

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**PROMOUVOIR LA BIEN-ÊTRE DE PERSONNES
POLYHANDICAPÉES ACCUEILLIES EN MAS PAR LE
MANAGEMENT DES COMPÉTENCES**

Vers l'amélioration continue de la qualité des prestations

Christophe LE NAIN

CAFDES

2007

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Élise Dos Santos pour sa patience, sa disponibilité et son exigence. Son approche franche et directe m'a fait avancer à grands pas dans ma démarche.

Merci à tous mes collaborateurs qui ont souffert de mes absences répétées et qui vont devoir supporter mon retour.

Je remercie mes trois filles, Chloé, Léa et Ambre qui est venue agrandir notre cercle familial pendant la formation.

Enfin, je loue Manuelle pour son soutien inconditionnel qui n'a pas fléchi alors même, qu'Ambre devait naître pendant les épreuves du groupe 1.

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANI : Animateur 2^{ème} Catégorie

AS : Aide Soignant

CA : Conseil d'administration

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CE : Comité d'Entreprise

CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale.

CVS : Le Conseil de la Vie Sociale

DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DEFA : Diplôme d'Etat des Fonctions d'Animation

DP : Délégué du personnel

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

FF AMP : Faisant Fonction d'Aide Médico-Psychologique

GPEQC : Gestion Prévisionnelle des Emplois des Qualifications et des Compétences

GRRT : Groupement Régional de Réflexion et de Travail

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation des Soins Infirmiers

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

ME : Moniteur Éducateur

S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

SAT : Service d'Accueil Temporaire

TR : Tuteur Relais

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Fondamentalement la loi du 2 janvier 2002 place les droits des usagers au cœur de la rénovation sociale et médico-sociale, la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 confirme cette orientation.

La promotion du respect des droits et de la dignité des personnes accueillies en institution voulue par le législateur vient clarifier un grand nombre d'éléments relatifs à la vie des établissements. En particulier, la loi renforce les obligations à même de constituer des éléments de prévention des violences institutionnelles.

Le ministère des personnes handicapées a, le 14 mars 2007, promulgué « Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance ». Je dirige la Maison d'Accueil Spécialisée L'Estuaire depuis le 1^{er} septembre 2003.

Certains personnels ont plus de trente ans d'ancienneté. Ils ont subi et fait subir des agissements pouvant engendrer un mode de relation à l'autre perturbé. Toute personne construit son identité par le biais de ses rapports à l'autre, aux autres, et paradoxalement tout individu oriente ses rapports à autrui en fonction de son identité. Comment ne pas voir l'utilisateur dans un autre soi-même. L'utilisateur dans une situation de vie quotidienne renvoie l'éducateur à ses propres angoisses devant une phase de vie quotidienne dépendante d'autrui. Lorsque les situations sont traumatisantes, elles n'engendrent en rien de la bientraitance. En fait il nous faut nous donner les moyens d'intervenir au-delà des besoins fonctionnels et d'apprentissages en introduisant la dimension du mieux-être de la personne.

Cet établissement a connu un lourd passé de maltraitance et je souhaite, en exploitant le signal fort donné par le législateur, mettre en place les conditions pour que la « culture de la bientraitance » fasse partie intégrante de la culture d'entreprise. Il est préférable de s'appuyer sur les points positifs et de reconnaître les salariés dans leurs compétences. Cela permettra l'adhésion, puis l'engagement et enfin l'implication des personnels au projet. Par conséquent, l'utilisateur sera le bénéficiaire des bonnes pratiques professionnelles quotidiennes. La maltraitance est un risque institutionnel qu'il nous faut prévenir.

Pour ce faire je compte utiliser le levier de la gestion prévisionnelle des emplois des qualifications et des compétences afin d'instituer l'amélioration continue de la qualité des prestations. Poser les conditions des bonnes pratiques, connaître les rôles et les missions de chacun, avoir un avenir professionnel possible sont des facteurs à la fois sécurisants pour les salariés, mais également qui me permettent d'avoir un certain niveau d'exigence

dans la qualité des prestations. Le professionnalisme demandé est alors la capacité à observer des règles.

Ainsi, dans un premier temps je vais exposer comment un établissement reconnu maltraitant a donné naissance à la MAS L'Estuaire, respectueuse des droits de l'usager et en particulier du respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. De ce long chemin semé d'embûches nous devons tirer les enseignements et accepter, que des erreurs passées, naissent enfin des valeurs fortes positives.

La personne polyhandicapée ayant besoin d'un accompagnement spécifique des professionnels et/ou des familles, nous verrons dans un second temps en quoi cette personne vivant en établissement est potentiellement susceptible d'être victime de la maltraitance, mais également comment la GPEQC peut prévenir ce risque et favoriser la promotion de la bientraitance. Mieux comprendre les salariés, permet de développer leurs potentialités pour qu'ils trouvent leur place dans l'établissement et donnent ainsi un sens à leur travail.

Enfin dans la troisième partie nous étudierons les actions actuelles et futures mises ou à mettre en place pour optimiser le niveau de compétence des professionnels, progresser dans les outils de communication, améliorer la gestion du temps de travail et piloter les risques extérieurs. Et nous proposerons des indicateurs permettant d'évaluer si nous garantissons la sûreté personnelle (intimité, intégrité, bien-être) ainsi qu'une existence aux résidents comportant des liens.

1 D'une maltraitance institutionnelle à la création d'une MAS respectueuse des usagers.

Dans les années 1920 et 1930, la France est confrontée à un important problème de santé publique : la tuberculose fait des ravages au sein de la population (mortalité de 140 pour 100 000 habitants). Le problème est aggravé par un équipement notoirement insuffisant c'est pourquoi en 1932, au cœur d'une grande ville de la côte atlantique est créé au sein d'un château, un sanatorium. Cet établissement prévu pour recevoir 50 malades, en a accueilli plus de 190 simultanément entre 1930 et 1939. La mortalité y était très importante et ce jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Au milieu du XXème siècle, la mortalité tuberculeuse est tombée à 21 pour 100 000 habitants. Le traitement de la maladie, grâce aux antibiotiques, fait de moins en moins appel à la cure sanatoriale. Le nombre de lits devient supérieur aux besoins. Deux médecins spécialistes, l'un en neurologie, l'autre en cancérologie créent en 1952 une société et transforment le sanatorium en établissement privé lucratif recevant 60 adolescents et adultes malades mentaux n'étant pris en charge nulle part ailleurs. Cet établissement privé est clairement affiché à but lucratif. N'oublions pas que le regard que nous pouvons porter aujourd'hui sur le fonctionnement de l'époque est modifié culturellement par les avancées fulgurantes de ces quarante dernières années en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes dépendantes. Il n'est pas question pour nous de porter un jugement sur les pratiques effectuées à cette période mais de pointer les dysfonctionnement et de voir en quoi ils peuvent influencer sur notre démarche.

1.1 La maltraitance comme pratique quotidienne.

1.1.1 Des pratiques délictueuses.

Au sortir de la guerre, les malades mentaux, du moins dans cette ville, étaient laissés pour compte, ainsi ces deux médecins permettaient aux familles et à l'hôpital d'exclure de la société des personnes potentiellement dangereuses, ou du moins inadaptées. Les écrits retrouvés nous montrent que les accueillis étaient dans leur grande majorité, attachés aux lits avec des chaînes. De plus des essais thérapeutiques étaient réalisés pour des laboratoires, ainsi certains traitements médicamenteux après tests, voyaient leurs doses prescrites aux patients du château divisées par trois pour devenir dose reconnue létale pour un malade autre. En 1963, une dame rachète la société ainsi que le château et recrute son compagnon comme directeur. Vers la fin des années 70 la psychiatrie locale s'étoffe et des pavillons sont créés, les malades sont alors dirigés vers l'hôpital et la société recrute un chirurgien orthopédiste parisien comme conseiller. En

1973 la société transforme l'établissement en Institut Médico-Educatif et accueille des enfants ayant des troubles graves, tant de la personnalité que physiques. Ces enfants arrivant de la région parisienne, orientés par le chirurgien orthopédiste, étaient déracinés, d'autant plus que les visites n'étaient autorisées qu'un dimanche par mois de 14 à 17 heures. La distance, près de 500 kilomètres, associée aux troubles des enfants font que petit à petit les liens familiaux se sont distendus, voire rompus.

En 1980, un psychiatre Bordelais a été recruté. Il a, à son tour, favorisé le placement d'enfants ne pouvant être accueillis nulle part. A nouveau, les difficultés rencontrées par les familles font évoluées défavorablement les liens avec leurs enfants.

Cette situation a duré jusqu'en 1988, année où les services de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale ont effectué un contrôle qui a contraint la propriétaire à vendre son château pour payer ses pénalités. Le Directeur de la DASS propose alors à une association de gérer l'établissement.

A) Une succession de contrôles accablants.

En plus d'une plainte déposée par les services de la DASS pour abus de bien social, ce contrôle a démontré de la maltraitance avérée, à l'encontre des enfants et du personnel, qui perdurait depuis plusieurs décennies.

Les enfants étaient attachés, placés sous camisole chimique et non reconnus comme des personnes. Le réveil était à 6 heures afin qu'ils aient mangé, qu'ils soient lavés, habillés à 8h30 pour l'inspection quotidienne de la propriétaire. Bien qu'aucun usager n'ait eu à l'époque la communication verbale et que leurs modes d'expression soient essentiellement des cris, aucun son n'était toléré sans que l'émetteur subisse le risque d'une médication importante. Les liens familiaux étaient volontairement rompus. Certains enfants vivaient dans des box construits dans le grenier afin qu'ils ne gênent personne.

Le personnel était uniquement féminin, non qualifié, corvéable à merci et utilisé par la propriétaire à des fins personnelles telles qu'entretenir le jardin, la maison et le linge, préparer et servir les repas etc. Elles étaient 23 équivalents temps plein (ETP) pour 60 enfants et devaient surtout faire en sorte qu'il n'y ait pas de débordement. Afin de « museler » les salariés, leur fille, leur mère ou leur soeur sans emploi était recrutées (ainsi chacune était redevable à la propriétaire). Les salaires étaient payés au mérite et la contestation était impossible, et pour le même emploi, le salaire pouvait être une fois et demi supérieur si l'on acceptait de venir régulièrement effectuer le service aux réceptions de la propriétaire. Seule une femme, diplômée monitrice-éducatrice, recrutée en 1973 lors de la création de l'IME, a cherché à faire changer les pratiques professionnelles. Durant 15 ans elle a subi les foudres régulières de la propriétaire mais de manière inexplicable, elle n'a pas été licenciée.

B) Échec d'une première tentative

Les personnels de l'établissement, ne peuvent qu'être désorientés par les résultats du contrôle très préoccupant, les actions menées jusqu'à présent étaient maltraitantes et punissables. L'association « Les Mouettes » reprend la gestion administrative et financière de l'établissement. Les objectifs fixés par la DASS sont clairs :

- Stopper toute maltraitance envers les enfants et les personnels,
- Former tous les personnels qui s'occupent directement des enfants et reclasser les autres,
- Prévoir la construction de locaux adaptés pour quitter définitivement le château,
- Assainir les comptes et gérer de manière conforme à la réglementation comptable.

L'association a commencé par recruter massivement des personnels, là encore non diplômés, puis a lancé avec un organisme de formation agréé, un programme de formation d'AMP débutant en 1993 et s'achevant en 1997. Quarante personnes ont été formées, 36 ont été diplômées. Le plan de formation du personnel éducatif s'élève alors à 4 927 635 francs avec montée en charge sur 3 ans. Aussitôt, cinq d'entre elles ont suivi la formation de moniteur-éducateur et ont toutes obtenu le diplôme en 1999.

Parallèlement, une construction permettant d'accueillir 88 enfants a débuté sur un terrain vendu, pour une somme tout à fait symbolique, par la mairie de cette grande agglomération.

Toutefois d'autres difficultés interviennent. Le projet prévoyait huit lieux d'accueil pouvant recevoir chacun onze enfants. En avril 1993, le nouvel établissement ouvre sept unités. Des difficultés financières n'ont pas permis de mener à bien le projet initial. Cette même année, la Convention Collective du Sanitaire de 1983 est dénoncée et celle du 15 mars 1966 est intégrée. Les salariés, représentés par leurs délégués, se sont plaints soit par écrit, soit lors d'entretiens, à plusieurs reprises, de leurs conditions de travail, de leur rémunération, des difficultés à mettre en œuvre au plan matériel, les projets éducatifs ainsi que de la qualité des menus servis aux enfants. De plus le contrôle budgétaire avait permis de constater que le gestionnaire ne suivait pas les recommandations de l'autorité de tarification. Pour toutes ces raisons, le Préfet du département demande au Directeur DASS une inspection sur le fonctionnement associatif, le projet médico-social, la gestion du personnel, les moyens logistiques ainsi qu'une analyse budgétaire et financière.

C) Un second rapport tout aussi accablant que le premier.

Il apparaît que le fonctionnement associatif se caractérise par le rôle prépondérant du Président qui s'identifie seul à la direction de l'association et de l'établissement. Pour illustrer ce constat nous voyons apparaître des frais de réception par une utilisation des

crédits de l'IME à des fins différentes du fonctionnement exclusif de l'établissement. La vie associative est annihilée par la personnalité du Président qui semble se comporter d'une manière décrite démesurément ambitieuse et autocratique qui ne permet pas de construire un partenariat fiable et sincère avec la DDASS.

a) *Un projet médico-social nébuleux.*

Lors du contrôle, un parallèle est fait entre le centre d'hier qui était au château et « Les mouettes » d'aujourd'hui. Ce travail permet de constater un travail de restructuration engagé dans le cadre des annexes XXIV, concernant les enfants polyhandicapés. Toutefois, les modalités d'admission montrent un dysfonctionnement qui engendre l'accueil d'un nombre de jeunes psychotiques de plus en plus important, accueil en marge de l'agrément de l'établissement (polyhandicapés) et surtout qui représente un danger pour certains jeunes polyhandicapés sévères sondés et sans capacité de réagir en cas d'agression. Le projet médico-social est flou, non écrit, l'établissement est : « la solution de la dernière chance¹ ».

b) *Une gestion du personnel illégale.*

Le personnel éducatif se compose de 6 ME, de 29 AMP, 7 faisant fonction d'AMP. Le personnel de nuit se compose de deux aides soignantes (AS) diplômées et de 2 veilleuses non diplômées. 8 personnes ont en charge l'entretien des locaux et du linge, 3 autres sont au service restauration. Le service médical et paramédical est composé de deux infirmières, un kinésithérapeute (0,5 équivalent temps plein ETP), un médecin pédiatre (0,12 ETP) et d'une psychologue (0,5ETP) Le service administratif est composé d'une secrétaire, une comptable, une chef de service et un directeur.

Les relations avec le personnel d'encadrement semblent globalement satisfaisantes, même si elles pourraient s'améliorer avec le personnel médical. Le rôle des familles reste à améliorer mais la distance pose toujours d'énormes difficultés pour le maintien des liens.

La gestion des ressources humaines est dénoncée. En effet, il y a des recrutements non autorisés par la DDASS, des recours à des contrats à durée déterminée (CDD) illégaux. L'organisation du temps de travail ne s'appuie sur aucune disposition réglementaire ou conventionnelle. Pour les mêmes qualifications, emplois et

¹ Rapport d'inspection. Propos tenus par le directeur de la structure et la chef de service éducatif.

anciennetés, les taux horaires spécifiés sur la fiche de paie peuvent varier jusqu'à 15%. De plus un régime de primes ne reposant sur aucun mécanisme explicite existe. Elles peuvent aller de 100 à 5000 francs. Le droit du travail n'est pas respecté dans sa globalité et les salariés ne sont pas traités de manière équitable.

c) Des moyens logistiques propices aux risques de maltraitance.

L'ingénieur d'études de la DDASS juge les locaux non conformes à la réglementation. Il note de graves anomalies dans les domaines de la balnéothérapie, de la ventilation, de la structure du bâtiment qui reposent sur des malfaçons et un manque de respect de la réglementation. Malgré cela, l'ouverture a été autorisée par les services de sécurité car d'une part les lieux de vie ne sont pas concernés par ces difficultés et que, de plus, les litiges avec les entreprises sont en cours de jugement.

Les locaux accueillant la cuisine sont corrects bien qu'étroits. Le maintien en liaison chaude des repas du midi pour le soir altère les qualités gustatives des plats préparés. L'équilibre nutritionnel n'est pas respecté.

d) De graves carences dans la gestion financière.

Une augmentation très importante des coûts liés à la construction du nouvel établissement (+16,52%), a contraint l'association à se lancer dans une politique aventureuse d'investissements très importants, qu'elle n'a pas su maîtriser (coûts prévisionnels dépassés, emprunts). Le Président de l'association envisage d'emprunter de nouveau pour rembourser les premiers emprunts : cette politique de « cavalerie » est dénoncée. L'endettement de l'association est de 99% en 1994. Le ratio de capacité de remboursement des dettes est de 1,30 (alors qu'il devrait être supérieur à 3). Le Président ne respecte pas les procédures législatives et réglementaires d'autorisation des investissements et des emprunts. Les comptes administratifs présentés ont pour but de falsifier la réalité comptable certifiée par le commissaire aux comptes de l'établissement.

Le 28 mai 1998, le Préfet ordonne à titre définitif la fermeture totale du centre Les Mouettes à partir du 4 juin 1998. Afin de pourvoir à l'accueil des enfants et adolescents, une association d'un département limitrophe et ses représentants sont nommés administrateurs provisoires du centre « Les Mouettes » pour une durée maximale de six mois.

1.1.2 Une nouvelle association est mandatée pour sauver l'établissement.

A) Des valeurs associatives fortes qui vont dans le sens de la bientraitance.

L'association adhère, sans toutefois être affiliée, à une puissante fédération nationale. Ce choix politique important permet une indépendance et surtout une réactivité plus importante pour répondre aux attentes des familles.

Composé pour moitié de familles d'usagers et pour l'autre moitié de personnes morales diverses, le Conseil d'Administration présente une très forte implication. Les valeurs associatives proclamées sont :

- Primauté de la personne,
- Laïcité,
- Citoyenneté

De ces valeurs découlent des choix politiques :

- Le respect des droits de la personne,
- Une conception du handicap comme un problème de société,
- L'affirmation de l'unité foncière des problèmes du handicap,
- La volonté d'intégration en milieu ordinaire lorsque c'est souhaitable,

Choix politiques qui permettent la mise en œuvre d'action vers :

- L'environnement familial,
- L'environnement social,
- L'environnement politique,
- L'environnement professionnel,

Ces choix vont dans le sens du développement de la bientraitance, en effet un des facteurs de risques le plus favorisant à la maltraitance est l'isolement de la personne. Ici, la prise en compte de l'usager est réalisée tant par l'extérieur de l'établissement (environnement familial, social et politique) que par l'intérieur (l'environnement professionnel).

B) Le coup d'arrêt à la maltraitance.

En novembre 1998, après six mois d'exercice, et la création d'une association départementale, l'association administrant provisoirement « Les Mouettes » présente au Préfet un rapport qui propose :

- Un nouveau projet d'établissement.
- L'application des annexes XXIV ter.
- Une gestion claire des compétences de chaque professionnel.
- Un projet de restructuration à travailler par les salariés et les familles.

