est une constante générale, les situations de mise en danger de soi ou d'autrui sont fréquentes par défaut de perception de l'environnement voire de l'existence de soi.

B) La grille AGGIR et la grille MAP objectivent ces besoins d'accompagnement:

Ces deux outils reconnus au niveau national avaient permis en 2005 une évaluation et une analyse croisée des besoins des 48 résidants de la MAS (voir en annexe 2).

a) *La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources)*

Il s'agit d'un outil issu du secteur des personnes âgées, et traditionnellement utilisé depuis 1987. Créée pour l'évaluation de la dépendance des personnes de plus de 60 ans, cette grille prend essentiellement en compte les activités corporelles et de déplacements analysées grâce à des variables. Les variables dites discriminantes permettent de définir six niveaux de dépendance, les groupes iso-ressources (GIR) ; ces derniers déterminent un niveau moyen de dépendance, le GIR moyen pondéré de l'établissement (GMP). Selon le tableau suivant, le GMP de la MAS du Pommier atteint 699, ce qui constitue un score assez élevé dans l'échelle de la dépendance.

{ SHAPE \\* MERGEFORMAT }

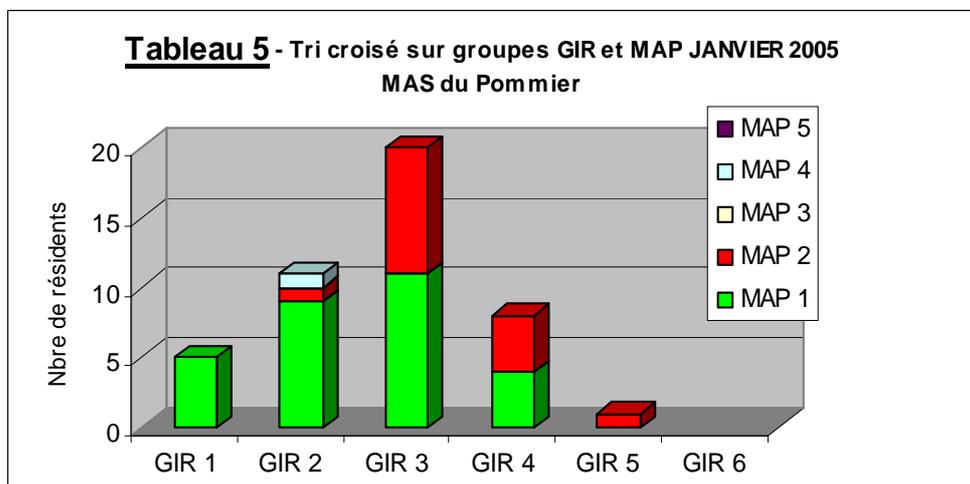
b) *La grille MAP (mesure des besoins d'accompagnement personnalisé)*

La grille AGGIR reflétant insuffisamment les difficultés de perception de l'environnement, de prise de décision, de mise en danger de soi spécifique au handicap mental, l'UNAPEI a proposé quelques années plus tard un nouvel outil d'évaluation applicable à toute personne handicapée mentale. La grille MAP a donc été créée pour évaluer les besoins d'accompagnement dans une approche globale de la personne. Elle comporte trente-six variables réparties en 5 catégories (5 profils) et permet une analyse plus fine des incapacités (à la fois sur le plan de la dépendance et de l'autonomie). Le tableau suivant montre que la quasi-totalité de la population de la MAS se répartit entre les groupes MAP 1 et 2, qui sont les groupes nécessitant les accompagnements les plus permanents.

{ SHAPE \\* MERGEFORMAT }

c) *Analyse croisée des grilles AGGIR et MAP*

L'analyse croisée, outre le GMP de 699 déjà souligné, établit que la majorité des usagers sont en GIR 3, ce qui a priori ne traduit pas de gros besoins en aide humaine ; mais complété par l'analyse MAP, ce GIR 3 apparaît composé de résidents de groupe MAP 1 et 2, qui sont les moins autonomes, donc avec des besoins d'accompagnement rapproché. On note en outre l'absence de résidents dans les groupes MAP 3 et 5.



Ces besoins d'accompagnement, tant sur le plan de la dépendance que de l'autonomie, soulignent les vulnérabilités plurielles et polymorphes de ces résidents ; ils en laissent deviner les exigences toutes aussi plurielles et polymorphes du travail effectué auprès d'eux, dans un prendre soin qui englobe leurs besoins physiques, psychiques et le respect de leur identité, si inaboutie soit-elle.

C) Le risque d'une infra-citoyenneté liée à un statut d'infra-sujet

a) *A travers la délicate question de la citoyenneté*, se posent celles de l'accès à l'altérité et de l'acquisition du statut de sujet. Qui est-il, lui dont l'esprit semble absent, qui a besoin d'être « humanisé »<sup>20</sup> et éclairé par le regard de l'autre afin que puisse émerger son statut de sujet ? Sa déficience mentale lui empêchant d'exercer lui-même ses droits fondamentaux, soulève la problématique du libre arbitre et de la capacité de jugement<sup>21</sup>. L'exercice improbable de sa citoyenneté civile, politique, sociale, se trouve dès lors mis en tension à travers l'énonciation des droits formels de ce citoyen d'une altérité extrême. Cependant, en regard de ses capacités minuscules, il importe de ne pas enfermer ce résident de MAS dans des concepts trop abstraits. Reconnaissons-lui plutôt sa contribution au développement de la Connaissance ; en effet, les interrogations multiples que sa singularité soulève renforcent la réflexion pluridisciplinaire ; cette complexité

<sup>20</sup> Paul Fustier, *Le travail d'équipe en institution*. Op. cit. p 89

<sup>21</sup> Tous les résidents de la MAS sont placés sous protection juridique : ils sont tous sous le régime de la tutelle, en grande majorité confiée aux parents.

contribue à nouer connaissances et compétences et à relier les pensées scientifique et humaniste, illustrant toute la richesse du travail réalisé en MAS. Ainsi il ne serait plus seulement question de l'intersubjectivité des philosophes, mais d'un quelque chose que l'on pourrait nommer citoyenneté d'appartenance.

*b) L'accès à la citoyenneté s'appuie aussi sur l'acquisition du statut d'adulte*

Cela renvoie à la difficile séparation parents-enfant, douloureuse, et à l'articulation souvent délicate de la fonction parentale et de la fonction éducative et/ou soignante autour de ces sujets privés partiellement ou totalement de langage. La sortie de l'IME marque la fin de l'espoir entretenu par la situation d'enfance ; l'entrée en MAS tombe comme un verdict sans appel. La non-autonomie, les besoins de maternage et d'étayage incessants rappellent ce statut d'enfant dans des corps d'ailleurs parfois enfantins, d'où émerge une zone sexuée qui paraît incongrue, dérangeante... inutile ? Le besoin d'affirmer leur statut d'adulte que l'état civil ne suffit pas à leur donner revient à affirmer une évidence, c'est qu'ils ne l'ont pas. C'est pourtant la voie la plus sûre pour leur assurer une certaine autonomie psychique par rapport au couple parental ; c'est également la voie la plus sûre pour aider les professionnels à lutter contre ces représentations enfantines du handicap mental, à fabriquer du sens et construire une histoire dans un monde d'adultes. Les relations entre famille et institution peuvent se vivre sur le mode de la confrontation, du conflit, de la rivalité autour de cette divergence de représentations ; d'où la nécessité d'instaurer avec les familles un véritable partenariat, avec comme objectif premier l'accomplissement du projet le plus pertinent pour chaque résident.

Il importe également de poser la question de l'enfermement de ces sujets par les pratiques quotidiennes, comme l'usage du tutoiement systématique à leur égard, actuellement généralisé dans l'établissement. Je laisse la parole à Jésus B., résident adulte d'un foyer médicalisé, ceux de la MAS ne pouvant s'exprimer : « *C'est pas joli de tutoyer. On dirait qu'on lance un fusil dedans mon cœur, quand on chasse. Ca fait mal dedans mon cœur quand on me dit tu* »<sup>22</sup>.

*c) Une place jusque-là désignée à la périphérie du corps social*

Cette personne autrefois qualifiée d' « arriérée profonde », d' « encéphalopathe » fait une entrée progressive sur la scène sociale, elle revient du fond de cet enfermement asilaire déjà évoqué. Comme les autres personnes vulnérables exclues du monde compétitif de nos sociétés occidentales, sa place toute désignée à la périphérie du corps social a permis que s'installe, pendant des années, une carence d'accueil manifeste (longues listes d'attente, maintien à l'hôpital, recours aux pays étrangers, notamment la Belgique) ;

---

<sup>22</sup> Jean-François. Gomez, *Déficiences mentales, le devenir adulte*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2001 p 199

il s'agissait bien là d'une forme de discrimination « négative », l'indifférence civilisée étant dans nos sociétés occidentales la forme du rejet et du mépris de l'autre. Cette discrimination s'installe d'autant plus aisément que celui qui en est l'objet présente un très faible niveau d'autonomie, avec un langage verbal rare voire inexistant.

### 1.1.3 Un nouveau paysage médico-social pour la population des MAS

A) Les politiques publiques affichent une volonté de résorber le retard en matière d'accueil de la population handicapée

a) *Sous l'impulsion de l'Union Européenne et du principe d'inclusion sociale*

L'année 2003 avait été proclamée Année Européenne des personnes handicapées, avec cette volonté d'intégrer le handicap dans la politique de lutte anti-discrimination. Le concept européen de « mainstreaming »<sup>23</sup> se verra transposé en droit français par la loi du 11 février 2005. Avant cela, alors que l'Union Européenne (U.E.) était encore la Communauté Economique Européenne, deux textes émanant de l'Organisation des Nations-Unies (ONU) posaient les premiers jalons : *La déclaration des droits du déficient mental* en 1971, et en 1974 un texte similaire sur le droit des personnes handicapées.

b) *Les orientations nationales*

La planification et l'organisation des interventions sociales et médico-sociales en direction de ce public relèvent à la fois des orientations données par l'État et des compétences du Département. Depuis des années perdure un constat négatif du nombre significativement insuffisant de places et d'un embouteillage massif de toutes les structures pour lequel l'amendement Creton n'a été et -n'est toujours- qu'un palliatif. Un bilan réalisé par la DGAS en mars 2006 sur l'exécution des plans pluriannuels de créations de places destinées aux personnes handicapées<sup>24</sup>, montre une augmentation des capacités d'accueil en MAS, avec notamment une meilleure prise en compte du polyhandicap.

c) *Les orientations départementales déclinent cette augmentation de l'offre*

Sur le plan quantitatif, le schéma départemental du Rhône 2004-2008 prévoit -et a réalisé

---

<sup>23</sup> Cette expression n'a pas d'équivalent français ; sa traduction littérale peut être « entrer dans le courant principal ». Ce concept consiste en la prise en compte des besoins des personnes handicapées, le plus en amont possible et de façon transversale, notamment dans les processus de décision concernant l'ensemble de la population, pour l'ensemble des champs décisionnels. Ce terme est utilisé dans toute l'U.E.

<sup>24</sup> Actualités Sociales Hebdomadaires, « *La DGAS fait le point sur les créations de places pour personnes handicapées de 1999 à 2005* », 21 avril 2006, n° 2452

en partie- un renforcement de la capacité d'accueil pour le public polyhandicapé adulte remédiant à une carence d'accueil ancienne. Outre la nette augmentation de places réalisée fin 2005, le département préconise sur le plan qualitatif certaines orientations et recommandations de bonnes pratiques.

B) Un cadre institutionnel et législatif en évolution depuis 2002

a) *Le cadre général concernant le handicap*

- Les lois du 30 juin 1975 (534 et 535) fondatrices de la prise en charge du handicap sont réformées par les lois 2002-2 et 2005-102<sup>25</sup>, avec de nouvelles obligations. La loi 1975-535 affirmait pour la première fois le devoir de la nation envers les personnes handicapées ; la loi 2002-2 a placé les usagers et le respect de leurs droits<sup>26</sup> au cœur de la rénovation sociale et médico-sociale. Il restait à adapter ce cadre législatif aux évolutions de la conscience collective : c'est ce que vise la loi 2005-102, dite loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces deux dernières lois contribuent à redéfinir les missions des établissements sociaux et médico-sociaux : il s'agit d'offrir un accompagnement personnalisé, de qualité, contractualisé et évalué, s'inscrivant dans la définition des politiques publiques et de leurs obligations réglementaires, dont la promotion de la citoyenneté des personnes et de leur participation à la vie sociale.

- La CNSA, un nouveau cadre institutionnel de l'action sociale en réponse à la dispersion des actions de l'État en matière de handicap et de dépendance  
La création de cette caisse de solidarité pour l'autonomie, identifiée comme l'unique opérateur national médico-social dans ce domaine, constitue une nouvelle étape marquée par plus de cohérence des politiques d'action sociale. Elle modifie le statut de la population handicapée sous le signe d'une protection sociale mieux affirmée ; le Conseil Général conservant son rôle de pilotage et de gestion de proximité de l'ensemble du dispositif d'action sociale et médico-sociale.

b) *Le cadre réglementaire spécifique aux MAS*

Le texte fondateur précisant la mission des MAS est l'article 46 de la loi 1975-534 qui précise : « il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à

---

<sup>25</sup> Loi d'orientation 1975-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, et loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>26</sup> Les sept catégories de droits déclinés par la loi 2002-2 sont le libre choix des prestations, une prise en charge individuelle de qualité, la confidentialité, l'accès aux informations sur les droits fondamentaux et aux documents relatifs à la prise en charge, la participation directe ou celle du représentant, et enfin le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité (article L.311-3)

recevoir les personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ». C'est le 26 décembre 1978 que le décret n° 78-1211 complète la définition de la population accueillie : « les MAS reçoivent sur décision de la COTOREP<sup>27</sup> 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 tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants ». Les principes généraux guidant la création de ces établissements et régissant leur fonctionnement sont abordés dans la circulaire n° 62 AS du 28 décembre 1978.

c) *Le financement, budget et autorité de contrôle*

- Le financement et l'application de la convergence tarifaire<sup>28</sup>

- Le financement des MAS relève du domaine de l'État, donc du Préfet du département où est implantée la structure. Le Préfet du département du Rhône fixe donc le prix de journée de la Mas du Pommier, ce prix de journée s'imposant à la Caisse primaire d'assurance maladie qui en assure le versement<sup>29</sup>.

L'établissement perçoit également un autre type de recettes : le forfait journalier, versé par chaque résidant de la MAS à titre de participation aux frais d'hébergement.

- La convergence tarifaire, issue de la loi 2002-2 a pour objectif louable de réduire à terme les inégalités observées entre les tarifications d'établissements supposés accueillir le même public et rendre un service comparable. Des indicateurs socio-économiques ont alors été établis afin de permettre ces comparaisons ; concernant les MAS, certains professionnels et parents ont regretté leur caractère insuffisamment précis<sup>30</sup>. En effet, le risque pour eux est que ce mécanisme de forfaitisation du financement n'induisse l'évitement de ceux qui sont les plus lourds et coûteux à accompagner alors même que ce public est déjà bien stigmatisé.

- Le budget et ses récentes rénovations réglementaires au service des besoins des usagers : une clarification attendue du jeu des acteurs

---

<sup>27</sup> A présent Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapées (CDAPH) ; c'est donc elle qui fixe le taux d'incapacité des personnes handicapées et prononce les orientations en établissements.

<sup>28</sup> La convergence tarifaire consiste à réduire les inégalités observées entre les tarifications d'établissements supposés accueillir le même public et rendre un service comparable.

<sup>29</sup> En 2006, le coût moyen annuel à la place de la MAS du Pommier est de 68 239 euros, pour un coût moyen national annuel à la place de 65 934 euros (*Rentrée sociale 2006-2007 des associations sanitaires, sociales et médico-sociales*, Union sociale hors série n° 200, Uniopss-Uriops, Octobre 2006, p 137)

<sup>30</sup> Philippe Camberlein, directeur général du CESAP, *Etats Généraux du Polyhandicap*, Assemblée Nationale, Paris 2005, p 39

Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 précise les dispositions de la loi 2002-2 en matière budgétaire<sup>31</sup>. Mon rôle de directrice au sein d'une association gestionnaire est de veiller à établir et à respecter les propositions budgétaires les plus ajustées au droit de créance des usagers, dans une logique de classe 6 et non de classe 7 comme le souligne J.P. Hardy<sup>32</sup> ; l'établissement est donc financé « à prix coûtant » voire à prix de revient. Le pari pour le directeur est de répondre au mieux aux besoins complexes des usagers (la loi 2005-102 vient du reste augmenter les droits-créances) avec le continuel souci du rapport coût-efficacité. Les décisions financières et les acquisitions d'immobilisations en cours d'exercice sont soumises au service financier du siège associatif ; pour le reste, le directeur bénéficie d'une certaine autonomie, excepté pour les décisions budgétaires modificatives, la décision et la négociation d'emprunts, la réalisation des plans de financement et l'affectation des résultats.

- La MAS est soumise au contrôle de l'autorité qui a délivré l'autorisation<sup>33</sup>, relevant ainsi de la compétence du préfet. Si la MAS du Pommier n'a jamais fait l'objet d'aucun contrôle, en revanche, la préparation du budget prévisionnel se faisait ces dernières années en collaboration avec l'inspectrice DDASS, qui venait rencontrer le directeur dans l'établissement. Ce mode de partenariat s'est arrêté au départ de l'inspectrice ; d'autres temps de rencontres se sont installés, plus informels.

C) Les missions des MAS définies par le législateur, le plateau technique

a) *La procédure d'admission*

Elle relève de la compétence de la CDAPH qui oriente les adultes handicapés sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire travaillant au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). La décision est en principe prononcée pour cinq années afin que le placement en institution puisse être réexaminé à intervalles réguliers. L'orientation en MAS constitue une mesure de compensation du handicap : la PCH est alors nommée « PCH établissement ». La question du libre choix de l'établissement était jusqu'à présent un vœu pieu, en regard d'une offre restreinte qui amenait les établissements pour enfants à continuer d'accueillir la population ayant dépassé 20 ans<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> Les décrets des 7 avril, 23 mai et 31 mai 2006 complètent l'édifice législatif ; cette législation renforce les obligations budgétaires et comptables des ESSMS, et incite à la contractualisation pluriannuelle.

<sup>32</sup> Jean-Pierre Hardy, *Financement et tarification des ESSMS*. Paris : Dunod, 2006, p 71

<sup>33</sup> La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs élargit la notion de contrôle, et institue de plus un contrôle à des fins sanitaires et de sécurité des usagers

<sup>34</sup> Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989, article 22 portant diverses mesures sociales, dit « amendement Creton » ; il précise qu'en l'absence d'établissements pour adultes disponibles pour les accueillir, les jeunes handicapés placés dans un IME peuvent y être maintenus au-delà de l'âge limite de vingt ans dans l'attente d'une solution adaptée à leur état (afin de pallier la carence d'accueil sur l'ensemble du territoire). La situation perdure à ce jour et évite à bien de jeunes polyhandicapés de se retrouver sans solution.

### *b) Les missions des MAS envers le public accueilli*

Elles sont d'assurer de manière permanente l'hébergement et la nourriture, les soins médicaux et paramédicaux correspondant au profil des usagers, ainsi que les aides à la vie courante et les soins d'entretien induits par leur état de dépendance. Les activités de vie sociale (d'occupation et d'animation) sont elles destinées à préserver et améliorer les acquis et à prévenir les régressions.

### *c) Le personnel*

Les recommandations en matière de composition des équipes sont abordées dans la circulaire 62 AS du 28 décembre 1978. Cette circulaire fait état de médecins généralistes et spécialistes, de rééducateur, de psychologues, d'AMP, d'ASD, d'infirmières (dont une doit faire partie du personnel d'encadrement de l'établissement), de personnel d'animation ; la puissance publique n'avait a priori pas jugé utiles les apports de l'éducation spécialisée. Quant au décret d'application de la loi 2002-2 qui devrait préciser la composition de l'équipe pluridisciplinaire, il n'est pas encore paru.

L'histoire de la MAS du Pommier s'est ainsi fondée sur le brassage de plusieurs jeux d'acteurs : celui de sa population avec ses dures et complexes réalités de vie, et celui de la puissance publique et de son arsenal législatif et financier subséquent, qui viennent d'être évoqués. Il reste à aborder le rôle et la place des professionnels et des familles dans cette construction d'une vie institutionnelle mobilisée autour d'un « prendre soin » sans cesse à réinventer.

## **1.2 La vie institutionnelle de la MAS du Pommier, conjugaison de celle des résidants, de leur famille, et des professionnels**

### **1.2.1 La MAS du Pommier, historique, présentation et organisation**

La MAS du Pommier est une institution gérée par la Confluence du Rhône<sup>35</sup>. Elle a ouvert ses portes en 1994, soit huit années après la première création de MAS par cette même association gestionnaire, dont les valeurs associatives sont les suivantes :

---

<sup>35</sup> Cette association à but non lucratif (loi 1901), affiliée à l'UNAPEI est reconnue d'utilité publique, et a été fondée en 1948 : des premiers regroupements en 1942 de parents d'enfants trisomiques à l'affirmation de la vocation généraliste de l'association en 1995 (pour un plus grand nombre de handicap mental, tous les âges de la vie et toutes les familles), la Confluence du Rhône se veut un lieu d'échange, de participation, de solidarité autour de la personne handicapée mentale. A ce jour, elle rassemble près de 3 000 familles et regroupe plus de 1 600 adhérents. Elle accueille plus de 2 000 personnes handicapées mentales (dont 300 adultes hébergés), emploie plus de 1 200 salariés, et gère 43 établissements dont 3 MAS ; son budget de fonctionnement pour 2005 est de 75 millions d'euros. Son histoire est celle d'une forme d'action collective mobilisée autour d'une carence de prise en compte d'une forme d'exclusion, le handicap mental.

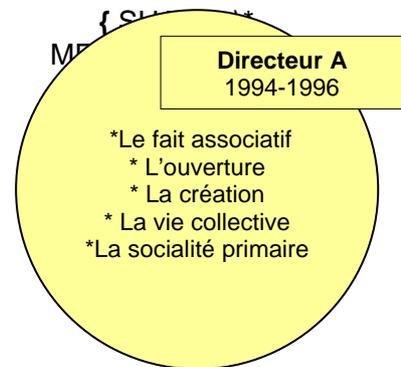
- Œuvrer pour la personne handicapée mentale
- Aider et soutenir la famille dans son rôle fondamental
- Agir sur l'environnement pour le rendre plus accueillant
- Gérer et créer des établissements

C'est en vertu de ces valeurs que sont accueillis les 48 résidents de l'établissement.

A) Création et gestion pendant les trois temps de direction précédents

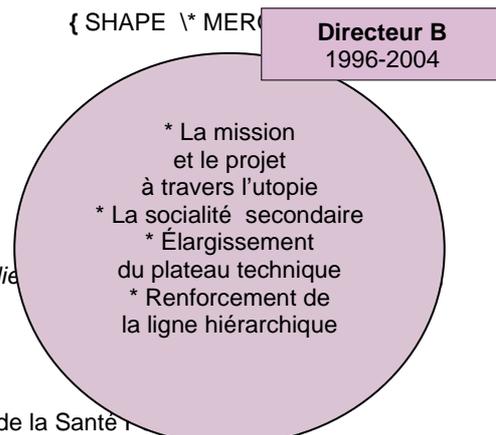
a) *L'établissement a été ouvert en 1994 par un directeur A*

Cette ouverture s'est faite dans un contexte de travaux mal réalisés et mal finis. La mémoire collective garde le souvenir d'un directeur qui orientait la MAS plutôt vers des missions d'animation et de vie collective que d'accompagnement et de soins ; son choix était de travailler avec un seul chef de service (éducatif) avec un certain déni de la fonction soins. La communication était marquée de cette socialité primaire, qui met en lien des individus plutôt que des professionnels<sup>36</sup>. Il a quitté l'association en 1996 après un an d'arrêt maladie pour départ à la retraite. Pendant un an l'établissement n'a eu comme personnel d'encadrement que le seul chef de service éducatif.



b) *Le second directeur B a géré l'établissement de 1996 à 2004*

Sa personnalité charismatique en a fait un re-fondateur d'institution. Créatif, imaginatif, il savait faire partager son enthousiasme, ses valeurs et ses projets plus qu'il ne s'attachait véritablement à la gestion courante. Stratège avisé, il prit le parti de rationaliser l'activité de la structure en externalisant les fonctions d'hôtellerie afin de se concentrer sur le cœur du métier. Ancien éducateur, imprégné de cette « clinique » fortement mobilisatrice dans les années 1970-1980, il présidait plus qu'il n'animait les réunions de projet personnalisé du résident. Il a permis le passage de la socialité primaire à la socialité secondaire, en mettant l'accent sur les fonctions, statuts et rôles. Grâce à lui, le « faire sens » cher aux éducateurs s'articulait avec bonheur au « bon sens » ; il sut mobiliser intensément les équipes autour de la création du projet d'établissement en 2002, comprendre et anticiper en temps voulu les évolutions

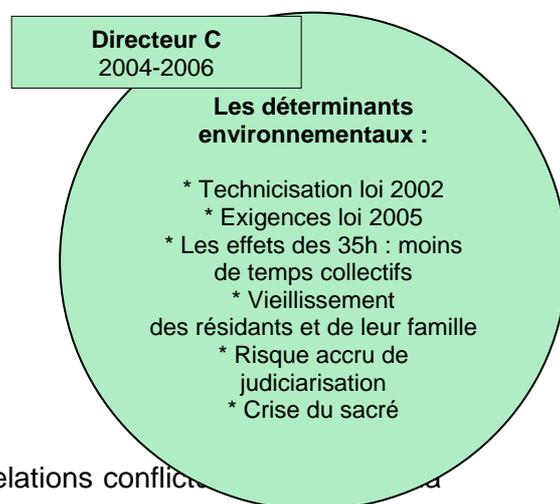


<sup>36</sup> Socialité primaire et socialité secondaire : cf Paul Fustier, *Le lieu* 2000, p 9-18.

nécessaires, notamment en aménageant la reconnaissance de la fonction soins au sein de la structure. Pour cela il créa le poste de chef de service médical, instaurant ainsi une organisation du travail à la fois verticale et horizontale<sup>37</sup> ; il négocia avec la DDASS l'attribution de 0.75 équivalent temps-plein (ETP) d'infirmière diplômée d'État (IDE) supplémentaire. Son départ en 2004 vers un autre établissement a laissé un vide symbolique qui a occupé toute l'institution.

c) *Le troisième directeur C, un profil plus gestionnaire*

Il s'attacha plutôt aux fondamentaux de la gestion courante qu'à l'extra-ordinaire. Il afficha d'entrée une rupture avec son prédécesseur en annonçant sa non-participation à l'élaboration du projet des résidents, déléguant cette mission aux chefs de service ; il suivit de près les budgets financiers et recadra un certain nombre de pratiques en matière de règles à respecter pour les salariés. Surpris par le taux d'encadrement qu'il imaginait plus important, il en négocia l'augmentation avec les financeurs au budget prévisionnel 2006 et obtint 1.25 de poste supplémentaire. Il amorça par ailleurs un travail de clarification des fonctions au sein des équipes éducatives. Il fut vécu comme un anti-modèle du directeur B, et le vide symbolique s'est transformé en relations conflictuelles. La définition de la fonction de direction, illustrant ainsi la « crise du sacré » décrite par Paul Fustier<sup>38</sup>. La première année fut difficile, la seconde fut celle de son départ pour cause de rapprochement familial. Il fut le « passeur » du temps de l'utopie à celui de la réalité qui contraint.



B) *Le temps présent, un équilibre à reconstruire*

Le quatrième directeur D est une directrice, puisque j'ai pris mes fonctions en août 2006. Le départ de mon prédécesseur a sans doute contribué à solder le problème du travail de deuil autour du départ du directeur B. J'ai ainsi vérifié que la seconde génération de direction succédant à un personnage charismatique<sup>39</sup> était en meilleure posture pour

<sup>37</sup> Deux entités de service avec deux chefs de service

<sup>38</sup> Ces crises se déclenchent lorsqu'un directeur, perçu trop « technique » par le personnel, ne présente plus la similitude nécessaire pour que fonctionne un minimum d'identification réciproque. Paul Fustier, *Le lien d'accompagnement*, op. cit. p 69

<sup>39</sup> Paul Fustier, *Le travail d'équipe en institution*. Op. cit. p 71

reconstruire un nouvel équilibre. Entre l'utopie qui guide (directeur B) et les réalités qui contraignent (directeur C)<sup>40</sup>, une troisième voie restait à trouver, celle de l'articulation de ces deux tendances, voire de leur réconciliation. Cette voie, issue du « nouvel âge de l'autorité »<sup>41</sup>, sera pour moi celle de la médiation et de la négociation. En effet, l'autorité pour moi doit s'envisager sous l'angle de l'échange ; elle est le fruit d'un travail symbolique –via des médiations concrètes qui font lien-, et s'affirme alors



en une autorité de la parole plutôt qu'en une parole d'autorité<sup>42</sup>. Ouvrir la possibilité de la parole à l'autre, c'est le sortir de son musellement et de sa violence potentielle, c'est l'engager à reconnaître l'autorité de la parole d'autrui, donc la mienne. Ce credo sera ma « part du sujet »<sup>43</sup> imprimée dans mon style de direction.

La pyramide de Maslow permet de classer par ordre d'importance les besoins de l'être humain ; elle est parfois utilisée pour prendre en compte des besoins spécifiques d'une population de façon générique ou dans un domaine particulier, ou étudier les motivations humaines. Consciente de ses limites en tant qu'outil d'analyse, je propose ici de l'utiliser en tant qu'outil de représentation, et d'oublier ce chaînage, cette hiérarchisation souvent polémiques des différents besoins, qui à mon sens s'entrecroisent, se complètent voire se suppléent. Elle devient ainsi objet métaphorique qui permet l'appréhension d'une histoire institutionnelle au travers des différents temps de direction, soulignant qu'une stratégie de direction est assurément adaptée à une époque et une conjoncture données.

{ EMBED PowerPoint.Slide.8 }

C) L'organisation de l'espace, les locaux

a) *Une construction stéréotypée, d'une symétrie répétitive*

La MAS du Pommier a fait l'objet d'une construction neuve en 1994, selon les orientations du secteur associatif d'alors, qui préférait cette option à la réhabilitation d'anciens établissements. Elle n'a pas échappé à ce que Daniel Brandeho<sup>44</sup> nomme « une forte

<sup>40</sup> Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement*. Paris : Dunod, 2003, p V (avant sommaire)

<sup>41</sup> Antoine Garapon et coll., *Le nouvel âge de l'autorité*. Paris : Hachette littérature, 2003, pp 11-17

<sup>42</sup> Antoine Garapon et coll., *Idem*, Philippe Breton, pp 110-131

<sup>43</sup> Jean-Marie Miramon, Denis Couet, Jean-Bernard Paturet, *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Rennes : ENSP, 2005, pp 79-80

<sup>44</sup> Daniel Brandeho, *Usure dans l'institution*. Op.. cit. p 109

tendance à la normalisation inconsciente », s'inscrivant dans une typologie très stéréotypée, avec ce traditionnel découpage tripartite de l'ensemble de la construction avec d'une part les locaux administratifs regroupés, d'autre part le pôle paramédical au quasi au centre de l'institution et enfin les ailes et unités de vie en complète symétrie et d'une configuration homologue. D. Brandeho voit dans ce « construire » architectural qui uniformise, qui répète, qui évacue ainsi la place de l'individu, le reflet de l'impossibilité de penser l'altérité, la différence extrême ; c'est la question des limites, de la confusion (l'unité de vie comme entité familiale de substitution ?), de l'enfermement, de la répétition des tâches quotidiennes, du repli et de la « contenance »<sup>45</sup>...le modèle de l'asile semblant ressurgir comme remède à l'irreprésentabilité du handicap profond, à la fixité du temps de ces résidants non porteurs de leur propre histoire. L'existence de ces trois entités spatiales conditionne enfin la définition de l'organisation interne et de ses articulations. Quatre unités de vie aux noms colorés accueillent les résidants : Emeraude et Garance au Nord, Azur et Héliade au Sud, l'aile Nord étant parfaitement symétrique à l'aile Sud ; au sein de chacune des ailes, chaque unité se sait symétrique à l'autre. Chaque unité est elle-même divisée en deux pour la répartition des chambres, les demi-unités reprenant la symétrie de l'ensemble, dans un même mouvement de répétition et d'indifférenciation.

*b) Chaque unité accueille 12 personnes*

On y pénètre en poussant des portes battantes qui s'ouvrent directement sur une salle commune centrale composée d'un coin repas, d'un salon avec télévision et d'un bar accessibles à tout moment aux résidants ; l'été ils peuvent sortir à leur guise sur la terrasse et le jardin privatifs. La cuisine attenante est fermée à clef pour des raisons évidentes de sécurité ; les chambres sont individuelles, équipées au moins d'un lavabo, parfois de toilettes. L'existence de deux salles de bain permet de respecter les besoins d'intimité et de dignité des usagers.

Les quatre unités ont été entièrement rénovées depuis 2002, au rythme de une par an.

*c) Les autres locaux et les espaces extérieurs*

La MAS du Pommier souffre actuellement d'un manque d'espace certain (salles de vie

---

<sup>45</sup> Didier Anzieu, *Le Moi-peau*. Paris : éd. Dunod, 1985, pp 100-101 ; l'auteur, considérant le rôle du Moi-peau dans l'étayage du Moi, identifie neuf fonctions de la peau, dont la « fonction contenant » ; il évoque la « sensation-image de la peau comme un sac » chez le tout-petit. Ce Moi-peau sera contenant, et contribuera à fonder le sentiment de la continuité de soi. La défaillance de cette « fonction conteneur » est source d'angoisses considérables, qui auront besoin d'être « contenues ». La quasi-totalité des résidants de la MAS mobilisent les professionnels autour de cette question de la « contenance », terme régulièrement utilisé en psychiatrie et en psychologie. Voir également le *Dictionnaire de psychologie*, Roland Doron et Françoise Parot, Paris : PUF 1991, p 150 à « contenant psychique » : « (...) la mère joue le rôle de contenant des images fantasmatiques et des affects terrorisants pour le bébé (...) ; les contenant de pensée sont, outre des contenant cognitifs, le langage, le fantasme inconscient, le système narcissique de la représentation de soi et la culture (...) Le moi-peau et les enveloppes psychiques sont des variétés de contenant psychiques ».

insuffisamment spacieuses, en particulier pour les personnes en fauteuil, peu de salles spécifiquement dédiées aux activités, pas de lieu convivial pour l'accueil des familles...).

Les services généraux disposent d'un standard-secrétariat, d'un atelier d'entretien ; les locaux liés à la fonction d'hôtellerie (cuisine, lingerie, buanderie) permettent peu de stockage. Le pôle paramédical se compose d'un bureau pour les infirmières, d'un autre pour les médecins, d'une salle de soin, d'une salle de kinésithérapie et d'une salle de psychomotricité. Une grande salle (près de 80 m<sup>2</sup>) baptisée très justement « salle polyvalente » accueille les différentes activités, manifestations, rencontres.

L'établissement manquant de lieux de réunion, une seule salle dite « salle en verre » à cause de l'épais plateau de verre de sa table centrale est le lieu de réunions diverses, qu'il s'agisse de temps de repas du résidant avec sa famille, des réunions-repas de l'équipe de direction, des bilans des stagiaires, des rencontres avec la psychologue...

La MAS dispose actuellement d'un terrain de 7000 m<sup>2</sup> sur lequel a été installée en 2005 une aire de jeux extérieurs, composée d'éléments en rondins de bois, aménagés en parcours ludique avec espace de repos. Ce projet a pu être réalisé grâce à une subvention exceptionnelle de la DDASS allouée au budget psychomotricité, et contribue à élargir et diversifier l'espace de vie des résidents.

### **1.2.2 Les résidents et leur famille, prises en charge et prise en compte**

#### A) Les deux versants de la prise en compte globale de la personne

Ces deux versants, soignant et éducatif, peuvent mener au même faîte, la réponse la plus adaptée aux multiples et parfois contradictoires besoins du résidant ; ils peuvent aussi conduire à des abîmes d'incompréhensions et d'impasses heureusement souvent passagers. Pour les aborder, je m'appuierai sur les travaux de Philippe Chavaroche<sup>46</sup> qui souligne que le souci thérapeutique en MAS doit prévaloir, cela en regard de cette extrême fragilité somatique déjà évoquée. En effet, seule la disparition ou la neutralisation des effets douloureux et morbides permet la mise en œuvre d'une démarche éducative efficiente. Le versant thérapeutique sera donc le premier abordé, suivi du versant éducatif ; le paragraphe suivant évoquera leur indiscutable complémentarité au travers des outils de la loi 2002-2 propres à garantir l'exercice des droits des usagers.

- Le soin au centre de la vie quotidienne, comme principe organisateur

Je reprends là volontairement un sous-titre de l'ouvrage sus cité, car le soin dans son

---

<sup>46</sup> Philippe Chavaroche, *Travailler en MAS*. Ramonville Saint-Agne : Erès, p 21

double sens du « care » et du « cure »<sup>47</sup> conditionne l'organisation de la MAS du Pommier et celle du résidant, qui peut ou non participer aux activités proposées en fonction de son état physique. La semaine est rythmée par la visite médicale du médecin généraliste, une matinée sur deux des jours ouvrés, donc 3 fois par semaine ; il se déplace sur chaque unité pour consulter les résidants ciblés par l'équipe infirmière, l'équipe éducative ou les familles. La journée quant à elle est scandée par les petits soins quotidiens et les distributions de médicaments, les prises en charge en psychomotricité ou kinésithérapie ; les heures de nuits s'égrènent en termes de surveillances, de changes réguliers, de « tours » de garde. La place dévolue au soin est plus grande encore quand survient de l'inopiné, tel que crises d'épilepsie, chutes, blessures, états d'agitation...

Les questions et enjeux autour de cette médicalisation de la vie<sup>48</sup> suscitent les mêmes interrogations, les mêmes divergences de points de vue que dans la société civile ; s'y rajoutent l'écart des cultures professionnelles et l'angoisse des aidants naturels ou professionnels, qui en font une véritable pierre angulaire institutionnelle.

- L'éducation à travers la vie quotidienne : pédagogie et socialisation

Cette notion d'éducation intrigue les profanes qui connaissent peu ou mal la population dont il est question ici ; que peut-on éduquer à partir de ces capacités minuscules ?<sup>49</sup> L'étymologie du mot éducation éclairera notre propos : *ex-ducere*, qui signifie conduire au dehors : c'est l'idée d'une progression vers l'autonomie, forcément minime, forcément restreinte, mais qui évite ce « recroquevillement » sur la personne, sur sa morbidité ; c'est le dessein de ne pas baisser les bras devant les difficultés cognitives de la personne à décrypter et comprendre son environnement ; c'est enfin l'engagement à la porter dans un système de relations avec les autres, à l'inscrire parmi ses semblables. C'est dire l'importance de la mission éducative qui, à partir de la vie quotidienne, stimule le résidant, le situe au sein de son unité de vie, organise la rencontre avec le monde extérieur, et s'attache au repérage, au décryptage et au décodage de conduites souvent pulsionnelles. Cette fonction éducative s'exerce non seulement à partir du quotidien, mais aussi à partir d'activités avec les mêmes objectifs globaux<sup>50</sup>, les objectifs spécifiques variant selon le domaine choisi : ainsi les activités « conte », « ferme-calèche », « équilibre »... sont inscrites dans le projet individualisé des usagers concernés. La plupart des résidants

---

<sup>47</sup> On distingue le « care » qui regroupe les soins coutumiers et habituels, qui sont les soins d'entretien de la vie, du « cure » qui traite des soins de réparation, c'est-à-dire des traitements avec plus en amont les méthodes diagnostiques et de surveillance de traitement. Soigner n'est donc pas seulement traiter. Marie-Françoise Collière, *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : Masson 2001, p112, p 116

<sup>48</sup> Jean-Pierre Dupuy, *La médicalisation de la vie, hommage à Ivan Illich*, éd. Esprit, octobre 2004, pp26-39

<sup>49</sup> Faut-il aller jusqu'à penser qu'un éducateur spécialisé en MAS, « c'est un peu comme un agrégé dans une école maternelle » ... ainsi que l'exprime un de mes collègues directeur d'IME ?

<sup>50</sup> Socialisation, mise en relation avec l'autre, sortie extérieure, activité ludique...

présentant un niveau d'investissement de la sphère manuelle limité, le groupe « atelier créatif » est relativement réduit ; l'activité théâtre fera l'objet d'un paragraphe particulier au cours des lignes suivantes. Les éducateurs sont responsables et animateurs de ces ateliers sur la base du volontariat et de la référence, la mission plus générale de coordination et d'animation transversale revenant à l'éducatrice spécialisée.

Ainsi la prise en compte globale de la personne, qui se décline en prises en charges plurielles, apparaît comme une incessante combinatoire des fonctions thérapeutique et de la fonction éducative, de nature complexe et dialogique<sup>51</sup>. Sciemment définies et articulées par plusieurs outils de la loi 2002-2 qui garantissent les droits des usagers (notamment par le projet individuel du résidant et le projet d'établissement), elles témoignent de la volonté institutionnelle d'une approche holistique de la personne.

#### B) Les outils 2002-2 soutiennent l'articulation de ces deux logiques

La prise en compte de la complexité impose de distinguer les logiques à l'œuvre dans des problématiques globales, et de savoir se dégager des approches binaires (le bon et le mauvais, le vrai et le faux). A cette fin, il s'agit d'affirmer en premier lieu la spécificité de chaque logique (distinction) pour ensuite les articuler l'une à l'autre (conjonction) ; tel est ce processus de distinction-conjonction proposé par E. Morin, activé dans l'élaboration des outils 2002 suivants autour de l'articulation des logiques soignante et éducative :

- Le Directeur B avait anticipé la promulgation de cette loi et avait travaillé dès 2001 sur l'élaboration du tout premier projet d'établissement de la MAS du Pommier ; la démarche avait été largement participative. Le projet, formalisé en juin 2002, avait contribué à la création d'un espace démocratique et d'une dynamique institutionnelle. Il a défini les actions éducatives et thérapeutiques jusqu'en décembre 2006, insistant sur l'action personnalisée auprès du résidant. La notion d'évaluation, en revanche, en était absente<sup>52</sup>.
- L'élaboration du projet individuel en réunion pluridisciplinaire fait l'objet d'un paragraphe de ce projet d'établissement ; c'est certainement *le temps et le lieu* de l'articulation des fonctions éducative et thérapeutique. Malgré une volonté institutionnelle exprimée d'associer le résidant<sup>53</sup>, son absence au cours de cette réunion me semble contraire à l'esprit de la loi, et signe un progrès à accomplir. Le directeur C aurait souhaité amorcer un travail de révision de cette « démarche projet », aboutissant à la réalisation

---

<sup>51</sup> Edgar Morin, sociologue, définit un principe dialogique lorsque plusieurs logiques différentes doivent se lier en une unité, de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité se perde dans l'unité ; *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil, avril 2005, pp 98-99

<sup>52</sup> Ce projet de 1<sup>ère</sup> génération qui arrivait à son terme au cours du premier semestre 2007 a été remplacé par un projet de 2<sup>ème</sup> génération dès janvier 2007 ; ce fut mon premier acte de management décisif.

<sup>53</sup> «En recueillant leurs attentes de façon formelle avant la réunion d'équipe, en leur proposant, ainsi qu'à leur représentant légal ou tuteur, un programme d'accompagnement soumis à débat... » Projet d'Etablissement de la Mas du Pommier

d'un projet individuel personnalisé pour chaque résident ; il n'en eut pas le temps, officialisant toutefois l'adjonction de la démarche de soins infirmiers<sup>54</sup> à l'écrit éducatif.

- Le règlement de fonctionnement fixe les règles de vie collective et les modalités concrètes des prestations dispensées. Il souligne l'individualisation des prises en charge et leur mise en oeuvre autour de cette dialectique du soin et des activités. Réactualisé en 2006 par le directeur C, il aborde la nécessité d'assurer la continuité des soins, et le devoir d'information réciproque institution-famille qui en découle. Il évoque ces moments de fête qui rythment le temps social de la MAS à l'unisson du temps extérieur : repas de Noël, chandeleur, mardi-gras... Si certains temps sont nettement organisés pour les résidents (Noël, mardi-gras), d'autres cherchent encore leur légitimité : je pense à cette fête de fin d'année 2006 où pour la seconde fois j'ai franchi la porte de l'établissement ; le directeur m'avait conviée à l'apéritif offert aux familles afin de me présenter à elles.

### C) Les familles, des partenaires à part entière

#### a) *La fête « d'été », fête réelle ou fête rêvée ?*

C'était le mois de juin ; il faisait doux. Quelques tentes avaient été montées pour se protéger d'une éventuelle pluie ; les résidents étaient aisément repérables, indifférents à l'ambiance musicale ou au contraire l'accompagnant à l'excès. Les familles que je devinais choyaient leur résident ou discutaient entre elles. Les professionnels étaient aisément repérables, chargés de l'animation. Le groupe musical s'essayait à quelques notes entraînantes pour attirer d'hypothétiques danseurs : plusieurs résidents, professionnels et visiteurs s'accrochaient à elles pendant quelques instants, plutôt isolément, et retournaient banqueter. Ce temps-là me laisse le souvenir d'une fête non aboutie et pas vraiment partagée ; un peu comme si personne n'arrivait à sortir de ce temps figé, renonçant par là à l'investissement d'une temporalité porteuse d'espoir. La dureté du réel se voulait dulcifiée par les ballons colorés, les jeux de kermesse, la musique et les boissons d'été. Chacun tenait son rôle dans la répétition de ce temps festif qui semblait s'essouffler, et le résultat me parut mitigé, peu convaincant, me laissant une kyrielle d'interrogations en tête.

#### b) *Le conseil de la vie sociale (CVS), autre outil de la loi 2002-2*

La stupeur avait frappé certains directeurs en poste lorsqu'est sorti le décret d'application stipulant que le président devait être un résident... inimaginable dans ce type d'établissement. Ce sont donc les représentants légaux qui siègent en cette instance, à la

---

<sup>54</sup>La démarche de soins infirmiers (DSI) est un processus de résolution de problèmes qui fait partie du cadre conceptuel des études en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ; elle constitue la clef de voûte des interventions infirmières, méthode efficace d'organisation de la pensée pour la prise de décisions cliniques. (Marylin Doenges, Monique Lefebvre, Mary Frances Moorhouse, *Diagnostics infirmiers et interventions, Guide pratique*. Paris : Seli Arslan, 1996, pp 7-12).

fois lieu d'information et de débat, à la place des résidants (par choix associatif, suite à délibération du conseil d'administration). La parole impossible du résidant est au mieux relayée, au pire confisquée par les différents acteurs. Si pour d'autres usagers, ce CVS est un lieu direct d'apprentissage de la démocratie et de la citoyenneté, d'ouverture vers l'autre et la collectivité, en MAS c'est impossible ; en outre les familles qui les représentent ont des difficultés à sortir de la relation client-fournisseur (les chaussettes perdues, l'édredon oublié dans le placard, le tapis à la mauvaise place...) et de la récurrente demande de médicalisation de la prise en compte. Les comptes-rendus de CVS montrent bien ce questionnement incessant autour du somatique, véritable leitmotiv cache-misère de la question de l'acceptation du handicap et du deuil impossible de l'enfant idéal. Les deux directeurs précédents invitaient régulièrement les chefs de services à ces réunions afin de faire vivre symboliquement la mise en synergie des fonctions éducative et thérapeutique.

c) *Deux autres formes de partenariat avec les familles*

- Le groupe « rencontres-familles » est né en 2002 alors que le directeur B se confrontait à la toute-puissance de certains parents, qui prétendaient dicter aux professionnels leurs actions et contrôler leur travail. Il sut comprendre la béance de leur souffrance et de leur angoisse, et loin des jugements de valeurs et des rapports de force, leur proposa un lieu où sauraient se reprendre l'histoire familiale, se dire les difficultés autour du handicap mental<sup>55</sup>. La plupart des familles entrant dans ce dispositif sont surprises d'apprendre que dès le premier entretien, la présence du résidant est requise, « mais il ne va rien comprendre, il va nous gêner, il ne restera pas... » ; et toutes au bout du compte entrevoient le statut de sujet de leur parent, réalisant que « l'infra verbal » n'empêche pas la mise en mots, l'émotion, une certaine forme de compréhension et de participation, au-delà de ce qu'ils imaginaient. Vingt familles sont ainsi suivies, et si le cadre n'est pas thérapeutique, il produit néanmoins des effets thérapeutiques par l'histoire qu'il permet de dire ou de redire, de lire ou de relire, et par le thème de la séparation qui s'y travaille. Ces entretiens sont proposés par l'équipe de cadres dès qu'une famille est sentie en difficulté dans l'exercice de son rôle d'aidant naturel ou dans son rôle de parents-clients ; ils jouent en amont un rôle de « contenance » vis-à-vis des familles, et par conséquent vis-à-vis de l'institution ; ils expliquent en grande partie la non nécessité pour l'instant du recours à la personne qualifiée.

---

<sup>55</sup> Les parents évoquent beaucoup au début la question de l'annonce du handicap, leur solitude et leur détresse de ce temps-là ; la problématique de l'articulation des fonctions éducatives du couple parental et de l'équipe éducative revient régulièrement ; le thème de la séparation et de la reconnaissance du handicap affleure au terme d'un certains laps de temps plus ou moins long selon les familles. On voit alors mollir les attitudes défensives ou agressives, les parents-clients laissant peu à peu place aux parents-collaborateurs.

- Quant à la rencontre annuelle par unité, elle est proposée aux familles pour les associer à la dimension collective de la prise en charge du résidant : tous les professionnels participant à la prise en compte des usagers d'une unité se réunissent autour de l'accueil des parents<sup>56</sup>. Si la fête d'été permet une certaine forme de convivialité, le CVS la circulation de l'information ainsi que la mise en débat, et le groupe-rencontre famille une écoute personnalisée, ce dispositif permet des échanges collectifs par unité. La volonté de travailler en partenariat avec les familles apparaît clairement à la MAS du Pommier, l'intérêt général se devant de prendre en compte leur association à la vie de l'institution ; mais une association réalisée dans la différenciation et le respect du cadre.

### 1.2.3 Le plateau technique humain et son organisation

#### A) Le pilotage de l'institution et organisation générale

##### a) *Pilotage de l'institution par l'équipe de direction*

Institué par le directeur B, ce fonctionnement en équipe de direction (composée du directeur et des deux chefs de service), fut repris par le directeur C, convaincu de son intérêt : véritable instance de réflexion et d'élaboration, d'analyse et de mise en perspective du fonctionnement institutionnel avec examen des priorités et des projets, elle s'enrichit régulièrement de l'avis des cadres techniques. Les deux chefs de services ont des fonctions nettement différenciées : le chef de service éducatif, en regard du nombre important de salariés, se voit en charge d'une importante gestion du personnel ; le chef de service médical, avec une gestion de personnel qui représente le quart de celle de sa collègue, fait fonction d'économiste en matière de matériel de soin et d'hygiène. Il assure également un rôle d'interface avec les médecins salariés, les prestataires de service et autre partenariat extérieur (réseau d'odontologie, services hospitaliers ...).

L'organisation des soins et du service médical est placée sous la responsabilité du chef de service médical<sup>57</sup> qui a une autorité fonctionnelle sur les deux médecins salariés. Le directeur B était attaché à ce réquisit qu'il avait imposé afin d'équilibrer le partage du tandem autorité-pouvoir dans l'institution ; en effet, en regard d'une autorité médicale fondée sur une forte compétence technique et un certain prestige social, il afficha cette volonté de voir aplatis sinon neutralisés les phénomènes de domination symbolique<sup>58</sup> et

---

<sup>56</sup> L'équipe éducative fait un état des lieux du fonctionnement et des projets de l'unité concernée, le service paramédical explique son organisation et son inscription dans la vie institutionnelle, les ASD de nuit racontent leurs heures de veille. Les chefs de service élargissent la vision de l'ensemble en évoquant réseaux et partenaires, le directeur jouant son rôle de garant de la cohérence.

<sup>57</sup> Un IDE faisant partie du personnel d'encadrement, selon la circulaire 62 AS

<sup>58</sup> C. Dejours, *Le facteur humain*. Paris : PUF, 2005, p 67

Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*. Paris : Seuil, 2001, pp 77-79

de formation langagière qui parasitent souvent les relations professionnelles, afin de s'assurer de rester au mieux maître des jeux d'influence<sup>59</sup>.

b) *Organisation générale*

- L'organigramme hiérarchique permet de visualiser dans son ensemble les ressources en personnel et les liens hiérarchiques, avec cette division du travail à la fois horizontale et verticale par l'existence des deux services (éducatif et médical) et des deux chefs de service ad hoc (annexe 3). Le schéma général de Mintzberg<sup>60</sup>, avec ses cinq éléments de base, précise la division du travail et la répartition des rôles : le chef de service éducatif est responsable du centre opérationnel (les équipes éducatives chargées de l'accompagnement à la vie quotidienne des résidants), et le chef de service médical a essentiellement une autorité hiérarchique et/ou fonctionnelle sur la technostructure, selon la qualification des professionnels (les deux médecins et la psychologue étant sous l'autorité hiérarchique du directeur). Cette ligne hiérarchique bicéphale assure le relais entre les opérateurs et le directeur, qualifié de sommet stratégique, et dont la mission est de conduire l'institution à l'atteinte de ses objectifs ; la technostructure est composée d'experts qui guident, analysent, planifient l'action du centre opérationnel.

{ EMBED PowerPoint.Slide.8 }

- Le choix d'une compétence collective issue de l'indifférenciation des métiers : concernant le centre opérationnel, ce même directeur instaure sur les unités de vie un fonctionnement supposé mutualiser et capitaliser les compétences, chaque professionnel (AMP, ME, ASD) intervenant dans les mêmes conditions pour les mêmes objectifs de prise en charge (soins de nursing, aide au repas, sortie extérieure), sans tenir compte des différentes qualifications. Ainsi sur sa tranche horaire, l'aide-soignant d'Héliade réalise les mêmes prises en charge que le moniteur-éducateur d'Azur.

- L'importance du dispositif institutionnel des temps de réunions et de rencontres est soulignée dans le projet d'établissement : les réunions de coordination, d'information et de régulation telles la réunion mensuelle d'unité, la réunion trimestrielle du service de nuit avec l'équipe de direction... et quelques autres, permettent la circulation des informations et de la parole dans le « construire ensemble »<sup>61</sup>.

Les temps de rencontres et de partenariat avec les familles ou les représentants légaux sont également inscrits au projet d'établissement ; tout ce dispositif de réunions est évalué

---

<sup>59</sup> Bruno Roche et Francis Marfoggia, *L'art de manager*. Paris : Ellipses, 2006, pp 76-79

<sup>60</sup> Y.F. Livian, *Introduction à l'analyse des organisations*. Paris : Economica, 2000, pp 31-33

<sup>61</sup> Les réunions d'élaboration ont pour thème les projets individualisés et l'évolution des prises en charge, et permettent la réflexion pluridisciplinaire ainsi que l'articulation des savoirs et des représentations ; les réunions cliniques sont elles centrées sur la situation des résidants, comme la réunion de projet personnalisé tous les 18 mois et la réunion trimestrielle de l'équipe de nuit avec les équipes éducatives et infirmière.

en assemblée générale du personnel de fin d'année et intègre au fil du temps les modifications et aménagements nécessaires.

c) *Externalisation de certaines prestations*

- Les prestations hôtelières sont assurées par une entreprise privée prestataire qui prend en charge les repas, l'entretien du linge, le ménage, avec son propre personnel qui travaille sur place. Des réunions de régulation ont lieu une fois par mois, en présence de représentants de la société privée et des équipes éducatives, sous l'égide du chef de service médical avec parfois le directeur. Ainsi s'évaluent régulièrement la qualité et l'efficacité des relations client-fournisseur réciproques, avec un travail poussé de personnalisation des régimes et textures alimentaires qui concilie au mieux le facteur sécurité et le primat de maintien des acquis du résident.

- Deux kinésithérapeutes libéraux interviennent depuis 2004, du lundi au vendredi, suite à l'impossibilité de recruter un kinésithérapeute salarié après le départ à la retraite du titulaire. Bien qu'une offre d'emploi paraisse régulièrement, aucun candidat ne s'est encore manifesté ; le directeur B avait signalé à la DDASS qu'il avait été dans l'obligation d'adopter cette solution de partenariat. La situation perdure à ce jour.

B) Le personnel

a) *Répartition des compétences selon la structure de Mintzberg*

Je reprends là cette classification qui me semble être une analyse adaptée de la répartition du personnel de la Mas du Pommier.

- **Le centre opérationnel** est composé des équipes des quatre unités et de l'équipe de nuit. Chaque équipe éducative est composée en moyenne de 2 ME, 3 AMP, et 3 ASD (soit 8 ETP) qui travaillent en horaires d'internat<sup>62</sup>. La fiche de fonction théorique est commune aux trois qualifications ; ils ont en charge le versant « care » du soin, c'est-à-dire l'aide aux repas, à la toilette, à l'habillage, aux levers et aux couchers ainsi que les temps occupationnels spontanés ou programmés. Ce sont eux qui sont en contact direct et quotidien avec les familles (nouvelles téléphoniques, temps de départs et de retours de week-end...). Le quota minimum requis pour assurer une prise en charge sécurisée des résidents est de trois personnes pendant ces temps forts que sont les repas, les toilettes du matin et les couchers du soir. Chaque éducateur est référent à au moins deux titres : référent du projet de deux résidents de l'unité, et d'au moins une « activité » de la MAS ; ces références sont doubles afin d'assurer au mieux la continuité des prises en charge.

---

<sup>62</sup> Ils travaillent de ce fait les samedi et dimanche, l'horaire le plus matinal commençant à 07h, et le plus tardif finissant à 21h30 ; les horaires dits « coupés » font partie du roulement sur 8 semaines

L'équipe de nuit titulaire est composée de quatre ASD à temps plein travaillant par roulement de 2 veilleuses par nuit ; le directeur B avait mis en place une certaine mobilité géographique du personnel, chaque veilleuse étant affectée sur une aile pendant 15 jours, et se devant de permuter avec sa collègue pour la quinzaine suivante.