Un arrêté de Monsieur le Préfet de région, du 25 novembre 1998 autorise la restructuration de l'Établissement en :

- Un IME de 44 places pour enfants polyhandicapés de 6 à 20 ans.
- Une MAS de 44 places personnes adultes polyhandicapées.

Le 27 novembre 1998, un arrêté de Monsieur le Préfet départemental confie définitivement la gestion de l'IME Les Mouettes à l'association départementale.

1.1.3 Combattre une maltraitance par la création d'une Maison d'Accueil Spécialisée.

La première mesure proposée par l'association est un nouveau projet d'établissement. Chacun doit pouvoir être accueilli dans une structure adaptée à ses besoins et à son âge.

A) La reconnaissance du statut d'adulte.

Vingt sept usagers ont plus de 20 ans en 1998 et sont donc sous la réglementation de l'amendement Creton². En 2000, ils seront huit supplémentaires.

Le rapprochement familial est voulu et recherché par les administrateurs, les usagers et/ou leurs représentants légaux, les familles, les personnels et l'autorité de contrôle et de tarification.

La reconnaissance des droits des usagers semble enfin réfléchi avec la reconnaissance du statut de personnes adultes pour ces jeunes polyhandicapés.

B) Les incidences pour les personnels.

Tous les emplois sont préservés ; seul le directeur a été licencié pour faute en juillet 1998. Tous les salariés peuvent participer au travail d'élaboration du projet de création de la MAS L'Estuaire. Chaque salarié peut effectuer le choix de rester à l'IME Les Émeraudes³ ou d'intégrer la MAS. Les acquis sont maintenus⁴, tout comme le lieu de travail. Les conditions et l'organisation du travail sont à travailler pendant l'élaboration du projet d'ouverture de la structure.

C) Les conditions de l'ouverture : un changement sans heurt.

Le 2 mai 2000, la MAS L'Estuaire ouvrait ces portes. Nous pouvons parler d'une ouverture des plus symboliques, car, ni les usagers, ni les personnels n'ont changé de lieux de vie ou de travail. Seuls les plannings ont évolué quelque peu, sans toutefois tenir

² L'article 22 de la Loi N° 89-18 du 13/01/1989 (Diverses mesures d'ordre social) a modifié l'article 6 de la loi du 30/06/1975 et créé l'alinéa suivant dit "amendement Creton".

³ Le changement de nom est décidé lors de l'Assemblée Générale extraordinaire du 19 décembre 1998.

totalemment compte des besoins des résidents mais plus de la volonté des personnels qui ne souhaitaient plus accomplir d'horaires coupés alors que les moments forts de l'accompagnement des usagers l'imposaient. Quoiqu'il en soit la MAS était ouverte et accueillait 33 adultes polyhandicapés.

1.2 La MAS L'Estuaire, un établissement centré sur les besoins des usagers.

Entre Juillet 1998 et mon arrivée en septembre 2003, quatre directeurs se sont succédés : tous étaient directeurs de l'IME et à partir de 2000, directeurs des deux établissements. Le contexte de mon embauche est particulier : la directrice de l'IME et de la MAS est en longue maladie, un directeur adjoint a été recruté en 2002 mais ne souhaite pas diriger la MAS.

Le Conseil d'Administration souhaite également dissocier plus fortement les deux établissements. Je suis donc recruté pour diriger la MAS et uniquement cet établissement. A ma prise de fonction en septembre 2003, le Conseil d'Administration m'avait missionné pour augmenter la capacité d'accueil et pour rendre l'établissement conforme à la loi du 2 janvier 2002⁵. En février 2006, une quatrième unité de vie ouvrait ses portes et ainsi la capacité d'accueil de l'établissement passait à 44 résidents. La MAS apporte ainsi une réponse aux familles dont les enfants étaient accueillis à l'IME.

Situé au cœur d'une agglomération de 80000 habitants, l'établissement est à proximité immédiat des commerces, des sites et lieux culturels, des diverses administrations, des structures médicales et hospitalières ainsi que des voies ferroviaires et réseaux routiers. La vie de la cité peut ainsi influencer sur la vie de l'établissement et le mode d'accompagnement des usagers. Il est inutile d'utiliser un véhicule pour aller au cinéma ou visiter une exposition de peinture.

Pour légitimer de nouvelles actions ou de nouvelles démarches en faveur des personnes polyhandicapées, les valeurs et l'éthique ne sont pas suffisantes, il faut pouvoir s'appuyer sur un arsenal législatif.

⁴ Particulièrement en matière de congés (les congés trimestriels et les congés d'anciennetés)

⁵ Loi du 2 janvier 2002 dite loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

1.2.1 S'appuyer sur la loi pour combattre la maltraitance.

- A) 30 années d'évolutions législatives permettent la reconnaissance des droits des usagers.

La loi d'orientation du 30 juin 1975 avait pour fondement de séparer le médical du social. C'est la loi sur la réforme hospitalière de 1970 qui pose les bases d'un secteur social et médico-social autonome.

Le terme de MAS n'est pas inscrit dans la loi de 75-534 du 30 juin 1975. En revanche l'article 46 de cette loi a permis la création de ces structures : « Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».

Il a fallu attendre le 26 décembre 1978 et le décret 78-1211 ainsi que la circulaire 62-AS du 28 décembre de la même année pour d'une part définir les modalités de fonctionnement des ces établissements mais aussi et surtout pour en poser les fondements juridiques.

La loi du 2002-2 du 2 janvier 2002 dite « Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et les dispositions qui en découlent » s'applique aux MAS. Une nouveauté de taille est affirmée : les droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des lieux de vie et d'accueil. Autre innovation : les établissements et services sociaux et médico-sociaux devront se soumettre à une procédure d'évaluation. Ainsi, la loi introduit, d'une part, une démarche d'évaluation interne communiquée tous les cinq ans à l'autorité administrative et, d'autre part, un mécanisme d'évaluation par un organisme externe.

Parmi les dispositifs de la loi 2002-2 sept outils doivent contribuer, non seulement à un fonctionnement de qualité, mais également à une définition de cet établissement. Dans le respect, d'une part, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et d'autre part, des principes déontologiques et éthiques, ces outils découlent de la « Charte des droits et des libertés de la personne accueillie »⁶. Ces outils peuvent être classés selon deux catégories :

- Outils fonctionnels : Un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour ou document individuel de prise en charge établi avec la personne et/ou son représentant légal, un projet d'établissement revu tous les cinq ans (au minimum).

⁶ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles NOR: SANA0322604A

- Outils de régulation : procédure d'appel à une personne qualifiée nommée conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général, le conseil de la vie social ou toute autre forme de participation.

Outre ces outils, la loi prévoit l'obligation d'une évaluation régulière selon deux modalités complémentaires :

- une évaluation interne tous les cinq ans, de l'activité et de la qualité des prestations délivrées par et dans les établissements. Les résultats doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.
- Une évaluation externe pratiquée tous les sept ans par des organismes habilités par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux⁷. De plus cette agence sera chargée en outre d'élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes professionnelles.

Les MAS sont donc des établissements médico-sociaux recevant 365 jours par an des personnes adultes handicapées ne pouvant pas effectuer seules les actes essentiels de la vie ordinaire et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. L'assurance maladie finance ces établissements.

Les MAS ont le devoir de :

- fournir une prestation hôtelière de confort à l'utilisateur.
- Assurer une surveillance médicale à l'utilisateur ainsi qu'une prise en charge thérapeutique.
- Assurer un accompagnement individualisé dans les diverses situations quotidiennes en fonction des potentialités de l'utilisateur.
- Proposer à l'utilisateur des activités dynamisantes, stimulantes et variées visant à développer ses potentialités intellectuelles et physiques.
- Veiller à la protection et à la sécurité de l'utilisateur.

B) La bientraitance, une action prioritaire.

En septembre 2006, j'ai été contraint de faire un signalement au procureur de la République pour maltraitance active et de licencier une AMP de l'établissement pour ces faits délictueux. Cette femme était salariée de l'établissement depuis janvier 1981 et des suspicions de violences envers les résidents avaient déjà émaillé sa carrière mais aucune preuve n'avait jamais été apportée. Là, en revanche, j'ai eu cinq témoignages écrits plus

⁷ Décret n° 2007-442 du 25 mars 2007.

le témoignage oral de la victime qui est un des trois usagers possédant la communication verbale.

À partir de 2007, les événements s'enchaînent, nous réalisons notre première évaluation interne, le 14 mars sort le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, enfin le 13 avril l'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale est créée. Ce plan de développement de la bientraitance a pour ambition de développer une culture de la bientraitance dans les établissements. Cela me permet de développer mon action qui ainsi se trouve légitimée.

Le licenciement de septembre 2006 a laissé des traces c'est pourquoi, en accord avec le CA, j'ai décidé d'axer l'amélioration continue des pratiques professionnelles sur la promotion de la bientraitance.

J'ai de nouveau fait appel à un cabinet extérieur agréé depuis par le Ministère de la Santé dans les actions visant à promouvoir la bientraitance dans les Établissements d'Hébergement Pour Personnes âgées Dépendantes. L'objectif était :

- Engager un débat libre et non culpabilisant sur la maltraitance
- Faire en sorte que la bientraitance devienne une habitude de travail, un acte courant, une norme pour les professionnels.
- Faire en sorte que les professionnels repèrent le plus spontanément possible la nature de leur acte.

Par session de 10 personnes, tous les salariés ont participé en interne à une formation de deux fois une journée. Ces deux journées étaient espacées d'un mois. Cela a permis de :

- Faire connaître aux participants les approches conceptuelles de la bientraitance/maltraitance
- Faciliter l'appropriation d'une culture de repérage des facteurs de bientraitance/maltraitance
- Dédramatiser les processus de lutte en cas de faits avérés.

C) Les préconisations de la formation bientraitance.

Les personnels ont tous eu la possibilité de s'exprimer autant qu'ils le désiraient. Il ressort de ces dix journées d'intervention des axes de travail clairs et reconnus par tous.

Le premier est qu'il nous faut impérativement et très rapidement établir une procédure maltraitance qui permettra à chacun de savoir quelle est la conduite à tenir si une telle chose se reproduisait.

Deuxièmement, les personnels de proximité souhaitent pouvoir parler avec un tiers de leurs pratiques et des difficultés qu'ils rencontrent.

Troisièmement, il apparaît qu'il est temps de concevoir les fiches de postes pour tous les professionnels. Cette référence leur semble souhaitable rapidement pour prolonger les réflexions menées sur les pratiques lors du projet d'établissement.

1.2.2 Les personnels de la MAS : une éthique au service des usagers.

A) Les missions au regard de la bienveillance

L'équipe de la MAS «L'Estuaire» garantie à chaque résident le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.

Elle reconnaît la valeur des personnes, leur individualité, accepte les différences. Elle part de chaque résident pour définir ses besoins et ses attentes. Elle adapte ses modalités d'intervention à chaque personne, élaborant ainsi un projet individualisé. Ce dernier est l'aboutissement d'une démarche responsable faite en concertation entre l'utilisateur et/ou son représentant légal et le personnel de l'établissement.

L'équipe de la MAS «L'Estuaire» agit dans le respect des familles et des représentants légaux, de leurs idées et valeurs.

Elle agit dans le respect des personnes, des fonctions, des compétences de chacun.

Elle privilégie l'écoute, l'échange, le dialogue, la communication et le questionnement de ses pratiques de façon à pouvoir constamment les améliorer.

Mais nous parlons de l'entité équipe sans en exprimer ses composantes spécifiques. Nous étudierons dans un premier temps les rôles et fonctions des différents personnels avant d'analyser les caractéristiques de certains corps de métiers.

B) Une équipe pluridisciplinaire aux caractéristiques hétérogènes.

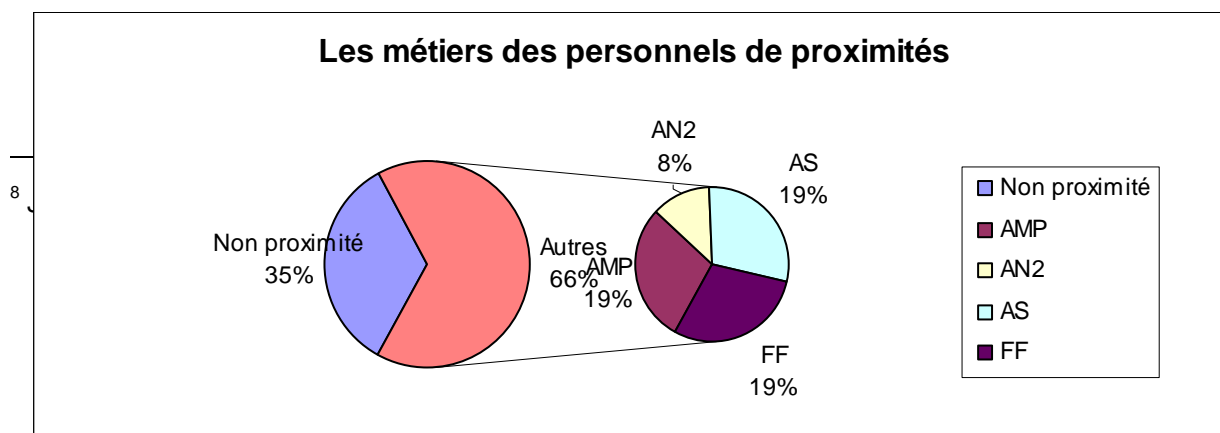
a) Les catégories professionnelles.

La MAS « L'estuaire » emploie 51 personnes, correspondant à 47,25 ETP, répartis de la manière suivante :

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Le secteur administratif (ADM) correspond à la secrétaire, la comptable, la chef de service éducatif et moi-même. Le secteur médical (Med) correspond au médecin physique et de rééducation et aux infirmières (IDE). Le secteur paramédical (Param) correspond aux kinésithérapeutes, à l'ergothérapeute, à la psychomotricienne et à la psychologue⁸.

Les AMP, les AS et les faisant fonction d'AMP (FF AMP) sont les personnes partageant le plus la vie quotidienne des usagers, il convient toutefois d'inclure les Animatrices 2^{ème} catégorie (ANI). Sur l'ensemble des personnels, 2/3 font parties de cette catégorie distribuée comme suit :



b) *Âges et expérience des professionnels de la MAS*

La moyenne d'âges des professionnels est de 41 ans et 10 mois, répartis ainsi :

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Nous voyons une très forte proportion de professionnels ayant plus de 40 ans. Toutefois il nous faut comparer ce graphique à l'ancienneté de ces personnes dans l'association⁹ car il n'y a pas obligatoirement de corollaire entre l'âge et l'expérience professionnelle dans le secteur.



pratiques.

Ainsi les personnels ayant plus de 40 ans ont quasiment tous réalisés leur carrière professionnelle dans une seule structure, avec les mêmes collègues et les mêmes usagers. Les seules périodes hors établissement sont celles des stages durant les formations. Ces éléments favorisent la maltraitance potentielle par les actes routiniers, les habitudes et la proximité avec les collègues qui ne permettent plus la critique des pratiques.

La répartition des âges suivant les métiers est définie ainsi :

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Nous constatons des disparités importantes suivant la profession et en particulier entre les AMP qui ont plus de 50 ans et près de trente ans d'expérience et les AS qui ont 30 ans et seulement 2 ans d'expérience. Deux générations se côtoient avec des pratiques différentes, des formations différentes mais surtout des regards différents sur leurs actions et sur les résidents accueillis.

c) Formations des personnels.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s } L'effort de formation est réel dans l'établissement, tant par la volonté des personnels à se former que par la détermination de l'association à ce que, à minima, tous les personnels au contact direct des usagers soient qualifiés. C'est pourquoi je souhaite m'intéresser particulièrement à ces professionnels.

d) Le personnel de proximité

Nous avons perçu l'importance de la catégorie professionnelle que nous avons nommée « personnel de proximité ». L'expérience et la qualification de ces personnes ont une incidence immédiate sur l'accompagnement quotidien des usagers.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

L'examen des qualifications de ces personnels montre que six personnes de l'établissement en formation qualifiante sur 7, sont en formation d'AMP. Les AS sont peu expérimentés (2 ans) et sortent juste de l'école de formation alors que les AMP sont très expérimentés (plus de 27 ans). Ces personnels travaillent quotidiennement ensemble et il nous faut leur permettre d'être complémentaires plutôt que de s'opposer. Ainsi les usagers bénéficient des nouvelles approches et techniques sans qu'il ne soit fait abstraction ni de leur histoire, ni de leurs pathologies.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

L'accompagnement des usagers est réalisé par des professionnels formés ou en formation. Toutefois, même si les facteurs de risque de maltraitance des personnels envers les usagers sont liés en partie à la formation des professionnels, il n'en demeure pas moins qu'ils sont aggravés par la dépendance des personnes accompagnées. Plus elles sont dépendantes, plus le risque potentiel de maltraitance est élevé.

1.2.3 Les usagers, une dépendance favorisant les risques de maltraitance.

La Maison d'accueil spécialisée reçoit 44 personnes adultes polyhandicapées dans 4 unités. La répartition hommes/femmes est de manière tout à fait fortuite parfaitement égale, soit 22 femmes et 22 hommes.

L'âge moyen des usagers est de 27,1 ans réparti selon les unités de la manière suivante :

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

L'écart de moyenne d'âge de l'unité Coraux par rapport aux trois autres unités - dont l'âge moyen est équilibré - s'explique par l'arrivée importante des usagers venant de l'IME, qui de fait sont proches des 20 ans.

« La dépendance est une perte d'autonomie physique ou psychique qui, indépendamment des soins, nécessite soit une surveillance régulière (sont visées ici les personnes qui ont perdues leur autonomie du fait d'une altération de leurs facultés intellectuelles), soit une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie »¹⁰. Il nous faut exprimer en quoi les usagers de la MAS sont dépendants d'une tierce personne et ainsi nous pourrions évaluer leurs besoins premiers. Nous préférons illustrer notre propos par des graphiques dont l'ordre tiendra compte de ce que nous appellerons le processus d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

{ EMBED PowerPoint.Slide.8 }

Vastes et de plain-pied, les parties communes de l'établissement permettent aux usagers une mobilité physique efficiente s'ils en ont les capacités. Toutefois, presque la moitié des usagers ont besoin d'une aide totale dans les transferts (lit/fauteuil par exemple) et les déplacements, cela implique qu'il faut également modifier leurs positionnements très fréquemment pour éviter les risques cutanés par exemple. Le personnel doit être attentif d'une manière rigoureuse. Les risques de maltraitance par négligence sont alors réels et constants.

¹⁰ Art. 2 de la loi du 24.1.97, JO du 25.1.97

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

L'alimentation va au delà du simple fait de se nourrir. La notion de plaisir toujours présente doit se conjuguer avec le type de texture et le mode d'accompagnement. Seuls deux usagers mangent une alimentation entière, les autres s'alimentent avec une nourriture hachée, mixée ou surmixée. Le risque de fausse route est pour le résident un risque vital. La disponibilité et l'attention continue au moment des repas sont indispensables.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Aucun n'est en capacité d'effectuer seul sa toilette, en revanche, un usager apporte une aide partielle lors de cet accompagnement. Tous les autres ont besoin qu'une tierce personne effectue pour eux la toilette quotidienne ou bi-quotidienne. Là encore, les risques de maltraitance par négligence sont évidents. Tout comme pour les changes lorsque la personne est souillée, la négligence peut engendrer des risques cutanés et des douleurs sérieuses à l'utilisateur.

L'action des usagers sur leur continence est faible comme nous l'indique ce graphique :

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Outre les actes de nursing, qui pourraient être qualifiés de soins, nous abordons le nombre de prises en charge médicales et paramédicales (hors médicaments) car elles sont nombreuses et non sans effet pour le mieux être de la personne.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Tous les résidents bénéficient d'une prise en charge médicale et/ou paramédicale. Ces temps d'accompagnement sont pour la plupart individuels. Apparaît alors un risque potentiel de maltraitance, tant active, car il y a une relation duelle, que par négligence, car les gestes thérapeutiques peuvent être mal réalisés ou plus simplement non accomplis.

Le dernier graphique relatif aux besoins des usagers concerne la communication, verbale ou non verbale. La communication est un outil primordial de la relation à l'autre, c'est pourquoi nous avons cherché à différencier également la communication non verbale reproductible et compréhensible par une, ou mieux encore, par plusieurs personnes. Il faut toutefois souligner que la communication non verbale dite compréhensible peut n'être qu'un cri ou une moue spécifique lors d'un refus ou d'un acquiescement. D'une manière générale nous dirons qu'il s'agit d'un « oui » ou d'un « non » reconnu. Une des principales difficultés rencontrées par les professionnels est liée à la communication avec les usagers. Il est très facile, voire tentant de laisser pour compte les usagers dont nous

n'arrivons pas à décrypter les signaux et de prendre alors les décisions ou « micro-décisions » à leur place.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Or, à la MAS L'Estuaire, 28 usagers ne possèdent pas de communication compréhensible à ce jour. La vigilance de tous est requise pour apprécier le moindre changement de comportement et pour essayer de l'interpréter.

Conclusion de la première partie

L'histoire de la MAS l'Estuaire est jalonnée de difficultés et d'actes maltraitants ou répréhensibles par la loi, tant pour les usagers que pour les salariés. Les personnels anciens ont par conséquent subi des agissements pouvant troubler leur mode de relation à l'autre. Or l'essence même de l'accompagnement des personnes polyhandicapées est la relation, l'humanité que l'on donne à partager.

Renforcée majoritairement par de jeunes AS, l'équipe des personnels de proximité a su se remettre en cause pour redonner du sens à ses actions. Toutes et tous ont suivi ou suivent une formation qualifiante d'AMP et seules trois personnes n'ont pas obtenu leur diplôme. Nous sommes en présence d'une équipe formée ayant une expérience importante mais qui pourrait, si nous n'y prenons garde, se diviser entre une équipe très expérimentée d'AMP et une équipe ayant un regard neuf d'AS juste diplômés. Il n'est pas concevable de ne pas chercher à mettre en place des actions qui permettraient de transférer ces expertises. Il me faut permettre à chacun d'être en harmonie avec son rôle. Les 44 usagers de l'établissement sont des personnes adultes polyhandicapées sévères. La grande dépendance, le non communication verbale et l'impossibilité de transfert et/ou de déplacement sont les facteurs les plus aggravants de risques de maltraitance d'autant plus s'ils sont cumulés avec l'isolement de la personne.

Au regard de ce diagnostic, il apparaît indispensable d'approfondir les notions de maltraitance et de bientraitance, puis de définir en quoi la gestion prévisionnelle des emplois des qualifications et des compétences va me permettre de développer à la MAS L'Estuaire une culture de la bientraitance.

2 LA GPEQC AU SERVICE DE LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE.

La personne polyhandicapée adulte a des besoins spécifiques. Pour les assouvir elle a continuellement besoin d'un accompagnement matériel et humain. Dans ce cadre, l'équipe de soins doit prendre des décisions. Il est alors sage de définir des règles éthiques.

2.1.1 Réflexions sur éthique et polyhandicap.

Le droit à la vie est un principe de base pour toute personne, quelle soit polyhandicapée ou non. Il nous faut pourtant accepter que malgré l'accompagnement éducatif et médical, la vie, l'existence puisse n'être plus, pour la personne polyhandicapée, que souffrance. Nous retiendrons deux critères cliniques : la réduction extrême de l'autonomie et la déficience intellectuelle sévère. Les personnes subissant ces deux critères sont appelées polyhandicapées. En général, des lésions cérébrales majeures et diffuses se traduisent fonctionnellement par des retards dans tous les axes de développement. D'où, dans la plupart des cas, deux handicaps majeurs : l'arriération mentale sévère ou profonde associée à une infirmité motrice cérébrale grave privant la personne d'autonomie motrice. Ces tableaux cliniques si différents soient-ils, induisent le nom générique de polyhandicap¹¹.

L'émergence du polyhandicap dans l'histoire collective de la société française est très récente. Dans les années 1960 des lits sont mis à disposition à l'hôpital de la Roche Guyon pour des enfants « alors appelés encéphalopathes, arriérés profonds ou encore

¹¹ G. Saulus, 2005, p14.

grabataires »¹², il apparaît qu'aujourd'hui nous parlerions d'enfants polyhandicapés. Durant dix années, cette population intéresse au point de créer le Centre d'Études et de Soins aux Arriérés Profond (CESAP) devenu depuis le Centre d'Étude et de Soins aux Polyhandicapés. Il est à noter que ce terme même de polyhandicapé n'apparaît qu'en 1969. Jusqu'à cette période, la réglementation ne prévoyait pas l'accompagnement des adultes polyhandicapés. Les actions menées conjointement par les associations de parents et de familles, par les acteurs de terrain et par la neuropsychiatrie infantile vont amener une prise en compte du législateur en faveur des personnes gravement handicapées.

La loi du 30 juin 1975 va créer les Centres d'Aide par le Travail, les Ateliers Protégés et les Maisons d'Accueil Spécialisées¹³.

A) La loi promeut la bientraitance.

La loi du 2 janvier 2002 m'a permis d'enclencher dans l'établissement un travail de fond sur le sens du travail de chacun. Dans ce but, j'ai fait appel en septembre 2004 à un prestataire extérieur avec lequel nous¹⁴ avons travaillé jusqu'en mars 2005 pour réfléchir et rédiger le projet d'établissement. Validé par le Conseil de la vie sociale et le Conseil d'administration le 9 avril 2005, il m'a légitimé dans la pratique de commissions de travail. C'est ainsi que nous avons, en collaboration avec les représentants du CVS pu concevoir le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contenu du projet individuel personnalisé. Je me suis appuyé sur la Fédération Nationale pour proposer un contrat de séjour cohérent avec le projet d'établissement et conforme à la loi. En février 2006 tous ces outils étaient validés par le CA, en avril ils étaient transmis au DDASS.

En mai de la même année, j'ai enclenché un travail sur l'amélioration de la démarche qualité en vue dans un premier temps de l'évaluation interne puis de l'évaluation externe. D'un abord moins aisé que le projet d'établissement, il a fallu plus de temps pour que tous les personnels s'impliquent dans la démarche. Là encore, j'ai fait appel à une tierce personne. Le comité de pilotage est composé de cette personne, un administrateur, la chef de service, une infirmière et moi-même. Nous avons élaboré, en commissions de travail, un référentiel qualité qui est notre guide pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations. La première évaluation interne a été réalisée en février 2007.

¹² G. Saulus, 2005, p21.

¹³ Il est intéressant de noter que le législateur a dans la loi du 2 janvier 2002, modifié les noms et fonctionnement des CAT (devenu Établissement et Services d'AT) et AP (devenu Entreprise Adaptée) alors qu'il n'a pas légiféré directement sur les MAS !

¹⁴ La totalité du personnel a participé aux travaux.

B) Les personnes polyhandicapées, une population aisément maltraitée.

Les MAS ont été conçues par le législateur à l'intention des « adultes gravement handicapés ». Toutefois il est à noter que ces personnes ne représentent pas un groupe homogène mais plutôt une somme d'individus ayant des caractéristiques physiques et mentales telles, qu'elles se trouvent en situation de grande dépendance à une tierce personne. Nous préférons utiliser le vocable polyhandicap.

Il nous faut considérer le polyhandicap comme une altération substantielle pouvant constituer le handicap. Le polyhandicap n'est qu'un facteur parmi d'autres limitant ou restreignant la participation à la vie en société de la personne. Si cette définition du handicap fait référence depuis 2005 au plan législatif, la définition du polyhandicap est plus floue. En général, le polyhandicap se définit comme un handicap grave à expressions multiples, associant déficience motrice et déficience mentale, sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême des capacités de perception, d'expression, de relation et d'autonomie.

Cette pathologie est peu connue, bien qu'elle concerne cependant 750 naissances par an en France et le nombre de personnes concernées vivant hors domicile serait d'environ 6500. En revanche si nous prenons en compte les personnes ayant des incapacités lourdes dans l'accomplissement des actes essentiels¹⁵ de la vie ordinaire, et que nous appréhendons à partir de ces incapacités, leurs besoins d'accompagnement, nous arrivons à plus de 216000 personnes adultes de moins de 60 ans. L'aide humaine est importante auprès de ces personnes - environ 185000 d'entre elles en bénéficient - mais la part des aidants familiaux est de 75%. Ainsi seul un quart des personnes accompagnées bénéficie d'une aide réalisée par des professionnels.

Le nombre d'établissements spécialisés est sur le plan national de 409 maisons d'accueil spécialisées ce qui correspond à un taux d'équipement de 0,51 pour 1000 adultes de 20 à 59 ans.

2.1.2 Un accompagnement spécifique favorisant une vigilance constante.

L'accompagnement des personnes polyhandicapées nécessite une technicité particulière, des savoirs faire, mais également le partage entre tous les intervenants d'un certain nombre de valeurs communes.

Nécessité d'une éthique partagée.

¹⁵ Toilette, Habillement, Alimentation, Hygiène, Élimination, Transferts et déplacements dans le logement.

- convenir définitivement que ces personnes sont des êtres humains à part entière avec tous leurs droits.
- Cela semble évident sur le papier, mais dans les faits les rappels sont fréquents :
 - o Loi d'orientation sur l'éducation,
 - o Annexes XXIV,
 - o 2002 et 2005,
 - o Attitude inchangeable par décret (éthique de la société).
 - o Attitude individuelle à modifier.
- Éthique reposant sur une attitude de respect :
 - Respect de la personne polyhandicapée,
 - Respect de la famille (des tiers),
 - Respect du personnel.

A) Les objectifs d'accompagnement de la personne polyhandicapée.

- Lutte contre la souffrance physique.
 - assurer le maximum de confort (appareillage, chirurgie)
 - lutter contre la douleur (positionnements, médications, prises en charge paramédicales)
 - prodiguer soins somatiques (hydratation, alimentation, hygiène, soins digestifs, osseux, musculaires)
 - se battre contre les troubles respiratoires, épileptiques, difficultés d'alimentation, d'hydratation, les escarres, les déformations, les rétractations.
- Lutte contre la souffrance morale :
 - o stratégie éducative cohérente.
 - Stimulations.
 - Attitudes agréables, souriantes, prévenantes.
 - o Partir du principe que la personne comprend :
 - Verbaliser beaucoup,
 - Adapter son mode de communication à la personne,
 - L'écouter.
 - Lui permettre de pouvoir choisir.
 - Tenir compte de ses choix.
- Déterminer des objectifs précis et réalisables :
 - o Doser l'accompagnement, ni trop (acharnement), ni trop peu (abandon).
 - o Éviter la multiplicité des intervenants.
 - o Fragmenter les stimulations par petites touches dans la journée.

- Améliorer les pratiques des professionnels :
 - o Donner du sens aux actions et de la cohérence entre elles.
 - o Utiliser les outils de la loi 2002-2 pour travailler en équipe pluridisciplinaire.
 - o Introduire du tiers (consultant, supervision)
 - o Faire une veille sur les recherches et les lois.
- Évaluations :
 - o Prendre en compte la démarche qualité.
 - o Ne pas prendre la notion de progrès comme indicateur (progrès hypothétiques).
 - o Veiller à la pertinence des objectifs.

Les dérapages possibles :

- Problèmes liés aux douleurs :
 - o Réponse : Antalgiques (réduisent la douleur mais ne soignent pas)
- Problèmes techniques/médicaux :
 - o Alimentation par gavage, qui prend la décision ?
 - o Troubles du comportement : psychotrope risque de trop ou de trop peu.
- Punition/récompense :
 - o Infantilisation.
 - o Accompagnement inadapté.
 - o Disparité suivant les accompagnateurs.
- Évaluation éthique :
 - o N'évaluer que des « bons sentiments ».
 - o Non prise en compte des attentes des usagers.

B) Notre position face à la famille.

- Positionnement clair :

Ne pas juger les parents et respecter leurs décisions dans la mesure où ils n'attendent pas aux droits fondamentaux de leurs enfants.

Favoriser le partenariat s'ils le souhaitent.

Complémentarité famille/institution (expert de l'utilisateur et expert de l'accompagnement)

- Informer les familles :
 - o Partage de l'information qui éloigne le jugement de valeur mais montre des faits.
 - o Informations identiques pour tous.
- Former les parents.

- Permettre aux parents d'être impliqués dans les décisions concernant leur enfant.
- Stabiliser les professionnels pour éviter les changements intempestifs d'interlocuteurs.

C) Ma position face aux personnels :

- Veiller à la qualité des conditions de travail.
- Veiller à l'information du personnel.
- Veiller à la formation.
- Stratégie vis-à-vis des futurs « hors institution », (projet de carrière).
- Management participatif.
- La négligence peut aboutir au burn-out.

L'accompagnement de la personne polyhandicapée comporte donc des spécificités qui, non prises en compte, peuvent produire de la maltraitance. Toutefois ne pas être maltraitant n'implique pas pour autant d'être bientraitant.

2.2 De la non-maltraitance à la bientraitance.

Le mot maltraitance est à la mode, il nous importe ici d'en définir le concept afin de pouvoir déterminer ce qu'est la non-maltraitance (ou absence de maltraitance), puis la bientraitance.

2.2.1 Qu'entend t'on par maltraitance ?

Dès 1987, le conseil de l'Europe mettait en place une commission pour réfléchir sur la maltraitance des personnes âgées vivant en institution. Il en découle que « la maltraitance est le fait de violence qui se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité ou nuit gravement à sa sécurité financière ». Ainsi les situations de violences physiques, morales, matérielles, financières, médicales ou médicamenteuses sont des situations de maltraitance. Il ne faut pas toutefois oublier la violence institutionnelle (telle que le manque de personnel qualifié) ou architecturale (telle que des étages sans ascenseurs) qui peuvent se manifester par la violation des droits ou leurs privations.

En 2003, une commission d'enquête du Sénat rendait un rapport sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et

médico-sociaux, et les moyens de les prévenir¹⁶. La commission, loin de dédramatiser le débat, affirme tout de même que « la multitude des définitions de la maltraitance n'est que le reflet d'une réalité difficile à appréhender : on l'a vu, la maltraitance peut être intentionnelle ou au contraire résulter de négligences, voire de maladroites. La maltraitance commence souvent par des faits apparemment anodins¹⁷ ». Les médias pointent les actes sensationnels tel que l'affaire des disparues de l'Yonne. Cependant, ce type d'affaires sordides cache une réalité tout autre ou des actes qui, isolés pourraient paraître ordinaires, mais qui une fois réunis, favorisent l'isolement et la dépendance des personnes vulnérables.

De plus, la commission d'enquête reprend à son compte la distinction reconnue de façon quasi unanime entre deux grandes formes de maltraitance : la maltraitance active, c'est-à-dire intentionnelle, et la maltraitance passive ou « en creux ». Les violences physiques, sexuelles ou psychologiques sont alors nommées maltraitance en « bosses ». Cette forme de maltraitance est plus facile à repérer. D'autre part le handicap en tant que facteur de vulnérabilité physique ou psychologique, à lui seul constitue un facteur de risque susceptible de favoriser la survenance de maltraitance. Que dire alors du polyhandicap ?

« Comme l'écrivait d'ailleurs Stanislas Tomkiewicz, « *toute institution secrète de la violence. C'est quasi naturel* ». En effet, si l'établissement qui accueille une personne handicapée la protège le plus souvent, d'autant plus que, selon une estimation partagée par la plupart des interlocuteurs de la commission d'enquête, 70 % des cas de maltraitance interviennent dans un cadre familial, il peut aussi, dans certains cas, l'isoler davantage¹⁸ ».

Les violences institutionnelles peuvent être conjoncturelles, un faisceau de situations amène une situation de maltraitance, ou structurelles, la configuration de lieux, l'organisation du travail, le manque de professionnels favorisent les situations de maltraitance.

2.2.2 Les causes de la maltraitance en établissement.

Dans les années 60, les parents ou l'instituteur avaient comme outil éducatif usuel, le châtiment corporel. L'intégrité et la dignité de la personne concernée sont remises en cause dans ces pratiques qui aujourd'hui ne sont plus admises. Toutefois, ceux qui ont

¹⁶ Commission d'enquêtes créée par une résolution du Sénat en date du 12 décembre 2002.

¹⁷ Rapport de la commission du Sénat page 21 Tome 1.

¹⁸ Rapport de la commission du Sénat Page 42 Tome 1

prodigés de tels actes ne peuvent pas les légitimer sans les replacer dans le contexte et les condamner.

Il m'apparaît intéressant d'observer les causes de maltraitance identifiées par différentes instances, au regard d'indicateurs que l'on peut retrouver aisément dans les établissements.

A) L'approche européenne.

En janvier 2002, le Conseil de l'Europe a présenté les causes de maltraitance suivant cinq points :

a) L'hostilité ou l'indifférence à l'égard des personnes différentes.

Indicateurs : Tutoiement

b) Le manque de formation du personnel.

Indicateurs : formation des personnels, nombre de personnel en formation

c) La difficulté de prises en charge des usagers.

Indicateurs : Nombre d'escarres.

d) Le dysfonctionnement institutionnel de l'établissement.

Indicateurs : Calendrier de réunions, Taux de réunion réalisée.

e) L'inadéquation des institutions aux publics accueillis.

Indicateurs : Taux de personnes accueillies non polyhandicapées.

B) La Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

À chaque article de cette charte peut être apposé un indicateur de contrôle

Article 1^{er} : Principe de non-discrimination

- Indicateurs : Projet associatif, projet d'établissement.

Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

- Indicateurs : Projet individuel et protocole de prise en charge individuel.

Article 3 : Droit à l'information

- Indicateurs : Règlement de fonctionnement, PV émargement réunion PI, PV émargement Conseil Vie Sociale.

Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.

- Indicateurs : Contrat de séjour, PI.

Article 5 : Droit à la renonciation.

- Indicateurs : Règlement de fonctionnement.

Article 6 : Droit au respect des liens familiaux.

- Indicateurs : Taux retour en famille, Procès verbal Conseil à la Vie Sociale, courriers invitations.

Article 7 : Droit à la protection

- Indicateurs : Dossier unique.

Article 8 : Droit à l'autonomie.

- Indicateurs : Règlement de fonctionnement, Projet individuel.

Article 9 : Principe de prévention et de soutien.

- Indicateurs : Taux d'escarres, Formation des personnels, Procédure d'accompagnement fin de vie.

Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie.