- **La technostructure** déploie son activité en transversal sur celle du centre opérationnel ; elle comprend l'équipe infirmière qui exerce un rôle sur prescription médicale et un rôle dit propre (hors prescription médicale) de surveillance, de prévention, d'actions simples. Ces deux rôles se combinent à une mission institutionnelle d'éducation, d'information des équipes éducatives et de lien avec les familles, le tout articulé autour du principe de la continuité des soins. Quant à l'équipe de rééducation, elle est composée d'une psychomotricienne (1 ETP) et des deux kinésithérapeutes libéraux. Les médecins assurent le suivi médical au niveau somatique et psychiatrique, soit directement en tenant des consultations ou entretiens auprès des résidents, soit indirectement au travers de réunions institutionnelles toujours animées par les chefs de services.

L'éducatrice spécialisée, détachée du quotidien, seconde le chef de service éducatif pour l'élaboration et le suivi des projets personnalisés. Elle gère le planning et l'organisation des activités, remplissant par ailleurs une fonction occasionnelle d'animation.

La psychologue à l'instar des médecins, assure également un suivi indirect des résidents, et ce qui est plus rare, quelques prises en charge cliniques. Elle supervise l'activité de la psychomotricienne et est la référente du groupe rencontres-familles.<sup>63</sup>

*b) L'analyse de la pratique comme action préventive de la maltraitance*

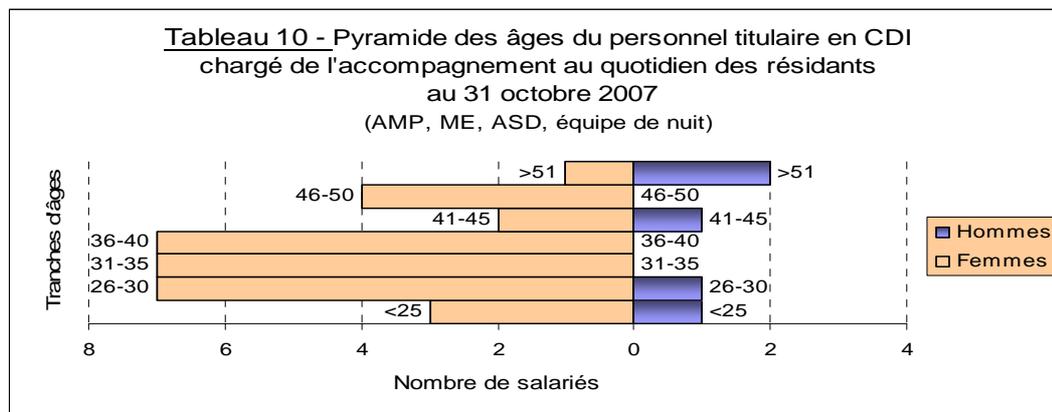
L'accompagnement des professionnels est renforcé par des séances d'analyse de la pratique, mises en place par le directeur B ; elles reposaient sur la psychologue qui animait, hors présence des chefs de service, des réunions « cliniques » par unité, où les équipes éducatives exprimaient leur ressenti et leurs problèmes face aux difficultés de prise en charge des résidents. Le directeur C a rapidement supprimé ce dispositif interne, le remplaçant par des groupes d'analyse de la pratique confiés à un organisme extérieur, et élargis à l'équipe infirmière.

*c) Parmi les indicateurs de gestion du personnel, un taux d'accidents du travail élevé*

---

<sup>63</sup> Le personnel du centre opérationnel est de niveau V, celui de la technostructure de niveau III à I. La comptable, la secrétaire, et l'agent d'entretien faisant partie de la logistique (les services généraux) ne seront pas évoqués, la plus grande part de leur temps de travail ne concernant pas directement les résidents.

- La pyramide des âges du centre opérationnel souligne la féminisation du personnel, avec des tranches d'âges majoritaires situées entre 30 et 40 ans ; les hommes sont au nombre de 5, dont 2 ont plus de 51 ans. L'ancienneté dans le poste est peu



élevée, le précédent changement de direction ayant engendré un mouvement général de départs. Seuls quatre salariés sont présents depuis l'ouverture.

- Concernant les effectifs d'une institution, il est intéressant d'en distinguer quatre différents types<sup>64</sup>, au vu d'une certaine flexibilité salariale (instaurée ici en fonction du volume des remplacements) : l'effectif fiscal, l'effectif permanent, l'effectif habituel et l'effectif inscrit. C'est l'effectif fiscal qui sera pris en compte dans le paragraphe suivant pour s'aligner sur la méthode de travail de la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés). Le ratio d'encadrement calculé à partir de l'effectif fiscal est de 1.29 ; le ratio d'encadrement calculé par la DDASS est de 1.18 sur le retour du BP 2008, qualifié par l'inspectrice de « conforme à la moyenne départementale ».

- Un problème est récurrent depuis plusieurs années, celui de l'absentéisme lié aux accidents du travail (AT). La CNAMTS mesure cet absentéisme à l'aide d'un pourcentage, appelé indice de fréquence (IF). Cet indice est le rapport entre le nombre d'A.T. suivis d'arrêts et le nombre de salariés. Au niveau national en 2005<sup>65</sup>, cet indice est de 39.1 ; à la MAS du Pommier, il est de 154<sup>66</sup>, soit près de quatre fois plus élevé. Il dépasse en cela l'indice traditionnellement le plus haut, celui de la branche « Bâtiment et travaux public » (BTP) qui est de 87,6 la même année. Je ne peux

<sup>64</sup> L'effectif permanent est constitué de l'ensemble des titulaires d'un CDI ; l'effectif fiscal de tous les salariés qui ont perçu une rémunération en cours d'exercice budgétaire, (excluant ceux qui ont fait l'objet d'une suspension pour absence : maladie non rémunérée, grève, congé formation ou sabbatique) ; l'effectif habituel regroupe les salariés bénéficiant d'un contrat de travail (CDI, CDD, intérim). Quant à l'effectif inscrit, il est composé des salariés inscrits au fichier du personnel, CDI ou CDD, excluant les intérimaires. (Geneviève Iacano, *Gestion des ressources humaines*. Paris : Gualino, 2002, p 71.

<sup>65</sup> J'ai fait le choix de l'année 2005 car les chiffres nationaux 2006 n'étaient pas publiés au cours du premier semestre 2007 (voir annexe 6) ; ce choix me paraît pertinent en regard de ma prise de poste qui date de 2006

<sup>66</sup> Selon le site des Accidents du travail et des Maladies Professionnels, { [HYPERLINK "http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr"](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr) } ;

$$IF = \frac{\text{nombre d'AT} \times 1000}{\text{Nombre de salariés (effectif fiscal)}} \quad IF \text{ Mas du Pommier } 2005 = \frac{9 \times 1000}{58,2 (48,2 \text{ CDI} + 10 \text{ CDD})} = 154$$

malheureusement pas retracer l'historique de cet indice, la collecte formalisée des données par le CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail) ne datant que de 2004 (antérieurement, seuls les AT étaient comptabilisés, avec ou sans arrêt de travail). En revanche, l'historique du nombre global d'AT de la MAS (avec et sans arrêt de travail) a pu être reconstitué, et révèle un nombre d'accidents du travail assez élevé depuis plusieurs années. Ce chiffre varie peu et est d'une cinquantaine par an.

- A titre de comparaison, le tableau suivant rappelle l'indice de fréquence moyen au niveau national et pour la branche BTP ; il indique que deux des MAS de l'association en 2005 ont un IF au moins trois fois plus élevé que la moyenne nationale.

<b>Tableau 8– Quelques indices de fréquence des accidents du travail en 2005</b>						
<b>Année 2005</b>	Chiffres de l'association Confluence du Rhône				Chiffres nationaux	
	Mas du Pommier	Autre Mas	Foyer de vie 1	Foyer de vie 2	BTP	Moyenne nationale
Indice de fréquence des AT	154	127	0	33	87,8	39,1

Notons encore que pour ces deux MAS, ce taux est en légère augmentation depuis trois ans. (les données de la 3<sup>ème</sup> MAS ouverte depuis deux ans sont inconnues). En outre, les chiffres des établissements accueillant des usagers plus autonomes et moins dépendants sont nettement moins élevés, avec des IF à 0 et à 33 pour deux foyers de vie de la Confluence du Rhône en 2005. Ces chiffres méritent une attention particulière, car ils sont les indicateurs d'une réalité de vie au travail qui fera l'objet d'un développement ultérieur.

- Cette réalité de travail s'exprime d'ores et déjà à travers une enquête menée par l'association gestionnaire sur l'usure professionnelle au cours du premier semestre 2007 (664 réponses sur 1 100 enquêtes distribuées, tous établissements).

<b>Tableau 9– Enquête sur l'usure professionnelle « Confluence du Rhône »</b>						
<b>Résultats partiels (sur l'item charge de travail)</b>						
<b>Année 2007</b>	Moyenne	MAS	FAM	Foyer de vie	Foyer d'hébergement	<i>4 réponses possibles à la question « charge de travail » : De 0 à 3 : 0 = critère non usant 3 = critère très usant</i>
Charge de travail	2,08	2,43	2,23	2,04	1,90	

Ces résultats démontrent assez nettement que, parmi les différents types de structure, c'est en MAS que la charge de travail est ressentie comme étant la plus importante.

Une autre facette de cette réalité de travail est l'engagement, généralement intense, dont font preuve les professionnels dans la mise en acte de trois types de partenariat différents, et qui ouvrent la MAS sur les activités culturelles, des échanges inter-institutions, et un réseau de santé.

C) L'ouverture sur l'extérieur et le travail en réseau : la MAS Du Pommier participe à plusieurs expériences réussies en région Rhône-Alpes

a) *L'activité théâtre et sa troupe, le « Boundy Band Saï Saï »*

Bien qu'institutionnellement inscrite dans le panel d'activités proposées, je choisis de l'aborder ici, alors qu'il est question de l'extérieur, tant ses implications et effets débordent du cadre habituel. Cet atelier théâtre est né grâce à une ancienne éducatrice spécialisée de la MAS, férue de poésie et de spectacle. Très vite cette professionnelle s'est heurtée à l'extrême limitation des possibilités des résidents ; seuls quelques-uns pouvaient participer, trop peu pour créer un groupe. Elle s'est alors tournée vers d'autres établissements afin de compléter sa « troupe » ; ainsi depuis plusieurs années le « Boundy Band Saï Saï » se produit en représentation face à un véritable public<sup>67</sup> trois à quatre fois dans l'année pour le plus grand plaisir des professionnels et des résidents qui y participent. Bien que cette éducatrice spécialisée ne travaille plus à la MAS du Pommier, le projet continue de vivre sous sa référence, du foyer médicalisé où elle travaille, la salle polyvalente de la MAS servant de scène de répétition tous les lundis.

Qui a assisté à ce spectacle comprend combien le merveilleux peut servir de guide au dépassement de soi, et combien les humanités peuvent rivaliser de fantaisie et de surprises, se rejoignant dans cette immense victoire sur le handicap. Les spectateurs ont souvent l'émotion au bord des yeux, à la vue de ces binômes éducateur-résident qui réussissent à faire exister ces acteurs d'un soir largement en dehors de leur handicap. Là se tient un véritable moment de bonheur et de fête dans une presque indifférenciation des rôles, les lumières de la scène éclipsant les ombres du handicap. Cette place est celle de l'utopie, de celle qui est nécessaire pour s'affranchir des pesanteurs du quotidien.

b) *Le collectif InterMAS Rhône-Alpes, bientôt 20 ans d'existence*

La lourdeur du polyhandicap et plus largement de la déficience mentale sévère a un impact certain sur les accompagnants, qui expliquent très bien combien ils peuvent se sentir englués par ce côté archaïque, mortifère, que renvoient les résidents. Pour lutter contre cet immobilisme physique et psychique qui peut figer les institutions, et pour sortir de leur isolement, quelques directeurs de MAS volontaristes ont créé en 1996 ce collectif qui réunissait alors 8 établissements de 5 départements<sup>68</sup>. Ce collectif est animé par les directeurs et chefs de services, au rythme d'une rencontre bimestrielle à chaque fois dans

---

<sup>67</sup> Trois spectacles ont eu lieu en 2007 dans l'Isère, dans le Rhône, et en Charente Maritime

<sup>68</sup> Leurs objectifs étaient de proposer des séjours de vacances pour des résidents n'ayant aucune possibilité d'accueil adapté au polyhandicap ; de permettre aux professionnels d'échanger sur leur pratique et de suivre des cycles de formation communs ; de passer des conventions en vue de séjours de rupture ou de réévaluation pour des résidents ; et d'organiser des journées ouvertes de réflexion sur des thèmes choisis.

un établissement différent. Cette formule connaît un franc succès puisque le groupe s'est ouvert aux foyers d'accueil médicalisé (FAM), et qu'il est constitué à ce jour de treize établissements. Les temps forts de l'InterMAS Rhône-Alpes sont le colloque qui a lieu tous les deux ans<sup>69</sup>, les formations financées grâce aux fonds réunis par le colloque, et deux fois par an l'organisation de camps dénommés « transferts InterMAS » mutualisant moyens humains et logistiques, qui permettent de vrais temps de vacances. La MAS du Pommier participe activement à ces temps qui mobilisent le personnel sur des réalisations concrètes pour les usagers, créant des espaces de débat et d'échanges institutionnels et interinstitutionnels.

Se pose aujourd'hui la question de l'agrandissement du groupe et de son statut juridique.

c) *La participation de la MAS du Pommier au réseau d'odontologie Santé Bucco Dentaire et Handicap (SBDH) Rhône-Alpes depuis sept ans*

Ce réseau est né à l'initiative du Dr Eric-Nicolas Bory au début des années 2000<sup>70</sup> en vue d'apporter une réponse coordonnée et pluridisciplinaire à la prise en charge de personnes sévèrement handicapées qui n'avaient pas accès aux soins bucco-dentaires. Il consacrait de la sorte un réseau informel qui existait depuis 1996, date à laquelle le service d'Odontologie du Centre Hospitalier le Vinatier s'est ouvert sur l'extérieur, les praticiens et responsables d'établissements ne sachant où adresser leurs patients. L'activité de cette association s'exerce au travers du Centre-Ressource de cet hôpital, d'une cellule de coordination, d'une unité mobile, de centres de Santé Orale. Elle permet une prise en charge du public gravement déficient mental dans de meilleures conditions<sup>71</sup>, avec le souci constant de l'amélioration de la qualité du service rendu et des pratiques professionnelles. Cette collaboration suivie avec le secteur hospitalier fait l'objet d'une convention renouvelée chaque année ; tous les résidents de la Mas du Pommier sont suivis sur le plan dentaire par cette équipe, avec bien entendu l'accord des représentants légaux.

En conclusion de cette première partie, la vie institutionnelle que je viens de retracer me semble être celle d'un établissement soucieux de rendre un service de qualité, qui a su s'adapter aux différentes contraintes environnementales, s'appuyant sur des projets innovants, mais dont certains besoins ne sont qu'en partie satisfaits.

---

<sup>69</sup> Colloque interMAS Rhône-Alpes du 9 novembre 2004 à Chambéry, « *Habitat, Intimité, Vie quotidienne* », éd. Association Information Recherche (AIR) et colloque du 7 novembre 2006, « *Corps.... Accord* », à paraître.

<sup>70</sup> Le Dr Bory, Chef du Service d'Odontologie C.H. le Vinatier, est Président de l'association « SBDH » Rhône-Alpes ; plusieurs présidents d'associations gestionnaires sont membres du conseil d'administration.

<sup>71</sup> A ce jour, après avis favorables de l'URCAM et du Comité Régional des Réseaux, le financement est assuré par la DRDR et autorisera la prise en charge d'au moins 1 000 personnes handicapées entre 2006 et 2009.

- Un établissement qui va plutôt bien, qui s'est structuré et enrichi au fil du temps à travers les différentes époques managériales. L'ensemble de ce que j'ai décrit me semble le reflet d'un professionnalisme construit ; le principe de bienveillance est un pré-requis pour toute prise en charge. Le personnel est attentif, parfois certes démuné ; les relations avec les familles sont paisibles, émaillées d'incidents ou d'accidents d'importance variable, mais dont aucun ne trouve de solution ou compromis. La parole circule et permet des échanges constructifs, qu'il s'agisse d'acteurs internes ou externes.

- Cet établissement qui va plutôt bien s'appuie sur des projets innovants, qu'il s'agisse des versants dits thérapeutique ou éducatif. Les plus porteurs, qui sont en parfaite adéquation avec la nouvelle donne législative et qu'il me paraît important de continuer, sont l'activité théâtre, le réseau InterMAS, et le réseau SBDH. Ils procèdent d'un mouvement de circulation et d'ouverture sur l'extérieur indispensables. Ce mouvement se verra prochainement renforcé par la création de six places d'externat ; d'autres pistes devraient également lui permettre de se déployer.

- Des besoins semblent néanmoins insuffisamment satisfaits, tant sur le plan de la sécurité que de la qualité de la prise en charge. En effet, le taux élevé d'accidents du travail, à l'origine d'un absentéisme élevé, mérite une attention particulière en regard du risque de maltraitance sous-jacent envers la population, du coût caché<sup>72</sup> pour la collectivité (dont le coût de remplacement engendré sur l'établissement<sup>73</sup>) ; je chercherai à en analyser les causes. Par ailleurs, les nouvelles dispositions législatives de 2002 et 2005 rendent indispensables d'une part tout un travail de réflexion, d'élaboration, de coordination et de suivi sur les projets individuels, et d'autre part une mobilisation autour de la place de la personne handicapée dans la cité (droit des usagers, citoyenneté, prévention de la maltraitance). Ces aspects, peut-être à première vue loin des préoccupations habituelles que l'on présuppose en MAS, sont au contraire d'autant plus complexes à penser que les déficiences sont plurielles et importantes. L'établissement à ce jour n'a pas les moyens de faire face à ces nouveaux besoins d'ordre qualitatif.

La seconde partie de ce travail traitera de la nécessité d'adapter les réponses institutionnelles aux besoins des résidents et aux conditions de travail du personnel, pour ensuite décliner la présentation d'un plan d'action stratégique.

---

<sup>72</sup> Un coût caché est un coût qui n'apparaît pas de façon explicite dans les systèmes d'information de l'entreprise (budget, comptabilité générale et analytique et tableaux de bords usuels) ; il est le signe de dysfonctionnements, charges excessives de fonctionnement, productivité ou efficacité insuffisante ; l'absentéisme et les accidents du travail sont des sources de coûts cachés. Cours de gestion financière de Abdou Diallo, ARAFDES, Lyon, 2007.

<sup>73</sup> En 2005, le coût des 1 262 heures de remplacements sur motif d'accident du travail, salaires chargés, s'élève à 27 553 euros (hors intérim).

## **2 Repenser une vie institutionnelle pour relever les défis de l'efficacité et de la sécurité, avec le sens pour socle managérial**

Ce visage du handicap mental, d'une étrangeté si inquiétante et si difficile à regarder de face, renvoie en permanence au collectif la question de la contingence de la condition humaine, et au singulier celle de l'intrigue de sa propre identité. Accompagner l'absurdité et la déraison au quotidien, c'est se confronter à ce réel incontrôlable des uns et des autres, se risquer à des rencontres hors normes, à des liens éprouvants. C'est ce que nous nous attacherons à décrire en premier lieu dans une première partie où il sera aussi question de l'évolution des besoins du public et de la nécessaire refonte du projet d'établissement ; une seconde et dernière partie détaillera un plan d'action stratégique vu sous l'angle des compétences, de l'organisation, et de l'instrumentation technique.

### **2.1 La nécessité d'adapter les réponses en regard des besoins spécifiques de la population**

#### **2.1.1 L'impact de cette population fortement déficiente mentale sur le personnel**

A) La perte de repères du personnel induite par celle des résidents

a) *Des brouillages relationnels qui font perdre au personnel le sens de l'action*

La grande majorité des résidents laisse entrevoir un univers intérieur chaotique, inorganisé, sur fond de problème de construction d'identité, avec peu ou pas de moyens d'expression ; il n'est pas rare que les équipes adoptent en miroir un fonctionnement déstructuré, face à leur incapacité à organiser ces chaos affectifs et cognitifs<sup>74</sup>. Cette question d'un certain manque d'autonomie des équipes éducatives à conduire leur action revient régulièrement en réunion de direction et en réunion cadres.

b) *Une perception du temps modifiée, en lien avec les manifestations archaïques et processus de structuration psychotique secondaires*

Le rapport de l'existence humaine au temps est essentiel car il signe la relation consciente à ces trois dimensions du temps que sont la souvenance du passé, l'attention au présent, et la perspective de l'avenir<sup>75</sup>. La conscience de soi, d'autrui et de l'environnement est largement perturbée pour la plupart de ces résidents essentiellement

---

<sup>74</sup> Philippe Chavaroche, *Travailler en MAS*, op. cit., p 161

<sup>75</sup> Philippe Ducat, Jean Montenot, *Philosophie, le manuel*. Paris : Ellipses, 2006, p 142, p 153

capables de manifestations archaïques itératives<sup>76</sup>. Leur perception de la continuité du temps s'avère particulière, faussée ; l'immuable envahit l'instant présent, qui s'enferme dans la répétitivité. Là encore Philippe Chavaroche souligne les difficultés récurrentes des équipes à ne pas se laisser piéger par cet « effet-miroir » qui perturbe leur propre rapport à la temporalité ; cela se vérifie au quotidien par la difficulté tangible à imprimer une réelle continuité dans les actions éducatives. En outre, les difficultés cognitives et intellectuelles des résidants et leurs lacunes dans la reconnaissance de l'environnement accentuent ce processus de gommage des repères temporo-spatiaux.

c) *Souffrance psychique des résidants et de leur famille, morcellement et clivage dans l'institution*

- La présentation de la population soulignait que 77 % des résidants présentent des troubles du comportement<sup>77</sup>. Privés de langage verbal, ils expriment autrement, en actes, ces angoisses intolérables, qu'il s'agisse du repli autistique qui bloque toute vie relationnelle, de stéréotypies, de régurgitations, de coprophagie ou d'automutilations. Les équipes se doivent de contenir au mieux ces angoisses, mobilisant ainsi leur capacité de mises en mots et en pensées de ces représentations anxiogènes impalpables. Face à une mission souvent à la frontière du possible, il est fréquent que morcellements et clivages s'insinuent dans l'établissement<sup>78</sup> ; ils peuvent alors s'ancrer sur l'opposition traditionnelle et culturelle entre les soins corporels et les soins psychiques, mais aussi sur la différenciation entre des professionnels vécus comme « bons » et d'autres « mauvais » ou bien sur l'opposition fabriquée famille-institution.

- La délicate gestion de cet antagonisme entre les familles et la MAS  
Il s'agit là d'un investissement de longue haleine, car il est commun de constater dans les institutions qu'une certaine rivalité s'instaure entre la famille naturelle et la société que représente la MAS. Le passage de l'une à l'autre est classiquement le signe d'une socialisation (hypothétique, fragile, à géométrie variable), diversement acceptée par les familles, avec l'enjeu supplémentaire de l'acquisition du statut d'adulte pour le résidant et ses parents, ou plutôt le « lâcher-prise » de celui de l'enfant. Il s'agit alors pour les professionnels non seulement de dépasser leurs propres sentiments de rivalité ou de méfiance, mais aussi d'aider les parents à s'inscrire dans une relation triangulaire d'où pourra émerger une véritable coopération.

---

<sup>76</sup> Telles que balancements, régurgitations, automutilations, avidité alimentaire...

<sup>77</sup> Ces troubles sont principalement liés aux contenus archaïques de l'angoisse psychotique (de mort, de persécution, de morcellement, de pénétration, de disparition, d'abandon...)

<sup>78</sup> P. Chavaroche, *Travailler en Mas* ; op. cit., pp 157-158

La tentation de disqualifier les familles, de les minorer, est omniprésente lorsque les critiques émises par les parents sont trop vives ou injustes ; les équipes éducatives peinent à mettre à distance ces propos qui annulent symboliquement leurs compétences et leur travail. La blessure est alors sensible, empêchant cette lucidité qui permet de comprendre que les parents qui communiquent souvent sur l'aspect matériel de la prise en charge, et sur un mode quérulent, sont ceux en réelle difficulté : la toilette est mal faite, la vêtue mal entretenue, les couleurs mal choisies... focalisant ainsi leurs angoisses et attentes déçues. Ces postures, parfois à la limite du diabolique<sup>79</sup>, rendent difficile l'articulation de la fonction parentale familiale et de la fonction éducative institutionnelle. Elles s'exacerbent chez les parents lorsque ces derniers perçoivent que les professionnels peuvent tout comme eux se sentir démunis face à la déficience mentale.

B) Une sollicitation éprouvante sur le plan émotionnel, psychique et physique

a) *Les effets désorganiseurs et anxigènes des pathologies autistiques et psychotiques sur le personnel*

Si ce travail de « contenance » est difficile à réaliser en termes de résultat à atteindre, il est aussi éprouvant pour les équipes en termes de processus. Les manifestations de souffrance ou de déraison peuvent affecter à la longue les professionnels ; la non-reconnaissance de leur propre identité par des résidants qui les considèrent comme des prolongements d'eux-mêmes voire comme objets partiels, engendre de la frustration ; la peur ou l'inquiétude s'installent face à des explosions de violence non dirigée, et les épisodes d'automutilations renvoient les équipes à leur impuissance. La violence dirigée contre autrui (autre résidant, professionnel) même exceptionnelle devient insupportable. Le corps à corps n'est jamais neutre à travers les souillures fréquentes, les déformations morbides, les gestes incontrôlés. Il provoque parfois la nausée. Je pense à cet éducateur au bord de l'évanouissement devant une résidante ayant l'habitude de manger ses selles. « C'était horrible, elle en avait plein la bouche... ». Surgissent alors les représentations du non-humain face à une rencontre avec cet autre qui ne peut être reconnu comme semblable, et qui interrogent la question de notre propre humanité.

b) *La mobilisation psychique incessante des professionnels*

Une vigilance de tout instant est indispensable pour veiller au bien-être des usagers et à l'émergence de tout signe de douleur physique ou psychique, ainsi que pour garantir au mieux leur sécurité. En effet, en regard de leur impossibilité à communiquer verbalement, il faut rester attentif aux manifestations masquées d'états douloureux et aux modifications

---

<sup>79</sup> Au sens de sa racine grecque, « diabolos », qui désunit

de comportement, émettre des hypothèses, les vérifier, savoir à la fois s'inquiéter à temps et ne pas dramatiser... bref, tout est questionnement permanent et parfois hasardeux.

Par ailleurs, les crises d'épilepsie sont imprévisibles ; les risques de chutes bien que connus restent inévitables ; les épisodes d'avidité alimentaire sont redoutés pour leurs conséquences en termes de fausses routes, et les agrippements soudains et violents ne sont pas toujours parables. Sur certaines tranches horaires, les éducateurs travaillent à deux pour 12 résidants, et ne peuvent assurer un encadrement rapproché suffisant. Leur mobilisation psychique s'intensifie alors du fait de l'inquiétude ainsi engendrée.

c) *Une manutention et une présence « à risque » auprès des résidants*

Les soignants s'engagent au quotidien dans des corps à corps délicats, qui permettent de repérer trois types d'implication corporelle : la manutention de résidants à mobilité très réduite, la manutention de résidants à gestes incontrôlés et les tentatives de parades en cas de chutes, maladresses, agressions...Le risque à long terme pour les salariés porte sur les sollicitations répétées de leur système musculo-squelettique, risque mieux contenu quand il s'agit de résidants à mobilité réduite qui permettent un déroulement programmé et serein des interventions. Ces dernières deviennent plus risquées et périlleuses quand elles s'adressent à des résidants porteurs d'une spasticité type IMC ou qui agrippent brutalement, qui s'opposent aux consignes, générant blessures ou inconfort. Quant au court terme, ce sont les tentatives de parades dans l'urgence -pour soi ou pour autrui- qui mettent le plus intensément à mal l'intégrité physique ou psychique du personnel. Signalons enfin les ressentis d'agacement, voire de harcèlement, des éducateurs en réaction aux pincements, griffures, poussées répétées de certains usagers.

C) Les conséquences en termes de risques

a) *Risque d'une moindre présence à l'autre*

Cette présence à l'autre<sup>80</sup> nécessite un accompagnement d'autant plus resserré que l'état de dépendance et de non-autonomie des résidants est plus important. L'augmentation et la concentration de la charge de travail à certains moments, dues à un accroissement du volume des soins, de la multiplication des aléas et imprévus, de l'incertitude quant aux actions à mettre en place, créent régulièrement ce que l'on peut appeler des situations de débordement. Qu'il s'agisse de décompensations cliniques (crises d'épilepsie, crises d'agitation), de blessures, de manutentions répétitives, ces situations de débordement débouchent sur des actions pouvant être mal adaptées. Le personnel a alors tendance à agir sous l'effet de la pression temporelle, qui provoque une certaine altération de ses

---

<sup>80</sup> Marcel Nuss, *La présence à l'autre*. Paris : Dunod, 2005

qualités d'analyse. La récupération des défaillances, incidents ou accidents indésirables, est alors dommageable, en plus du coût humain, en termes de temps et d'énergie utilisés.

b) *Une polyvalence non évaluée, insuffisamment structurante*

- L'institution fait appel à différentes catégories de personnels. Si les professions de la technostrucure sont clairement repérées et identifiées du fait de leur technicité, celles du centre opérationnel se fondent dans le mot « éducateur ». C'était le choix d'une compétence collective issue de l'indifférenciation des métiers ; cette orientation, prise au cours du second temps de direction, avait été inscrite au projet d'établissement. Les équipes fonctionnent donc en mutualisant leurs compétences sur leur temps de travail auprès des résidants. Cette option managériale évoque celle de l'« entreprise qualifiante » où « les salariés sont capables d'apprendre dans et par le travail »<sup>81</sup>. L'intérêt de cette démarche suppose un processus d'apprentissage d'une compétence collective dans un objectif de mutualisation des savoirs et expériences.

- Le risque est que s'installe une simple adaptation des professionnels aux situations, et non un approfondissement réel des connaissances ; on assiste alors à long terme au développement d'une polyvalence attendue mais peu évaluée, avec des effets d'usure des salariés<sup>82</sup>. C'est ce scénario qui se joue pour la majorité des opérateurs, notamment pour les ASD (dont la formation initiale fait moins appel au conceptuel que celle des ME ou des AMP).<sup>83</sup> Cette non-différenciation des métiers fait de plus obstacle à l'ancrage de repères identitaires professionnels, alors que nous avons précédemment souligné la question de la perte de repères du personnel face à la déficience mentale.

c) *Majoration du risque de maltraitance inhérent à la grande dépendance*

Ce risque est lié à la dissymétrie qui caractérise les relations entre les personnes dites de grande dépendance et leurs aidants naturels ou professionnels ; la dépendance et la vulnérabilité peuvent en effet ouvrir la porte à la maltraitance et à l'abus de faiblesse. Il peut exister chez tous les soignants, et est considérablement augmenté face à la déficience mentale profonde. Ici apparaît toute la différence entre la relation fournisseur/consommateur de la société civile -qui n'a pas besoin d'autre tiers que la Loi pour réguler les échanges-, et la relation dissymétrique prestataire/bénéficiaire qui, elle, a besoin d'être équilibrée. Cet équilibre se joue à travers la mise en oeuvre du projet collectif, qu'il s'agisse du projet d'établissement, du projet institutionnel, plus largement du projet social ou sociétal. C'est ce qu'a bien compris la puissance publique, qui s'apprête à appliquer le plan de Philippe Bas, « plan de développement de la bientraitance et de

---

<sup>81</sup> Geneviève Iacano (citant P. Zarifian), *Gestion des ressources humaines*, op. cit. p 159.

<sup>82</sup> Geneviève Iacano, *Gestion des ressources humaines*. Ibid.

<sup>83</sup> Scénario aggravé par l'étalement insuffisant des équipes éducatives

renforcement de lutte contre la maltraitance »<sup>84</sup> rendu public en mars 2007. Ce plan prend en compte les niveaux pluriels du risque de maltraitance : celui de l'action directe des actes individuels des salariés, celui de l'action indirecte des fonctionnements institutionnels, et enfin les orientations supra institutionnelles concernant l'ensemble des acteurs des politiques publiques.

Parallèlement à cela, il apparaît indispensable de renforcer la fonction d'étayage de l'institution, afin qu'elle s'adapte au mieux aux évolutions qui l'attendent. Celles-ci sont essentiellement liées au vieillissement des populations et aux dernières orientations des politiques d'action sociale, qui recommandent de promouvoir la citoyenneté des usagers et de diversifier les modalités d'accueil.

### **2.1.2 De la prise en charge à la prise en compte, des besoins qui évoluent, un sens nouveau à donner aux actions**

A) Le vieillissement des populations se décline en trois points

a) *L'avancée en âge des personnes gravement déficientes mentales*

- C'est un phénomène récent qui accompagne l'accroissement de l'espérance de vie moyenne. S'il était peu fréquent de voir cette population atteindre l'âge de 40 ans, aujourd'hui, grâce aux progrès médicaux et de prise en charge des conditions de vie, il n'est pas rare de voir les adultes polyhandicapés atteindre l'âge de 60 ans. Ainsi ont-ils gagné en moyenne 13 ans d'espérance de vie supplémentaire depuis les années 1970<sup>85</sup>. Cette tendance est confirmée par l'enquête ES 2001 qui constate le vieillissement considérable de cette population : les plus de 45 ans représentaient moins de 10 % en 1983, alors qu'au 31/12/2001<sup>86</sup>, ils dépassent les 25 %. Cette nouvelle situation permet de lister les particularités de ce vieillissement, qui heurtent professionnels et familles dans leurs représentations respectives : situations de pertes plus ou moins brutales des possibilités motrices, usure précoce de l'outil corporel (fatigue, usure articulaire, tendineuse, musculaire, hypertonies pyramidales...), visages abîmés par les cicatrices de chutes ou d'automutilations, polyopathologies à prédominance digestive et respiratoire, risque d'évolution péjorative des structurations psychotiques secondaires...

---

<sup>84</sup> Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées et handicapées et à la Famille, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*, Mars 2007.

<sup>85</sup> Recherches 1991 de la Fondation John Bost, citées par le Dr Philippe Gabai, *L'avancée en âge des personnes polyhandicapées*, EMPAN N° 37, mars 2000

<sup>86</sup> *Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés* » S. Vanovermeir, DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), *Gérontologie et Société* n° 110 – Septembre 2004 (l'enquête ES année N est une enquête périodique menée auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés, et exploitée par la DREES).

- L'avancée en âge concerne également la population d'autres structures telles que les foyers de vie, moins gravement déficiente mentale et capable d'une certaine autonomie, dont par exemple les personnes porteuses de trisomie 21 ; ce vieillissement provoque une majoration des troubles mentaux, avec parfois tableaux psychiatriques rendant difficile le maintien dans l'établissement d'origine. La Mas du Pommier est de la sorte confrontée à de nouvelles demandes d'admission, et a accueilli en 2005 un résident trisomique de 49 ans présentant une nette accentuation de la dépendance et des troubles du comportement ; plusieurs personnes se trouvent ainsi en attente de solution.

*b) Le vieillissement des parents face à celui de leur enfant accueilli en MAS*

- Après tant d'efforts d'étayage fournis pendant l'enfance et poursuivis dans le jeune âge adulte, ce vieillissement souvent précoce, perçu sous l'angle aigu de la perte confronte familles et professionnels au deuil d'une « impossible normalisation »<sup>87</sup> ; cruelle réalité qui se vit au quotidien à travers l'accentuation des pathologies et des dépendances, impliquant une nécessaire prise en compte des décideurs afin de doter les structures de moyens humains et financiers suffisants<sup>88</sup>. Rappelons ici la volonté du législateur de rendre possible aux personnes handicapées vieillissantes, une fin de vie dans les institutions où elles sont accueillies.

- Par ailleurs, les deux dernières générations de parents sont de fait les premières à être confrontées à la question du devenir de leur enfant après leur propre mort. L'angoisse de ces parents face à la survie de leur enfant privé de descendance, donc de soutien générationnel, nécessite une mobilisation des professionnels en termes d'écoute et d'accueil. Cela fait l'objet d'un travail de longue haleine à la Mas du Pommier notamment dans le cadre du groupe rencontres-familles, où est posément évoquée la disparition des aidants naturels. L'imbrication, la multiplication des problèmes liés au handicap et au vieillissement des usagers et de leur famille aboutissent à un alourdissement des prises en charges et à une complexification des problématiques.

*c) L'impact du vieillissement des résidents sur le fonctionnement de la structure*

- Cette avancée en âge s'accompagne d'une aggravation des pathologies évolutives, d'une accentuation de la dépendance et de la perte d'autonomie ainsi que d'un besoin d'actions de dépistage et de prévention spécifiques aux personnes vieillissantes<sup>89</sup>. L'accompagnement au quotidien et le suivi médical s'en trouvent alourdis,

---

<sup>87</sup>Recherches 1991 de la Fondation John BOST, citées par le Dr Philippe GABAI, *L'avancée en âge des personnes polyhandicapées*, EMPAN N° 37, mars 2000

<sup>88</sup> Paul Blanc, Rapport de Paul Blanc, Sénateur des Pyrénées Orientales, « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », Juillet 2006

<sup>89</sup> Dépistage et prévention des troubles cardio-vasculaires, des cancers du sein, de la prostate, du côlon...

tant en termes d'actes de soins directs qu'en termes de consommation médicale (médicaments et matériels adaptés, consultations spécialisées) et d'accompagnements extérieurs ; la médicalisation de la vie s'accroît alors, bouleversant l'homéostasie des cultures professionnelles.

- Les familles vieillissantes accueillent moins régulièrement et moins souvent les résidents à domicile ; il s'ensuit une diminution de leur absentéisme notamment les fins de semaine et pendant les vacances dites scolaires, d'où une augmentation du taux d'occupation qui passe de 86 pour cent en 2004 à 88.5 pour cent en 2006.

<b>Tableau 10 – Évolution du taux d'occupation de la Mas du Pommier sur 3 ans</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Effectifs (résidents)</b>	48	48	48
<b>Journées prévisionnelles</b>	14 926	14 926	15 150
<b>Journées réalisées</b>	15 065	15 227	15 500
<b>Taux d'occupation réel</b>	86 %	87 %	88.5 %

Se pose en conséquence le problème des sureffectifs des usagers notamment de fin de semaine : l'encadrement prévu initialement pour 6 résidents par unité de vie s'avère nettement insuffisant lorsque 9 à 11, voire 12 résidents sont présents sur ces périodes.

- Le personnel est dès lors confronté à une nette intensification de sa charge de travail en termes d'augmentation du taux d'occupation, d'accentuation des besoins liés à la dépendance, de complexification et de médicalisation des prises en charge<sup>90</sup>, alors même que l'exercice professionnel auprès de ce type de population est préalablement éprouvant. Par ailleurs, la perspective éducative qui sous-tend une idée de progression peine à accompagner le déclin, les régressions de ces vies de l'entre-deux qui apparaissent désormais sans lendemain, sans possibilité d'accomplissement aucun.

B) Promouvoir la citoyenneté des personnes sévèrement déficientes mentales

a) *Citoyenneté et déficience mentale : un oxymore à apprivoiser*

Le débat de la déficience mentale profonde et de la citoyenneté<sup>91</sup> se place au cœur d'un enjeu pluriel de notre espace démocratique. Devant l'incapacité de cet usager hors-norme à exercer ses droits-libertés, il s'agit modestement de prendre en compte cet impératif pour tout être humain d'être en contact avec autrui, de faire partie de la communauté, lui garantissant une forme de citoyenneté sociale. Il s'agit aussi d'améliorer ses conditions de

<sup>90</sup> Les accompagnements pour hospitalisation (décompensation psychique ou somatique, urgences traumatiques) ont doublé en 2007.

<sup>91</sup> Guillaume Vadet, *Polyhandicap et citoyenneté*, Mémoire de l'Institut Universitaire Professionnalisé Claude Bernard LYON I, Maîtrise de Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux, 2005

vie en veillant à son bien-être et en soutenant sa famille dans son rôle d'aidant naturel. C'est ainsi que l'on pourra garantir l'exercice de ses droits-créances.

*b) Un regard nouveau à la source de pratiques nouvelles*

La loi 2005-102 met l'accent sur l'accès des personnes handicapées aux dispositifs de droit commun, et sur leur insertion au sein de notre société. Ce récent réquisit imposé par le législateur doit apporter un nouvel éclairage des projets conduits en MAS, avec mesure pour rester réaliste et ne pas verser dans la démagogie. Favoriser cette citoyenneté d'appartenance dont il a été question en ouvrant les portes de la MAS au tissu social environnant, organiser de la circulation à l'intérieur de l'institution est un moyen de sortir le résidant de cet espace totalisant et de créer du lien. Nonobstant, cette question de la citoyenneté des résidents de la MAS du Pommier comme ceux des autres MAS ne peut être portée uniquement par les équipes qui y travaillent ; elle concerne l'ensemble du champ social et relève donc de la responsabilité collective.

Quant aux pratiques nouvelles au sein de la MAS, l'année 2008 inaugurera la présence du résidant à la réunion annuelle de son projet personnalisé ; un travail au long cours impliquant directement les chefs de service mobilisera l'institution sur la question du vouvoiement. Le chef de service médical s'est saisi de cet objectif annoncé en assemblée générale du personnel en juillet 2007, et une étudiante infirmière a ainsi effectué un stage au mois d'août en choisissant de vouvoyer les usagers. C'est la première fois qu'est brisée la chaîne du tutoiement systématique<sup>92</sup>.

*c) De nouvelles missions qui dépassent un type de fonctionnement institutionnel*

Les moyens alloués à l'ouverture de la MAS l'avaient été sur un mode de fonctionnement ancien d'une institution fermée sur elle-même, presque autarcique, sans qu'il soit question de réseau et de partenariat. Rappelons que jusque dans les années 80-90, ces institutions reproduisaient le modèle asilaire, et que l'on y pratiquait surtout du nursing et des activités occupationnelles. La socialisation des usagers n'avait pas été particulièrement pensée, les 10 000 m<sup>2</sup> de terrain disponibles à l'ouverture offraient un espace suffisant pour les sorties extérieures ; la vie collective intra-muros prévalait, alors qu'à présent, les demandes des familles s'acheminent vers davantage d'accompagnements individuels, le législateur favorisant l'expression de parcours personnalisés (les familles ne manquant pas de rappeler le droit d'accès aux loisirs...). Tout cela requiert du temps d'accompagnement, qui fait défaut pour l'instant, entretenant les promiscuités physiques, géographiques, temporelles.

---

<sup>92</sup> Exception faite des cadres : le psychiatre, la psychologue et moi-même vouvoyons les résidents (les deux chefs de service et le médecin généraliste utilisent le « tu »)

C) Diversification du mode d'accueil : la création d'un externat de six places

a) *Un projet qui contribuera à accroître et à diversifier l'offre d'accueil*

Parfaitement en cohérence avec le schéma départemental 2004/2008 qui pointe l'insuffisance de l'offre d'accueil pour les personnes polyhandicapées dans le Rhône<sup>93</sup>, la réalisation de ce projet permettra à partir de la MAS du Pommier de favoriser le maintien à domicile, ainsi que le recommande la puissance publique. Ce projet d'accueil de jour concernera deux types de public : soit des personnes sans solution faute de places disponibles en internat, soit des personnes non préparées à un accueil en internat, mais pour lesquelles cette solution permet des temps de transition entre la vie familiale et la vie institutionnelle. Cette extension de places, adossée à la MAS du Pommier, bénéficiera du savoir-faire et de la compétence collective de cette dernière. Validée par les financeurs, elle a fait l'objet d'un arrêté préfectoral d'autorisation d'ouverture en novembre 2006. De nouveaux locaux seront construits sur le terrain de la MAS loué par l'office public d'aménagement et de construction du Rhône (OPAC) ; ce seront des modules de préfabriqués pour des raisons de rapidité d'exécution et de coût. Ils seront de plain pied, attenants à la grande salle polyvalente sur laquelle ils s'ouvriront grâce à une coursive couverte. Les travaux devraient débiter au cours du premier semestre 2008.

b) *Projet d'établissement et projet de vie*

- La Mas du Pommier réalisera ce projet d'accueil de jour et lui consacra un chapitre dans son projet d'établissement : le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale, seront le support de références des prestations et relations entre le résident, sa famille, et l'institution. Cet accueil de jour fonctionnera 224 jours par an, du lundi au vendredi, hors jours fériés, avec cinq semaines de fermeture, dont quatre l'été et une pour les fêtes de fin d'année. L'accompagnement sera personnalisé, en cohérence avec le projet institutionnel de la Mas, et en rapport avec le projet individuel élaboré par l'équipe pluridisciplinaire en collaboration avec la famille et/ou le représentant légal. L'accueil de jour occupera une structure distincte en termes d'espace, de façon à aménager un rythme et des repères propres aux personnes accueillies. En revanche, la vie de cet externat s'intégrera au fonctionnement de la MAS pour les activités, les soins, les services fonctionnels. Les réseaux de collaboration et de partenariat seront ceux dont bénéficie la Mas du Pommier.

- Le déroulement d'une journée type figure en annexe 4, déclinant le temps d'accueil, les activités diverses, les temps de repas et de repos. L'accent sera mis sur l'investissement de la vie quotidienne et les objectifs pluriels de l'encadrement des temps

de repas, véritables espaces de socialisation et de contact avec d'autres personnes handicapées et les professionnels. Les sorties s'organiseront par mutualisation avec le plateau technique de la MAS, adaptées au projet personnalisé de chaque externe.

- Le projet de vie de chaque externe évoquera cette nécessité de chaque instant que constitue l'aide quotidienne. L'attention des professionnels se portera sur le confort de la personne, sur l'assistance appropriée au moment du repas, et sur le besoin d'hygiène en général, avec le double objectif de favoriser au maximum l'autonomie et le maintien des acquis. Le suivi médical au long cours sera assuré par le médecin traitant choisi par la famille dans le cadre du parcours coordonné, le médecin de la Mas pouvant intervenir ponctuellement avec l'accord de la famille et en lien avec le médecin référent en cas de complication imprévue (sauf situation d'urgence).

### c) *Le fonctionnement et l'évaluation*

Le budget prévisionnel élaboré par le directeur précédent est de 180 010 euros pour 6 places en année pleine. Il intègre les choix suivants, acceptés par la puissance publique :

- L'investissement

La construction des bâtiments, d'un coût total initial de 250 000 euros, sera financée à 60 % par recours à l'emprunt et pour 40 % en autofinancement, selon l'option prise par le siège associatif. Quant aux autres investissements, hors construction, ils s'élèvent à 71 030 euros (aménagement de l'unité, mobilier, matériel adapté, véhicule).

Le montant total de l'emprunt prévu est de 292 000 euros à 5 %, dont 262 000 euros remboursables sur 20 ans et 30 000 euros remboursables sur 5 ans.

- Les charges d'exploitation

- De nouvelles charges de personnel : le directeur précédent proposa de fonctionner dans un premier temps à moyens constants pour les services fonctionnels (administratif, entretien-maintenance, infirmières et cadres). En mesures nouvelles, il prévoit 1 ETP d'éducateur spécialisé et 1 ETP de maîtresse de maison, ainsi qu'une augmentation de 0.10 ETP pour les postes de psychomotricienne et de kinésithérapeute. Les charges de personnel ont été estimées d'après les indices conventionnels de base, avec prévision d'un budget pour le remplacement des absences pour congés et maladies ; elles seront à réévaluer selon l'indice réel des professionnels recrutés.

- Les transports seront assurés par des prestataires spécialisés

Les transports quotidiens aller et retour seront pris en charge par la MAS, qui se réservera le choix du transporteur ; leur coût impactera fortement le budget de

---

<sup>93</sup> Il n'existe pas d'offre de places d'accueil de jour pour adultes polyhandicapés sur le secteur à ce jour. La liste d'attente pour l'ouverture de l'externat de la Mas du Pommier est composée de 19 personnes à ce jour.

fonctionnement du service. Les familles pourront si elles le souhaitent assurer ces transports, mais sans pouvoir prétendre à compensation financière.

- Estimation des charges des groupes 1 et 3

Se basant sur le budget exécutoire 2005 de la MAS, mon prédécesseur avait appliqué un coefficient modérateur de  $\frac{1}{2}$  à une partie des charges<sup>94</sup>, utilisant la formule suivante :

$\frac{\text{Budget alloué 2005} \times 1209 \text{ (nombre de journées prévisionnelles externat)}}{14\,926 \text{ (nombre de journées MAS prévisionnelles)}} \times \frac{1}{2}$
---

Les dotations aux amortissements (compte 6811) sont estimées d'après le projet d'investissement initial, de même que les charges d'intérêts d'emprunts.

- Le calcul du prix de journée : le taux d'occupation prévisionnel prend en compte un absentéisme de 10 %, et représente pour six places 1 209 journées par an. Sur la base d'un taux d'occupation de 90 %, le prix de journée calculé est de 148,90 euros, avec un coût annuel à la place de 30 001 euros.

- L'évaluation : la mise en œuvre de ce projet fera l'objet d'une attention permanente quant à son efficience et à son adéquation avec les besoins des usagers. Le dispositif d'évaluation mis en place portera sur les admissions et les sorties, les réorientations, les modes de prise en charge éducatives et médicales et leur articulation, et enfin l'organisation et la gestion du service. Les outils d'évaluation utilisés seront les référentiels élaborés par le FEGAPEI<sup>95</sup>, qui couvrent les champs suivants :

- La description et l'appréciation des prestations d'accueil, d'accompagnement, de transports (questionnaire Qualiprogress et référentiel Qualisnap) ;
- La description et l'appréciation de l'organisation générale de l'association, de l'établissement, des rouages de décision, des organes et outils de gestion et de contrôle (questionnaire Lovea et référentiel Qualigest).

Cette nouvelle donne sociétale et associative avec ses trois aspects – vieillissement, citoyenneté, diversification du type d'accueil- vient percuter l'établissement au cœur de sa mission. Elle constitue un nouvel impératif catégorique pour la redéfinition du prochain

---

<sup>94</sup> Ce coefficient modérateur de  $\frac{1}{2}$  (considérant qu'un externat nécessite moitié moins de charges qu'un internat) n'est pas appliqué à certaines charges du groupe I restant fixes tant en internat qu'en externat (606180 gaz, 606411 fournitures de bureau) ; d'autres charges disparaissant totalement ou quasi totalement (606210 produits pharmaceutiques, 611150 consultations spécialisées, 611222 séjours vacances...). Concernant les charges du groupes III, le poste 613210 location d'immeuble disparaît puisque l'ADAPEI du Rhône sera propriétaire des locaux préfabriqués.

<sup>95</sup> Le FEGAPEI (*Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales*) a élaboré 2 référentiels d'évaluation : le Qualisnap, Qualité des prestations de services rendus à l'utilisateur, et Qualigest, évaluant la gestion des ressources humaines et financières, ainsi que le fonctionnement associatif.

projet d'établissement qui prendra nécessairement en compte une adaptation de la gestion du personnel face aux contraintes et difficultés existantes et à venir.

### **2.1.3 Les limites d'un projet d'établissement, sa nécessaire ré interrogation**

Un projet d'établissement se doit de rendre visible et lisible l'action menée en son sein et de garantir le droit des usagers ; le premier projet établissement qui arrivait à terme en mai 2007 avait réussi ce pari. Si la production du document-projet est une finalité légale à atteindre en termes de résultat, tout le processus de participation, de construction, de débat autour d'une culture, de valeurs et de pratiques communes en est le véritable enjeu. Concevoir un projet d'établissement comme un moyen (de créer du sens, de mettre en lien, de manager les hommes) et non comme une fin en soi suggère une vision élargie de la part du maître d'ouvrage<sup>96</sup>.

L'échéance de la première évaluation interne fixée à janvier 2007 me laissa penser en premier lieu à l'opportunité de mener de front l'évaluation et le renouvellement de ce projet de 2<sup>ème</sup> génération, les résultats de la première influant la construction du second ; l'association gestionnaire avait en outre donné le feu vert pour la constitution des groupes de travail au sein des établissements. Mais le recrutement d'un nouveau directeur général en juin 2006 a donné un coup de frein à l'avancement des travaux ; l'évaluation interne ne faisait plus partie des objectifs associatifs 2006, mais allait devenir un axe prioritaire pour 2007, avec début de mise en œuvre dès septembre 2007.

J'ai donc décidé de dissocier la rénovation du projet d'établissement de l'évaluation ainsi différée (ce choix permettra en outre de faire mieux correspondre les calendriers de cette évaluation avec celui du projet d'établissement de 3<sup>ème</sup> génération), et de lancer sans attendre une mise à jour du projet d'établissement de 2<sup>ème</sup> génération. Les groupes de travail sous la houlette du maître d'oeuvre ont dès lors été mis en place d'octobre à décembre 2006. Deux thèmes firent l'objet de modifications et nouveautés inscrites au projet 2007 : l'installation d'une méthodologie d'évaluation des actions menées auprès des résidents et l'amélioration de la qualité des transmissions (avec le secteur hospitalier par la construction d'outils adaptés<sup>97</sup>, avec l'équipe de nuit en interne, et avec les parents). Le troisième projet d'établissement sera à refaire dans 5 ans, fin 2011, et intégrera les réponses qui, entre-temps, se seront construites en regard des problématiques suivantes qui seront abordées au cours de la première évaluation interne.

---

<sup>96</sup> Je distingue la maîtrise d'ouvrage, qui relève dans ce cas de ma responsabilité de directrice (je me nomme donc directrice de projet) de la maîtrise d'œuvre, confiée à un chef de projet. Ce dernier est, par choix, un professionnel salarié non-membre de l'équipe de direction.

<sup>97</sup> Fiche de renseignements médicaux personnalisée, fiche d'autonomie et dépendance, informatisation de la feuille de prescriptions médicales, fiche de suivi mensuel remise à la famille pour lien les week-ends.

A) Une réalité de gestion du personnel qui prend insuffisamment en compte le processus de perte de repères et la mise à l'épreuve au quotidien

a) *Qualification, formation et information des personnels*

- Un public peu connu des professionnels, des professionnels peu reconnus

La déficience mentale profonde et le polyhandicap sont des lieux de concentration des handicaps, d'intenses interrogations autant techniques qu'éthiques, et qui balaient le champ de la philosophie<sup>98</sup>, du droit, des sciences humaines. Leur complexité oblige à l'interdisciplinarité et pose à travers elle les enjeux des formations initiales et continues. Les apports de connaissances et acquis qualitatifs des deux dernières décennies concernant le polyhandicap sont peu inscrits dans les formations qualifiantes, cela certainement en lien avec ses anciennes représentations sociales négatives<sup>99</sup>, et un faible taux de prévalence, peu mobilisateur. Le personnel de la MAS bénéficie régulièrement depuis plusieurs années de séminaires de formations de lieux ressources comme le CTNERHI, le CESAP, le CREAL, le GPF<sup>100</sup>... afin de promouvoir cette formation en matière de déficience mentale profonde et de polyhandicap. Des solutions sont élaborées « en interne » et les expériences mutualisées notamment par le biais des réseaux comme l'InterMAS Rhône-Alpes.<sup>101</sup>

- Le niveau de qualification du centre opérationnel est peu élevé en regard de la complexité des prises en charge. Les formations initiales étant assez généralistes, ces professionnels n'ont ni les apports théoriques et facultés d'abstraction conséquentes, ni les repères cliniques et techniques du personnel de la technostructure, alors que ce sont eux qui absorbent au quotidien les effets délétères de la déficience mentale. Même le dispositif serré de réunions institutionnelles, couplé aux séances d'analyse de la pratique, ne parvient pas toujours à consolider la fonction « contenante » de l'institution.

- L'expertise inhérente à la fonction éducative repose sur l'éducatrice spécialisée et le chef de service éducatif. Prises dans l'étau du quotidien, elles ne peuvent jouer de façon satisfaisante leur rôle d'étayage auprès des équipes : l'éducatrice spécialisée consacre un temps certain aux activités et à l'animation et le chef de service

---

<sup>98</sup> I. Hodgkinson, J. Gofette, E. André, « *Pour une éthique commune dans les soins apportés aux personnes polyhandicapées* ». Motricité Cérébrale Tome 25 N°4 p 172-177, PARIS : Masson, Décembre 2004

<sup>99</sup> E. Zucman, *Entretien avec Elisabeth Zucman*, Lien Social n° 794, 20 avril 2006, p 14

<sup>100</sup> Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), Comité d'Etudes et de Soins aux Polyhandicapés (CESAP), Centre Régional de l'Enfance et l'Adolescence inadaptées (CREAL), Groupe Polyhandicap France (GPF)

<sup>101</sup> En outre quelques universités proposent depuis les années 2000, des diplômes post-universitaires pour les professionnels oeuvrant auprès du public polyhandicapé. Gageons que le paysage d'une formation adaptée est en train de se composer, favorisant l'approche plurielle et l'élaboration d'une culture commune pour une prise en compte optimale des usagers, et une reconnaissance des professionnels qui les accompagnent.

éducatif est envahi par une gestion de personnel conséquente. Les projets individuels nécessitent, pour leur réalisation, leur rédaction et leur suivi, des temps de réflexions, de coordination et d'évaluation ; cela afin que le résidant trouve sa juste place entre un passé qui lui échappe, un devenir incertain, et un présent<sup>102</sup> à décrypter. C'est ce qui se joue tous les 18 mois en équipe pluridisciplinaire autour de chaque résidant pour l'élaboration de son projet individuel. L'éducatrice spécialisée et le chef de service éducatif parviennent de justesse à suivre ce rythme d'élaboration et de mise en route des projets. Elles sont dans l'impossibilité d'en assurer un suivi régulier, relayées partiellement en cela par la technostructure. Il en résulte un étayage et un soutien insuffisants du centre opérationnel, qui peuvent faire écran au travail de pensée en équipe.

b) *Le fonctionnement des équipes et sa difficile inscription dans le temps*

- L'organisation du temps de travail des équipes induit la perception d'une temporalité séquentielle : les équipes éducatives travaillent en horaires d'internat (matin, soir, week-end) avec un planning sur 8 semaines, et des horaires pouvant être « coupés »<sup>103</sup>. L'ancrage dans le temps social de la journée, de la semaine, du mois, n'est guère favorisé, qu'il s'agisse du temps de la MAS ou de la vie extérieure. Le cadre temporel peine à s'inscrire dans les unités de vie, qui sont rythmées par des temps forts (repas, toilette, sieste, coucher), sans professionnel « repérable ». La notion de continuité du temps, donc des soins et des actions est fragile ; l'équipe se trouve prise dans une sorte d'intemporalité qui empêche toute projection dans le futur.