- Indicateurs : Règlement de fonctionnement, Projet individuel.

Article 11 : Droit à la pratique religieuse.

- Indicateurs : Projet associatif, Projet d'établissement.

Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité.

- Indicateurs : Protocole de prise en charge individuel.

C) L'approche de la représentation nationale.

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat distingue l'abus ou maltraitance active de la négligence. Les principaux facteurs de la négligence au sein des établissements d'accueil sont les suivants :

a) Le rôle de l'organisation et du management internes.

b) Le renversement des priorités : privilégier l'institution plutôt que les résidents.

- Les intérêts financiers : les usagers peuvent-ils quitter l'établissement aussi fréquemment qu'ils les désirent ou ont-ils des « quotas » de jours de sorties.

- Les 35 heures. L'emploi du temps tient-il compte des besoins de usagers ?

c) Les relations « incestueuses » entre les associations et les établissements.

d) La spécificité des institutions accueillant des personnes handicapées.

L'insalubrité et l'inadaptation des locaux.

e) La peur des représailles.

- Pour les familles.

- Pour les personnels des établissements.

D) Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance.

Tout récemment, le 14 mars 2007, Philippe Bas¹⁹ a élaboré un plan d'action en 10 mesures concrètes réparties en deux thèmes phares :

a) *Développer une culture de la bientraitance dans les établissements.*

- 1 Lancer l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale.
- 2 Enclencher une démarche qualité dynamique dans tous les établissements.
- 3 Sensibiliser et former les personnels à la bientraitance.
- 4 Augmenter les effectifs dans les établissements et valoriser les métiers.
- 5 Humaniser le cadre de vie dans les établissements.

b) *Renforcer la lutte contre la maltraitance.*

- 6 Faciliter les signalements : des antennes dans chaque département, un numéro national mieux connu.
- 7 Désigner un correspondant maltraitance dans chaque DDASS.
- 8 Doubler les inspections sur le terrain
- 9 Veiller à l'application des sanctions et assurer un meilleur suivi des inspections.
- 10 Élargir l'action du comité national de vigilance.

De plus la loi de réforme des tutelles va renforcer la protection juridique des personnes dépendantes afin de lutter contre la maltraitance financière.

E) Les facteurs de risques de la maltraitance en institution

En 2005, la DDASS de Gironde a produit un formulaire²⁰ permettant à un établissement d'évaluer les risques de la maltraitance liés à l'institution. Huit grands facteurs de risque sont mis en avant :

¹⁹ Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

²⁰ http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/facteursmaltraitance_f1.pdf

- Facteur 1 : Absence de critère d'embauche du personnel.
- Facteur 2 : Absence de formation du personnel et de la direction.
- Facteur 3 : Absence de cohérence dans l'organisation du travail.
- Facteur 4 : Absence de réflexion sur la gestion du personnel.
- Facteur 5 : Absence d'ouverture de l'établissement vers l'extérieur.
- Facteur 6 : Absence de locaux adaptés.
- Facteur 7 : Absence d'une réflexion adaptée autour de l'alimentation.
- Facteur 8 : Absence de projet d'établissement.

Les facteurs 5, 6, 7,8 sont abordés dans le projet d'établissement, tout comme le droit à la sexualité des usagers et leur intégration citoyenne. En revanche, les facteurs 1, 2, 3,4 sont du domaine de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des qualifications et des compétences, sujet que nous aborderons dans le 2.3.

2.2.3 Créer les conditions de la bientraitance.

La notion de bientraitance est fréquemment opposée à la notion de maltraitance. Toutefois il est important de s'attarder sur cette notion pour l'éclairer et l'identifier pour elle-même et non en opposition à la maltraitance.

A) Que signifie le terme « bientraitance » ?

Le mot maltraitance n'est apparu dans Le Robert²¹ qu'en 1987, le mot bientraitance quant à lui, n'y est pas encore apparu.

L'objectif n'est pas de réaliser un apport sémantique, le fait même de trouver le mot bientraitance dans un plan produit par le ministère de Philippe Bas l'impose. En revanche son apparition récente ne permet pas une définition rigoureuse. Il semblerait que le professeur en gérontologie Huguenot soit le premier à avoir utilisé ce terme en 1987 dans l'acception : « traiter avec bienveillance, prendre soin de ». Pour Jorge Barudy²² la bientraitance est une production humaine, pas seulement individuelle ou familiale mais le résultat de l'effort d'une société. Les enfants ont besoin de contacts physiques, de caresses, d'être touchés, pris dans les bras pour s'attacher mais aussi pour permettre la

²¹ *Le Robert*, dictionnaire historique de la langue française. Le mot *maltraitance* s'applique aux mauvais traitements infligés à des enfants. Il apparaît dans le cadre de travaux sur les enfants maltraités.

²² Jorge Barudy est médecin psychothérapeute, neuropsychiatre, directeur du centre Exil. Il parle de la fonction de la parentalité pour assurer la bientraitance des enfants : la fonction de parentalité et de parentalité biologique et sociale, pour un développement sain).

maturation de leur cerveau. Le plus destructeur pour la maturation précoce du Système Nerveux est l'absence de stimulation tactile.

La négligence serait donc une des formes les plus nuisibles de maltraitance des enfants. Ce qui n'exclut pas qu'elle le soit également pour les adultes, d'autant plus, si comme pour la majorité des usagers de la MAS, ils ont été placés en internat avant l'âge de 4 ans.

B) Prendre soin en « humanité ».

De tout temps, il s'est trouvé des soignants qui se sont occupés des personnes avec humanité. Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des problèmes de santé, ou qui se préoccupe de sa santé, dans le but de l'aider à l'améliorer, ou la conserver, ou pour l'accompagner jusqu'à la mort. Mais jamais pour la détruire. Soigner c'est se référer à une philosophie de soin²³. C'est pourquoi, en 1995, Rosette Marescotti et Yves Gineste proposent une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent la "philosophie de l'humanité". Chaque personne est un être humain, qui lui-même est un animal particulier. L'humanité est l'ensemble de ces particularités²⁴. On ne devient alors soignant qu'en s'occupant de l'humanité. Le soignant prend soin d'une personne qui est unique mais c'est le malade lui-même qui se soigne, avec l'aide du soignant bien sûr, mais c'est lui qui se "répare". La technicité est un outil complémentaire du soignant.

C) La qualité de vie passe par la bientraitance.

La qualité de vie est une notion différente pour chacun. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé en 1993 définissait de cette manière la qualité de vie : " C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement."

²³ Une philosophie de soin a pour objet l'étude des principes fondamentaux d'une activité, d'une pratique, des réflexions sur leurs sens et leur légitimité.

²⁴ Le rire, l'humour, l'intelligence conceptuelle, la verticalité, l'habit, la socialisation : famille, repas etc.

La bientraitance englobe tout ce qui incite l'épanouissement de la personne, tout ce qui s'adapte à ses divers²⁵ besoins et permet un développement harmonieux de personnes polyhandicapées.

La bientraitance impose trois points primordiaux :

- une exigence de professionnalisme.
- un ensemble de comportements, d'attitudes respectueuses de la personne.
- la recherche d'un environnement adapté.

Je pense que cette notion va bien au-delà du refus de la maltraitance et correspond à une recherche permanente de l'amélioration continue de qualité de service que l'établissement doit offrir à la personne. L'absence de maltraitance doit être le minimum imposé dans les pratiques professionnelles, y déroger est inadmissible, mais cela ne suffit pas à promouvoir la bientraitance qui est la recherche du mieux être.

Les professionnels peuvent avoir intégré cette culture de la bientraitance, mais ne pas savoir ou ne pas pouvoir mettre en pratique leurs convictions. C'est là que nous devons utiliser la GPEQC pour promouvoir la bientraitance.

2.3 La Gestion Prévisionnelle de l'Emploi de la Qualification et des Compétences comme levier de promotion de la bientraitance.

Nous avons vu l'importance de la disparité de l'âge et de la formation des personnels de proximité de la MAS. Il faut que j'exploite les ressources internes en place afin de ne pas perdre l'expertise existante tout en modifiant le regard des professionnels tant sur le sens de leur travail que sur les actions à mener. Pour ce faire je compte m'appuyer sur la « démarche compétence » qui permet à la fois de piloter l'évolution des organisations et la professionnalisation des individus : maîtrise de la qualité, transformations de l'organisation, développement de la polycompétence²⁶, réponses aux difficultés accrues de recrutement, reconnaissance de l'expérience, actualisation des systèmes de classification... Ce sont autant de leviers sur lesquels je souhaite agir.

L'approche consiste à articuler des choix stratégiques, une nouvelle forme d'organisation et un mode adapté de gestion des ressources humaines. Cependant, le lancement d'une « démarche compétence » doit être une volonté clairement affichée par le Comité de Direction. Cette décision ouvre alors un chantier nouveau pour concevoir les outils et les règles de gestion (référentiel d'activités, de compétences, support d'évaluation des

²⁵ Psychologiques, physiologiques, affectifs, etc.

²⁶ Capacité d'intégrer dans l'exercice de ses activités d'autres aspects, autocontrôle, maintenance... (cf. Masson, Parlier, 2004, p. 23).

compétences, etc) destinés à promouvoir l'amélioration continue de la qualité et la bientraitance

J'ai piloté cette démarche, et mandaté un consultant pour qu'il assure :

- la connexion du modèle théorique avec les enjeux de l'établissement;
- la traduction opérationnelle en élaborant des outils.

Au-delà de l'intention initiale, il est important de déterminer la finalité de la « démarche compétence ». Le projet doit exprimer l'ambition de concevoir un système global et cohérent qui traite les différentes dimensions de la gestion des ressources humaines. L'erreur majeure serait de rechercher une nouvelle modalité de prescription du travail qui laisse alors peu de marges de manœuvre aux salariés. Pour éviter un tel écueil, l'expérience conduite au nom de la compétence est conçue comme « un mode de management de l'entreprise » (Masson, Parlier, 2004, p. 17). La pérennité d'une démarche compétence est donc envisageable dès l'instant où elle satisfait les attentes, répond aux enjeux des différentes parties prenantes et respecte un certain nombre de principes. Compte tenu de l'histoire de l'établissement, il m'est apparu opportun d'utiliser cette méthode pour m'appuyer sur les professionnels et sur les pratiques que nous avons reconnues lors que la création du référentiel qualité, comme bonnes. L'amélioration continue de la qualité des prestations ne passe que par la volonté et la mobilisation de tous les intervenants.

2.3.1 Un processus d'apprentissage organisationnel au cœur de la bientraitance.

La GPEQC vise à faire des ressources humaines un facteur de développement organisationnel. L'analyse des besoins futurs ne sert pas d'outil de management des ressources humaines mais plutôt de réflexion sur la stratégie organisationnelle, c'est à dire sur la façon de faire autrement avec les compétences dont l'organisation dispose. Au-delà du diagnostic de la nature des écarts entre ressources et besoins, la GPEQC remet en cause les repères des acteurs en touchant aux identités professionnelles et aux zones de pouvoir. Elle fait irrémédiablement ressurgir des tensions entre les individus et les services. Cette approche peut donc être une opportunité pour essayer de proposer des solutions alternatives. De ce point de vue, le papy-boom peut-être l'occasion de mettre à plat le portefeuille complet des compétences dans l'organisation et de procéder à un redéploiement des compétences plutôt qu'à un redéploiement « poste par poste ». Par exemple, le départ en retraite des animatrices deuxième catégorie, n'implique pas que je doive les remplacer par des animateurs deuxième catégorie : il sera plus judicieux de prévoir des animateurs première catégorie avec sans doute des formations différentes les unes des autres (DEFA, CESF, ES par exemple)

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

La gestion des compétences se justifie par le fait que le travail s'est transformé. Pour vérifier cette situation, il est nécessaire de décrire le processus de changement, c'est à dire le passage d'un état A à un état B.

A) Un enjeu de débat social dans l'établissement.

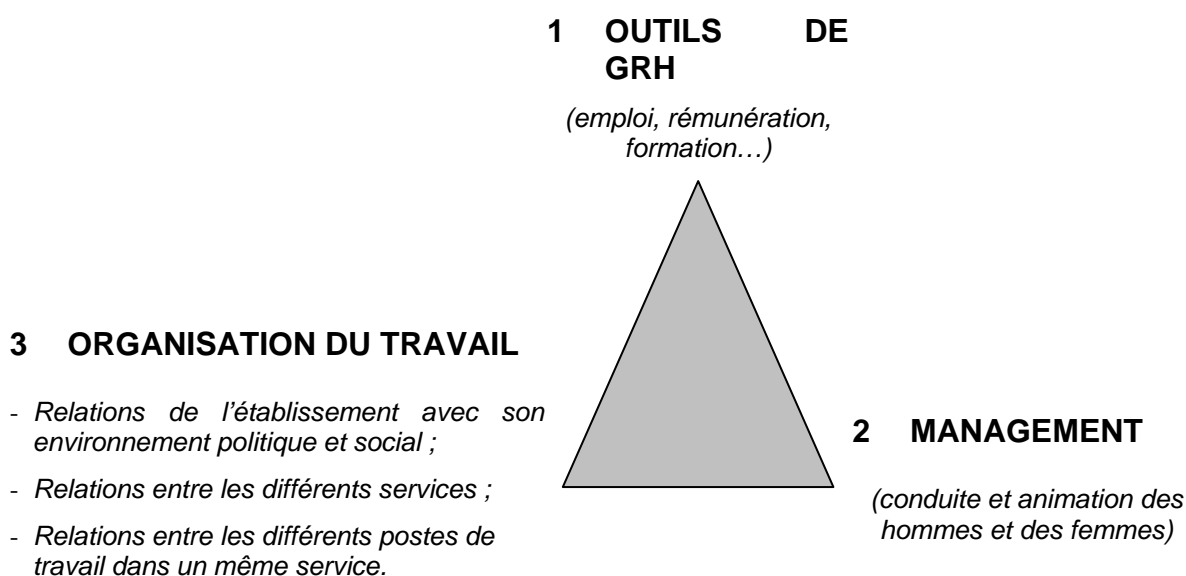
Une démarche « compétence » a toutes les chances de réussir si elle fait l'objet d'un compromis social. Dans le cas contraire, sa conception et sa mise en œuvre peuvent souffrir de la défaillance de certains acteurs exclus du processus de décision. Il est donc indispensable d'impliquer les salariés, leurs représentants et l'encadrement. Chaque salarié a une définition, personnelle ou collective, de la compétence. Il est donc impératif de prendre en compte cette dimension pour éviter qu'un référentiel de compétences ne rentre en contradiction avec la représentation de la compétence interne à l'entreprise. Quant au personnel d'encadrement, il occupe une place déterminante puisqu'il est le principal utilisateur des outils de gestion. Par conséquent, une démarche participative a deux intérêts. Tout d'abord, elle agit comme un garde-fou en évitant au maître d'œuvre la tentation de prédéfinir un ensemble de solutions. Ensuite, elle permet d'identifier les différentes représentations de la compétence et trouver des compromis afin d'articuler les différentes définitions.

B) Un enjeu de la politique sociale de l'établissement.

Le projet compétence doit concilier les enjeux économiques et sociaux. Dans la conduite du changement, les outils de gestion des ressources humaines, le management et l'organisation du travail sont dans une relation d'équilibre. Par conséquent, donner du sens au changement revient, pour l'établissement, à se poser la question : en quoi les outils de GRH impactent l'organisation du travail et le management ?

C'est de la réponse à cette question que pourront être déterminés les axes de progression quand aux rôles et missions de chacun. Vouloir combattre la maltraitance et promouvoir la bientraitance sont deux objectifs importants qui doivent toutefois s'accomplir de manière concomitantes avec l'accompagnement quotidien des personnes polyhandicapées.

Les trois pôles de la politique sociale dans l'établissement



Il est important de noter que les effets induits par les outils de GRH se produisent sur le moyen terme. Cette notion de temps est étroitement liée au processus de décision. Si les trois temps du processus sont respectés, l'établissement peut alors envisager des effets positifs. Dans le cas contraire, la décision ne devra pas être prise.

Le mécanisme de la prise de décision :

1^{er} temps : les orientations stratégiques sont comprises ;

2^{ème} temps : il faut que la décision soit acceptée ;

3^{ème} temps : observer la stratégie des salariés pour adapter la décision aux contraintes du quotidien.

Dans la perspective d'un développement conjoint des compétences et des performances, la démarche compétence doit retravailler ce que requiert et permet l'organisation. En cela, la gestion par les compétences est un processus d'apprentissage organisationnel qui favorise les occasions de coopération, d'apprentissage, de prises d'initiatives et de

responsabilités²⁷. Toutefois, ce processus se développe si certaines conditions sont réunies :

- la contribution des situations de travail à la réalisation de ces orientations est clairement définie ;
- les activités de travail ont été recomposées en métiers ;
- le droit à l'erreur est reconnu ;
- la relation de confiance avec l'encadrement est instaurée ;
- l'équité dans la gestion des ressources est assurée.

C) Une nouvelle logique de reconnaissance des salariés.

La démarche compétence crée un nouvel équilibre entre contribution et rétribution, qu'elle soit financière ou non financière. Pour cela, il faut dresser un état des lieux des modalités de reconnaissance en usage dans l'entreprise, explorer avec les représentants du personnel et les responsables les attentes des différentes catégories de salariés en matière d'évolution professionnelle. De toute évidence, les salariés accepteront de s'engager dans la démarche si l'établissement fournit des gages de reconnaissance des compétences détenues.

Les contreparties sont tournées vers le développement professionnel :

- Activités valorisantes ;
- Acquisition de nouvelles compétences renforçant l'employabilité²⁸ ;
- Évolutions professionnelles au sein du métier, de la filière, matérialisées par un changement de coefficient, une nouvelle qualification...

D) Une approche stratégique

La démarche compétence se construit comme un projet d'établissement. De ce fait, le processus d'élaboration et de mise en œuvre doit respecter les 9 principes de la stratégie managériale :

²⁷ « Un salarié manifeste son esprit de responsabilité lorsqu'il adopte le comportement approprié face à une situation de travail délicate et qu'il peut répondre de ses actes » (Masson, Parlier, 2004, p. 23).

²⁸ Capacité individuelle à acquérir et à maintenir les compétences nécessaires pour trouver ou conserver un emploi (Le nouveau Petit Robert de la langue française 2007).

1. Dès le départ, le directeur veille à communiquer l'ambition du projet car si les salariés perçoivent la démarche compétence comme un danger, il peut y avoir des résistances.
2. Il faut une réflexion collective sur le projet.

L'utilisation du schéma épistémologique (cf. figure 2) est une aide à la réflexion. Il fonctionne sur le principe du « SI ... ALORS ... DONC » (SI mon hypothèse est juste, ALORS les moyens utilisés m'amènent DONC obligatoirement au but recherché).
3. La description finale du projet est simple, claire et précise.
4. Le projet est attractif et fédérateur pour stimuler la dynamique de groupe, inciter au dépassement de soi. Pour cela, il faut mettre en évidence les valeurs personnelles des individus associés au changement et proposer un projet ambitieux qui suscite l'imagination. Mettre en évidence l'éthique et les valeurs communes qui donnent sens à l'implication de chacun au sein de l'établissement en faveur des usagers.
5. Le projet est présenté en étapes cohérentes élaborées selon un ordre chronologique inversé ; c'est à dire que l'on part du but et l'on remonte vers le « maintenant ».
6. Le projet est également présenté en englobant plusieurs scénarios. Ainsi, l'objectif peut être atteint en empruntant des trajectoires différentes.
7. Le projet est rédigé de manière synthétique, diffusé à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
8. Il faut une évaluation étape par étape et la présentation d'un suivi d'avancement du projet au moins une fois par an. Cette communication permet aux salariés d'articuler l'objectif et les moyens. Pour cette phase, il faut un comité de suivi et un tableau de bord.
9. Les outils et règles de gestion ont une durée de validité et font l'objet d'une révision à l'issue de cette période.