- La politique de gestion des remplaçants est calée au jour le jour sur l'absence des titulaires. Générés par l'absentéisme non prévisible (maladies, accidents du travail), ces remplacements improvisés ont un impact en termes de brisure de continuité sur la perception du temps : gestion au coup par coup, multiplicité des intervenants (non qualifiés) selon leurs disponibilités.... Cela génère du morcellement, qui génère de l'absentéisme, qui génère...L'institution peine alors à assurer sa fonction « phorique »<sup>104</sup> qui repose sur la « contenance », la sécurisation, et la permanence.

c) *Des équipes concentrées sur la problématique de l'instant*

La question de la charge de travail est peu soulevée comme telle par les éducateurs, qui spontanément sont plus préoccupés par le portage des résidants que par l'expression de plaintes ou de revendications dites salariales. Néanmoins cette question existe, et se pose

---

<sup>102</sup> P. Chavaroche, *Le projet individuel*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, pp 121-122

<sup>103</sup> D'une amplitude horaire de 11 h par journée de travail de 7 à 8 heures

<sup>104</sup> Du grec *pherein*, qui signifie porter ; la fonction « phorique » est la capacité qu'a une institution à recevoir et à contenir les problématiques des usagers ainsi que les effets produits sur les professionnels (Philippe Chavaroche, *Travailler en Mas*, op. cit., p 161)

indirectement. Bien travailler en MAS équivaut à bien prendre soin des résidants ; on mesure ici la complexité et la difficulté de la tâche en regard des développements précédents. En outre, lorsque la densité du travail augmente, on assiste généralement à une dégradation de l'activité des opérateurs<sup>105</sup>. Celle-ci se concentre alors sur des objectifs de plus en plus restreints, abandonnant les objectifs plus larges ou secondaires, pour se consacrer à la fonction principale, la sécurité. C'est exactement ce qui se passe au quotidien sur les unités de vie, où les équipes se concentrent sur la problématique de l'instant pour préserver cette sécurité de l'instant ; la mobilisation psychique est telle qu'elle ne peut prendre en compte une autre temporalité, au détriment du sens...

#### B) L'absentéisme, variable d'ajustement de l'humain face au réel du travail

Christophe Dejours s'est essayé à la définition d'un facteur humain et de sa dimension psycho affective à partir de cette question initiale « comment mobiliser, développer et gérer les ressources humaines ? »<sup>106</sup>. Cela l'a amené à relever que, face aux difficultés inhérentes à toute situation de travail, ce dernier ne peut être réduit à une simple exécution, mais qu'il relève de la gestion du décalage entre le déroulement prescrit, organisé des opérations, et leur déroulement réel. Si le décalage est trop important, générant blessures, fatigue voire souffrance, avec des moyens organisationnels, qualitatifs et quantitatifs non ajustés, la présence au travail devient difficile.

##### a) *Un décalage conséquent entre travail prescrit et travail réel*

- Il est communément admis que travailler auprès de l'humain nécessite souplesse et adaptation ; travailler auprès de l'humain en MAS nécessite davantage. Considérant les théories de l'action et leurs trois registres, C. Dejours<sup>107</sup> souligne que toute action s'étend simultanément dans les trois mondes définis par Habermas : le monde objectif (le monde des choses), le monde social (celui du vivre ensemble et de la vie bonne), et le monde subjectif (la représentation de soi, l'intersubjectivité). Selon le champ des activités professionnelles, le premier monde se trouve plus ou moins investi. C'est cette dernière configuration que l'on retrouve en MAS, où la prévalence du monde social et du monde subjectif, et de leur rationalité, est prégnante.

- C'est en cela que l'on peut souligner le côté minimaliste du travail prescrit en MAS ; plus on s'éloigne du monde des choses, plus le décalage entre travail prescrit et travail réel augmente. Et plus on s'éloigne de la normalité du monde social, plus le monde

---

<sup>105</sup> P. Daveziès, chercheur en médecine et santé du travail, université Claude Bernard Lyon 1, Colloque ANACT du 19/09/ 2001, *Négocier la charge de travail entre performance, organisation, et conditions de travail*, CTNI, Paris, intervention en ligne philippe.davezies.free.fr *Charge de travail et enjeux de santé*, pp 2-3

<sup>106</sup> C. Dejours, Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, *Le facteur humain*, op. cit., p 8

<sup>107</sup> C. Dejours citant le philosophe et sociologue Jürgen Habermas, Idem, p 76-79 ; voir en annexe 13

subjectif se trouve investi. Les résidants de MAS et leurs figures de monstrosité, leur pauvreté du rapport à la réalité, leur situation liminale impactent le monde subjectif des professionnels<sup>108</sup>. La mobilisation de leurs instances psychiques qui leur est demandée, l'engagement de leur subjectivité, une certaine prise de risque pour soi et pour autrui font que la charge mentale est importante, qui traite de ce décalage entre travail prescrit et travail réel. Ce vrai travail, dense, est imparfaitement objectivable, difficilement dicible, très partiellement prévisible, articulant de plus les dimensions individuelles et collectives.

b) *Comment « faire corps avec » un réel à la fois paradoxal et bien concret*

- C. Dejours donne, dans le champ de la clinique, une définition du travail<sup>109</sup> comme étant « un certain mode d'engagement de la subjectivité et de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes ». Selon lui, le réel du travail surgit lorsque les savoirs, connaissances, compétences, s'achoppent à la résistance du monde, d'où le paradoxe de ce réel qui se révèle à moi par la négative, malgré mes certitudes, ma maîtrise technique, mes attendus...Le réel c'est ce qui me résiste ; il me faut alors le surmonter, lui qui surgit entre les résidants, autour d'eux, de leur fait, et qui engage mon affectivité par les sentiments d'échec ou d'impuissance, voire d'angoisse, de ressentiment ou de découragement. Voilà ce réel que doit identifier et prendre à bras-le-corps chaque professionnel dans la visée d'une véritable gageure, celle de parvenir à se mettre en symbiose avec cet autre déficient mental ; c'est alors l'entrée en scène de l'intelligence du corps, faite de capacité de sentir, d'écouter, de ressentir, ce qui émane de l'autre, ce qui émane du groupe. Chaque éducateur élabore alors son propre langage avec le résidant handicapé déficient mental, développant ainsi une compétence communicationnelle<sup>110</sup>, dont une illustration est la construction d'un jargon institutionnel ; ce dernier permet de décrire les situations les plus courantes, et d'opérer autour d'elles des transpositions qui donnent sens aux actions. Savoir repérer cette intelligence du travail au travail, la respecter, la faire vivre alors même qu'elle reste impalpable, peu formalisable, voire difficilement justifiable est la gageure des responsables garants de la bienveillance de l'humain en institution. Il leur faut aussi comprendre que ce travail ne s'arrête pas aux portes de la MAS, mais qu'il accompagne l'individu en s'accrochant à sa subjectivité bien malgré lui, dans un « faire corps avec » qui se prolonge au-delà du temps de travail.

---

<sup>108</sup> Jean Jacques Rossello, Psychiatre à Lyon, valide l'hypothèse que le personnel, dans les MAS, s'épuise « à faire exister, à construire, à sauvegarder des limites entre humanité et monstrosité » ; Collectif d'auteurs AIRMH, *Déficiência intellectuelle et épuisement professionnel*, 8<sup>ème</sup> congrès 2002, *La prévention de l'épuisement professionnel dans une Maison d'accueil spécialisé*, pp 271-276.

<sup>109</sup> C. Dejours, *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, sous la direction de B. Bouquet, M. Jaeger et I. Sainsaulieu, pp 267-275 « *Clinique du travail et évaluation* », Paris : Dunod, 2007

- *Un « faire corps avec » qui se joue aussi à travers le corps à corps*

L'engagement des professionnels dans ce corps à corps présente des traductions très concrètes à travers les 52 déclarations d'accident du travail enregistrées en 2006, dont 50 concernent le centre opérationnel.

- 2 sont des accidents de trajet sans absentéisme conséquent, et 10 sont sans lien direct avec les usagers (un accident d'exposition au sang, quelques chutes par glissade ou maladresse, traumatisme par pratique du bowling avec un résidant...)
- 38 sont en lien direct avec le travail auprès d'un résidant : 20 sont liées à leur manutention et 18 sont liées aux effets de leurs comportements (10 sont des agressions dirigées ou non -il s'agit alors d'agrippement violents-, 8 sont des essais -réussis ou non- de parade de chutes de ces personnes handicapées).

Parmi les 20 déclarations liées à la manutention, une moitié concerne des résidants à profil IMC, présentant une spasticité importante. Dans ce contexte, on comprendra combien les blessures et traumatismes corporels du corps à corps font écho à la problématique du « faire corps avec » précédemment décrite.

Le constat fait en première partie soulignait en matière d'accidents du travail un indice de fréquence 3 à 4 fois plus élevé que la moyenne nationale pour les deux MAS de l'association. L'analyse de ce début de seconde partie me permet d'avancer l'hypothèse que l'on peut mettre en corrélation l'IF des accidents du travail des établissements avec le type de population accueillie, ce qui permettra de dégager des pistes de travail.

*c) Une part de l'absentéisme par accident du travail paraît compressible, l'autre non*

Cette part d'absentéisme qui me paraît compressible est celle que peut impacter une mobilisation autour de la sécurisation, du confort des techniques de manutention des résidants. La MAS était déjà pourvue de lits médicalisés, de deux lève-malade professionnels, le personnel ayant été formé à leur utilisation par le prestataire de service en collaboration avec la psychomotricienne de l'établissement, titulaire d'un certificat d'aptitude ad hoc<sup>111</sup> ; le budget 2007 a permis l'achat d'un troisième lève-malade au cours du premier semestre. Ce fut l'occasion de positionner cette professionnelle comme référente en manutention ; elle a ainsi initié pour la première fois cette année une formation interne traitant des techniques de manutention d'une manière générale, en direction des personnels de jour comme de nuit. Elle a proposé de diversifier la palette des aides techniques par des chaises élévatrices de douche, des ronds et planches de

---

<sup>110</sup> *Les défis de l'évaluation sociale et médico-sociale*, op.cit., Vincent Meyer, *Pour une approche communicationnelle*, pp 224-225

<sup>111</sup> Certificat d'aptitude à l'enseignement de la manutention des personnes malades et à mobilité réduite, délivré par la caisse régionale d'assurance maladie.

transferts, etc. Désignée et repérée comme personne-ressource, les salariés n'hésitent pas à lui faire part de leurs observations et de leurs propositions.

Ces investissements matériels et la formation qui les accompagne peuvent en partie faire diminuer la fréquence et la gravité des accidents du travail ; en partie seulement, car les besoins de parade, les agressions dirigées ou non, ainsi que les caprices de la spasticité, seront toujours présentes. Le « faire corps avec » est de ce fait encore plus difficile, accentuant les sollicitations multiples<sup>112</sup> en direction du personnel.

Quant à l'absentéisme hors accident du travail, il ne présente pas de chiffres significatifs, et ne permet pas évoquer une situation de « burn out »<sup>113</sup> pour la Mas du Pommier. Néanmoins, un taux élevé lié aux accidents du travail constitue une alerte nécessitant son impérieuse prise en compte ; en effet, face au risque d'épuisement professionnel des salariés, s'installe en miroir celui de maltraitance des usagers.

L'échéance de l'évaluation interne arrive à point nommé pour laisser la parole aux professionnels en des lieux d'expression et de délibération autres que ceux déjà institués.

C) Une stratégie de direction qui s'appuie sur la dynamique évaluative, la recherche du sens de l'action et de la cohérence

Les années 2007-2008 cristallisent en quelque sorte dans cet établissement tout ce que le secteur médico-social vit sur la thématique du changement depuis quelques années : première année pleine de prise de poste d'une nouvelle directrice, renouveau du projet d'établissement, création d'un nouveau service et première mise à l'épreuve de l'évaluation. Cette auto-évaluation se devra d'impliquer le regard critique des acteurs sur leurs pratiques, leur permettant d'une part de se dégager des principes mortifères de la répétition et de l'enfermement, et d'autre part de réinvestir la dimension temporelle.

a) *L'évaluation interne, une opportunité à saisir pour imprimer le changement*

Cette première évaluation interne sera le fruit d'une démarche participative ; elle permettra une mise en discussion des différentes pratiques. En effet, comme la loi nous y invite, la parole sera donnée aux professionnels comme aux familles, créant un espace démocratique d'échanges et de construction. L'association gestionnaire a constitué son

---

<sup>112</sup> Michel Neboit, INRS, responsable du laboratoire d'ergonomie et psychologie appliquée à la prévention, Département homme au travail, *Approche des facteurs humains en prévention des risques au travail*, 1999, disponible sur Internet : { HYPERLINK "http://www.previnfo.net" }

<sup>113</sup> « Le « burn out » est un dysfonctionnement inhérent à la situation de travail incluant un déséquilibre entre les ressources individuelles et les contraintes organisationnelles, conduisant à des réponses émotionnelles (...). Il se manifeste par l'émergence de trois logiques : la logique du tout ou rien (on croyait pouvoir tout faire, on ne peut rien, en fait) ; la logique du blocage par les paradoxes, la logique de l'acceptation de l'institué. Les facteurs déterminants du « burn out » sont la charge de travail ou la sur sollicitation, l'absence d'autonomie ou de contrôle de la tâche, l'absence de soutien social, l'ambiguïté ou le conflit du rôle, la nature des relations interpersonnelles. » P. Bechler, *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*, p 310

comité de pilotage au niveau du siège associatif pour travailler en amont et définir les choix stratégiques de mise en œuvre, qui seront annoncés courant septembre. Cette évaluation interne se déroulera sur 15 mois jusqu'en janvier 2009, guidée par un comité de pilotage au sein de chaque d'établissement (CPE) ; elle se déclinera en deux axes :

- Pour l'évaluation de la qualité des prestations de services rendus à l'utilisateur, les établissements devront utiliser un référentiel commun, Qualisnap (cf p 48). Il s'agit d'un outil généraliste qui explore l'ensemble de l'institution, donne une photographie des pratiques à un instant T ; son aspect « inventaire » peut paraître simplificateur, mais aura le mérite d'initier le débat, dans une approche positiviste<sup>114</sup>. La voie sera alors ouverte pour de nouvelles dynamiques, mettant l'accent sur les capacités d'évolution, d'innovation de l'institution ; afin d'en conserver les bénéfices, je promouvrai dans le futur projet d'établissement une évaluation « au long cours », qui ne réponde pas seulement à l'injonction légale tous les cinq ans, mais qui s'inscrira dans la vie institutionnelle grâce à la programmation de deux questions à travailler par an autour des quatre thèmes inclus dans Qualisnap/Qualiprogress<sup>115</sup>. Ces questions feront l'objet d'un choix collectif.

- Le référentiel Qualigest/Loeva concernant l'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines sera utilisé par le siège associatif et par les établissements. S'il m'apparaît que le thème des compétences et de la division du travail de la maison d'accueil est insuffisamment exploré, ce thème fera alors l'objet d'un groupe de travail afin d'inclure ses observations dans les conclusions de l'évaluation interne.

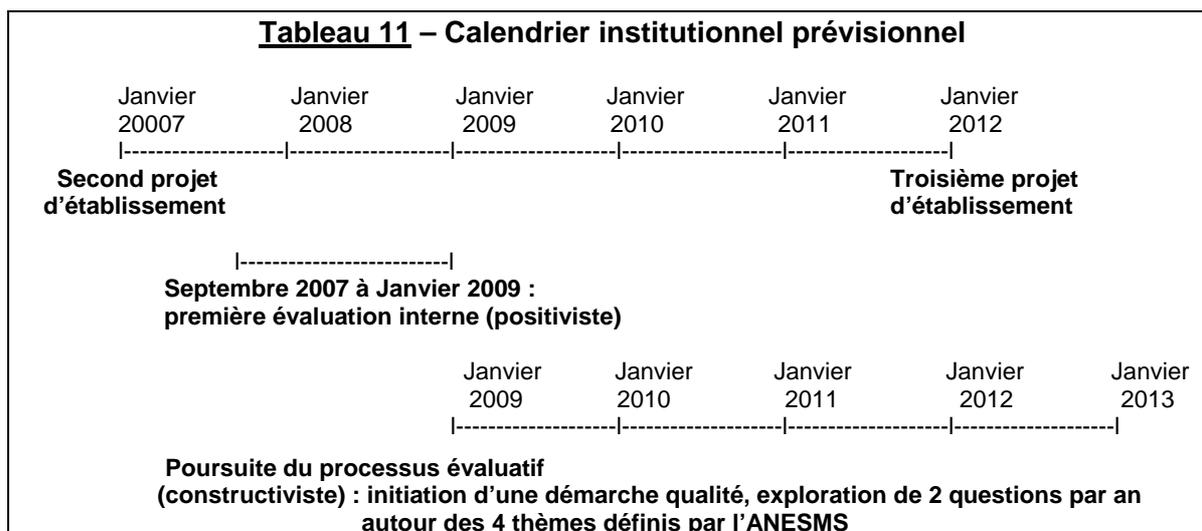
La constitution des CPE impliquera de former les professionnels chargés de l'animation des groupes de travail (formation prévue pour novembre/décembre 2007) ; l'option de valoriser l'ensemble des heures passées à la démarche d'évaluation interne pour 2008 a été prise au cours de la réunion annuelle de préparation budgétaire inter-établissements.

<sup>114</sup>C. Vlassopopoulu, maître de conférences de science politique, *Une évaluation constructiviste des politiques publiques ?* Espace-temps, les cahiers n° 89-90, 2005, pp122-129 : l'approche positiviste postule que l'objet de l'évaluation consiste en une observation de phénomènes ; l'approche constructiviste propose de construire des questions (positives ou négatives) après identification des acteurs ; elle intègre la dimension politique.

Approche positiviste	Approche constructiviste
Les problèmes sociaux sont des phénomènes objectifs	Les problèmes sociaux sont des phénomènes construits
Les experts sont formels ; ils disent ce qui est	Les experts (et autres acteurs) ne sont pas formels
Les problèmes sociaux sont solubles	Les problèmes sociaux ne sont jamais résolus
Les politiques publiques visent la résolution des problèmes publics	Les politiques publiques ne résolvent pas les problèmes
L'évaluation consiste en un travail de régulation technique	Le but de l'évaluation est d'atteindre un compromis permettant la mise en place d'une action acceptée si possible par l'ensemble des acteurs concernés ; c'est une quête de consensus.

<sup>115</sup> Ces 4 thèmes sont : le droit et la participation des usagers avec la personnalisation des prestations, l'établissement dans son environnement, le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre et enfin l'organisation de l'établissement (selon les recommandations du conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale- à présent Agence nationale - Guide de l'évaluation interne, 1<sup>ère</sup> version, septembre 2006)

Le calendrier institutionnel liant évaluation et projet d'établissement pour les cinq années à venir peut se visualiser selon le tableau suivant :



La dimension temporelle de la dynamique évaluative apparaît clairement, et sera à l'œuvre autour de la question du sens dans la mobilisation des acteurs.

*b) Un sens à retrouver, avec comme appui l'éthique et la nouvelle donne législative*

- Le mot sens nous intéresse ici en référence à l'idée de moyen de connaissance et de discernement, relevant à la fois de l'intuition et de la réflexion<sup>116</sup> ; nos actions sont ainsi guidées par le sens dans les situations où nous faisons appel à notre jugement. Ce sens qu'il faut aller chercher en MAS, retrouver à la MAS du Pommier est à la fois question de direction et de signification, face à ce réel qui se dérobe et empêche les certitudes. Cette double quête repose sur un questionnement constant sur « l'agir humain », et nous fait entrer dans le champ de l'éthique, qui répond à la question du comment vivre. La question du sens et de l'éthique doit être abordée collectivement, au long cours et devant toute nouvelle situation, écartant ainsi les discours binaires ; il appartient au directeur de faire vivre et d'articuler ces deux éthiques que sont les éthiques de conviction et de responsabilité, les conciliant autour d'une éthique de la discussion<sup>117</sup> afin d'aider les professionnels à s'engager au quotidien auprès des résidents.

- C'est à l'occasion de cette nouvelle donne législative, autour de la question du sens, que seront abordées les questions de la citoyenneté –incertaine- des résidents promue par la loi 2005-102, de leurs limites et des nôtres, des exigences nouvelles de cette loi qui impose une ouverture sur le monde du droit commun de la société civile. Avant cela, il est impératif de reconnaître la position d'infra-sujet des résidents de MAS. En effet, seul autrui peut se poser pour eux les questions qui favorisent l'émergence de leur

<sup>116</sup> E. Clément et coll., *La philosophie de A. Z.* Paris : Hatier Avril 2000, p 409

position de sujet<sup>118</sup> : c'est la question de l'être pensant et de la reconnaissance de l'autre, et du respect de ses droits ; c'est aussi la problématique de l'absence de sujet parlant, et de sa place parlée au sein de la famille. Le statut de sujet de la personne gravement déficiente mentale se trouve donc à la croisée de ces quatre champs discursifs, faisant l'objet d'une mobilisation constante autour de son projet.

c) Au niveau collectif, l'ouverture de l'externat sera une véritable opportunité pour affirmer auprès du personnel le passage d'une logique d'établissement à une logique de dispositif ; sa construction, avec ses murs de préfabriqués, en est un symbole, figure muette de dispositifs qui ajustent leur adaptation aux besoins évolutifs des populations. L'intégration de l'externat au fonctionnement de la MAS sera l'occasion de réfléchir à une nouvelle organisation, de briser une autarcie qui a tendance à s'auto-entretenir, et d'ouvrir les unités à d'autres liens. L'articulation avec les nouveaux professionnels mutualisera les compétences et les savoir-faire, enrichissant de la sorte la compétence collective.

La ligne directrice de la MAS du Pommier pour les années à venir sera donc le développement de la professionnalité, alliée à l'amélioration des conditions de vie dans l'établissement, qu'il s'agisse des résidants ou des professionnels.

## **2.2 La performance au service du sens de l'action**

Ces axes de travail posés, il s'agit à présent de les décliner au travers d'un plan d'action, qui développera en interdépendance la stratégie, l'organisation et les compétences<sup>119</sup>. Pour ce faire, la théorie des trois leviers revisitée par Pierre Bechler<sup>120</sup> me servira de fil rouge au cours de cette dernière partie. Cette théorie des leviers avance que, dans la production de richesse d'un pays, on repère trois dynamiques à l'œuvre qui interagissent entre elles et potentialisent leurs effets : la compétence des acteurs, l'organisation, et enfin l'instrumentation technique. La valeur produite est ainsi non seulement le fait du travail humain, mais aussi celui du jeu de ces leviers qui, se soulevant l'un l'autre, démultiplient leur force. A l'échelle d'une institution, l'enjeu est de valoriser ce travail humain médico-socio-éducatif par la mobilisation de ces leviers et de plans d'actions adaptés. Cette conception permet, dans le droit fil de la pensée complexe d'E. Morin, de dépasser le seul jeu de ces leviers (ou logiques) et d'accéder à des considérations plus larges capables d'embrasser les réalités paradoxales rencontrées.

---

<sup>117</sup> Brigitte Bouquet et Jean-Yves Barreyre, *op.cit.*, pp 243-245

<sup>118</sup> B. Bouquet et J.Y.Barreyre, *ibid.*, pp 560-562

<sup>119</sup> François Batifoulier et François Noble, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2005, pp 224-225

<sup>120</sup> Pierre Bechler, directeur de l'Institut Régional et Européen des métiers de l'intervention sociale (IREIS Rhône-Alpes), auteur de *Le management des compétences en action sociales et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005, pp 233-238 ; il reprend cette théorie des leviers de l'économiste Daniel Cohen.

## 2.2.1 De la compétence des acteurs au métier de l'établissement

### A) Clarifier les rôles et responsabilités

#### a) *Des fiches de fonction à créer et à mettre en place*

L'équipe de direction a abordé dès octobre 2006 la création des fiches de fonction en commençant par la technostucture, associant les professionnels concernés dans une démarche de concertation. Ce choix de travailler en priorité sur ce groupe a été guidé par l'expression d'une demande de la part des infirmières notamment, mais aussi parce que la technicité de ces métiers constitue un socle permettant une construction collective peu polémique. En revanche, les équipes éducatives, d'une culture plus orale, sont réticentes à leur élaboration. L'objectif était d'amorcer et d'installer un processus de formalisation des rôles de chacun par le groupe le plus consensuel, et de le continuer par le centre opérationnel, plus réservé. Concernant ce dernier, j'avais décidé d'aborder la question en initiant une réflexion commune, puisque, même si elle n'était pas écrite, la fiche de fonction existant dans les esprits était une fiche commune aux trois métiers d'ASD, ME, et AMP. Des groupes de travail furent constitués au cours du premier trimestre 2007, traitant des disparités existant entre le travail réalisé au quotidien et les apprentissages des formations initiales. Cette réflexion collective a effectivement mis en exergue des écarts importants ; certains professionnels ont ainsi souligné leur inconfort pendant certaines prises en charge, telle cette monitrice-éducatrice qui vit très difficilement les soins du corps à prodiguer aux résidents. J'ai annoncé la poursuite des travaux à l'occasion de cette évaluation interne, au besoin par la réalisation d'un questionnaire intra MAS sur l'organisation du travail et la transmission professionnelle.

La date butoir pour la validation de ces fiches de fonction sera fixée au 31 mai 2008.

#### b) *Compétence collective du centre opérationnel : structurer et limiter la polyvalence*

Étroitement liée à la question des fiches de fonction, celle de la compétence collective pose le problème de la différenciation des rôles et de leur articulation. La polyvalence systématique des métiers, peu accompagnée comme c'est le cas, s'avère plutôt contre-productive, les processus d'apprentissage collectifs attendus se trouvant lissés et neutralisés par l'emprise psychotique de la déficience mentale profonde. Je suivrai donc Jacques Hochmann<sup>121</sup> quand il recommande de travailler sur la différenciation afin de lutter contre la tendance à l'homogénéisation, mécanisme collectif de défense visant à ritualiser cette irréversibilité du temps qui glisse sur l'immuabilité du handicap mental, et qui aboutit

---

<sup>121</sup> Collectif d'auteurs, *Déficience mentale et épuisement professionnel*, op. cit., Jacques Hochmann, psychiatre, psychanalyste « *Restaurer le plaisir de soigner* » pp 53-58, AIRHM-France 2002

à une ambiguïté des rôles, elle-même source d'épuisement professionnel<sup>122</sup>.

Le travail sur les fiches de fonction contribuera à clarifier et différencier les rôles de chacun, aboutissant à une organisation de travail différente, et qui sera le fruit d'une construction collective concertée ; ces fiches étant réalisées fin mai 2008, permettront une mise en œuvre concrète sur les unités de vie, via une réorganisation de l'articulation du temps de présence en fonction des compétences de chacun prévue pour l'automne 2008.

c) *Une compétence collective enrichie et diversifiée par de nouveaux recrutements*

Cette différenciation sera soutenue par le recrutement de nouveaux professionnels :

- Une maîtresse de maison dans le cadre de l'ouverture de l'externat

Cette nouvelle professionnelle interviendra au quotidien uniquement dans le cadre de l'externat ; elle sera néanmoins en contact avec le centre opérationnel de l'ensemble de la MAS, puisque les externes profiteront de l'infrastructure déjà existante. Ses compétences pourront être mutualisées dans le cadre d'interactions préalablement définies, et évaluées. Le projet d'externat étant liée à l'obtention du permis de construire en cours, ce recrutement se fera vraisemblablement au cours du second trimestre 2008.

- Un animateur pour assumer la fonction d'animation actuellement éclatée sur les quatre groupes, insuffisamment fédérée par l'éducatrice spécialisée

Ce recrutement a un double objectif : répondre aux nouvelles injonctions législatives en matière de socialisation de l'usager, et porter la dimension collective de l'animation au sein de l'établissement. En effet, comme le précise un spécialiste en sciences de l'éducation<sup>123</sup>, si la prise en charge de l'éducateur se fonde sur une approche individuelle des personnes, de leurs manques et de leurs potentialités, la démarche de l'animateur s'inscrit essentiellement dans la dimension collective. Davantage attentif aux interactions produites au sein des groupes, il sera un acteur ressource et un acteur-relai : son activité permettra aux AMP, ASD et ME de se concentrer sur leur cœur de métier, axé plutôt sur un mode de relation duelle et sur des accompagnements individuels, leur évitant un grand écart mental quotidien supplémentaire, source de tension et de stress, entre l'individuel et le collectif. J'envisage ce recrutement au cours du premier trimestre 2008 ; sa mission bien entendu sera en lien avec l'externat ; un poste à mi-temps me semble suffisant<sup>124</sup>.