En conclusion, les 9 principes énumérés ci-dessus doivent permettre d'atteindre les objectifs fixés par la voie la plus courte, en créant le moins de tensions possibles.

E) Une démarche de « conduite du changement » vers la bienveillance.

L'objectif de cette démarche est de dégager des pistes d'action. La personne en charge de coordonner la démarche compétence adopte une posture qui consiste à guider par l'aval²⁹ et à informer de façon permanente le Comité de direction au fil du diagnostic.

La conduite du changement doit être comprise comme un processus de management de l'établissement qui donne du sens et mobilise car les choix stratégiques sont très largement diffusés pour permettre aux salariés de se les approprier, de les comprendre et *in fine* de s'adapter.

A la phase d'élaboration du projet compétence succède une démarche d'ajustement de l'emploi réel aux emplois-types de demain. Cette phase d'ajustement se décompose en deux temps. Dans un premier temps, l'analyse du travail permet d'identifier la structure actuelle des emplois³⁰ (fiche emploi) et d'élaborer un référentiel de compétences afin de définir la structure des emplois-cible³¹. Dans un deuxième temps, l'accompagnement permet l'ajustement de la compétence actuelle aux exigences des emplois-cible.

F) La phase d'élaboration.

L'objectif est de clarifier les enjeux de l'établissement et de définir le cahier des charges de l'intervention (durée de l'intervention, méthodologie, modalités de restitution des investigations).

2.3.2 Les principaux enjeux pour l'établissement.

- **La performance** est un enjeu central quelle qu'en soit la taille, le secteur et la nature de l'organisation. Cependant, l'adaptabilité de l'organisation en terme de capacité à se reconfigurer pose un vrai problème aux salariés qui ont besoin d'un cadre stable de travail pour s'ajuster et fonctionner. Par conséquent, le respect du processus de décision est important face à cet enjeu.
- L'enjeu sur **le développement des compétences** suppose une vision prospective qui demande un état des lieux et une gestion du plan de formation. Dans un contexte de pyramide des âges vieillissant, l'entreprise doit identifier les savoirs implicites (marges d'autonomie) et les compétences collectives détenues par

²⁹ Le pilotage par l'aval exige d'avoir toujours à l'esprit l'idée de la sortie.

³⁰ Ensemble d'activités qui concourent à la même finalité. L'emploi souligne la relation entre l'activité et l'organisation.

³¹ Regroupement transversal de postes présentant des proximités suffisantes pour être étudiés et traités de façon globale parce qu'ils requièrent des compétences similaires.

l'ensemble des salariés y compris les moins qualifiés. Ces compétences tacites seront formalisées dans un référentiel de compétences et pourront être transférées par la voie du tutorat.

- **La gestion des âges** est un enjeu imposé par l'augmentation croissante de la part des seniors en entreprise. Le maintien dans l'emploi des plus âgés suppose de prendre en compte la dégradation des indicateurs liés à l'absentéisme (arrêts de travail, accidents du travail, maladies professionnelles). L'entreprise doit ensuite avoir une action volontariste sur deux axes de travail complémentaires :
 - *La prévention de l'usure professionnelle* qui passe par une analyse ergonomique des postes de travail afin de réduire les facteurs de pénibilité. Cette première approche a également pour effet de développer la mixité sur les postes de travail et par la même d'assouplir les contraintes liées au recrutement.
 - *Le développement d'une GPEQC innovante et non discriminante* qui favorise l'évolution professionnelle et l'accès à la formation à partir de 45 ans (2^{ème} partie de carrière).
- L'enjeu sur **la difficulté de recruter** est particulièrement fort pour certains métiers (Kinésithérapeute, Orthophoniste, Infirmier). Faute de revalorisation salariale, ces derniers peuvent être tentés d'aller voir ailleurs. Au-delà de l'aspect financier, l'absence de réflexion empêche d'envisager des solutions alternatives pour répondre à cet enjeu.

A) Un diagnostic externe et interne

Le diagnostic externe porte sur la demande (évolution et taille du secteur), l'offre (capacité d'accueil du secteur) et le cadre réglementaire (législation, CCNT).

Le diagnostic interne porte sur les ressources humaines, l'organisation du travail (la division du travail, la division hiérarchique et le processus d'accompagnement des résidents (la planification détermine les objectifs et met en œuvre les moyens propres à les atteindre dans les délais prévus ; l'ordonnancement est l'ensemble des processus de mise en œuvre et de contrôle d'une activité).

On relie ensuite l'organisation du travail et le processus d'accompagnement des compétences internes (ressources humaines) pour comprendre s'il y a adéquation ou inadéquation. A ce stade de la réflexion, la question est de savoir si les salariés sont prêts à s'approprier le changement, si les organisations syndicales sont prêtes à négocier. Dans une démarche de « conduite du changement », il est important de ne pas consulter uniquement les acteurs internes légaux. Les formes parallèles sont toutes aussi

importantes. Le travail de terrain est incontournable pour nouer des contacts à la base et identifier les coalitions dominantes en recombinaison permanente.

B) La formulation des objectifs

L'articulation des deux diagnostics (externe/interne) permet de définir un objectif prioritaire (pilotage de la masse salariale³²) qui conduit l'action. Cet objectif prioritaire induit des objectifs RH qui conditionnent sa réussite :

- **Recruter** ou **besoin de formation** : la direction souhaite dresser un inventaire des connaissances, des aptitudes et des traits de personnalités exigibles selon les postes occupés.
- **Évaluer les compétences** ou **mobilité** : la direction souhaite définir des critères d'efficacité professionnelle en vue de mettre en place un système d'évaluation.
- **Garantir l'équité du système de rémunération** : la direction souhaite déterminer la valeur de la fonction accomplie.
- **Analyser et améliorer l'organisation du travail** : la direction souhaite améliorer les conditions dans lesquelles s'exerce le travail.

Ainsi, l'équipe de Direction (Directeur, chef de service) clarifie sa stratégie de façon à la stabiliser, permettre une meilleure articulation de la démarche compétence avec la stratégie et éviter aux outils de gestion de tourner à vide.

C) L'analyse de l'activité

L'objectif de la phase d'investigation est de prendre en compte l'ensemble des contraintes et des points de vue. Cette phase doit faire l'objet d'une double démarche : consultative auprès des représentants du personnel et participative avec l'encadrement et les salariés. Tout au long de l'investigation, les différents acteurs doivent être informés (affichage, réunions) sur les objectifs de la démarche tels que définis dans le cahier des charges.

L'analyse de l'activité répond à un objectif organisationnel (déterminer « qui fait quoi ») et de gestion des ressources humaines (évaluer la manière dont le poste est tenu par l'individu). Dans cette logique, l'élaboration d'une fiche emploi et d'un référentiel de compétences peut être envisagée afin d'aider l'encadrement à développer la polyvalence³³. Par conséquent, les outils de gestion intègrent les évolutions liées à

³² Anticiper les nouvelles données du médico-social, *APAJH Pratique*, n°36, janvier 2007.

³³ Capacité à prendre en charge plusieurs activités avec une efficacité égale (cf. Masson, Parlier, 2004, p. 23).

l'environnement afin de ne pas cloisonner l'individu dans certaines « tâches » uniquement. En d'autres termes, la description de l'emploi et des compétences associées correspond à la réalité de la situation de travail du salarié. L'analyse du travail prend appui sur une démarche participative qui permet une vision partagée de la problématique afin de vérifier la validité des hypothèses.

L'entretien avec un groupe de salariés expérimentés exerçant le même métier ou emploi type³⁴ est la méthode la plus pertinente pour identifier les tâches³⁵ qui contribuent à la performance de l'organisation. Après avoir procédé à la description des tâches, l'analyste identifie les activités³⁶ principales en utilisant la méthode des « incidents critiques » de Flanagan.

La méthode des « incidents critiques » consiste à demander aux salariés de décrire en détail ce qui s'est passé au cours d'un événement où ils ont fait preuve de comportement efficace ou inefficace. L'analyste recueille ainsi des observations concernant des faits « objectifs », apparus dans des circonstances appartenant au cadre normal des activités et propres à mettre en évidence les aptitudes ou inaptitudes individuelles. C'est un inventaire détaillé des anomalies, erreurs et insuffisances effectivement observées dans l'accomplissement d'une tâche. On voit ensuite leur importance par rapport aux résultats attendus.

La description des circonstances et des causes de l'incident, des conséquences du comportement critique permettent d'établir un classement des incidents. Ce classement est formalisé dans un tableau regroupant les caractéristiques essentielles du poste afin de catégoriser les comportements efficaces et inefficaces au travail. En permettant d'identifier les aspects les plus vulnérables du système, la méthode des « incidents critiques » est particulièrement adaptée aux domaines présentant des enjeux forts en matière de risque et de sécurité.

Prévenir le risque de maltraitance est l'enjeu majeur de ma démarche c'est pourquoi j'ai utilisé la méthode des incidents critiques pour créer les référentiels emplois.

³⁴ Poste clé, représentatif de l'activité de l'entreprise ou de la branche et bien réparti dans l'entreprise.

³⁵ Opérations élémentaires (intellectuelles ou manuelles) à effectuer sur un poste de travail.

³⁶ Une activité désigne une famille de tâches similaires dans plusieurs postes de travail correspondant à un emploi, un emploi type ou un emploi cible.

D) Définir l'emploi.

Selon la finalité recherchée, la description de l'emploi sera différente dans ses rubriques et son contenu :

Finalités spécifiques	Type d'étude
Analyse des tâches pour une réorganisation du travail	Étude de poste ³⁷ <i>(détaillée et centrée sur les tâches)</i>
- Analyse du contour et de l'environnement du poste pour une réorganisation du travail - Analyse des relations internes/externes du poste	Étude de fonction ³⁸ <i>(globale et centrée sur les responsabilités)</i>
- Évolution possible du poste - Démarche qualité nécessitant de revoir le processus	Étude de poste/fonction
Évaluation des compétences, recrutement, mobilité, besoin de formation...	Étude fonction complétée par un référentiel de compétences

Pour la MAS je souhaite pouvoir effectuer l'évaluation des compétences pour prévoir la mobilité des personnels mais également les besoins en formation. « Nous avons besoin de mobilité pour bâtir des projets, mais aussi pour suivre le déroulement du temps³⁹ » De plus ce référentiel va me permettre de préparer les recrutements.

L'analyse s'attache à ce qui est fait dans la réalité (au poste tel qu'il est et non tel qu'il devrait être) et aux tâches et/ou activités (non à l'individu). Ainsi, l'analyse répond à deux préoccupations : connaître l'utilité du travail et décrire les composantes (matérielles, organisationnelles, environnementales) du travail.

L'emploi est un concept opératoire qui permet à chacun de se situer dans l'organisation, de donner un sens aux situations éclatées vécues par les individus, d'identifier les filières de progression possibles et de préciser le cadre de production de la compétence.

Dans la logique compétence, un emploi se définit par un certain nombre d'exigences en termes de compétences requises (formation, savoir-faire, expérience...). La fiche de

³⁷ Situation de travail entièrement définie par l'organisation quant à son lieu d'exercice, son contenu et ses modalités d'exécution, indépendamment de son titulaire.

³⁸ Combinaison de tâches ou d'activités dans la description du contenu d'un emploi.

³⁹ Brandého, D, 2000, p74.

description de profil⁴⁰ est d'une utilité essentielle pour la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Comment définir la compétence ?

Guy Le Boterf⁴¹ définit la compétence comme suit : L'individu « réalise avec compétence des activités en combinant et en mobilisant un double équipement de ressources : des ressources incorporées (connaissances, capacités, qualités personnelles, expérience...) et des réseaux de ressources de son environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banques de données...) »

E) La compétence, un concept opératoire.

La notion de compétence émerge des multiples évolutions de l'organisation du travail qui sont liées à un environnement plus complexe. Lorsque l'individu se trouve dans une organisation « ouverte », les compétences qu'il doit mettre en œuvre correspondent davantage à des savoir agir : « être capable de gérer des situations professionnelles complexes, de faire face à des événements, de prendre des initiatives, d'arbitrer, de coopérer... »

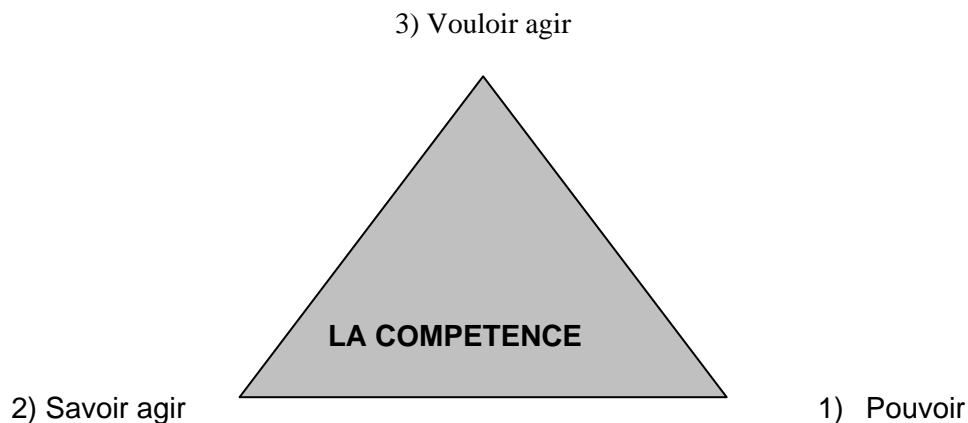
Masson et Parlier définissent la compétence comme un compromis entre le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir. Un individu peut répondre aux exigences de la situation professionnelle à laquelle il est confronté si les 3 conditions sont réunies :

1. **Savoir agir** (*gestion des Ressources Humaines*) : l'individu détient les ressources adaptées à cette situation.
2. **Vouloir agir** (*management*) : l'individu est d'accord pour engager les ressources dans la situation qu'il rencontre :
 - S'il est conscient des enjeux de la situation ;
 - S'il y trouve de l'intérêt (attractivité technique de la mission, valorisation sociale...);
 - Si ce qui est attendu de lui correspond à ses valeurs professionnelles ;
 - Si sa contribution lui est reconnue.
3. **Pouvoir agir** (*organisation*) : l'individu dispose de moyens pour engager les ressources en termes :
 - de contenu de travail (nature des tâches, cadre d'autonomie et de responsabilité)

⁴⁰ Ensemble des connaissances et compétences nécessaires pour un emploi.

- d'organisation de travail (répartition équitable des responsabilités, enjeux partagés, modalités de coopération clarifiées) ;
- de conditions de travail (risques professionnels réduits, charge de travail supportable...).

LA COMPETENCE : UNE RESULTANTE



Masson et Parlier considèrent que leur définition de la compétence est susceptible de convenir aux objectifs des praticiens : faire évoluer simultanément les individus et les organisations.

La restitution

L'objectif est de construire un plan d'action qui comprend un volet économique et son pendant social.

La phase de restitution du diagnostic se déroule souvent en 2 temps :

- le comité de direction réfléchit à 3 ou 4 pistes d'action ;
- co-construction des pistes d'action avec les représentants du personnel.

Si la phase de restitution s'est déroulée normalement, on obtient un cahier des charges de l'accompagnement.

⁴¹ In « Ingénierie et évaluation des compétences », 2001.

F) L'accompagnement vers des missions mieux définies.

Cette phase comprend le plan d'action, la conduite de projet, les solutions. On est sur de la conduite de projet classique avec un comité de pilotage et des groupes de travail.

Des besoins en formations vont nécessairement voir le jour. Les « apprenants » auront incontestablement besoin d'un accompagnement spécifique. C'est pourquoi depuis fin 2003 j'ai mis en place une fonction tutorale à la MAS.

2.3.3 La fonction tutorale comme règle d'accompagnement du stagiaire et du salarié.

Nous concevons la fonction tutorale comme un ensemble de ressources humaines, techniques et organisationnelles mobilisées dans l'établissement, pour intégrer et former, à partir des situations de travail, ces nouveaux arrivants. Nous abordons avec cette approche la politique tutorale de l'établissement.

La fonction tutorale mobilise toute l'équipe, elle touche tous les acteurs que constitue l'entreprise et toutes les fonctions existantes.

Nous constatons trois grandes catégories de tutorat :

- ✓ Le tutorat d'alternance qui s'adresse aux scolaires ou étudiants et aux salariés en formation par alternance.
- ✓ Le tutorat d'insertion ou de réinsertion qui s'adresse aux personnes en insertion par l'activité économique salariées dans les entreprises d'insertion.
- ✓ Le tutorat d'intégration pour les nouveaux salariés embauchés en contrat à durée indéterminée sans expérience professionnelle.

Nous voyons actuellement apparaître deux autres catégories de tutorat :

- ✓ Le tutorat de sécurisation pour les personnes sortant d'entreprise d'insertion et ayant besoin d'un accompagnement de sécurité lorsqu'ils intègrent notre établissement.
- ✓ Le tutorat de reconversion (ou de mutation) pour les personnes en reconversion dans notre établissement qui changent de service ou de fonction.

Nous pouvons repérer qu'il y a diverses responsabilités qui se dégagent dans cette fonction. Par exemple : Qui décide de la mise en place de la fonction tutorale ? Qui transmet les différents savoirs ? Il nous faut bien alors constater qu'il existe différents types de tuteurs comme les désignent Jean-jacques Boru et Leborgne :

- ✓ Le tuteur hiérarchique est le responsable de l'établissement ou ses adjoints sur délégation de pouvoir.
- ✓ Le tuteur relais, appelé parfois responsable de tutorat ou coordonnateur de projet. Il assure la mise en place du dispositif de formation et suit le parcours de la personne. Il est l'interface entre tous les acteurs, y compris externes. Il bénéficie d'une délégation de pouvoir sur l'organisation et la gestion de la fonction tutorale et d'un crédit d'heures sur son temps de travail.
- ✓ Le tuteur opérationnel est le professionnel qui travaille au quotidien avec la personne en formation. Il fait découvrir son métier et aide l'apprenant à développer ses capacités. Ce peut être chaque professionnel avec qui l'apprenant est en contact dans l'entreprise.

A) Le tuteur relais, un salarié reconnu dans ses compétences.

Le tuteur relais (TR) a de nombreuses missions lorsque le chef d'établissement décide d'accueillir un stagiaire dans tel ou tel service.

a) *Accueillir et intégrer le nouvel arrivant pour éviter le non-investissement.*

Il doit préparer l'arrivée du stagiaire, c'est à dire prévenir ses collègues, présenter succinctement le stagiaire, prévoir le poste de travail, prévoir un casier ou un vestiaire s'il y a lieu, etc. Ensuite, le tuteur doit présenter l'établissement à la personne, (visite des locaux, présentation des personnes). Il devra intégrer le stagiaire dans le collectif de travail et préparer le processus d'intégration suivant les éléments du projet de stage.

b) *Organiser le parcours de formation et de socialisation professionnelle pour éviter les errements.*

Le TR doit identifier les situations d'apprentissage liées au projet du stagiaire. Afin de faciliter l'émergence d'une identité professionnelle, il doit prévoir des échanges avec les professionnels et, si possible, rencontrer les différentes familles de métiers : éducative, administrative, pédagogique, thérapeutique, sans oublier celle des services généraux.

c) *Rendre le travail formateur pour devenir un professionnel compétent.*

Le TR doit préparer les séquences de travail pour qu'elles deviennent formatrices. Il doit demander au tuteur opérationnel d'expliquer et de montrer le travail au stagiaire, de

faire réaliser le travail sous contrôle. Le tuteur opérationnel devra également pouvoir pratiquer une évaluation formative, avec la présence effective du stagiaire.

- d) *Participer à la démarche d'alternance (s'il y a lieu) pour s'ouvrir vers d'autres partenaires.*

Le TR doit planifier les rencontres avec le centre de formation et participer à ces rencontres. Il doit également étudier précisément le référentiel formation pour organiser et hiérarchiser les situations de travail en lien avec ce référentiel.

- e) *Évaluer les acquis et la progression du stagiaire pour lui permettre de se situer dans son parcours.*

Il faut construire une démarche d'évaluation suivant chaque stagiaire et chaque type de formation. Il faut planifier les différents bilans, bilans intermédiaires, bilan final, avec ou non le centre de formation, avec l'ensemble ou non des différents tuteurs, etc. Ensuite il faut réaliser ces bilans.

À la MAS L'Estuaire, cette fonction existe depuis janvier 2004, mais le tutorat opérationnel était effectué de manière empirique par les personnels de proximité des différentes unités.

- B) Le tuteur opérationnel comme professionnel de référence.

La fonction du tuteur opérationnel correspond à ce qu'on appelait autrefois le monitorat de stage avec une centration dominante sur la personne en formation plus que sur les contenus à acquérir, les capacités à développer et les situations de travail à maîtriser.

Chaque professionnel en contact direct avec la personne en formation peut être concerné si toutefois il accepte cette mission. En situation de travail à ses côtés, il est chargé de développer sa qualification, il lui fait découvrir son métier et l'aide à développer ses capacités à les transformer peu à peu en compétences par le travail.

La dimension pédagogique et professionnelle de sa mission lui permet :

- De transmettre les savoirs et les savoirs faire en situation de travail.
- De favoriser le développement des compétences professionnelles.

Pour chacun des six personnels de la MAS en formation d'AMP, 2 tuteurs opérationnels sont chargés de l'accompagnement. Le binôme est constitué d'un AMP et d'un AS et ce, dans un souci d'échange des pratiques professionnelles.

Conclusion de la deuxième partie.

La loi du 11 février affirme le polyhandicap comme un handicap spécifique au même titre que la cécité ou le handicap physique. Méconnue en France, la population polyhandicapée demande un accompagnement spécifique des personnes qui les entourent, professionnels et/ou familles.

« Bientraiter » une personne, revient à systématiquement agir dans un but précis, rendre son développement harmonieux.

La maltraitance en revanche se caractérise soit par :

- des actions négatives, c'est-à-dire des fautes volontaires (physiques, psychologiques, médicamenteuses, financières) ou des contraintes volontaires et actives.
- des négligences actives ou passives et c'est-à-dire des fautes non intentionnelles.

Une personne polyhandicapée vivant en MAS risque potentiellement de subir à son encontre des fautes volontaires ou non, quotidiennement. Les deux tiers des personnes maltraitées en institution, l'ayant été par les professionnels les accompagnant, il nous faut prévenir au maximum ce risque.

Pour ce faire, plutôt que de suspecter constamment les personnels et de vivre professionnellement dans une ambiance pesante qui rejaillira sur les usagers, il apparaît préférable de s'appuyer sur les compétences des salariés et de réfléchir à une GPEQC afin de stimuler les appétences de travail des professionnels. Les référentiels emplois sont des outils permettant de faire émerger les compétences ou les lacunes, dans un souci d'amélioration constant des prestations à délivrer aux usagers. Les compétences peuvent être sans cesse améliorées et/ou transmises, les lacunes permettent d'engager un processus de formation pour y pallier. L'utilisateur bénéficie systématiquement de la mise en place d'une telle démarche.

3 PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE.

Pour promouvoir la bientraitance des résidents de la MAS, j'ai choisi de m'appuyer sur les compétences des salariés de la structure et plus particulièrement des personnels de proximité. Pour ce faire il fallait dans un premier temps dresser la liste des compétences requises et ce en groupes de travail. Puis nous avons identifié et repéré les risques potentiels de maltraitance pour déterminer les axes de progrès possible.

3.1 Les référentiels emplois.

3.1.1 Personnels de proximité.

Nous avons commencé par déterminer quelle est la finalité de l'emploi de l'AMP et de l'aide soignant, pour rapidement décider que l'aide soignant et l'aide médico-psychologique accompagnent les personnes handicapées adultes dans les activités de la vie quotidienne. A travers la dimension médico-éducative de leurs actions, ils contribuent à promouvoir le bien-être, la santé et l'autonomie des personnes accueillies. C'est pourquoi nous avons un référentiel emploi commun aux deux métiers.

A) Les missions principales.

Chaque mission est développée en activités clés, elles mêmes déroulées en actions clés. Les missions principales sont au nombre de trois :

- *Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne*
- *Contribuer à protéger, maintenir et restaurer la santé de l'utilisateur*
- *Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations*

B) Le contexte général de l'emploi

Ensuite il est important de contextualiser l'emploi avec des items simples mais tout à fait explicites qui sont : le Rattachement hiérarchique, l'Effectif encadré, Environnement de l'emploi, Moyens, Méthodes⁴².

Puis nous avons déterminé les connaissances professionnelles indispensables à l'emploi et particulièrement les capacités personnelles :

- Faciliter l'intégration des nouveaux arrivants (professionnels, stagiaires) en transmettant son savoir-faire
- Interroger ses pratiques en équipe pluridisciplinaire
- Suivre les décisions institutionnelles
- Accueillir et accompagner des stagiaires professionnels
- Réagir rapidement et efficacement à une situation d'urgence, de conflit ou d'agressivité
- Capacités d'observation
- Se former en permanence pour s'adapter à l'évolution des pratiques
- Capacités à supporter des situations émotionnelles difficiles et répétitives.

C) Les compétences requises.

Enfin les actions clés découlant des activités clés ont toutes été déclinées en compétences permettant l'accomplissement de ses actions. Le tableau synthétique suivant illustre le travail réalisé avec les professionnels.

COMPETENCES REQUISES

Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES
Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne	1 Assurer lever, sieste, coucher et installer la personne dans une position adaptée	<ul style="list-style-type: none">- Respecter les règles de manutention- Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être de la personne- Respecter la personne, son autonomie

⁴² Cf. Référentiel emploi AS/AMP, annexe II.

	2	Effectuer la toilette et les soins d'hygiène en fonction de l'autonomie et du handicap	et son intimité - Respecter les règles d'hygiène - Se conformer aux consignes données et aux protocoles établis dans la structure
	3	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière	
	4	Prendre part à l'organisation du cadre de vie	
	5	Aider à préserver l'image de soi	
Accompagner l'utilisateur dans sa relation à l'environnement	1	Proposer et animer des activités d'éveil dans le respect du projet individuel personnalisé	- Soumettre ses propositions à l'équipe éducative - Tenir compte des choix et de la volonté de la personne - Aider aux repères dans le temps et dans l'espace
	2	Assister les éducateurs dans les activités contribuant à maintenir ou développer l'autonomie et à créer du lien social	Savoir susciter la participation de l'utilisateur, lui donner envie de faire, de partager et d'échanger avec les autres
	3	Accompagner les déplacements extérieurs	- Se distancier des attitudes extérieures - Faciliter les activités à l'extérieur en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité - Réagir rapidement et efficacement à une situation d'urgence

Contribuer à protéger, maintenir et restaurer la santé de l'utilisateur

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES
-----------------------	---------------------	-----------------------------

Mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé de l'utilisateur	1	Observer les réactions et le comportement du résident	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes de détresse et de douleur - Écouter la personne et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement - Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter l'infirmier
	2	Surveiller les paramètres vitaux	Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux handicaps et aux âges de la vie
	3	Observer des signes pathologiques	Observer la personne et apprécier les changements de son état clinique
Participer aux soins infirmiers	1	Aider à la prise des médicaments sous forme non injectable et dûment prescrits, sous la responsabilité de l'infirmier	Connaître les protocoles de soin : libellé de la prescription (si acte exclusivement infirmier), doses prescrites, mode d'administration et moment de la prise
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence	Connaître les devoirs (cf. protocoles) et les limites de son intervention
	3	Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir apprécier des données de toutes natures susceptibles de concourir à l'état général de la personne - Respecter la confidentialité des dossiers

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES
----------------	--------------	----------------------

Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1	Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie	Connaître la situation de l'intéressé, les moyens mobilisables dans l'établissement et le positionnement de la famille et/ou du représentant légal
	2	Transmettre les informations utiles aux différents acteurs du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Renseigner les documents assurant la traçabilité de l'accompagnement - Connaître les différents types et objectifs de réunions
	3	Identifier et signaler au chef de service les besoins matériels relatifs à la vie quotidienne	Détecter l'évolution des besoins du résident
Assurer le suivi du projet individuel personnalisé	1	Préparer la réunion de synthèse avec l'équipe éducative et l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les informations consignées dans les divers supports de communication - Savoir échanger les informations recueillies au sein de l'équipe ; - Savoir argumenter et soumettre sa réflexion et ses propositions.
	2	Contribuer à l'élaboration des conclusions de la réunion de synthèse	Développer la pratique de l'écrit
	3	Veiller à la bonne mise en œuvre du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les compétences d'une équipe pluridisciplinaire ; - Alerter son supérieur hiérarchique sur le non-respect des actions éducatives relatives au projet - Évaluer les effets des actions mises en œuvre en prévenant notamment la maltraitance

3.1.2 Les animateurs 2^{ème} catégorie.

Le rôle des animateurs a longtemps été difficile à expliquer. Avant mon arrivée, ils étaient les remplaçants permanents de AMP/AS absents. Je les ai repositionnés sur des actions plus proches de leurs qualifications et en particulier l'animation d'une unité spécifique. Cela a fait ressortir un désaccord violent des AMP/AS qui se sont sentis dévalorisés. Depuis les tensions se sont apaisées et nous avons ainsi pu déterminer son rôle : l'animateur de 2^{ème} catégorie assure l'animation globale d'une unité de vie en conduisant une action éducative et socialisante auprès de personnes handicapées adultes. Il contribue ainsi à stimuler les potentialités intellectuelles, affectives et motrices des personnes accueillies.

La méthode utilisée est la même que pour les personnels de proximité avec une déclinaison des missions⁴³, en activités clés, puis en actions clés et enfin en compétences requises. Plusieurs missions sont identiques et les compétences demandées peuvent même quelquefois l'être également, pourtant au regard des deux référentiels emplois nous pouvons différencier les rôles et les responsabilités de chacun.

COMPETENCES REQUISES

Conduire une démarche éducative au sein de l'unité de vie

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES		COMPETENCES REQUISES
Mettre en place les actions éducatives	1	Analyser, proposer et animer des actions éducatives	Développer des pratiques adaptées d'accompagnement en utilisant les différents moyens de l'établissement
	2	Promouvoir les activités inter-unités	Susciter la réflexion et l'élaboration de projets transversaux avec les autres animateurs d'unité

⁴³ CF annexe II

	3	Préparer le planning des activités dans le respect des projets individuels personnalisés	Connaître la situation des usagers et les moyens mobilisables dans et hors l'établissement
Assurer l'animation globale de l'unité de vie	1	Garantir la réalisation des activités en respectant l'intégrité de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter la participation des membres de l'équipe en engageant une réflexion autour de la démarche éducative - Développer l'écoute et le dialogue afin d'instaurer un véritable partenariat avec les membres de l'équipe - Prendre en compte la santé, les capacités et les besoins du résident
	2	Participer aux réunions de synthèse	Préparer et présenter le bilan des activités éducatives du résident
	3	Assurer un soutien éducatif	Transmettre les techniques éducatives

Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne			
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES		COMPETENCES REQUISES
Participer aux actes usuels de la vie quotidienne	1	Assurer lever, sieste et installer la personne dans une position adaptée	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les règles de manutention - Se conformer aux consignes données et aux protocoles établis dans la structure - Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être de la personne
	2	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière	

	3	Accompagner les déplacements extérieurs	Faciliter les déplacements externes en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité
Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal être	1	Observer les réactions et le comportement du résident	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes de détresse et de douleur - « Écouter » la personne et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement - Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter l'infirmier
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence	Connaître les devoirs (cf. protocoles) et les limites de son intervention
	3	Recueillir et transmettre à l'infirmier des observations pour maintenir la continuité des soins	Savoir apprécier des données de toutes natures susceptibles de concourir à l'état général de la personne

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES
Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1 Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie	Connaître la situation de l'intéressé, les moyens mobilisables dans l'établissement et le positionnement de la famille et/ou du représentant légal

	2	Recueillir et transmettre à l'équipe éducative de l'unité les informations utiles pour assurer la continuité du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les compétences d'une équipe pluridisciplinaire - Connaître les différents types et objectifs de réunions
	3	Proposer une prise en charge adaptée aux besoins du résident	Susciter une réflexion autour de l'évolution du résident pour répondre aux nouveaux besoins
Assurer le suivi des projets individuels personnalisés	1	Préparer la réunion de synthèse avec l'équipe éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter la réflexion et recueillir les informations au sein de l'équipe - Analyser les informations recueillies et soumettre des propositions
	2	Aider à la mise à jour du protocole personnalisé d'accompagnement	Encourager et soutenir la pratique de l'écrit
	3	Veiller à la mise en œuvre des décisions prises en réunion de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer une analyse critique sur l'adéquation projet/besoin du résident - Évaluer l'apport et les effets des activités en prévenant notamment la maltraitance - Alerter le chef de service sur le non-respect des actions éducatives relatives au projet

3.2 Les critères de bientraitance retenus.

Le cabinet conseil que j'ai mandaté nous a permis de réaliser un travail en profondeur sur la prévention de la maltraitance mais aussi sur la promotion de la bientraitance.

3.2.1 La bientraitance, une culture à s'approprier.

Il me fallait engager une démarche de prévention des risques de maltraitance pour dans un second temps favoriser l'acquisition d'une véritable « culture de la bientraitance ». Les objectifs se sont déclinés ainsi :

- Engager une démarche de prévention des risques de maltraitance destinée à :
 - o Connaître et comprendre la problématique de la maltraitance
 - o Développer sa capacité à repérer pour mieux lutter
 - o Connaître ses droits mais aussi ses devoirs.
- Favoriser l'acquisition d'une culture de la bientraitance en :
 - o Développant sa capacité à initier et à soutenir un espace de réflexions tendant à l'amélioration des pratiques.
 - o Avec pour objectif de faire converger les convictions intimes de chacun vers une vision commune de la bientraitance au sein de la MAS avec les moyens qui sont les siens.

Les différents personnels ont retenu la définition suivante : « La bientraitance est un ensemble de comportements, d'attitudes de l'environnement qui prennent en compte la phase de développement de la personne, s'adaptent à ses besoins divers (psychologiques, physiologiques, affectifs...) avec pour objectifs de lui permettre un développement harmonieux ».

3.2.2 Identification et repérage des risques potentiels de maltraitance.

Il est indispensable de sélectionner les éléments au travers desquels le raisonnement va se porter. Nous avons déterminé cinq items :

- Le résident (en tant que victime potentielle).
- Le professionnel (en tant que maltraitant potentiel).
- Les pairs (à savoir les actes de maltraitance de résident à résident).
- Les situations de prises en charge pouvant favoriser un acte de maltraitance.
- Les situations hors établissements sur lesquelles l'attention des professionnels peut être appelée.

A) Le profil de la victime potentielle.

Une personne polyhandicapée à la MAS L'estuaire est potentiellement une victime du fait de plusieurs éléments favorisant aujourd'hui repérés :

- Absence de communication verbale peut faciliter la maltraitance et rendre difficile le repérage et l'interprétation des réactions.
- Niveau de dépendance : plus il est important plus le risque de maltraitance est élevé.
- Réaction inadaptée par rapport au ressenti, par exemple un rire peut être la réponse à une douleur.
- Résident discret ou calme, plus isolé qu'un résident bruyant car il a moins de réactions et d'oralisation. On risque de l'oublier.
- Douleur ou dépression non prises en compte.
- Absence de visite : le niveau d'exigence est plus grand s'il y a une demande extérieure portée par une famille.
- Agressivité ou répétitivité de comportements liés à certaines pathologies tels que des cris, des crachats, des coups, des morsures etc.

B) Le profil du maltraitant potentiel.

Le professionnel est potentiellement maltraitant du fait qu'il soit confronté à diverses situations :

- Il est amené à s'occuper d'un homme ou d'une femme, s'il est nouveau salarié il est inexpérimenté, s'il est ancien il peut être « usé » ou travailler de manière routinière.
- Il est amené à réaliser un travail isolé.
- De sérieuses difficultés liées à l'environnement professionnel peuvent survenir tels que l'épuisement professionnel, le stress, une fragilité momentanée, des conduites addictives, une fuite de ses responsabilités.
- Une formation insuffisante ou des compétences inadaptées ce qui peut engendrer une absence de perspective. Une expérience insuffisante qui engendre une inégalité dans les congés (droit à 18 jours par an de congés trimestriels pour les personnels qui ont fait le choix de quitter l'IME pour la MAS à sa création).
- Personne qui effectue un remplacement.
- Gestion du planning en cas d'urgence.
- Absence de liberté de parole du fait d'une ancienneté professionnelle commune.

C) La maltraitance de résident à résident.

Il est indéniable que malgré toute la vigilance dont peuvent faire preuve les différents professionnels il existe des risques de maltraitance entre usagers de l'établissement. Les risques pressentis sont les suivants :

- Une forme de jalousie pour de multiples raisons réelles ou fantasmées.
- Une vengeance sur un autre résident non concerné suite à une frustration causée par une interdiction.

- Des troubles du comportement liés à certaines pathologies qui se traduisent par de l'agressivité allant jusqu'au passage à l'acte avec ou sans intention de nuire.
- Absence de surveillance du groupe pendant que le professionnel s'occupe d'un résident (en particulier au moment de la toilette).

D) Les situations de prise en charge pouvant être maltraitantes.

L'accompagnement des usagers dans les actes de la vie quotidienne, peut favoriser des faits maltraitants, et ce majoritairement durant :

- La toilette qui est un temps particulièrement favorisant du fait de la multiplicité des risques (friction excessive, toilette intime, matériel non adapté, séchage imparfait, gestes très techniques, etc.)
- Le temps des repas s'il y a une inégalité de temps en fonction des comportements, s'il y a une mauvaise posture due à une mauvaise installation, si la texture des aliments n'est pas appropriée (fausses routes possibles), si ce moment est bruyant et que l'environnement est agité.
- Le moment de la mise aux toilettes (ou au pot) qui peut être pénible pour l'utilisateur sans qu'il y ait de résultat au long court et qui peut correspondre alors à un acharnement.