---

<sup>122</sup> Collectif d'auteurs, AIRHM, Idem, Hubert Gascon, professeur chercheur en Sciences de l'éducation, Québec, « *Épuisement professionnel : un thème pertinent à aborder dans le cadre de l'intervention en déficience intellectuelle* », pp 16-17

<sup>123</sup> Caroline Helfter, Lecture du mois, présentant un ouvrage de J.C. Gillet (spécialiste en sciences de l'éducation) aux éditions Erès, *L'animation en questions*, ASH N° 2487, Décembre 2006

<sup>124</sup> Pour un coût annuel moyen de 18 360 euros, salaire chargé (d'après l'indice conventionnel de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 –CNN 6- après 7 ans d'ancienneté)

- Projet de recrutement de trois éducateurs spécialisés (ES)

Ce projet est en lien avec le paragraphe suivant, qui traite de l'augmentation du niveau de qualification du centre opérationnel. Il permettrait de porter à quatre le nombre d'ES et contribuerait à rompre cette homogénéisation des réponses et des pratiques en insufflant des compétences nouvelles sur chaque groupe.

Par ailleurs, en termes de gestion de ressources humaines, plusieurs auteurs constatent une corrélation inversement proportionnelle entre niveau de qualification et taux d'absentéisme<sup>125</sup> : les professionnels les plus qualifiés sont ceux qui ont le taux d'absentéisme le plus bas, et vice-versa. D'où la nécessité de renforcer les compétences.

## B) Reconnaître et renforcer les compétences

### a) *Augmenter le niveau de qualification du centre opérationnel par le recrutement d'éducateurs spécialisés supplémentaires*

L'objectif premier de ce recrutement est d'affecter un ES par unité, afin de rapprocher la conception, l'élaboration et le suivi des projets personnalisés du centre opérationnel ; actuellement, cette mission est plutôt du côté de la technostucture et de la hiérarchie éducative, créant un clivage et un déficit d'engagement dans l'action. Le niveau de conceptualisation de chaque équipe se trouverait renforcé, l'objectif parallèle étant d'amortir les effets délétères de la déficience mentale, en repérant mieux les processus à l'œuvre et en guidant la réflexion sur les prises en charge au sein de chaque groupe.

Ce projet implique le recrutement de 3 ES, donc une dépense supplémentaire ; il avait fait l'objet d'une demande en mesures nouvelles sur le budget prévisionnel (BP) 2007, d'un montant total de 115 636 euros (salaires chargés, estimation sur la base d'un indice moyen de 491 points mensuels de la CNN 66)<sup>126</sup>.

Le retour du BP en juillet 2007 a vu la prise en compte partielle de ce projet, les financeurs accordant seulement un poste supplémentaire d'ES ; cela permettra néanmoins d'amorcer le remodelage de la gestion des compétences en portant à deux le nombre d'ES de la MAS. Chaque éducateur spécialisé aura alors en charge deux unités. Le chef de service éducatif commencera à travailler leur profil de poste avec l'actuelle ES dès octobre 2007, avec un recrutement prévu pour décembre 2007.

---

<sup>125</sup> Jean-Marie Miramon et coll., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, op. cit., p 182.

<sup>126</sup> Ces postes seront en horaires d'externat, 9h30 – 17h30 (servant d'ancrage temporel pour les résidents et les équipes), et pourraient permettre de dégager des économies sur le budget remplacement, dans la mesure où un professionnel absent ne serait pas systématiquement remplacé (les absences étant alors avantageusement compensées par un titulaire plutôt que par un remplaçant non qualifié et par définition « de passage »). Le non remplacement des heures de récupération hors jours fériés dégagerait par exemple une économie d'environ 48 000 euros en année pleine, soit le coût d'un ETP d'éducateur spécialisé.

*b) Des missions internes transversales pour différencier et valoriser les métiers*

La différenciation des rôles, des fonctions sera mise en place par les fiches de poste et une division du travail différente comme nous le verrons plus loin. Pour inscrire véritablement les diverses compétences de ces métiers pluriels dans la vie de l'institution, et assurer un maillage efficace, je pense qu'il faut sortir de la seule logique de l'exercice professionnel sur une unité de vie ; décloisonner les esprits, favoriser la mobilité interne en promouvant des missions transversales. Trois groupes transversaux de professionnels émergeront, rassemblant les salariés des quatre unités ayant le même diplôme :

- Les ASD seront chargés de missions d'enquêtes, de formation en matière d'hygiène, de soins de nursing et de confort ; Ils travailleront par ailleurs en étroite collaboration avec la psychomotricienne de l'établissement sur le thème de la sécurité ;
- Les AMP seront plus spécifiquement responsables de l'aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne et de l'accompagnement dans la relation à l'environnement ; ils seront aidés par la psychologue et les éducateurs spécialisés dans leur réflexion et approche de l'intimité ;
- Les ME s'attacheront aux capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion en favorisant l'accès aux ressources de l'environnement ; à ce titre ils seront référents des ateliers d'activités proposés. Le droit des résidents à la dignité reposera sur la vigilance de ce groupe professionnel, épaulé en cela par les éducateurs spécialisés.

Chaque groupe se verra ainsi investi d'une mission particulière, et portera la responsabilité d'une professionnalisation actualisée et optimisée, avec l'attribution de références bien précises. Ce choix n'exclut pas la transmission professionnelle d'un métier à l'autre ; au contraire, il assurera les transferts de compétences dans un cadre structuré et structurant, tout en dialectisant les notions de qualification et de compétences. De plus, ces groupes transversaux feront vivre la spécificité de leurs compétences acquises en formation initiale, l'enrichiront et la partageront en étant référents de l'accueil des stagiaires de leur corps de métier, en lien avec les centres de formation concernés.

*c) La formation des professionnels à la MAS du Pommier, un enjeu pluriel*

L'inscription du processus formatif dans la vie institutionnelle permet de soutenir le collectif de travail, d'assurer sa construction et son évolution permanente, et d'adopter une représentation commune et partagée du métier de l'établissement. Ce processus est une combinaison de formations internes et externes.

- Une entreprise qualifiante qui prend en compte voie directe et voie indirecte

Depuis plusieurs années, la MAS privilégie pour l'éducatif la formation en alternance et en cours d'emploi : sur chaque unité de vie, un salarié bénéficie en permanence de ce type de contrat. Ainsi chaque groupe intègre dans le planning du personnel la présence d'un AMP ou ME en cours de formation, issus du pool de remplaçants non qualifiés (une

option qui permet en outre de diminuer les coûts de fonctionnement par groupe). La MAS n'accueille donc pas de stagiaires ME ou AMP inscrits dans le cursus de la voie directe ; elle a développé néanmoins un partenariat rapproché avec les instituts de formation du secteur social et s'attache à valoriser la fonction formative des tuteurs.

L'accueil de stagiaires en formation par la voie directe concerne les étudiants infirmiers dont l'encadrement est assuré par le chef de service médical et les infirmières. Cet accueil a fait l'objet d'un projet de service et d'un protocole travaillé en partenariat avec quatre instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Un projet innovant est à l'étude et aboutira vraisemblablement à l'élaboration d'une convention en octobre : il s'agit d'un échange, sur le mode du troc, avec un IFSI. Le chef de service médical et une infirmière de la MAS ayant dispensé une formation sur « le travail infirmier en MAS » aux étudiants infirmiers, la directrice de l'IFSI s'est engagée à assurer quelques heures de formation auprès du groupe d'ASD de la MAS ; cela devrait permettre d'étayer une formation initiale qui s'est délayée au fil du temps dans une approximative polyvalence.

- Une entreprise qui fait plutôt le choix de formations collectives : privilégiant les actions collectives internes, je n'exclus pour autant pas les formations individuelles<sup>127</sup>. Le processus formatif interne se voit consolidé une fois tous les deux ans par la formation interMAS (issue des fonds récoltés du dernier colloque, et en lien avec lui). Il prend également la forme de l'endoformation : cela concerne des temps formatifs assurés par des professionnels de l'établissement ; ainsi le médecin généraliste anime tous les ans des séances sur le thème des gestes d'urgence, la psychomotricienne des journées sur la manutention. L'équipe (à venir) des éducateurs spécialisés sera également sollicitée.

- Je garde en réserve un projet de renforcement de la culture générale ; à priori singulièrement simple, il repose sur l'importance du langage et du fonctionnement symbolique de l'être humain, démontrée par les divers apports des sciences humaines<sup>128</sup>. Il nécessite l'embauche des 3 ES, tant sur le plan des effectifs que des qualifications, et leur non recrutement m'oblige à le différer. Le but est de donner aux équipes des clefs supplémentaires, de fournir des éléments structurés de connaissances par l'étude collective de thèmes, de livres, sur le mode des ateliers de lecture, et de favoriser l'ouverture à la sublimation et à la création, tout en apprivoisant le passage à l'écriture. Un autre objectif est de soutenir la fonction « phorique » de l'institution, par le renforcement de ces processus de représentation que sont la métaphore et la métonymie<sup>129</sup>, face à

---

<sup>127</sup> Les formations collectives représentent environ 30 % du coût de formation ; ainsi l'année 2007 a permis la réflexion et l'échange sur les thèmes du handicap mental et des écrits professionnels ; la douleur chez la personne polyhandicapée sera le thème 2008 ; pour 2009 je pense au vieillissement et soins palliatifs.

<sup>128</sup> Jean-Pierre Le Goff, *Les illusions du management*. Paris : La découverte, 2000, p 121

<sup>129</sup> Collectifs d'auteurs, ARIMH, op cit, René Kaes, *Souffrance et psychopathologie des liens institués*, p 17

l'irreprésentabilité du handicap mental<sup>130</sup>. On l'aura compris, ce projet articule deux modèles classiques : celui d'une approche instrumentale qui a pour but de développer les compétences, et celui d'une approche axée davantage sur la culture générale, et qui a pour but de favoriser la prise de recul et la réflexion<sup>131</sup>.

Ces articulations et maillages des différents groupes (l'équipe d'une unité de vie, l'équipe « transversale » de moniteurs-éducateurs ou d'aides-soignants, le groupe des tuteurs...) autour du thème des compétences et de la formation renforcent la construction matricielle de l'institution dans un contexte de double ou triple appartenance, l'enjeu étant l'adaptation permanente de la compétence collective.

### C) Accompagner le changement et anticiper les évolutions

Cet enjeu d'une compétence collective à entretenir et à réajuster nécessite d'intégrer le changement comme élément à prendre en compte au long cours. C'est pourquoi se pose ici la question de l'accompagnement et de l'évaluation du personnel.

#### a) *L'évaluation du personnel, entre performance et compétence*

Les entretiens individuels d'évaluation à la MAS du Pommier n'existent pas. Mon prédécesseur avait souhaité les initialiser mais s'était heurté à la prudence de la direction centrale des ressources humaines, qui souhaitait au préalable mettre ce thème au travail avec les organisations syndicales en comité d'entreprise, ces dernières ayant clairement exprimé leur réticence. S'agissant d'un sujet délicat qui comporte effectivement certains risques<sup>132</sup>, les directeurs d'établissement se retrouvent temporairement dans l'obligation de se priver de cet acte de management.

Délaissant l'évaluation individuelle pour l'instant<sup>133</sup>, j'ai missionné les chefs de service pour assurer au long cours une évaluation de la compétence collective de chaque unité à travers les situations rapportées dans le dispositif de réunions institutionnelles ; cette observation fait l'objet d'analyses et de plan d'actions construits en réunion-cadres et

---

<sup>130</sup> Exemples : la métaphore la plus parlante est celle de l'atelier « est-qui-libre », incluant des résidents en fauteuil roulant ou valides, pour un travail sur l'équilibre physique, que l'on comprend mieux après avoir lu le chapitre sur les corps-à-corps équilibristes auxquels se livrent les professionnels ; cet atelier vit autant par son activité que par le nom qu'il porte. La « salle en verre » de la première partie est une double métonymie : en verre par le lourd plateau de verre de sa table, mais aussi par le vert d'eau qui couvre ses murs...

<sup>131</sup> Jean-Pierre Legoff, *Les illusions du management*, op. cit. p 131.

<sup>132</sup> Ces risques sont : la subjectivité, le risque d'erreur ou défaut de pertinence voire falsification, le défaut d'honnêteté ou le risque de manipulation. (Iacano op. cit, pp 173-174)

<sup>133</sup> Pour ma part, je pense à cet effet important de faire le distinguo entre évaluation de performance et évaluation de compétences : la première est à mener par le supérieur hiérarchique direct, donc ici le chef de service, car l'objectif est d'évaluer des résultats, de contrôler des performances ; la seconde est à réaliser par le directeur, car, bien qu'intégrant l'évaluation de la performance, il s'agit plutôt d'établir un plan de développement des compétences après en avoir réalisé le bilan (P. Zarifian, sociologue, *L'évolution des modèles des GRH*, Cahiers français N° 333,2006, p 12) . J'attends donc les recommandations de l'association gestionnaire en la matière pour les mettre en œuvre en deux temps, ainsi que je viens de le décrire.

validées en réunion de direction. Par exemple, quand la compétence collective d'une unité envers un résident atteint ses limites et compromet la qualité de la prise en compte, l'équipe de cadres réfléchit à la pertinence de décider d'une mobilité des personnes, résidant ou professionnel, afin de redistribuer les problématiques et/ou les compétences. Ce thème de mobilité « situationnelle » en introduit un autre, celui d'une mobilité élargie.

*b) Une mobilité sectorielle et intersectorielle à inventer*

La chronicité des usagers dans ces institutions pour adultes induit une certaine chronicité des professionnels. Ce thème mériterait d'être davantage abordé hors institution, le problème ne se posant pas aux seuls directeurs ; il concerne les pouvoirs publics, les dirigeants associatifs, les représentants du personnel, les usagers et leur famille.

Par exemple, l'accueil de ce résident trisomique vieillissant en 2006 signe-t-il une évolution des MAS vers la gérontologie ? Faut-il créer des établissements pour personnes adultes handicapées mentales vieillissantes ? Faut-il catégoriser les âges et les handicaps, au détriment de la dynamique qu'engendrent les différences ?

En termes de gestion de personnel, et en cas de changement d'employeur voire de secteur, l'usage qui est fait des grilles indiciaires des différentes conventions collectives et de la « reprise d'ancienneté », ne favorise pas la mobilité des salariés. En effet, ces « reprises d'ancienneté » à la moitié, aux deux tiers, au mieux aux trois quart du salaire est un frein aux velléités de changement. Le groupe des ASD de la MAS est de ce fait particulièrement ancien et sensible à l'usure professionnelle, car d'une part il existe peu d'opportunités de postes dans les établissements de l'association, et d'autre part se diriger vers le secteur sanitaire impliquerait une perte de revenus jugée trop importante pour ces salaires qui sont situés en bas de la grille. Concernant le groupe infirmier, l'intérêt de certains professionnels satisfaits d'avoir acquis une certaine technicité et maîtrise du métier à l'hôpital, et qui souhaiteraient développer de nouvelles compétences en exerçant dans le secteur médico-social se heurte aux mêmes considérations financières. Là aussi, les modes de recrutement actuellement en cours font peser sur le budget des individus le choix d'une ouverture d'esprit et d'une motivation professionnelle qui profitent à la collectivité et dont les employeurs sont de surcroît demandeurs.

*c) Gestion prévisionnelle des emplois*

- Le public vieillissant de la MAS est lui demandeur de sécurité et de qualité des soins. Certains soins ou suivis paramédicaux ne peuvent être mis en œuvre par manque de temps infirmier la nuit, ce qui constitue un obstacle aux sorties d'hôpital avec surveillance clinique pointue. En revanche, sont orientés à l'hôpital ou pris en charge par SOS médecins voire le SAMU, des résidents pour lesquels un acte ou un diagnostic infirmier suffirait à établir un diagnostic différentiel permettant une prise en charge in situ. C'est ainsi que je réfléchis au départ d'une ASD de nuit qui prendra sa retraite en 2009.

Vais-je demander un poste d'IDE en lieu et place d'une ASD avec l'objectif à terme de constituer des binômes ASD-IDE ? Ou vaut-il mieux renforcer l'équipe IDE de jour afin de lui permettre d'absorber des semaines d'astreintes de nuit ? Ce choix est à l'étude et requiert un chiffrage financier et des informations sur le positionnement associatif.

- La pyramide des âges du personnel (page 32) est un indicateur dont il faut tenir compte. Les projections qu'elle permet à dix ans ne sont pas inquiétantes, notamment en termes de départ à la retraite. En revanche, elle souligne la faiblesse des effectifs masculins, qui nécessitent d'être renforcés.

## **2.2.2 Améliorer l'efficacité organisationnelle**

Par organisation, j'entends aussi bien le mode d'organisation des moyens humains que leur articulation et leur utilisation optimale à partir d'une stratégie qui repose, je le rappelle, sur la recherche de sens, de cohérence, et sur l'évaluation.

A) Renforcer les effectifs, un impératif pour améliorer les parcours de vie

a) *Recrutement de salariés en contrat d'aide à l'emploi (CAE)*

Afin d'apporter plus de sécurité et de souplesse au sein des équipes, j'ai décidé de recruter et d'affecter un salarié en CAE par unité de vie, l'incluant dans le planning prévisionnel<sup>134</sup> ; le contrat moral passé avec chaque équipe et chaque salarié en CAE est que ce dernier verra son planning modifié en fonction de l'absentéisme de l'unité. Ainsi les semaines sans absentéisme bénéficieront d'un encadrement renforcé qui permettra plus de sorties pour les résidents, et les semaines avec absentéisme seront moins déstructurées par la multiplicité des remplaçants. Ces quatre recrutements, effectués en novembre 2006, ne bénéficiaient pas de conditions aussi avantageuses pour l'employeur que le premier CAE recruté, pris en charge à 90 % par l'État ; j'ai donc embauché ces 4 personnes non qualifiées travaillant 24 heures par semaine, pour un coût moyen de 3 000 euros par an et par personne, correspondant à une prise en charge à 70 % par l'État.

b) *Deux embauches à prévoir : un éducateur spécialisé et un animateur*

Ces deux postes, déjà évoqués en termes de diversification et de renforcement de la compétence collective, permettront également une légère marge de manœuvre en cas d'absence inopinée sur un groupe, venant consolider le sentiment de sécurité et évitant pour les résidents les annulations d'activités pour cause d'effectif insuffisant.

---

<sup>134</sup>Mon prédécesseur avait recruté une jeune femme en CAE sur l'équipe de nuit, ce qui permettait de porter à trois l'effectif de nuit certaines nuits alors que l'effectif de base est minimaliste, c'est-à-dire de deux ; cette décision avait été motivée d'une part par la reconnaissance d'une pénibilité de ce travail nocturne (une seule salariée pour 24 résidents), et d'autre part par la volonté de réduire, pour le personnel et pour les résidents, la multiplicité des intervenants remplaçant les absences non planifiées.

c) *Des week-ends à venir encore à flux très tendu*

La présence des quatre ES les jours ouvrés aurait permis une modification des plannings, avec une nouvelle répartition du temps de travail du lundi ou vendredi (les équipes éducatives ne souhaitant pas diminuer le rythme de leur week-end de travail en regard des primes attribuées), et un renfort les samedi-dimanche. Le recrutement d'un seul ES ne suffit pas à ce rééquilibrage du temps travaillé.

Les années à venir verront peut-être ce renforcement des effectifs évoqués dans le plan de Philippe Bas de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, et qui présentera l'intérêt de faire baisser le stress du personnel, les fins de semaine étant actuellement envisagées avec appréhension (le recrutement des 4 CAE est venu infléchir légèrement ce flux tendu, mais partiellement, en raison de leur non-qualification).

B) *Modifier la division du travail et la ligne hiérarchique de l'établissement*

Je reprends ici le thème de la construction matricielle abordée page 64, et qui m'éloigne de la représentation traditionnelle des deux domaines d'activité du soin et de l'éducatif. Cette division traditionnelle, avec la hiérarchie pyramidale ad hoc<sup>135</sup>, correspond au premier temps de la distinction d'Edgar Morin ; elle est nécessaire, à l'œuvre au quotidien au travers des outils 2002. Le second temps de la conjonction permettra des entrelacs entre la structure hiérarchique verticale et l'organisation horizontale ; la démultiplication des liaisons horizontales et des zones d'interface activera de la sorte un réseau interne que j'espère moins figé, plus mobilisateur que l'actuelle organisation.

a) *Une modification de l'organigramme hiérarchique*

J'ai souligné en première partie la surcharge de travail du chef de service éducatif en termes de gestion du personnel par rapport à celle du chef de service médical. Autour de cette question régulièrement abordée, il existe un consensus dans l'équipe de direction pour refuser la solution qui paraîtrait la plus simple, celle d'attribuer la gestion de 2 unités à chaque chef, cela afin de ne pas renforcer les phénomènes de clivages institutionnels.

J'ai proposé aux deux chefs de service le montage suivant : le chef de service éducatif conserve l'autorité hiérarchique et fonctionnelle des équipes éducatives, exception faite des ASD de chaque unité qui seront placés sous l'autorité hiérarchique du chef de service médical (on retrouve là le groupe ASD précédemment fédéré autour de projets de formation interne) ; sa gestion de personnel sera dès lors allégée d'une dizaine de personnes, l'identité professionnelle de ce groupe se verra réaffirmée, et le niveau de collaboration des deux chefs se resserrera immanquablement autour des plannings. Ce projet a remporté leur adhésion et sera annoncé au personnel en septembre 2007.

---

<sup>135</sup> Revoir l'organigramme hiérarchique initial en annexe 3

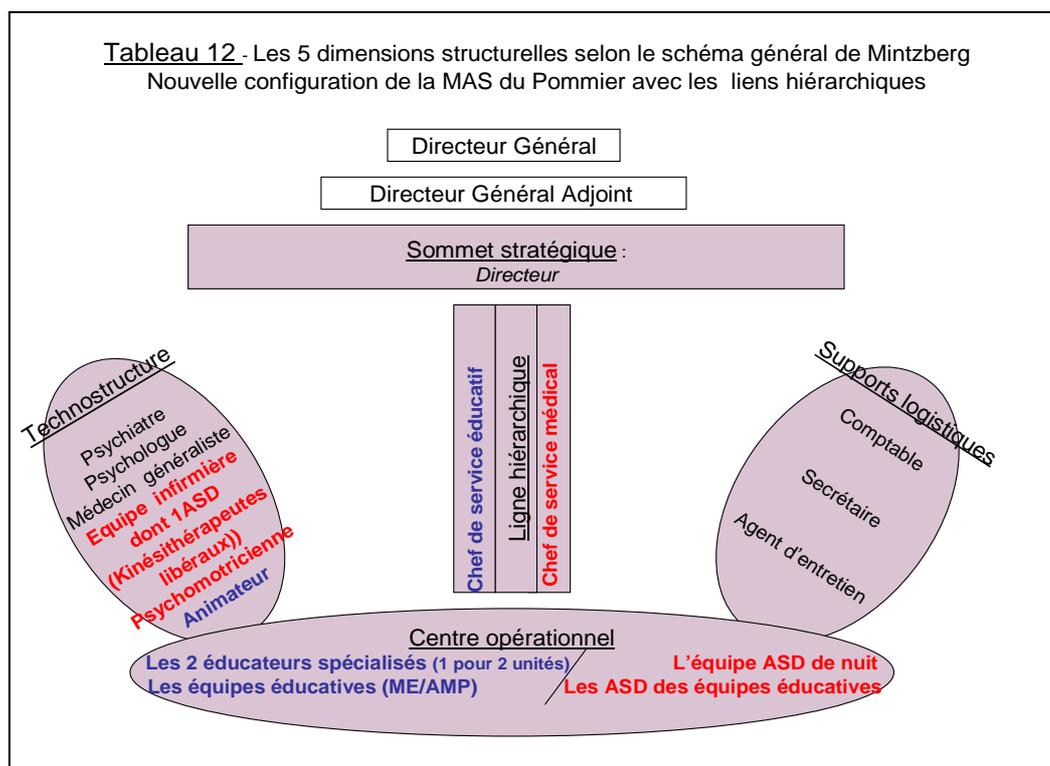
b) *Un chef de service éducatif davantage centré sur ses missions d'encadrement*

En conséquence, la pression temporelle sera moins forte pour le chef de service éducatif, qui sera plus disponible pour le suivi du travail éducatif et la conduite de nouvelles missions de délégation ; par ailleurs, le recrutement du second éducateur spécialisé de la MAS interviendra en automne 2007, le libérant de la rédaction des projets (pour l'instant partagée avec la seule ES), et instaurant une modification de la division du travail.

c) *Une division du travail différente qui se déclinera à deux niveaux*

- Les éducateurs spécialisés seront intégrés au centre opérationnel, et auront chacun en charge deux unités ; l'unique poste transversal d'ES n'existera plus, avec ses missions partagées avec le chef de service éducatif et ses fonctions d'animation. Le niveau du centre opérationnel s'en trouvera élevé, la mise en œuvre des projets plus proche de ceux qui les rédigent, la nouvelle équipe d'ES créée en transversal rajoutant une interface institutionnelle. L'animateur à recruter prendra la place de l'éducatrice spécialisée<sup>136</sup> au sein de la technostructure, et portera avantageusement la dimension collective de l'animation au sein de la MAS et dans son environnement.

La nouvelle organisation de l'établissement peut se visualiser sur le schéma suivant :



<sup>136</sup> Ce changement s'opérera sans difficulté pour l'ES actuellement en poste et qui a demandé son affectation au futur externat ; connaissant les problématiques du métier, elle initiera la nouvelle équipe ES de la MAS dans un premier temps, pour mettre en œuvre ses compétences acquises au sein de la nouvelle structure dans un second temps. Ces deux projets seront gratifiants pour elle.

- Au sein de chaque unité, et dans les limites posées par la construction des plannings, l'objectif visé est de mieux répartir le temps de travail quotidien en fonction des qualifications : ainsi les ASD et les AMP plus sensibilisés aux soins du corps auraient les horaires matinaux correspondant aux toilettes des résidents, les ME interviendraient après 8h30 sur des horaires davantage en journée, mais également du soir. Ces propositions seront bien sûr à travailler et à moduler avec les professionnels.

C) Organiser une unité temporelle et une mobilité structurantes

a) *Des horaires fixes d'externat pour les éducateurs spécialisés et l'animateur*

Nous avons déjà vu combien la temporalité vacillante des résidents fait vaciller celle des éducateurs du centre opérationnel, et que l'absence de repères d'un temps social nuit à la perception d'unité temporelle. Les horaires d'un éducateur spécialisé au sein de chaque aile (deux unités) en journée, fixes, et ceux à l'identique de l'animateur, représenteront ce temps social pour les résidents et pour les professionnels. La continuité du temps dès lors matérialisée physiquement par ces deux personnes, donnera corps à la continuité de l'action et des projets, les réinscrivant dans ce sens aujourd'hui malmené.

b) *Des plannings à reconstruire*

L'intégration des roulements des personnes en CAE de jour s'est réalisée sans modifier les roulements des titulaires ; l'arrivée des éducateurs spécialisés au sein du centre opérationnel sera l'occasion d'opérer une remise à plat des plannings, permettant un flux moins tendu en semaine, avec possibilité de renforcer de quelques heures les samedi-dimanche, et peut-être celle de supprimer les horaires coupés<sup>137</sup>. Ces nouveaux plannings intégreront les ajustements dans la division du travail précédemment cités ; leur mise en œuvre est prévue pour automne 2008 au plus tard.

c) *La mobilité intra-institutionnelle en réponse aux tendances à l'homogénéisation et la chronicisation*

- La mobilité des résidents se décline au quotidien et à plus long terme. Au quotidien, c'est favoriser les invitations réciproques pendant les temps de repas ou de loisir ; à moyen terme, c'est organiser les camps InterMAS ou transfert interunité ; à long terme, c'est envisager des changements d'unité afin de solliciter et de stimuler ces capacités minuscules, et permettre le regard nouveau d'une autre équipe éducative. Ce pari fut réussi pour F.C., résident polyhandicapé de 37 ans, affichant depuis des années

---

<sup>137</sup> Cette solution que j'espère transitoire est forcément insatisfaisante en regard des besoins en soin et en sécurité sur ces temps de week-end qui avaient été aménagés à l'origine pour une présence de 6 résidents et non 10 à 12 comme c'est actuellement le cas.

un état relativement régressé ; un transfert inter-unité l'a métamorphosé l'année dernière, le remettant en lien avec son environnement. Il sourit, participe, s'oppose, dit non de la tête comme jamais il ne l'avait fait pour la plus grande joie de ses parents. Il a même récusé avec véhémence pendant un entretien « rencontres-familles » l'idée que son frère jumeau non handicapé puisse être responsable de son handicap. Absence d'expression verbale, mais séquence émotion pour tous les participants.

- Ces modestes victoires sur le handicap bousculent l'inertie pesante du quotidien, et par là même la représentation statique liée à l'idée du placement en institution ; placement du résidant, certes, mais aussi placement du personnel qui est plus ou moins attaché à sa place au sein de la MAS, de l'unité, du groupe professionnel... C'est pourquoi il me paraît important pour les professionnels, afin qu'ils échappent au mieux à l'emprise enfermante des symptômes psychotiques, de la répétition, de la pensée engluée, d'aménager une mobilité intra-institutionnelle qui serait contractualisée dès le recrutement. Il me reste à l'organiser et à la mettre en place, ce que je ferai dès janvier 2008 en cours d'évaluation interne puisque le thème gestion des ressources humaines y sera abordé. Dès lors le professionnel qualifié d' « ancien » sur une unité, habitué aux résidants et à une routine qu'en général il contribue à entretenir, se verra contraint par un collectif de travail à se mobiliser sur un autre projet d'unité ; ainsi il ne se sentira pas désigné comme maillon faible par une hiérarchie toute-puissante. Cette mobilité interunité présentera l'avantage d'inciter à la relecture des pratiques, des projets des résidants, stimulant les capacités d'observation et d'élaboration des uns et des autres. A ces fins, j'ai présenté dernièrement aux délégués du personnel un planning prévisionnel de rotation du personnel sur les quatre groupes (de 2008 à 2015), chaque salarié ne restant que quatre ans en poste sur une même unité. L'accueil de ce projet a été plutôt favorable.