E) La maltraitance commise par des personnes extérieure à la MAS.

Une des politiques de la MAS est de favoriser les rapprochements familiaux et amicaux, ainsi nous avons pu voir que les personnes accueillies à temps plein sortent plus fréquemment pour vivre des temps de repos en familles (sorties, WE, vacances). Des risques de maltraitance existent, il nous faut donc repérer les temps, les lieux et/ou les personnes potentiellement menaçants :

- Les familles, démissionnaires ou démunies.
- Les transports (chauffeur souvent seul avec des usagers).
- Personnes extérieures au service (Technicien des contrats de maintenances, maître nageur présent à la piscine, etc).

3.2.3 Les axes de progrès à explorer pour atteindre la bientraitance.

Je dois orienter ma démarche vers deux orientations complémentaires. Le premier élément est humain, le second est organisationnel. En effet, le levier démarche compétence ne peut être actionné sans prendre en compte le facteur organisationnel qui lui aussi doit être au service de l'utilisateur. L'élément humain concerne tant les

professionnels que les usagers. Chacun peut connaître une perte de patience, de tolérance, des gestes brusques, des difficultés pour interpréter les demandes ou les réactions etc. Le facteur organisationnel concerne également les professionnels et les usagers, mais aussi les prises en charge et les moments hors structures.

Nous voyons donc apparaître quatre axes de progrès à exploiter :

- Optimiser le niveau de compétence des professionnels.
- Optimiser les outils de communication.
- Optimiser la gestion du temps de travail.
- Piloter les risques extérieurs.

3.3 Conduire le changement pour atteindre la bientraitance.

Pour passer de la conception à la réalisation, un certain nombre d'actions sont à réaliser. Je souhaite que chaque salarié se sente impliqué dans la démarche et qu'ainsi cette dynamique permette l'amélioration continue de la qualité des prestations fournies aux usagers. Le changement que j'ambitionne pour l'établissement est déjà enclenché, les référentiels emplois de personnels de proximité sont réalisés et validés par le comité de pilotage, d'autre part nous avons établi les axes de progrès à exploiter pour atteindre la bientraitance. Il me faut maintenant que le personnel est rassemblé autour du sens de nos actions, affirmer ma démarche par des réponses stratégiques aux quatre axes de progrès que nous venons de définir.

3.3.1 La recherche de bientraitance : un objectif incontournable.

Je me dois d'être en adéquation entre mes principes éthiques et mon mode de management. Cette cohérence passera par la reconnaissance de la place de chaque salarié, son droit à l'expression, la participation et l'information, le respect de ses compétences par l'exigence de l'amélioration continue de la qualité de son travail.

En premier lieu, je vais engager les référentiels emplois pour les autres corps de métiers de la MAS, à savoir agents d'entretien, personnels médicaux et paramédicaux ainsi que personnel administratif.

Alors, chaque professionnel pourra être renvoyé à sa responsabilité qui de fait implique des devoirs mais également des droits. C'est de ces droits que découlent l'information, la participation et l'expression. « Produire du sens, c'est avoir trouvé un rapport positif à l'entreprise...C'est aussi pouvoir se considérer comme un agent de transformation et d'amélioration, au profit de l'intérêt collectif⁴⁴ ».

⁴⁴ Claude, JF, 2002, p141.

Pour répondre aux quatre axes de progrès à exploiter, je propose les démarches transversales suivantes :

- Engager l'établissement et les personnels dans des formations :
 - o Spécifiques répondants aux besoins des usagers :
 - Connaissances des pathologies,
 - Interprétation « communication non verbale »,
 - Gestes et postures,
 - Snœzelen.
 - Prévention secours civique (décret du 3 août 2007).
 - o Favorisant l'évolution professionnelle :
 - Continuer les formations d'AMP,
 - Permettre les VAE de ME ou d'ES
- Créer un espace de parole pluridisciplinaire d'analyse des pratiques.
 - o Réflexion sur les moments difficiles rencontrés lors des prises en charge,
 - o Travail mené par un intervenant extérieur,
 - o Participer aux travaux inter établissements mis en place au niveau du Groupement Régional de Réflexion et de Travail (GRRT⁴⁵).
- Mise en place d'un Comité de veille sur la bientraitance avec pour objectifs :
 - o Entretenir la réflexion sur la thématique sous la forme d'une démarche répétée à partir des indicateurs proposés par les équipes,
 - o Le suivi et la traçabilité des dysfonctionnements (recueillir, centraliser, vérifier la pertinence des signalements),
 - o Désigner une personne ressource par unité et corps de métiers,
 - o Mettre en place un protocole de signalement.
- Gérer le temps de travail :
 - o Refonte des plannings suivant les besoins des usagers,
 - o Organiser une rotation des professionnels entre les unités et les services⁴⁶,
 - o Assurer la traçabilité des déplacements extérieurs sous traités⁴⁷

⁴⁵ Le GRRT est une association des MAS et FAM de la région à laquelle la MAS adhère depuis sa création en janvier 2004.

⁴⁶ Ouverture le 1^{er} février 2008 d'un S.A.M.S.A.H. (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) de 13 places et d'un SAT (Service d'Accueil Temporaire) de 6 places.

⁴⁷ Par exemple lorsque le service hospitalier nous demande lors de l'hospitalisation d'un usager d'être présent pour l'accompagnement quotidien de la personne.

3.3.2 S'appuyer sur les compétences existantes.

Le référentiel qualité, qui est notre guide pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations, va nous servir de base de travail. Le diagnostic effectué par les équipes en février 2007 est toujours valide et nous pouvons maintenant l'exploiter avec le prisme de la démarche compétence. Je privilégierai les groupes de travail dans les diverses démarches que je vais engager. Je trouve cette approche génératrice de mouvement par la prise de conscience des compétences de chacun. De plus c'est la méthode qui a été employée pour créer les outils relatifs à la loi 2002, le référentiel qualité ainsi que les référentiels emplois.

Le Conseil d'Administration (CA) est informé chaque semaine de l'évolution de cette démarche et le soutien complètement, mais il est impératif que je continue à informer et consulter les instances représentatives du personnel ainsi que le Conseil de la vie sociale. Des résistances apparaîtront certainement du fait même que des changements de pratique seront inévitables et que sortir de sa routine engendre une peur de l'inconnu. Mais les changements ne seront acceptés et intégrés dans les pratiques que s'ils ont un sens pour les salariés qui seront alors porteurs de cette nécessité d'amélioration continue. Le sens de l'action ne prendra forme et vie que si chacun est consulté et que toutes les paroles sont entendues.

A) Les compétences internes.

C'est pourquoi je vais commencer par mettre en place deux groupes de travail distinct et indépendant l'un de l'autre :

- Le comité de veille sur la bientraitance composé de 12 personnes dont un membre du CA (désigné par ses pairs), un membre du Conseil de la vie sociale (de préférence un usager ou son représentant légal), un membre du Comité d'hygiène et de sécurité au travail (désigné par ses pairs), un membre de la direction, et huit personnels désignés par les service éducatifs, administratifs, médicaux et d'entretien.
- Une commission des plannings composée de personnels éducatifs et médicaux, du chef de service et des représentants des instances représentatives du personnel (élu Comité d'Entreprise (CE), Délégué du Personnels (DP), membre du CHSCT), dont le but sera de recenser les dysfonctionnements, les besoins et les attentes des usagers et proposer des plannings cohérents avec ces recensements.

De plus pour l'axe formation, je vais demander au médecin physique et de rééducation ainsi qu'à la neuropsychologue travaillant à la MAS de pouvoir animer des réunions d'information en interne en direction des personnels. Cela me permet là encore de

m'appuyer sur les compétences des professionnels et de favoriser une proximité permettant le dialogue sur l'instant ou lors de rencontres informelles au sein de la structure.

Les tuteurs relais, qui sont désignés du fait d'une reconnaissance de leurs fortes compétences, vont devoir accompagner les personnes en VAE dans leur parcours.

B) Les ressources environnementales.

Les compétences externes sont innombrables et je souhaite que l'établissement soit très ouvert, le regard extérieur étant un garde-fou indispensable de lutte contre la maltraitance.

La première source de taille que je vais exploiter est le GRRT, en effet ce groupement organise pour chaque corps de métiers⁴⁸ des journées de rencontres entre professionnels. Ces derniers choisissent le thème qu'ils vont aborder d'une fois sur l'autre. De retour à la MAS, un compte-rendu du travail est réalisé et présenté en réunion. Une fois par an se déroule un colloque⁴⁹ pour évoquer les différentes pratiques dans nos établissements. Ce sont les personnels de proximités qui interviennent devant leurs pairs. Cette intervention est préparée tout au long de l'année, ainsi le thème est abordé sous plusieurs angles. C'est un exercice difficile pour les AMP et AS qui n'ont pas l'habitude de discourir devant plus de cent personnes, mais la reconnaissance des compétences par les participants engendre une revalorisation de soi extrêmement importante. Enfin, je peux également faire appel au GRRT pour trouver au sein d'un établissement un ou plusieurs spécialistes d'un thème spécifique tel que l'accompagnement à la mort, la sexualité des personnes handicapées etc, qui viendra intervenir dans l'établissement, bénévolement. Ce service est à charge de revanche et des personnels de la MAS l'Estuaire sont déjà intervenus dans d'autres établissements. Là encore, nous nous appuyons sur les compétences des professionnels en tant qu'experts. Être reconnu expert est très important, mais pour des salariés ayant été déconsidérés pendant des années, se reconnaître experts est source de développement personnel dont le bénéfice second va directement à l'utilisateur.

C) Le financement des différentes mesures.

Les MAS sont soumises au respect des règles définies par le décret budgétaire comptable et financier 2003-1010 du 22 octobre 2003, pris en application de la loi 2002-2, ainsi qu'au respect des procédures de pilotage en ce qui concerne la planification

⁴⁸ Administratif, médical et paramédical, éducatif, personnel de nuit.

⁴⁹ Cette année le thème en est la communication non verbale.

(schéma d'organisation médico-social) ou les autorisation de création, d'extension ou de transformation.

Le coût de la formation « Promouvoir la bientraitance » a été de 9540 €, 8500 € de frais pédagogique et 1040 € de frais de déplacement. En accord avec le CA et l'autorité de tarification, j'avais anticipé ces frais lors du licenciement de la salariée ainsi que des frais de formations liées à l'amélioration continue de la démarche qualité pour une somme de 17500 €. Le plan de formation est quant à lui dévolu complètement cette année aux formations d'AMP en cours.

Pour les formations gestes et postures, prévention secours civique et Snœzelen, je vais faire appel à des prestataires extérieurs qui interviendront en interne pour que la formation soit en adéquation avec le matériel de l'établissement et qu'ainsi l'aspect pratique soit immédiatement exploitable. Le financement de gestes et postures et Snœzelen sera demandé au plan de formation soit respectivement en intégrant le coût des remplacements 5680€ et 7233€. La formation prévention secours civique sera prise hors plan de formation sur un crédit non reconductible attribuée par la DDASS car c'est lié à la sécurité, le coût sera, en intégrant les coûts de remplacements de 7466€.

Pour l'animation du groupe de parole, il est impératif qu'elle soit réalisée par un intervenant extérieur. La commission planning n'ayant pas encore travaillé, n'a donc pas pu faire remonter les besoins horaires des professionnels en matière de soutien. Pour ma part j'évalue aujourd'hui ce besoin à une cinquantaine d'heures annuelles (environ une heure par mois par unité), le taux horaire chargé des intervenants contactés varie entre 70 et 100 € de l'heure, je serais donc dans une fourchette allant de 3500 à 5000 € que je vais demander au budget 2008 en augmentation de la ligne budgétaire personnels extérieurs à l'établissement.

Le coût en temps va être important :

- pour le comité de veille, environ 200 heures (10 salariés, 2 heures par rencontre, environ 10 fois par an).
- La commission planning, environ 80 heures (8 salariés, 1 heure par rencontre, une dizaine de rencontre).
- L'action tutorale, environ 100 heures par an (2 salariés, 1 heure par semaine).

3.3.3 L'évaluation de la démarche.

Initier une démarche d'amélioration de la qualité des prestations rendues aux usagers en s'appuyant sur les compétences des personnels impliquent l'acceptation d'un travail sans

cesse inachevé et à améliorer. Une fois que nous avons convenu que la perfection en matière d'accompagnement des personnes polyhandicapées est un objectif inatteignable, qu'il nous faut tout de même viser, nous devons mesurer régulièrement la pertinence et les effets des mesures engagées afin si nécessaire d'apporter des mesures correctives. Je ne vais pas pouvoir évaluer le travail et les indicateurs de veille initiés par le comité de veille sur la maltraitance immédiatement, en revanche, je vais pouvoir évaluer :

- la mise en place effective de ce comité
- s'il y a un suivi et une traçabilité des dysfonctionnements,
- si une personne ressource par unité et corps de métiers est désignée
- si un protocole de signalement est mis en place.

En ce qui concerne la commission des plannings je vais devoir établir un calendrier précis pour que le chef de service me fasse remonter les éléments indispensables, charge à lui d'organiser et d'animer cette commission :

- avant le 15 octobre l'évaluation des besoins horaires en groupe de paroles pour intégrer cette charge nouvelle au budget.
- Avant le 30 novembre des propositions de planning et d'organisation afin d'avoir le temps de consulter officiellement les instances représentatives du personnel et les différents personnels concernés sur les possibles modifications tant d'horaires que d'affectation dans les différents services pour le 1^{er} février 2008.

Je vais m'attacher principalement à l'implication des personnels dans la démarche en contrôlant :

- La participation régulière et active des salariés aux divers groupes de travail,
- La circulation de l'information émanant de ces groupes,
- La fréquence des absences,
- Les nouvelles visées professionnelles

Une fois le Plan de prévention réalisé par le comité de veille et validé par le CA, il nous faudra intégrer cet outil dans :

- ✓ Notre Livret d'accueil, Charte des droits et devoirs
- ✓ Notre Règlement de fonctionnement
- ✓ Notre Règlement Intérieur
- ✓ Notre Conseil de la vie sociale

Alors, nous examinerons si cela a permis :

- ✓ De valoriser la dimension individuelle et collective
- ✓ De favoriser les échanges, la communication
- ✓ D'inciter la verbalisation des situations à risques

L'entretien annuel d'évaluation me permettra de contrôler :

- ✓ Si la formation est en adéquation avec les compétences attendues,
- ✓ Si le professionnel a un sentiment de valorisation, de reconnaissance professionnelle,
- ✓ Si le professionnel se sent acteur dans la mise en réseau pour un échange d'expériences,

Ces entretiens sont des moments forts qui favorisent l'échange et qui permettent de repartir sur des bases solides et riches. « C'est dans ce climat de sérénité que de nouveaux objectifs pourront être définis en commun. Ils engendreront l'adhésion du collaborateur, son nouvel engagement et donc son implication⁵⁰ ».

La politique tutorale mise en place semble porter ses fruits. En 2003, 4 stagiaires étaient accueillis, en 2006 nous en avons suivis 27 venant de l'extérieur et 7 personnels de l'établissement. 6 ont préparé et réussi la sélection d'AMP et une salariée a obtenu son diplôme en juin 2007. Nous avons un réel partenariat avec les trois IFSI du département qui forment les AS et les IDE, avec l'Institut Régional du Travail Social et avec les lycées professionnels les plus proches. Cela permet à certains professionnels de la MAS d'aller régulièrement expliquer aux différents élèves ce qu'est leur travail et comment accompagner les personnes polyhandicapées.

Les relations avec les proches et en particulier la famille sont facteurs de mieux-être pour le résident. Le taux d'occupation prévisionnel pour 2007 est de 88,75 %. Ce taux a considérablement diminué depuis 3 ans. Ceci peut s'expliquer en partie par l'arrivée de jeunes adultes dont la famille est présente et active auprès de leur enfant mais aussi par la stratégie menée pour faciliter la participation des familles. Cela engendre une augmentation du prix de journée de 4% (en euros constant) car les charges de fonctionnement ne diminuent pas proportionnellement aux absences dans la structure des résidents.

Chaque famille est reçue à sa demande, mais à minima une fois par an, par un membre de la direction et le médecin physique et de rééducation pour faire le point sur les difficultés rencontrées lors des retours à domicile, ou s'il n'y a pas de retours possibles et/ou envisageables, comment y pallier ?

⁵⁰ Renaud, J, Ravignon, L, 2002, p80.

Ainsi bon nombre de problèmes simplement techniques ont été résolus avec du matériel spécifique et adaptés à la maison. De plus certaines situations nécessitent des accueils de courtes durées de l'ordre de la journée voire de la demi journée, cela s'est mis en place. Enfin pour d'autres, c'est la famille qui vient au domicile de son enfant, dans l'établissement. Ce taux d'occupation ne tient pas compte des sorties journalière ni des visites des proches.

{ EMBED Excel.Chart.8 \s }

Recevoir à son domicile une personne polyhandicapée, fusse t'elle son propre enfant, engendre parfois des difficultés très importantes. La dépendance de ces personnes induit immanquablement des besoins différents d'une personne ordinaire.

Conclusion de la troisième partie

Promouvoir la bientraitance des personnes polyhandicapées vivant en MAS est une démarche qui doit être partagée, non pas par le plus grand nombre, mais par tous les intervenants.

Les personnels AMP/AS ont créés un référentiel-emploi commun permettant d'identifier les compétences nécessaires pour mener les actions clés dont découlent les activités elles même émanant des missions principales à conduire dans l'accompagnement des usagers de la MAS l'Estuaire.

Pour que la bientraitance soit ambitionnée par tous les intervenants, il faut qu'elle fasse partie intégrante de la culture d'entreprise, qu'il devienne naturel de viser au-delà de la non-maltraitance.

Un comité de veille est mis en place et ce pour une durée indéterminée. Ce comité doit entretenir la réflexion sur la thématique sous la forme d'une démarche répétée à partir des indicateurs proposés par les équipes, et des objectifs que nous nous sommes fixés :

- Optimiser le niveau de compétence des professionnels.
- Optimiser les outils de communication.
- Optimiser la gestion du temps de travail.
- Piloter les risques extérieurs.

La création de deux nouveaux services dans quelques mois nous conduit à créer une commission planning et organisation du travail qui va devoir mettre à plat les besoins et les attentes des usagers, pour optimiser les temps de travail. L'opportunité et la nécessité d'établir une modalité de roulement, pour les salariés, tout comme pour les usagers, dans les différents services feront également partie des champs à explorer.

Il serait chimérique de penser voir aboutir cette démarche, toutefois des indicateurs vont nous permettre de contrôler le bien fondé des actions ainsi que leurs améliorations. Par exemple, la politique de resserrement des liens familiaux montre qu'en quelques années il est possible de voir des résultats.

CONCLUSION

La MAS l'Estuaire incarne paradoxalement, un établissement récent avec une histoire ancienne. Combien de fois n'ai-je entendu dire en s'adressant à une personne jeune : « si j'avais ton âge avec ce que je sais aujourd'hui... » ? J'ai la chance de diriger ce jeune établissement qui a une longue expérience. Certes, il s'agit d'une histoire riche en bouleversements et en dysfonctionnements ! Utilisons les erreurs passées pour tout mettre en œuvre afin qu'elles ne se réalisent plus jamais.