### **2.2.3 Instrumentation technique et équipements au service d'une démarche professionnelle partenariale**

Si l'organisation sert de garant et de repère à la continuité de l'action, donc à la congruence de la prise en charge, elle a besoin d'être soutenue, étayée, par des techniques et équipement qu'ici nous élargirons à l'environnement.

#### **A) Bassin de vie et supports logistiques**

##### **a) *Ouvrir les portes de la MAS, créer des liens avec les institutions locales***

- Conformément à la loi 2005-102 qui incite à une participation des publics handicapés à la vie de la cité, la MAS a pour la première fois ouvert ses portes à une école communale qui est venue visiter l'institution et prendre contact avec les résidants. Cette visite, qui a eu lieu en avril 2007, avait été préparée en amont par l'institutrice pour préparer à cette rencontre « pas comme les autres » qui s'inscrivait dans le cadre d'un

« Rallye de Citoyenneté » ; ces enfants de 6, 7, et 8 ans, en classe d'intégration scolaire (CLIS) et cours élémentaire 2<sup>ème</sup> année (CE2) ont été accueillis et pris en charge par la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée ; les rencontres avec les résidants se sont faites au gré de leurs déambulations habituelles dans la maison ; plusieurs d'entre eux ont manifestement éprouvé de la satisfaction, du plaisir, à ces instants d'échanges faits surtout de présentations réciproques. Rendez-vous a été pris pour l'année prochaine pour prolonger cet élan d'ouverture citoyen.

- La description de la MAS du Pommier, en première partie, évoquait l'aménagement d'une aire de jeux extérieurs, régulièrement utilisée pour des parcours psychomoteurs ; régulièrement, mais peu fréquemment. L'idée a germé en équipe de direction de mettre cet équipement à disposition d'autres collectivités ; il pourrait s'agir d'écoles, de structures accueillant des personnes âgées, des personnes handicapées. Cette ouverture présenterait le double avantage d'amorcer un processus de mutualisation de moyens, et de favoriser les rencontres des populations. Le chef de service médical est chargé pour la rentrée de réaliser une prospection locale et de prendre les premiers contacts afin de faire avancer ce projet.

- Un partenariat s'est développé en cours d'année avec l'ARIMC (Association régionale des IMC) autour de la révision d'un projet individualisé d'un résidant de la MAS. J.L.P. est un homme de 33 ans, à profil plutôt IMC, capable de manœuvrer son fauteuil électrique, d'avoir une conversation par le biais de son tableau de communication ; en revanche l'apprentissage de la distinction des couleurs par exemple, ou de la lecture de l'heure lui est impossible. Il a exprimé au printemps son raz le bol (geste sans équivoque de la main, à l'horizontale, qui vient scier le front en deux d'un index rageur...) de vivre à la MAS. Ce fut l'occasion pour moi de prendre contact avec un établissement de l'ARIMC, proche voisin ouvert depuis peu, afin d'évoquer la situation de J.L.P. Les équipes de direction se sont dès lors rencontrées, et ce résidant a bénéficié de l'accueil de quelques demi-journées, puis journées pour évaluation de ses potentialités. Ces accueils (à titre gracieux) ont débouché sur un accord conventionnel, fixant à 30 euros (au lieu de 100) la journée d'accueil séquentiel de J.L.P., qui se rend ainsi à l'ARIMC tous les jeudis avec un large sourire. La demande de réorientation, déposée dès la fin des accueils gracieux à la CDAPH, se trouve en attente depuis juin 2007 ; le délai de traitement des dossiers étant de 7 à 9 mois, j'ai accepté en attendant de financer les 30 euros par semaine ; mais j'ai dû expliquer à J.L.P. que je ne pouvais aller au-delà, que je me devais de refuser la proposition de l'ARIMC qui souhaitait augmenter d'un jour l'accueil séquentiel, et ce pour des raisons financières et administratives. Le partenariat instauré de la sorte autour de cet usager a donné lieu à des invitations mutuelles au sein des structures, à un partage d'expériences notamment sur le thème du théâtre puisque bon nombre de résidents de l'ARIMC ont assisté au spectacle du Boundy Band Saï Saï.

b) *Une vie institutionnelle en devenir*

- Enrichie de ce partenariat, l'institution, par le souhait exprimé par les deux chefs de service, a invité cette année l'équipe de direction de l'ARIMC à la fête d'été de la MAS du Pommier. Ce fut aussi pour moi l'opportunité d'affirmer une certaine rupture par rapport au passé : j'ai souligné, dans ma description liminaire, cette perception d'une fête plus rêvée que réelle ; par la suite, les remarques désobligeantes de certains parents me paraissant ne refléter ni le niveau d'investissement du personnel, ni les dépenses engagées, je décidai de changer de formule. Exit les manifestations de kermesse et leur cortège de bonnes intentions, les agapes répétitives, les horaires tardifs, en décalage avec la fatigabilité des résidants. Je proposai dès le premier CVS une formule plus courte, de 14 h à 18 h, avec spectacle en plein air pour tous, et simple apéritif offert aux familles. Les parents furent d'emblée preneurs, le CVS suivant se faisant le reflet de la satisfaction générale, et ce pour un coût diminué de moitié et des professionnels apaisés.

- La réalité de terrain me fait défaut pour décrire l'impact qu'aura l'ouverture de l'externat sur la vie institutionnelle ; je pense néanmoins qu'elle procédera de cet élan d'ouverture et d'un mouvement de décroisement (des unités, des pratiques, des relations entre les familles puisque le conseil de la vie sociale sera commun...) profitables à la dynamique de la vie institutionnelle.

c) *Des technologies de la communication et de l'information qui facilitent les échanges et la formalisation des expériences*

Mon prédécesseur avait modernisé les équipements, notamment par l'installation d'un nouveau standard téléphonique et la mise en réseau informatique<sup>138</sup>. J'ai continué son action en installant sur les unités de vie des postes téléphoniques sans fil, à la demande notamment des ASD de nuit chez qui régnait un sentiment d'insécurité à se trouver isolées plusieurs heures par nuit (une ASD veillant sur chaque aile) ; elles sont rassurées par la présence de ce moyen de communication qu'elles conservent sur elles, dans leur poche. Quant à l'informatisation montante du service infirmier, elle a nécessité l'envoi d'une IDE en formation en mai 2007, et permet d'élargir l'utilisation de cet outil, excepté pour les transmissions écrites. J'ai l'intention pour 2009 d'informatiser totalement le dossier médical et paramédical du résidant, mais ne m'y engagerai que si je dispose des fonds nécessaires pour un contrat de maintenance.

---

<sup>138</sup> L'objectif était de décharger les unités du rôle de standard (qu'elles tenaient à tour de rôle, une semaine sur quatre, sur les plages d'absences du secrétariat-comptabilité) par un système d'orientation de numéros, et d'une façon plus globale d'améliorer la réponse aux appels téléphoniques. L'investissement informatique, lui, s'est fait dans un souci de rentabilité, d'efficacité, et de facilité de communication interne et externe ; il concerne uniquement la technostrucure et la logistique (excluant donc le centre opérationnel), qui utilisent régulièrement l'intranet au sein de la MAS, avec le siège associatif, et internet.

Lorsque j'aurai vérifié la performance de l'outil informatique sur le groupe infirmier et médical, je pense l'introduire sur les unités de vie, dans un premier temps uniquement comme outil de conception de documents, traitement de textes, suivi des budgets des unités, et comme support du réseau intranet ; et ce pour familiariser les équipes éducatives à ce jour peu demandeuses de supports techniques (ce qui est susceptible de changer avec l'arrivée des éducateurs spécialisés dans le centre opérationnel).

## B) Formalisation des processus de travail

Conscient de la dilution temporelle des intentions et actions spécifique à cet établissement, mon prédécesseur avait soutenu le chef de service médical dans sa volonté de formaliser les processus de travail liés à l'activité de la technostructure, en établissant des protocoles et procédures concernant les soins directs aux résidents<sup>139</sup> ; ainsi sont apparues les premières procédures écrites.

### a) *Extension des procédures et protocoles à l'ensemble de la structure*

Valider les protocoles élaborés en équipe de direction pour la technostructure équivalait à officialiser, reconnaître et organiser son activité tout en diminuant cette inquiétude toujours engendrée dès qu'il est question du *médical*. Afin de diminuer cette « inquiétude permanente »<sup>140</sup> du centre opérationnel, en lien avec une certaine pénibilité constante du travail, il m'a paru pertinent de guider et fédérer son action en écrivant les modes opératoires les plus fréquemment rencontrés. Cette écriture se fait soit amont en équipe de cadres (elle est alors présentée aux délégués du personnel (DP) en réunion DP, ou aux équipes éducatives en fonction du thème<sup>141</sup> avant validation en équipe de direction), soit avec les équipes. Ces écrits servent de socle à l'action collective, mais aussi de paravent à l'emprise de la subjectivité de chacun, souvent prompte à se manifester. Les services généraux ou logistiques sont eux aussi concernés par ce mouvement de formalisation qui présente l'avantage d'anticiper les dysfonctionnements<sup>142</sup>, et qui joue le rôle de tiers dans l'institution entre les différents acteurs.

---

<sup>139</sup> Procédure de distribution de médicaments, conduite à tenir en cas d'urgence médicale, protocole médicamenteux en cas d'agitation, protocole anti-diarrhéique...

<sup>140</sup> P. Bechler, *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. op. cit. p 322

<sup>141</sup> Ainsi le classeur de procédures et protocoles mis en place sur chaque unité contient la procédure de gestion d'argent de poche, de suivi et de notation des selles des résidents, celle de mise en chambre du résident enfermé à clef, la procédure d'admission d'internat, de sorties extérieures des résidents, la conduite à tenir en cas d'un décès d'un résident, etc.

<sup>142</sup> Il s'agit essentiellement de questions techniques : procédure centrale d'alarme, consignes incendie, fonctionnement du standard, panne du portail, panne chaudière, traitement des candidatures, utilisation des véhicules, du vidéoprojecteur, etc.

*b) Une méthodologie de travail pour l'élaboration et le suivi du projet du résident*

L'échéance du projet individuel de chaque résident mobilise l'ensemble de l'institution autour de lui ; c'est le temps du bilan et du renforcement du questionnement autour de sa clinique bien singulière. Ce temps du projet, symboliquement porteur de l'articulation entre l'éducatif et le médical, est aussi celui où est relancée l'interrogation sur la vie psychique du résident. Mon prédécesseur s'était heurté, au départ du chef de service éducatif en 2005, à un effondrement de la qualité des productions éducatives ; ce départ avait accentué la perte du sens de l'action, le nouveau chef ne maîtrisant pas encore cet exercice de réflexion et de construction en pluridisciplinarité. Des questions ont surgi sur qui écrit en amont, et sur quel document, qui prend des notes pendant la réunion, comment intègre-t-on les données médicales, qui saisit sur informatique, dans quel ordre aborde-t-on les problématiques ?... L'ancien chef était parti avec ses compétences et sa méthode de travail. Pour éviter que ne se rejoue ce scénario, et pour améliorer la qualité des projets individuels, l'équipe de cadres a décidé d'élaborer une procédure baptisée « démarche-projet » visant à décrire les différents temps du processus d'élaboration, construire une trame écrite, identifier les acteurs, des premières réflexions à la rédaction finale. L'accent fut mis sur la définition des axes de travail, sur la formulation d'objectifs et de moyens à mettre en œuvre, et leur évaluation. La démarche de soins infirmiers est toujours jointe au document final présenté et remis aux parents, et fait partie à part entière du projet du résident ; les équipes en conservent un exemplaire sur l'unité. L'ensemble du personnel de l'institution adhère à ce mouvement de formalisation et de construction méthodologique, loin des critiques sur la tyrannie bureaucratique. Elles constituent des aides, supports, qui n'ont d'autre but que de soutenir l'action collective et d'encadrer les initiatives ; un équilibre à maintenir entre bureaucratie et empirisme, en évitant les excès de l'une et de l'autre, afin de préserver la richesse de l'agir professionnel.

*c) Le document unique d'évaluation des risques et sécurité*

Les constats effectués sur les corps à corps des professionnels avec les résidents m'ont amenée à modifier le document unique (décret 2001-1016), en majorant soit la fréquence ou gravité, soit la nature du risque (passant de faible à moyen ou de moyen à fort) en fonction des items<sup>143</sup>.

---

<sup>143</sup> Une des mesures préconisées implique l'achat de chaussures professionnelles pour assurer une meilleure stabilité aux accompagnants, et éviter les traumatismes des pieds (dus aux fauteuils roulants, coups de pied, chutes d'objets...). Une autre mesure consistera à cibler des résidents considérés comme « à risque » en fonction de leur crises d'épilepsies, agrippements, instabilité pour les prises en charge au moment de la toilette et des couchers qui devront alors s'effectuer à deux encadrants dans la mesure du possible ; dans le même ordre d'idée, j'ai imposé que les pauses du personnel soient échelonnées afin de ne pas laisser un salarié seul sur une unité de vie.

C) Sur la piste de quelques processus évaluatifs structurants...

Bien que le thème de l'évaluation ait déjà été abordé, je termine cette dernière partie par des propositions et réalisations concrètes qui tendent à soutenir l'ensemble du dispositif institutionnel.

a) *Evaluer la mise en acte des projets individualisés des résidents*

- J'ai décidé fin 2006, suite à l'évaluation annuelle du dispositif de réunions institutionnelles et aux groupes de travail sur la mise à jour du projet d'établissement, d'instituer une nouvelle réunion, dite « suivi de projet ». Cette réunion en remplace une autre, sur l'organisation, peu investie par les éducateurs ; en lieu et place, les nouveaux « suivis de projets » affinent les axes définis en réunion projet sous l'égide du chef de service éducatif et de la psychologue, et surtout ont pour objectif d'inscrire les actions dans la durée, avec évaluations régulières.

- Le service paramédical utilise depuis 4 ans le système des transmissions dites ciblées, qui fait la preuve dans cette institution de sa pertinence et de son efficacité en tant qu'outil de passage d'information et d'aide au traitement des priorités ; les infirmières et les médecins ont pleinement investi cette méthode de travail qui leur apporte traçabilité et sécurité<sup>144</sup>.

b) *Evaluer le niveau de bienveillance pour prévenir la maltraitance des résidents*

Concernant le thème de possible maltraitance des résidents<sup>145</sup>, abordé au cours de la dernière assemblée générale du personnel (en lien avec la question du tutoiement), nous avons décidé, en équipe de cadres élargie, de créer un comité de vigilance ; j'ai fait un appel à candidature cet été, afin de constituer un groupe réunissant un représentant de chaque unité, une infirmière, et une veilleuse. Le chef de service médical a proposé d'inscrire systématiquement à l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaire ce thème de la prévention de la maltraitance, afin d'inscrire une fonction veille dans l'institution. Les débats seront repris cet automne.

c) *Evaluer les conditions d'exercice de la compétence collective et veiller au bien-être du personnel*

- J'annonçais, page 59, la poursuite de la réflexion sur le travail en polyvalence par la réalisation d'un questionnaire auprès des professionnels, qui évaluera cette question de la transmission professionnelle. Je pense m'inspirer du guide d'entretien

---

<sup>144</sup> Les transmissions ciblées écrites impliquent l'utilisation du D.A.R. (Données d'un problème, Actions mises en route et Résultat), décriées par certains auteurs pour un aspect qu'ils présentent réducteur. L'utilisation de cet outil de travail a permis par le biais du « R » de mobiliser l'ensemble de l'équipe sur l'évaluation des actions, qui était antérieurement un point faible de ce service, et d'assurer une meilleure continuité des soins.

<sup>145</sup> Un protocole de prévention et de signalement des actes de maltraitance avait été élaboré en mars 2006.

proposé par Pierre Bechler<sup>146</sup> ; ce guide, qui me permettra d'appréhender le point de vue des salariés, m'apparaît tout à fait adapté à la problématique en cours.

- Enfin, j'ai l'intention, pour le thème des accidents du travail, de proposer au réseau interMAS de conduire en 2008 une enquête afin d'établir des comparaisons entre les institutions ; dans le même ordre d'idée, et parce qu'un regard extérieur est toujours intéressant, je pense contacter soit les facultés, soit Lyon I, soit Lyon II, dès octobre, dans le but de proposer la MAS du Pommier comme lieu de stage ou d'étude pour tout étudiant en psychologie éventuellement intéressé par ce sujet.

Cette seconde et dernière partie touche à sa fin ; le « Repenser » du deuxième titre a fait suite au « Comprendre » du premier, tous deux introduits par les préfixes d'auto-éthique d'Edgar Morin<sup>147</sup>. L'embrassement du *com-* a permis un constat élargi et réfléchi ; la « reliance » et la régénération du *re-* se concentrent, elles, dans Repenser.

C'est ainsi que j'ai tout d'abord démontré en quoi les limites de l'institution étaient atteintes, tant sur le plan de la vie bonne et de la sécurité pour le personnel, que sur le plan de l'efficacité et de la performance pour la prise en compte des usagers, les deux se trouvant pris dans une boucle récursive susceptible d'alimenter le meilleur comme le pire.

C'est donc pour aller vers le meilleur que j'ai construit un plan d'action stratégique, en cours d'application, qui intégrera les adaptations et évolutions nécessaires au fil du temps. Ce plan fait une large place à la gestion des ressources humaines et de leurs compétences, d'une part pour consolider le groupe professionnel<sup>148</sup>, et d'autre part pour en accroître l'efficacité. Quant à l'organisation et l'instrumentation technique, toujours perfectibles, elles restent au service de l'agir professionnel, dans un projet trinitaire porteur et producteur de sens, d'éthique, et de cohérence.

« Responsable de quoi, demandait-on ?

Du fragile, est-on désormais enclin à répondre »<sup>149</sup>.

---

<sup>146</sup> Ce guide avait été élaboré par des professionnels des services de la direction de la vie sociale (DVS) d'un conseil général (Pierre Bechler, *Le management des compétences*, pp 341-344, op. cit.)

<sup>147</sup> Edgar Morin, *La méthode 6, Éthique*. Paris : Seuil, 2004, pp 96-112 (Dans le chapitre « auto-éthique », l'auteur développe les thèmes de la culture psychique, de l'éthique de la « reliance », de l'éthique de la compréhension, de la magnanimité et de l'art de vivre, avant de conclure sur les préfixes-maîtres de l'auto-éthique, *re-* et *com-* ; pour lui, le mot compréhension signifie que la préhension y est embrassante, à la fois au sens affectueux et au sens cognitif ; la communauté et la complexité elles aussi embrassent).

<sup>148</sup> Jean-Jacques Rossello, Psychiatre à Lyon, valide l'hypothèse que le personnel, dans ces institutions que sont les MAS s'épuise « à faire exister, à construire, à sauvegarder des limites entre humanité et monstruosité » ; Collectif d'auteurs AIRMH, op. cit., *La prévention de l'épuisement professionnel dans une Maison d'accueil spécialisée*, pp 271-276.

<sup>149</sup> Paul Ricoeur, « *Le concept de responsabilité* ». Paris : Esprit, 1995, p 62

## Conclusion

Ce voyage au pays des personnes fragiles et vulnérables inscrit la question de la responsabilité au cœur de la fonction de direction ; la mission d'intérêt général de l'établissement me donnant des obligations envers ces usagers aux potentialités particulièrement minuscules. Ce qualificatif que j'ai emprunté à l'écrivain Pierre Michon m'a aidée à vous les présenter, de leurs silhouettes chenuées et inhabituelles à leurs modes de vie, les passant au crible de quelques tableaux et analyses afin de mieux faire partager leurs réalités d'être, composées de difficultés insoupçonnables mais aussi de richesses insoupçonnées.

J'ai retracé l'évolution d'une histoire institutionnelle qui explique le présent, le construit élaboré autour d'eux, et qui m'a conduite à un constat, soulevant ainsi la question de la vulnérabilité foncière de la nature humaine, mais cette fois du côté des professionnels. Les mêmes obligations de bienveillance de l'humain et le même sens de la responsabilité m'obligent à reconsidérer un institué où le mieux-être des uns se fait en partie au détriment des autres, ce qui n'est pas acceptable.

Les apports des sciences humaines ont structuré ma pensée, mon raisonnement, et m'ont permis de ciseler et de proposer un diagnostic sur lequel repose l'ensemble de la démarche-projet ; cette dernière tisse étroitement les fils de l'éthique, du sens et du bon sens, de l'engagement et de la responsabilité.

C'est donc mue par une volonté de rénovation, que j'ai œuvré à mobiliser les différents acteurs autour de cette démarche, de l'aide-soignant au financeur, dans un esprit davantage transdisciplinaire que pluridisciplinaire. Le projet est en cours, appliqué à conjuguer les deux visées de qualité indiquées en titre, du service rendu aux usagers, et de qualité de vie au travail pour les professionnels. Face à une certaine « clinique de l'extrême »<sup>150</sup>, il s'attache à faire vivre au mieux le principe du consentement éclairé pour les usagers et leurs familles, et d'une adhésion éclairée pour le personnel.

Le besoin d'arbitrage est une spécificité des MAS, tant les questions qui se posent côtoient l'inhabituel et le surprenant ; le directeur et l'équipe de cadres sont couramment amenés à dire de quel côté se trouve la raison, engageant les équipes à penser l'intérêt particulier comme lié à l'intérêt général. Cette réflexion est ainsi placée sous le signe de

---

<sup>150</sup> Collectif d'auteurs, AIRHM, op. cit., Jean-Jacques Rossello, p 275

l'alliance entre les professionnels et les usagers<sup>151</sup>, contournant les phénomènes de fusion, d'identification, de domination et de dépendance ; c'est alors la place du citoyen qui est mise en avant, respectée et reconnue, qu'il s'agisse du résidant ou du salarié.

La juste articulation des droits et des devoirs des uns et des autres se trouve entre les mains du directeur, avec comme dessein celui du bien-vivre ensemble. Habiter une fonction de direction implique de se soucier des équilibres et de prêter une attention permanente à la veille institutionnelle<sup>152</sup>.

C'est aussi pour ma part explorer le vide-grenier historique<sup>153</sup> afin de mieux se dégager du poids et des reproductions du passé ; c'est enfin comprendre et différencier. La différenciation permet la mise en conflit, la rencontre des contraires, le dialogue et la construction collective. C'est enfin décider, tout en étant capable d'expliquer et de faire respecter ses choix... et d'intégrer leur contingence dans un « paradoxe managérial »<sup>154</sup> qui impose de penser la transformation permanente des projets et de l'organisation.

L'art de manager en MAS suppose alors de garder les yeux sur un horizon de sens ; la grande difficulté mais aussi la grande richesse de ces institutions étant de contribuer à l'acceptation et à l'intégration de la diversité humaine, à la valorisation des différences. C'est le défi que s'était lancé en 1996 la communauté européenne dans le champ du handicap<sup>155</sup> ; les années passées permettent de mesurer le chemin parcouru, celles à venir appellent à encore plus d'équité et d'efficacité afin que le minuscule de ces vies ne demeure que littéraire, et que le vocabulaire de la défection<sup>156</sup> n'appartienne plus qu'à l'histoire.

L'avenir, lui, sera probablement vecteur de changement pour ces institutions, le développement du secteur des services à la personne laissant entrevoir des passerelles, des maillages qui restent à imaginer et à construire.

---

<sup>151</sup> Jacques Ladsous et Brigitte Bouquet, *L'usager au centre du travail social*, Rapport du Conseil supérieur du travail social. Rennes : éd. ENSP, 2007, p 24

<sup>152</sup> Jean-Marie Miramon et coll., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, op. cit. p 91.

<sup>153</sup> Pierre d'Huy, *L'école des leaders* dans la revue Médium n° 12, *Qu'est-ce qu'un chef ?* Juillet-Août-Septembre 2007, p 152

<sup>154</sup> Jean-Marie Miramon et coll., *Idem*, p 80.

<sup>155</sup> Conclusion de la communication de la commission européenne du 30 juillet 1996 (COM 406 FINAL), intitulée « l'égalité des chances pour les personnes handicapées. Une nouvelle stratégie pour la communauté », en ligne sur le site { [HYPERLINK "http://www.europa.eu/employment"](http://www.europa.eu/employment) }

<sup>156</sup> Voir p 1, Introduction

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Livres lus

- AUSLOOS G. *La compétence des familles*. Ramonville Saint-Agne : éd. Erès, 2004, 173 pages.
- BEN SOUSSAN P. *Naître différent* « Ces maudits mots dits... ». Libourne : éd. Erès, 2004, 60 pages
- BRANDEHO D. *Usure dans l'institution*. Rennes : éd. ENSP, 2<sup>ème</sup> édition, 2000, 165 170 pages
- CHAVAROCHE P. *Travailler en MAS*. Ramonville Saint-Agne : éd. Erès, 2<sup>ème</sup> édition 2005, 199 pages
- CHAVAROCHE P. *Le projet individuel*. Ramonville Saint-Agne : éd. Erès, 2006, 132 pages
- DEJOURS C. *Le facteur humain*. Paris : éd. PUF, 4<sup>ème</sup> éd., 2005, 127 pages
- FUSTIER P. *Le lien d'accompagnement*. Paris : éd. Dunod, 2000, 238 pages
- FUSTIER P. *Le travail d'équipe en institution*. Paris : éd. Dunod, 2004, 216 pages
- LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : éd. Dunod, 2003, 405 pages
- LEGOFF J.P. *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*. Paris : éd. La découverte/Poche, 2000, 164 pages
- MICHON P. *Vies minuscules*, éd. Gallimard, 1984, collection folio, 249 pages
- MIRAMOND J.M. Denis Couet, Jean-Bernard Paturet, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, éd. ENSP, Rennes 2005, 265 pages
- MORIN E. *La méthode 6, Ethique*, éd. du Seuil, Paris, 2004, 241 pages
- NUSS M. *La présence à l'autre*. Paris : éd. Dunod, 2005, 153 pages
- ROCHE B. et MARFOGLIA F. *L'art de manager*, éd. Ellipses, Paris 2006, 137 pages
- ZUCMAN E. *Accompagner les personnes polyhandicapées*. Paris : éd. CTNERHI, 2000, 261 pages

## Livres consultés

- ANZIEU D. *Le Moi-peau*. Paris : éd. Dunod, 1985, pp 100-101
- BARREYRE J.Y., BOUQUET B. et coll. *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : éd. Bayard, 2006, p 90 et pp 243-245.
- BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : éd. Dunod, 2005, pp 224-225.
- BECHLER P. *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : éd. Dunod, 2005, pp 233-238, p 310, p 322.
- BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU Y. *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : éd. Dunod, 2007, pp 224-225 et pp 267-275.
- BOURDIEU P. *Langage et pouvoir symbolique*. Paris : éd. du Seuil, 2001, pp 77-80
- CLEMENT E. et coll., *La philosophie de A à Z*, Paris : éd. Hatier, 2000, p 409
- COLLIERE M.F. *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : éd. Masson, 2001, p 112, p 116
- DOENGES M., LEFEBVRE M., MOORHOUSE M.F. *Diagnostics infirmiers et interventions, Guide pratique*. Paris : éd. Seli Arslan, 1996, pp 7-12
- DORON R. et PAROT F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : éd. PUF, 1991, 761 pages
- DUCAT P., MONTENOT J. et coll. *Philosophie, le manuel*. Paris : éd. Ellipses, 2006, p 142, p 153
- FREUD S. *L'inquiétante étrangeté*. Paris : éd. Gallimard, collection folio essais, 2006 (1<sup>ère</sup> éd. 1933), pp 208-264
- GARAPON A., BRETON P. et coll. *Le nouvel âge de l'autorité*. Paris : éd. Hachette littérature, 2003, pp 11-17 et pp 110-131
- GOMEZ J.F. *Déficiences mentales : le devenir adulte*. Ramonville Saint-Agne : éd. Erès, 2001, p 199
- GRIM O.R. *Quelques figures cachées de la monstruosité. « Se tenir debout »*. Paris : éd. CTNERHI, 2001, p 59-80
- HARDY J.P. *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Paris : éd. Dunod, p 71
- IACANO G. *Gestion des ressources humaines*. Paris : éd. Gualino, 2002, p 71 ; p 159 ; pp 173-174
- KORFF-SAUSSE S. *Quelques figures cachées de la monstruosité. « Quelques réflexions psychanalytiques à propos de la notion de monstruosité dans la clinique de l'enfant handicapé »*. Paris : éd. CTNERHI, 2001, p 111-112
- LADSOUS J. et B. BOUQUET, *Rapport du Conseil supérieur du travail social. L'usager au centre du travail social*. Rennes : éd. ENSP, 2007, p 24

- LIVIAN Y.F. *Introduction à l'analyse des organisations*. Paris : éd. Economica, 2000, pp 31-33
- MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : éd. du Seuil, 2005, pp 98-99
- RICOEUR P. *Le Juste 1*, « *Le concept de responsabilité* ». Ed. Esprit, 1995, page 62
- STICKER H.J. *Corps infirmes et sociétés*. Paris : éd. Dunod, 2005, pp 202-206
- VIAL-COURMONT M. Clamart , *Naître différent*, « Accueil d'un nouveau-né différent à la maternité », éd. Erès, 2004, pp 33-41

### **Articles de presse**

- *Actualités Sociales Hebdomadaires*, «La DGAS fait le point sur les créations de places pour personnes handicapées de 1999 à 2006 » 21 avril 2006 n° 2452
- *Actualités Sociales Hebdomadaires* ; « Philippe BAS veut éviter toute rupture aux personnes handicapées vieillissantes », 14 juillet 2006, N° 2464
- *Actualités Sociales Hebdomadaires* ; « L'animation en question » Décembre 2006, n° 2487
- Elisabeth Zucman, Entretien avec E. Zucman, *Lien social* n° 794, 20 avril 2006 , p 14
- *TSA Hebdo*, Dossier maltraitance en établissements : identifier et signaler, 19 mai 2006, n° 1068

### **Revue spécialisée**

- CAILLET P. Directeur, Polyhandicap : conditions de travail et charges de travail en FDT, plaidoirie pour un ratio d'encadrement de 1,5 pour 1. *Les cahiers de l'Actif, Polyhandicap, des barrières à l'entendement...* mars-avril 2000, n° 286/287, pp 79-91
- FONDATION JOHN BOST. Recherches 1991, citées par le Dr Philippe Gabai, *L'avancée en âge des personnes polyhandicapées*, EMPAN N° 37, mars 2000
- HODGKINSON I., J. GOFETTE, E. ANDRE. Pour une éthique commune dans les soins apportés aux personnes polyhandicapées. *Motricité Cérébrale*, décembre 2004, MASSON PARIS, Tome 25 n°4, p 172-177
- JACQUEMOT F. Formateur-Consultant, Besoin, demande, désir...dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée . *Les Cahiers de l'Actif, Polyhandicap, des barrières à l'entendement...* mars/avril 2000, n°286/287 pp 111-120
- LEMAIRE M. Directeur d'établissement spécialisé, Les personnes polyhandicapées et la citoyenneté. *Les Cahiers de l'Actif, Polyhandicap, des barrières à l'entendement...* mars/avril 2000, n° 286-287, pp 23-36

- LOUBAT J.R. La dynamique du partenariat avec les parents et les familles, *Les Cahiers de l'Actif*, Janvier/Avril 2004, n°332/335, pp 11-17
- Chloé VLASSOPOULOU. Espaces Temps, les cahiers, n°89-90, 2005, pp 122-129
- Philippe ZARIFIAN, professeur de sociologie, *L'évolution des modèles de GRH, de la notion de qualification à celle de compétence*, La gestion des ressources humaines, Cahiers français n°333, la documentation française, juillet-août 2006, p 12

### Sites et adresses internet

- CNAMTS. *Plan santé au travail, Statistiques annuelles*, (En ligne, visité le 29/03/07)  
Disponible sur Internet : < { [HYPERLINK "http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr"](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr) }>
- COMMISSION EUROPEENNE. *Extrait de la communication européenne COM (1996) 406 final, intitulée « l'égalité des chances pour les personnes handicapées. Une nouvelle stratégie pour la communauté »*. (En ligne, visité le 14/09/2007) Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.ec.europa.eu/employment"](http://www.ec.europa.eu/employment) }>
- DAVEZIES P. *Négocier la charge de travail entre performance, organisation, et conditions de travail*. Colloque ANACT du 19/09/2001, Paris (En ligne, visité le 11/01/2007). Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.philippe.davezies.free.fr"](http://www.philippe.davezies.free.fr) }>
- DEPARTEMENT DU RHONE. *Les schémas départementaux (En ligne) Disponible sur Internet* : <<http://www.rhone.fr>> { [HYPERLINK "http://www.rhone.fr"](http://www.rhone.fr) }>
- EMBERSIN C. et GREMY I. -Observatoire régional de Santé de l'Île de France - *Handicap et périnatalité en Ile-de-France*. 2005. (En ligne, visité le 21/09/2007). Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/handperi.pdf"](http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/handperi.pdf) }>
- GEORGES-JANET L. *Le polyhandicap, aspects psychologiques, sociaux, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*. APF, 1996, 505 pages, pp 200-212 (En ligne, visité le 31 janvier 2006) Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.med.univ-rennes"](http://www.med.univ-rennes) }1.sisrai/art/polyhandicap>
- GROUPE POLYHANDICAP FRANCE (GPF) : *Colloque 2004 « La personne polyhandicapée, être, grandir, devenir » et Colloque 2005 « Les Etats Généraux du polyhandicap »*. (En ligne) Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.gpf.asso.fr"](http://www.gpf.asso.fr) }>
- MINISTERE DE LA SANTE. Paris (En ligne, visité le 05/01/2007). Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/aggir/quideaggir"](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/aggir/quideaggir) }>

- NEBOIT M. *Analyse des risques industriel, Ecole d'été « Gestion Scientifique du risque »*, *Approche des facteurs humains en prévention des risques du travail*. Albi – France. Septembre 1999 (En ligne, visité le 06/08/2007). Disponible sur Internet : <{ [HYPERLINK "http://previnfol.net/sections.php" }](http://previnfol.net/sections.php)>
- UNAPEI : *Grille d'évaluation MAP*. (En ligne, visité le 05/01/2007) Disponible sur Internet : < { [HYPERLINK "http://www.map.tm.fr/GrilleMap.fr" }](http://www.map.tm.fr/GrilleMap.fr)>

### **Textes officiels**

- Circulaire interministérielle n° 11-67-300 du 11 juillet 1967. B.O. n° 29 du 20/07/1967
- Loi n° 75534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 75535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978 fixant les modalités de prise en charge par les régimes d'assurance maladie des MAS
- Circulaire N° 62 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989, article 22 portant divers mesures sociales (dit « amendement Creton »)
- Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O. n° 2 du 3 janvier 2002
- Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 (décret budgétaire)
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, J.O. du 12 février 2005
- Loi n° 2005-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs, J.O. du 7 mars 2007

### **Rapports, études, enquêtes**

- AIRMH (association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales), Actes du 8<sup>ème</sup> congrès 2002, *Déficiência intellectuelle et épuisement professionnel*, collectif d'auteurs, éd. AIRMH-France 2002, pp 16-17, pp 53-58 ; pp 271-276 ;
- Paul BLANC, Rapport de Paul Blanc, Sénateur des Pyrénées Orientales, (rédigé par Marianne Berthod-Wurmser, membre de l'IGAS) remis à Philippe BAS « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* », Juillet 2006

- Maurice Bonnet, rapporteur du conseil économique et social, Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap, République Française, 2004, page 27
- Cécile BROUARD et Pascale ROUSSEL, *Handicap en chiffres 2005*, Ed. CTNERHI, p 114
- Colloque INTERMAS Rhône-Alpes du 9 novembre 2004 à Chambéry, « *Habitat, Intimité, Vie quotidienne* », Ed. AIR (Association Information Recherche)
- *Conférence nationale de la Famille*, Hôtel de Matignon, 3 juillet 2006
- Hélène DAVTIAN, psychologue au Service Ecoute-Famille de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux, *Les frères et sœurs de malades psychiques, résultats de l'enquête et réflexions*, Ed. UNAFAM, 2003
- Nathalie DUTHEIL, Les personnes polyhandicapées prises en charges par les établissements et services médico-sociaux, *Etudes et Résultats* n° 391, DREES, avril 2005
- Marie-Thérèse GRAVELEAU, Centre de Ressources Multihandicap « Comment transmettre ? Les enjeux de la formation » p 41-42 - *La personne polyhandicapée, Etre, Grandir, Devenir*, Groupe Polyhandicap France, UNESCO Juin 2004.
- GPF, Groupe Polyhandicap France, *Bulletin n°12* Janvier 2006
- GPF, *États Généraux du Polyhandicap du 17 novembre 2005*, GPF, Assemblée Nationale, Paris
- Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Paris, Mars 2007
- Guillaume VADET, *Polyhandicap et citoyenneté*, Mémoire de l'Institut Universitaire Professionnalisé Claude Bernard LYON I, Maîtrise de Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux, 2005»
- Thierry ROFIDAL, Séminaire CESAP Juin 2006, *La pratique médicale dans les institutions accueillant des personnes gravement handicapées*
- S VANOVERMEIR, Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés, DREES , *Gérontologie et Société* n° 110 – Septembre 2004

---

## **LISTE DES ANNEXES**

---

- Annexe 1    Le handicap défini par la loi 2005-102  
              Le polyhandicap, cinq définitions en trente ans
- Annexe 2    Grille AGGIR et grille MAP
- Annexe 3    Organigramme hiérarchique de la MAS du Pommier au 31 octobre 2006
- Annexe 4    Schéma d'une journée type à l'externat de la Mas du Pommier
- Annexe 5    Section d'exploitation prévisionnelle de l'externat
- Annexe 6    Statistiques nationales technologiques des accidents du travail 2004 et 2005
- Annexe 7    Théorie de l'action et critique de la rationalité

# Annexe 1

## LE HANDICAP DEFINI PAR LA LOI 2005-102 LE POLYHANDICAP, CINQ DEFINITIONS EN TRENTE ANS

➤ **Définition du handicap selon la loi 2005-102** : « *constitue un handicap au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

➤ **Le thème de la définition du polyhandicap** est quant à lui récurrent depuis l'apparition de ce concept il y a trente ans. Il a suivi et questionné chaque étape franchie dans l'approche et la prise en compte de cette situation de vie.

- **En 1985**, le CTNERHI le définit ainsi : « *handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère (Q.I. inférieur à 50)* ».

- **En 1989**, la refonte des annexes 24 ter du code de la Sécurité Sociale (complétant la loi de 1975) crée des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants handicapés, et définit pour la première fois dans un texte réglementaire le polyhandicap, prenant appui sur la définition précédente : « *handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression, et de relation* ». Cette définition pouvait être perçue comme restrictive et donc présenter le risque d'accentuer la ségrégation d'une population déjà gravement atteinte (avec désaffection des professionnels, malgré certaines incitations réglementaires et associatives).

- **Dans les années 1990**, le groupe d'étude CTNERHI a donc proposé une nouvelle définition, qui présente l'avantage de rapprocher les notions de polyhandicap et de psychoses déficitaires dans un souci bien pragmatique de répondre à des besoins d'autonomie, de sécurisation, et de sécurité communs aux deux populations :

« *association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI inférieur à 50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée* ».

Cette nouvelle redéfinition élargie, axée sur la fonctionnalité et non sur l'étiologie introduit de plus la notion de réponse individualisée, de compensation nécessaire. L'IGAS retiendra cette proposition de définition pour regrouper à la fois le polyhandicap, les psychoses déficitaires et les handicaps associés sous la notion plus large de **multihandicap**.<sup>157</sup>,

---

<sup>157</sup> En 1996, le Dr Georges-Janet, ancien Directeur médical du CESAP comparait les étiologies du polyhandicap des années 70 et des années 90 (L. Georges-Janet, *Le polyhandicap*, APF, Paris, 1996) : (cf tableau page suivante)

- **Dans l'enquête ES 2001** (l'enquête ES année N fournit des données régulières sur l'activité et la clientèle des établissements sociaux et médico-sociaux), la nomenclature des déficiences retient une définition encore plus vaste de la notion de polyhandicap :

«... associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante<sup>158</sup> »

rejoignant par là la proposition de définition du CTNERHI (toujours sans notion de restriction extrême de l'autonomie). A ce jour, parler de polyhandicap revient à faire référence à l'une de ces quatre dernières définitions. C'est cette dernière définition, la plus large, que nous retenons dans ce travail, tout en ayant à l'esprit que la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent comporte une 5ème définition de la déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur.

- **Cette 5<sup>ème</sup> définition demande à classer dans cette catégorie** : « *les formes d'origine encéphalopathiques où la déficience intellectuelle est intriquée à des troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle et est accompagnée souvent de comitialité. Ce polyhandicap comporte une limitation considérable de l'efficience et de l'adaptation* ». <sup>159</sup>

- **Pour conclure**, signalons qu'une nouvelle définition est proposée dans le Plan d'Action Polyhandicap qui a été remis au ministre aux assises du polyhandicap par le GPF le 17 novembre 2005, et qui a été rendu public avec son accord. Elle figure en annexe de ce plan d'action, n'a aucun caractère règlementaire, et serait une définition davantage élargie. Pour l'instant la seule définition juridique est celle des annexes 24 ter concernant l'enfance ; un nouveau décret déterminant les obligations des ESSMS accueillant « des personnes adultes handicapées qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie » est attendu, et devrait notamment préciser la composition et les qualifications des équipes pluridisciplinaires y intervenant.

ETIOLOGIES	Années 1970	Années 1990
Causes inconnues	40 %	30 %
Causes périnatales	20 % ( la souffrance à l'accouchement tenait une part importante)	15 % (dont un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités-dysmaturités)
Causes postnatales	10 % (méningites, encéphalites)	5 % (traumatismes, arrêts cardiaques)
Causes prénatales	30 % (embryofoetopathies, malformations, causes génétiques)	50 % (malformations, embryopathies virales, accidents vasculaires cérébraux ; il s'agit de causes datées, pas forcément précisées).

<sup>158</sup> N. Dutheil, *Les personnes polyhandicapées prises en charges par les ESSMS*, Etudes et Résultats n° 391, DREES, avril 2005 ; Cette définition (la plus large) est aussi celle retenue dans l'Arrêté du 20 juillet 2005 fixant les indicateurs et leurs modes de calcul pris en application du CASF.

<sup>159</sup> Le Docteur E. ZUCMAN précise que « les associations sont favorables à une définition étroite du polyhandicap pour lui donner une identité, voire un statut..... alors que de nombreux professionnels souhaitent y inclure le retard mental moyen et ne pas retenir la déficience motrice, afin de répondre à d'autres exclusions (autistes déficitaires par exemple) et protéger le dynamisme qu'autorise l'hétérogénéité ; à ce jour le débat demeure ouvert ». E. Zucman *Entretien avec E. Zucman*, Lien social n° 794, 20 avril 2006, p 14.

## Annexe 2

### GRILLE AGGIR et GRILLE MAP

#### ➤ LA GRILLE AGGIR :

Depuis 1998, elle permet, grâce à l'analyse des incapacités, de classer les personnes âgées en 6 groupes caractéristiques de la perte d'autonomie (ici autonomie au sens large, selon qu'il s'agisse d'autonomie mentale ou motrice) ; elle sert aux équipes sociales et médico-sociales à élaborer un plan d'aide à la personne et à guider l'attribution de l'Allocation de Perte d'Autonomie (APA). On considère comme étant en dépendance lourde les personnes classées dans les trois premiers groupes ; les groupes 4 et 5 correspondent à des personnes en dépendance partielle. L'évaluation se fait sur la base de 10 variables discriminantes se rapportant surtout à la perte d'autonomie physique : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacements à l'intérieur du logement, déplacement à l'extérieur, communication à distance (il existe 7 autres variables illustratives, qui ne rentrent pas en compte pour le chiffrage du GIR, et qui concernent la perte d'autonomie domestique et sociale). Chaque variable possède trois modalités :

**A : la personne fait seule, habituellement et correctement les actes concernés ;**

**B : la personne les fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ;**

**C : la personne ne les fait pas.**

*A partir des réponses faites à ces variables, un algorithme attribue des points, ce qui permet de définir un score pour chaque personne, qui entre ainsi dans un des 6 Groupes Iso Ressource, qui sont ainsi caractérisés:*

<b>Groupe 1</b> : personnes confinées au lit ou au fauteuil qui nécessitent une présence continue d'intervenants (conservation de l'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale)	<b>Coef 1</b>
<b>Groupe 2</b> : personnes confinées au lit ou au fauteuil qui nécessitent une présence en charge pour la plupart des activités de la vie	<b>Coef 0.84</b>
<b>Groupe 3</b> : personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, mais qui nécessitent, plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle	<b>Coef 0.66</b>
<b>Groupe 4</b> : personnes âgées qui n'assument pas seules leur transfert, mais, qui, une fois levées, peuvent se déplacer seules ; ou bien personnes qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas	<b>Coef 0.42</b>
<b>Groupe 5</b> : personnes âgées qui ont seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, pour la préparation des repas, et pour le ménage	<b>Coef 0.25</b>
<b>Groupe 6</b> : toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante	<b>Coef 0.07</b>

La répartition d'une population d'établissement au sein de ces 6 groupes permet de déterminer le GIR Moyen Pondéré. Ce GMP est obtenu en multipliant dans un premier temps le nombre de patients par le coefficient propre à son groupe ; ensuite, on divise le total des points obtenus sur l'ensemble des résidents par le nombre de résidents.

A titre indicatif, le GMP en foyer logement pour personnes âgées débute à 300, celui des EHPAD à 500 ; 699, celui de la Mas du Pommier est assez élevé dans l'échelle de la dépendance. Rappelons que ce GIR ne mesure que la charge de travail lié à la dépendance.

➤ **LA GRILLE MAP (Mesure des besoins d'accompagnement personnalisé)**

Elle a été créée pour évaluer les besoins d'accompagnement dans une approche globale de la personne ; observée dans son environnement. Elle comporte 36 variables réparties en 5 catégories (5 profils) ; chaque variable est codée selon 3 modalités :

**A : la personne fait seule les actes concernés, totalement,correctement, sans stimulation**

**B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement**

**C : ne fait pas**

Les cinq catégories :

Relations et comportements				Activités domestiques et sociales (AGGIR)					
R 1	Communication décodée	A	B	C	D 1	Gestion	A	B	C
R 2	Sociabilité				D 2	Cuisine			
R 3	Comportement psycho-affectif				D 3	Ménage			
R 4	Conscience de soi				D 4	Transport			
R 5	Rapport au danger				D 5	Achats			
R 6	Conventions sociales				D 6	Suivi de la santé			
R 7	Sexualité				D 7	Activité de loisir			
R 8	Rapport à la nourriture				<b>Aptitudes observées dans l'exercice d'activités</b>				
R 9	Agressivité				E 1	Constance, continuité			
<b>Activités mentales et corporelles (AGGIR)</b>				E 2	Suivi des procédures				
C 1	Cohérence				E 3	Exécution			
C 2	Orientation				E 4	Anticipation, initiative			
C 3	Toilette				E 5	Réalisation qualitative			
C 4	Habillage				E 6	Utilisation d'objets			
C 5	Alimentation				E 7	Adaptation, formation			
C 6	Elimination				<b>Pôle sensoriel</b>				
C 7	Transferts				C 1	Voir			
C 8	Déplacement intérieur				C 2	Entendre			
C 9	Déplacement extérieur				C3	Parler			
C10	Communication à distance								

**MAP 1** : nécessité d'un accompagnement total et permanent pour les actes de la vie domestique et sociale ; accompagnement indispensable pour éviter la mise en danger (de la personne et d'autrui)

**MAP 2** : nécessité d'une stimulation et d'une surveillance forte pour ces mêmes actes, en regard des troubles du comportement et des relations qui induisent des difficultés d'adaptation

**MAP 3** : nécessité en permanence de consolidations de pratiques pour la réalisation de ces actes. (difficulté à appréhender les dangers, la notion de temps, à prendre des initiatives....)

**MAP 4** : besoins ponctuels d'aide et de stimulation ; la perception et l'acceptation du handicap rendant incertaine les réalisations d'actes

**MAP 5** : besoin d'un accompagnement léger de soutien ; capacité d'adaptation sociale, sans risque de mise en danger.

Les résultats de la grille MAP, combinés à ceux d'AGGIR, permettent ainsi un classement croisé des personnes handicapées, et une approche plus fine de leurs besoins.

# Annexe 3

## Organigramme hiérarchique et ratios d'encadrement au 31 octobre 2006

(tenant compte de l'effectif fiscal qui est de 61 ETP)

{ EMBED PowerPoint.Slide.8 }

Cet organigramme fait état du personnel titulaire effectivement en poste et des 3,8 contrats d'accompagnement à l'emploi (CAE) incorporés dans les différents plannings du centre opérationnel ; certains postes sont involontairement pourvus pour l'instant, comme les postes de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. D'autres sont partiellement pourvus pour des commodités personnelles et difficultés de recrutement (médecin généraliste et médecin psychiatre). D'autres encore sont volontairement non pourvus afin de permettre le dégagement d'une masse financière destinées aux remplacements de congés divers (ASD de nuit, IDE).

Il existe donc deux types de ratio d'encadrement :

- un qui tend à traduire la réalité de l'encadrement au quotidien<sup>160</sup>, qui est de 1,27
- et un qui est davantage un ratio comptable, tenant compte des postes budgétés et du besoin de financement pour les remplacements<sup>161</sup> (au BP 2007, la DDASS fait état d'un taux d'encadrement de 1.18 (57 ETP/48résidents))

---

<sup>160</sup> Effectif fiscal/nombre de résidents

<sup>161</sup> Effectif budgété (effectif permanent + postes non pourvu)/nombre de résidents)

## Annexe 4

### Schéma d'une journée type à l'externat de la Mas du Pommier

Schéma d'une journée type	Besoins	Moyens
Accueil à 10 h	Il est important de respecter le rythme des personnes et de laisser le temps aux aidants familiaux de réaliser les soins du matin. L'accueil se fera autour d'une collation	2 professionnels
Activités * - de soin - éducatives d'éveil - de loisirs - de maintien des acquis - de détente	En fonction des goûts et possibilités de chacun, les activités se déroulent tout au long de la journée, intégrant les temps incontournables de nursing et de repas. Elles sont organisées en synergie avec les résidents et les professionnels de l'internat.	2 intervenants éducatifs de l'externat en collaboration avec l'ensemble des professionnels de la MAS.  Horaires : - de 10h 30 à 12 h et - de 14 h 30 à 16 h 30
Déjeuner	Le groupe des externes se rassemble dans les locaux de l'accueil de jour pour le temps de repas et un temps de repos (sieste ou détente)	2 intervenants
Activités	Idem ci-dessus, quand ce sera possible car le temps restant après le temps de repos sera écourté.	Idem ci-dessus
Transition pour le départ et départ	Après les activités de l'après-midi, les résidents se retrouvent pour un goûter léger qui clos la journée. Départ à 17h 30.	2 intervenants

\* Les activités :

- Elles visent à maintenir et développer les acquis
- Elles rythment et structurent le temps
- Elles ont vocation à l'épanouissement de la personne dans le respect de ses goûts, ses capacités et ses besoins
- Elles doivent avoir un caractère permanent et peuvent nécessiter l'intervention de spécialistes
- Elles peuvent être organisées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

## Annexe 5

**Section d'exploitation prévisionnelle de l'externat de la MAS du Pommier,  
acceptée par les financeurs.**

Charges			Produits		
N° compte	Libellé	Budget propose	N° compte	Libellé	Budget propose
<b>Groupe 1</b>	Dépenses afférentes à l'exploitation <i>- dont transports</i>	<b>64 543</b> <i>40 000</i>	<b>Groupe 1</b>	Produits tarification et assimilés	<b>180 010</b>
<b>Groupe 2</b>	Défenses afférentes au personnel	<b>75 060</b>	<b>Groupe 2</b>	Autre produits relatifs à l'exploitation	
<b>Groupe 3</b>	Dépenses afférentes à la structure <i>- dont intérêts emprunt</i> <i>- dot. Amortissements</i> <i>- frais de siège</i>	<b>40 407</b> <i>9 000</i> <i>22 677</i> <i>3 573</i>	<b>Groupe 3</b>	Produits financiers, exceptionnels et non encaissables	
<b>Total</b>		<b>180 010</b>	<b>Total</b>		<b>180 010</b>

<b>Nombres de journées prévisionnelles : 6 X 224 X 0,9</b>	<b>=</b>	<b>1 209</b>
<b>Prix de journée en euros : 180 010 / 1 209</b>	<b>=</b>	<b>148,50</b>
<b>Coût annuel à la place en euros : 180 010 / 6</b>	<b>=</b>	<b>30 000,00</b>

# Annexe 6

## Statistiques nationales technologiques des accidents du travail 2004 et 2005

Nomenclature	Les différents secteurs d'activité au niveau national	Indice de fréquence (pour mille)	
		2004	2005
→ CTN A à I	Ensemble des neuf branches d'activité	39.49	39.1

(Selon le cite de la CNATMS, [www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr))

Nomenclature	Intitulé de chacune des neuf branches	Indice de fréquence (pour mille)	
		2004	2005
CTNA A	Industries de la métallurgie	42.31	41.7
CTNA B	Industries du bâtiment et des travaux publics	89.34	87.6
CTNA C	Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	45.29	46.5
CTNA D	Services, commerces et industries de l'alimentation	54.22	53.9
CTNA E	Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie	33.85	33.5
CTNA F	Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux, des pierres et terres à feu	55.48	55.6
CTNA G	Commerces non alimentaires	25.11	24.9
CTNA H	Activités de services I	10.91	10.4
→ CTNA I	Activités de services II et travail temporaire	43.00	42.1

Nomenclature de la branche CTNA I	Catégories de personnels de la branche CTNA I par groupement de risques	Indice de fréquence (pour mille)	
		2004	2005
I 01	Travail temporaire (personnel de bureau, paramédical, personnel permanent des ETT...)	73.19	
I 02	Nettoyage et désinfection	47.19	49.68
I 03	Professions de santé (établissements de soins privés, cabinets de médecins, médecine de dépistage, cabinets dentaires, d'auxiliaires médicaux...)	22.78	24.55
I 04	Vétérinaires	18.75	20.49
→ I 05	<b>Action sociale et formation</b>	<b>42.83</b>	<b>46.88</b>
I 06	Organisations économiques, sociales et culturelles (caisses de congés payés, syndicats et organisation professionnelles, organisations religieuses et philosophiques...)	10.95	10.64
I 07	Services aux personnes et à la collectivité (coiffure, esthétique corporelle, services fournis à la collectivité...)	16.74	16.15
I 08	Activités autres (agences matrimoniales, cabinets de graphologies, agences privées de recherches, entreposage d'archives....)	33.06	32.55

Nomenclature	Catégories de personnels du groupement de risque I 05 (action sociale et formation) par numéro de risque	Indice de fréquence (pour mille)	
		2004	2005
→ 85.3AA	<b>Action sociale sous toutes ses formes, y compris garderies, haltes-garderies, centre de réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle, et ESAT</b>	<b>41.46</b>	<b>46.80</b>
85.3HA	Stagiaires des centres de formation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle	70.96	68.20
85.3HB	Travailleurs handicapés des ESAT	37.53	36.86
85.3KD	Associations intermédiaires (personnes dépourvues d'emploi et mise à disposition pour une durée supérieure à celle prévue à l'article D 241-6 du Code de la Sécurité Sociale	55.60	56.01

# Annexe 7

## Théorie de l'action et critique de la rationalité

Dans la théorie de l'action, Habermas distingue les trois types d'agir que nous retrouvons dans le tableau ci-après<sup>162</sup> :

- l'agir instrumental ou stratégique qui est orienté vers une fin à atteindre, dans le monde des choses ; il vise à une transformation du monde physique et matériel et est soumis à une rationalité par rapport au but visé. Les critères de validation de la rationalité de cet agir sont le vrai et l'efficace ;
- l'agir moral-pratique concerne la vie bonne. Il est orienté vers la société, le lien social, le civisme ordinaire. Le terme pratique ici est utilisé non pas comme l'opposé de théorique, mais comme l'opposé d'instrumental, c'est-à-dire ce qui concerne les affaires humaines, ce qui passe par la délibération et la décision. Il renvoie à l'ordre de la praxis, donc de l'action résultant d'un choix moralement délibéré, face aux situations qui sont frappées d'incertain, d'inédit, de mouvant... celles où se manifeste l'humain. Les critères de validation seront alors le juste et l'équitable.
- L'agir expressif concerne les formes d'action utilisées pour rendre l'action elle-même intelligible par autrui, afin d'être légitimée, justifiée, comprise. Cette mise en scène, cette expressivité qui présente l'action, est également soumise à une rationalité, dont les critères de validation seront la véracité, l'authenticité et la cohérence expressive. On parle de rationalité dramaturgique, car cette mise en scène, cette expressivité est fonction du lieu, du temps, et du contexte culturel, social et historique de l'action.

Agir	Rationalité	Monde	L'acteur	Critères de validation
Instrumental ou stratégique	Cognitivo-instrumentale ou par rapport à une fin	Objectif	Réalise un but ; le concept central est la décision.	Vérité Efficacité
Moral-pratique	Axiologique ou par rapport à des normes et des valeurs	Social	Suit une norme (ou l'enfreint). Le concept est l'obéissance.	Juste Equitable
Expressif ou dramaturgique	Par rapport à la présentation de soi ; expression stylisée, contrôlée, d'expériences propres	Subjectif	Se rapporte à son monde subjectif propre, en tant qu'un des participants à une interaction. Concept d'auto-présentation.	Véracité Authenticité Cohérence expressive

J. Habermas fera la distinction dans cet ouvrage, entre l'agir stratégique qui vise à l'efficacité, et l'agir communicationnel, qui cherche l'intercompréhension et le consensus.

<sup>162</sup>Jürgen Habermas, *Théorie de l'agir communicationnel, Tome 1, Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, éd. Fayard, 1987, pp 100-118 (cité également par C. Dejours, op.cit.)