Je m'appuie sur ce qui pourrait apparaître comme des faiblesses pour donner du sens aux actions menées en faveur des personnes polyhandicapées vivant dans cet établissement. L'objectif est de créer une culture de l'amélioration continue de la qualité des prestations. Ainsi plutôt que d'attendre tranquillement le départ des AMP qui ont connus des épisodes maltraitants au sein de la structure, je crée une synergie avec les jeunes AS qui eux n'ont pas d'expérience, par un travail, coûteux en temps et en énergie qui aboutit à un référentiel-emploi commun. Nous ne vivons plus un antagonisme entre deux métiers, nous produisons une culture commune produisant du sens dans les actions menées auprès des usagers. Pour parfaire une culture commune, les AMP en formation de l'établissement sont accompagnés par deux tuteurs opérationnel un AMP et un AS. S'appuyer sur la démarche compétence des personnes favorise un éclairage positif des situations. Ainsi le comité de veille a le souci premier, n'ont pas de contrôler les dysfonctionnements, mais plutôt de prévenir les risques.

L'engagement de tous, y compris des acteurs extérieurs conditionne la réussite du projet. Ma démarche repose sur le respect et la reconnaissance de l'autre qui doit, par conséquent, disposer d'une part d'autonomie. Alors, le plan d'action aura du sens pour le salarié et la bientraitance fera partie intégrante de la culture d'entreprise.

Renoncer à l'illusion de la maîtrise totale du directeur, n'implique toutefois pas de renoncer à l'évaluation des actions menées. Il me faut vérifier le bien fondé des décisions et ajuster l'orientation, pour engager les personnels vers les actions cohérentes avec leur évolution et les attentes des usagers.

Bibliographie

BARUDY, J, DANTAGNAN, M, De la bientraitance infantile. Paris : Éditions Fabert, 2007, 256p.

BRANDEHO, D, Usure dans l'institution. Rennes : Édition ENSP, 2^{ème} édition, 2000, 170p.
CLAUDE, J-F, L'éthique au service du management. Paris : Éditions Liaisons, 2^{ème} édition, 2002, 253p.

BUCKINGHAM, M, COFFMAN, C, Manager contre vents et marées, Floch : Édition Village Mondiale, 2001, 275p.

GINESTE Y, PELLISSIER J. Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux. Paris : Édition Armand Colin, 2005, 374p.

LEBOTERF, G, L'ingénierie et l'évaluation des compétences. Paris : Les éditions d'organisation, 2001, 606p.

MASSON, A, PARLIER M, Agir sur... Les démarches compétences Lyon : ANACT, 2004, 174p.

RENAUD, J, RAVIGNON, L, Votre équipe a du talent. Efficacité professionnelle. Paris : Les éditions d'organisation, 2002, 160p.

Séminaire de la Fondation Clair Bois Polyhandicap et souffrance : vie et espoir (En Ligne), Octobre 2005, Genève, 6-7

Disponible sur internet : { [HYPERLINK "http://www.credas.ch/www_GS.final.pdf"](http://www.credas.ch/www_GS.final.pdf) }

Communiquer avec la personne polyhandicapée : Approche neuro-motrice. SAULUS, G (En Ligne). Les rencontres du Crédas, le 24 février 2006, (visité, le 22 janvier 2007) Lausanne, Suisse. Lausanne, Crédas, 2006. Disponible sur internet : { [HYPERLINK "http://www.credas.ch/2006_24_02/compterendu.pdf"](http://www.credas.ch/2006_24_02/compterendu.pdf) }

Module interprofessionnel de santé publique. Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles, groupe n°17 (en ligne), ENSP, 2005, 57p. Disponible sur internet : { [HYPERLINK "http://ressources.ensp.fr/memoires/2005/mip/groupe_17.pdf"](http://ressources.ensp.fr/memoires/2005/mip/groupe_17.pdf) }

Rapport de commission d'enquête n° 339 (2002-2003). { [HYPERLINK "http://www.senat.fr/senfic/juilhard_jean_marc01030k.html"](http://www.senat.fr/senfic/juilhard_jean_marc01030k.html) },J-M,{ [HYPERLINK "http://www.senat.fr/senfic/blanc_paul92011k.html"](http://www.senat.fr/senfic/blanc_paul92011k.html) },P, fait au nom de la commission d'enquête du sénat, déposé le 10 juin 2003, Disponible sur internet : { [HYPERLINK "http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html"](http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html) } }

Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 14 mars 2007, disponible sur internet :{ [HYPERLINK "http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf"](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf) } }

Liste des annexes

Annexe I : Référentiel emploi AS/AMP.....II

Annexe II : Référentiel⁵¹ emploi animateur 2^{ème} CatégorieX

⁵¹ Ces documents sont transmis avec leurs évolutions.

a)

b) IDENTIFICATION

c) AIDE SOIGNANT / AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Établissement : Maison d'accueil spécialisée L'Estuaire

Classification CCNT (15 mars 1966)

Éducatif / Pédagogique-social	Cadres	Administration-gestion	Services généraux	
Psychologique / para-médical		Médecins spécialistes	Personnels adultes	X

Responsable de la validation

Nom :

Prénom :

Visa :

**REFERENTIEL
EMPLOI**

Validation / Mise à jour

Date :

Version :

FINALITE DE L'EMPLOI

L'aide soignant et l'aide médico-psychologique accompagnent les personnes handicapées adultes dans les activités de la vie quotidienne. A travers la dimension médico-éducative de leurs actions, ils contribuent à promouvoir le bien-être, la santé et l'autonomie des personnes accueillies.

MISSIONS PRINCIPALES

Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne	1	Assurer lever, sieste, coucher et installer la personne dans une position adaptée
	2	Effectuer la toilette et les soins d'hygiène en fonction de l'autonomie et du handicap
	3	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière
	4	Prendre part à l'organisation (et l'entretien) du cadre de vie
	5	Aider à préserver l'image de soi
Accompagner l'utilisateur dans sa relation à l'environnement	1	Proposer et animer des activités d'éveil dans le respect du projet individuel personnalisé
	2	Assister les éducateurs dans les activités contribuant à maintenir ou développer l'autonomie et à créer du lien social
	3	Accompagner les déplacements (externes) extérieurs

Contribuer à protéger, maintenir et restaurer la santé de l'utilisateur		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé	1	Observer les réactions et le comportement du résident : niveau de communication, état de stress, d'émotivité

de l'utilisateur	2	Surveiller les paramètres vitaux : élimination urinaire, transit, élimination intestinale, crachats
	3	Observer des signes pathologiques : oedèmes, escarres, gonflements, ...
Participer aux soins infirmiers	1	Aider à la prise (distribution) des médicaments sous forme non injectable et dûment prescrits, (en présence de l'infirmier) sous la responsabilité de l'infirmier
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence
	3	Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1	Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie
	2	Transmettre les informations utiles aux différents acteurs du projet
	3	Identifier et signaler au chef de service les besoins matériels relatifs à la vie quotidienne
Assurer le suivi du projet individuel personnalisé	1	Préparer la réunion de synthèse avec l'équipe éducative et l'utilisateur
	2	Contribuer à l'élaboration des conclusions de la réunion de synthèse
	3	Veiller à la bonne mise en œuvre du projet

CONTEXTE GENERAL DE L'EMPLOI

Rattachement hiérarchique	Chef de service éducatif
Effectif encadré	Néant
Environnement de l'emploi	Cf. Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.3.c, <i>Organisation, Structures de travail, Unités</i>
Moyens	Cf. Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.3.a, <i>Moyens humains / 2.3.b, Moyens matériels</i>
Méthodes	Cf. Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.4, <i>Méthodes</i>

CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES

Diplôme ou niveau scolaire	Diplôme professionnel d'aide-soignant <i>ou</i> Diplôme d'État d'aide médico-psychologique
Formation indispensable	<i>Nom de la nouvelle formation obligatoire</i>
Formation recommandée	
Stages nécessaires ou souhaitables	Stage clinique ou d'étude dans une structure d'accueil pour personnes handicapées.
Capacités personnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'intégration des nouveaux arrivants (professionnels, stagiaires) en transmettant son savoir-faire - Interroger ses pratiques en équipe pluridisciplinaire - Suivre les décisions institutionnelles - Accueillir et accompagner des stagiaires professionnels - Réagir rapidement et efficacement à une situation d'urgence, de conflit ou d'agressivité

	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités d'observation - Se former en permanence pour s'adapter à l'évolution des pratiques - Capacités à supporter des situations émotionnelles difficiles et répétitives
--	---

COMPETENCES REQUISES

Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES
Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne	1	Assurer lever, sieste, coucher et installer la personne dans une position adaptée
	2	Effectuer la toilette et les soins d'hygiène en fonction de l'autonomie et du handicap
	3	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière
	4	Prendre part à l'organisation (et l'entretien) du cadre de vie
	5	Aider à préserver l'image de soi
		<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les règles de manutention - Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être de la personne - Respecter la personne, son autonomie et son intimité - Respecter les règles d'hygiène - Se conformer aux consignes données et aux protocoles établis dans la structure

Accompagner l'utilisateur dans sa relation à l'environnement	1	Proposer et animer des activités d'éveil dans le respect du projet individuel personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Soumettre ses propositions à l'équipe éducative - Tenir compte des choix et de la volonté de la personne - Aider aux repères dans le temps et dans l'espace
	2	Assister les éducateurs dans les activités contribuant à maintenir ou développer l'autonomie et à créer du lien social	Savoir susciter la participation de l'utilisateur, lui donner envie de faire, de partager et d'échanger avec les autres
	3	Accompagner les déplacements (externes) extérieurs	<ul style="list-style-type: none"> - Se distancier des attitudes extérieures - Faciliter les activités à l'extérieur en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité - Réagir rapidement et efficacement à une situation d'urgence

Contribuer à protéger, maintenir et restaurer la santé de l'utilisateur			
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES	
Mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé de l'utilisateur	1	Observer les réactions et le comportement du résident	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes de détresse et de douleur - Écouter la personne et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement - Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter l'infirmier
	2	Surveiller les paramètres vitaux	Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux handicaps et aux âges de la vie
	3	Observer des signes pathologiques	Observer la personne et apprécier les changements de son état clinique

Participer aux soins infirmiers	1	Aider à la prise (distribution) des médicaments sous forme non injectable et dûment prescrits, (en présence de l'infirmier) sous la responsabilité de l'infirmier	Connaître les protocoles de soin (s'informer des modalités de réalisation du soin) : libellé de la prescription (si acte exclusivement infirmier) , doses prescrites, mode d'administration et moment de la prise
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence	Connaître les devoirs (cf. protocoles) et les limites de son intervention
	3	Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir apprécier des données de toutes natures susceptibles de concourir à l'état général de la personne - Respecter la confidentialité des dossiers

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES	
Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1	Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie	Connaître la situation de l'intéressé, les moyens mobilisables dans l'établissement et le positionnement de la famille et/ou du représentant légal
	2	Transmettre les informations utiles aux différents acteurs du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Renseigner les documents assurant la traçabilité de l'accompagnement (savoir utiliser les divers supports de communication) - Connaître les différents types et objectifs de réunions

	3	<p>Identifier et signaler au chef de service les besoins matériels relatifs à la vie quotidienne</p>	<p>Détecter l'évolution des besoins du résident</p>
<p>Assurer le suivi du projet individuel personnalisé</p>	1	<p>Préparer la réunion de synthèse avec l'équipe éducative et l'utilisateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les informations consignées dans les divers supports de communication - Savoir échanger les informations recueillies au sein de l'équipe ; - Savoir argumenter et soumettre sa réflexion et ses propositions.
	2	<p>Contribuer à l'élaboration des conclusions de la réunion de synthèse</p>	<p>Développer la pratique de l'écrit</p>
	3	<p>Veiller à la bonne mise en œuvre du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les compétences d'une équipe pluridisciplinaire ; - Alerter son supérieur hiérarchique sur le non-respect des actions éducatives relatives au projet - Évaluer les effets des actions mises en œuvre en prévenant notamment la maltraitance

d)

e) IDENTIFICATION

f) ANIMATEUR DE 2^{ème} CATEGORIE

Établissement : Maison d'accueil spécialisée Le Perthuis

Classification CCNT (15 mars 1966)

Éducatif / Pédagogique-social	Cadres	Administration-gestion	Services généraux	
Psychologique / para-médical		Médecins spécialistes	Personnels adultes	X

Responsable de la validation

Nom :

Prénom :

Visa :

REFERENTIEL
EMPLOI

Validation / Mise à jour

Date :

Version :

FINALITE DE L'EMPLOI

L'animateur de 2^{ème} catégorie assure l'animation globale d'une unité de vie en conduisant une action éducative et socialisante auprès de personnes handicapées adultes. Il contribue ainsi à stimuler les potentialités intellectuelles, affectives et motrices des personnes accueillies.

MISSIONS PRINCIPALES

Conduire une démarche éducative au sein de l'unité de vie		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Mettre en place les actions éducatives	1	Analyser, proposer et animer des actions éducatives
	2	Promouvoir les activités inter-unités
	3	Préparer le planning des activités dans le respect des projets individuels personnalisés
Assurer l'animation globale de l'unité de vie	1	Garantir la réalisation des activités en respectant l'intégrité de la personne
	2	Participer aux réunions de synthèse
	3	Assurer un soutien éducatif

Accompagner l'usager dans les activités de la vie quotidienne		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Participer aux actes usuels de la vie quotidienne	1	Assurer lever, sieste et installer la personne dans une position adaptée
	2	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière
	3	Accompagner les déplacements (externes) extérieurs
Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal être	1	Observer les réactions et le comportement du résident : niveau de communication, état de stress, d'émotivité
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence

	3	Recueillir et transmettre à l'infirmier des observations pour maintenir la continuité des soins
--	---	---

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations		
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	
Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1	Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie
	2	Recueillir et transmettre à l'équipe éducative de l'unité les informations utiles pour assurer la continuité du projet
	3	Proposer une prise charge adaptée aux besoins du résident
Assurer le suivi des projets individuels personnalisés	1	Préparer (et animer) la réunion de synthèse avec l'équipe éducative
	2	Aider à la mise à jour du protocole personnalisé d'accompagnement
	3	Veiller à la mise en œuvre des décisions prises en réunion de synthèse

CONTEXTE GENERAL DE L'EMPLOI

Rattachement hiérarchique	Chef de service éducatif
Effectif encadré	Néant
Environnement de l'emploi	Cf. Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.3.c,

	<i>Organisation, Structures de travail, Unités</i>
Moyens	<u>Cf.</u> Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.3.a, <i>Moyens humains / 2.3.b, Moyens matériels</i>
Méthodes	<u>Cf.</u> Projet d'établissement AD APAJH 17 - 10/02/06, § 2.4, <i>Méthodes</i>

CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES

Diplôme ou niveau scolaire	<u>Formation de niveau IV</u> : Diplôme d'Etat de moniteur-éducateur <i>ou formation équivalente.</i>
Formation indispensable	<i>Nom de la nouvelle formation obligatoire</i>
Formation recommandée	
Stages nécessaires ou souhaitables	
Capacités personnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Interroger ses pratiques en équipe pluridisciplinaire - Assurer l'interface entre l'utilisateur, son entourage et l'équipe éducative - Savoir utiliser les partenariats inter-institutionnels - Accueillir et accompagner des stagiaires professionnels - S'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire et des groupes de projet éducatif - Faciliter l'intégration des nouveaux arrivants (professionnels, stagiaires) en transmettant son savoir-faire - Réagir rapidement et efficacement à une situation d'urgence, de conflit ou d'agressivité - Capacités d'observation - Se former en permanence pour s'adapter à l'évolution des pratiques - Inventivité dans le domaine culturel, artistique et éducatif

COMPETENCES REQUISES

Conduire une démarche éducative au sein de l'unité de vie

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES		COMPETENCES REQUISES
Mettre en place les actions éducatives	1	Analyser, proposer et animer des actions éducatives	Développer des pratiques adaptées d'accompagnement en utilisant les différents moyens de l'établissement
	2	Promouvoir les activités inter-unités	Susciter la réflexion et l'élaboration de projets transversaux avec les autres animateurs d'unité
	3	Préparer le planning des activités dans le respect des projets individuels personnalisés	Connaître la situation des usagers et les moyens mobilisables dans et hors l'établissement
Assurer l'animation globale de l'unité de vie	1	Garantir la réalisation des activités en respectant l'intégrité de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter la participation des membres de l'équipe en engageant une réflexion autour de la démarche éducative - Développer l'écoute et le dialogue afin d'instaurer un véritable partenariat avec les membres de l'équipe - Prendre en compte la santé, les capacités et les besoins du résident
	2	Participer aux réunions de synthèse	Préparer et présenter le bilan des activités éducatives du résident
	3	Assurer un soutien éducatif	Transmettre les techniques éducatives

Accompagner l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne			
ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES		COMPETENCES REQUISES
Participer aux actes usuels de la vie quotidienne	1	Assurer lever, sieste et installer la personne dans une position adaptée	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les règles de manutention - Se conformer aux consignes données et aux protocoles établis dans la structure - Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être de la personne
	2	Veiller et participer à la prise des repas et à l'hydratation régulière	
	3	Accompagner les déplacements (externes) extérieurs	Faciliter les déplacements externes en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité
Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal être	1	Observer les réactions et le comportement du résident	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes de détresse et de douleur - « Écouter » la personne et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement - Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter l'infirmier
	2	Intervenir et alerter l'infirmier en cas de situation d'urgence	Connaître les devoirs (cf. protocoles) et les limites de son intervention
	3	Recueillir et transmettre à l'infirmier des observations pour maintenir la continuité des soins	Savoir apprécier des données de toutes natures susceptibles de concourir à l'état général de la personne

Optimiser la connaissance des besoins et la fluidité des informations

ACTIVITES CLES	ACTIONS CLES	COMPETENCES REQUISES	
Participer à la mise en œuvre des projets individuels personnalisés	1	Analyser les besoins et capacités du résident dans tous les aspects de sa vie	Connaître la situation de l'intéressé, les moyens mobilisables dans l'établissement et le positionnement de la famille et/ou du représentant légal
	2	Recueillir et transmettre à l'équipe éducative de l'unité les informations utiles pour assurer la continuité du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir utiliser les compétences d'une équipe pluridisciplinaire - Connaître les différents types et objectifs de réunions
	3	Proposer une prise en charge adaptée aux besoins du résident	Susciter une réflexion autour de l'évolution du résident pour répondre aux nouveaux besoins
Assurer le suivi des projets individuels personnalisés	1	Préparer (et animer) la réunion de synthèse avec l'équipe éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter la réflexion et recueillir les informations au sein de l'équipe - Analyser les informations recueillies et soumettre des propositions
	2	Aider à la mise à jour du protocole personnalisé d'accompagnement	Encourager et soutenir la pratique de l'écrit
	3	Veiller à la mise en œuvre des décisions prises en réunion de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer une analyse critique sur l'adéquation projet/besoin du résident - Évaluer l'apport et les effets des activités en prévenant notamment la maltraitance - Alerter le chef de service sur le non-respect des actions éducatives relatives au projet