



**AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES  
ALCOOLO-DÉPENDANTES CHRONIQUES DANS UNE MAISON  
RELAIS SPÉCIALISÉE.**

*Quelle stratégie pour conduire le changement ?*

**Sylvie GERUM**

**2009**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je remercie chaleureusement Sylvie Wackenheim pour m'avoir accueillie au sein du Renouveau ainsi qu'Yves Dolange pour la pertinence de ses conseils, la qualité de son accompagnement et sa disponibilité pendant la réalisation de ce mémoire.

J'ai plaisir à saluer tout particulièrement Catherine Yazigi, son équipe et les résidents de Vellerot pour ces moments de travail et de convivialité partagés ensemble.

Ainsi que Luc Demange pour ses corrections perspicaces et son regard extérieur critique mais toujours bienveillant sur mon travail.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 UNE ASSOCIATION ET UN ÉTABLISSEMENT AU SERVICE DES PERSONNES ALCOOLO DÉPENDANTES.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'alcoolisme et les addictions en France aujourd'hui. ....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Un problème majeur de santé publique : .....	3
1.1.2 Les coûts sociaux de la consommation d'alcool : .....	5
<b>1.2 Comprendre et accompagner l'alcoololo dépendance. ....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Comprendre l'alcoololo dépendance : .....	6
1.2.2 D'une logique de produit à une logique de personne : .....	7
1.2.3 Les conséquences directes d'une alcoolisation chronique : .....	8
1.2.4 La longue marche vers la démarche de soin. ....	10
1.2.5 Le soin et l'accompagnement : .....	11
<b>1.3 L'association du Renouveau : .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 L'histoire du Renouveau .....	14
1.3.2 La mission du Renouveau et son évolution dans le temps. ....	15
1.3.3 Ses valeurs et ses points d'insistance. ....	16
<b>1.4 La maison relais de vellerot.....</b>	<b>19</b>
1.4.1 Le dispositif des maisons relais : .....	19
1.4.2 La maison relais de Vellerot : son histoire, sa spécificité.....	20
1.4.3 A qui s'adresse la maison relais de Vellerot ? .....	21
1.4.4 Les missions de la maison relais de Vellerot.....	23
1.4.5 Les prestations délivrées : .....	25
1.4.6 Les ressources humaines : une équipe pluridisciplinaire au cœur de l'action de la maison relais de Vellerot : .....	26
1.4.7 Les moyens matériels et financiers : .....	27
<b>2 DÉFINIR UNE STRATÉGIE DE CHANGEMENT .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Ce que j'ai constaté à mon arrivée : .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 En approche globale : .....	29
2.1.2 Au niveau de l'équipe : .....	30
2.1.3 Au niveau des résidants : .....	31
<b>2.2 Le contexte associatif : .....</b>	<b>32</b>

2.2.1	Remaniement au niveau de la direction .....	32
2.2.2	Le projet social au centre de cette réorganisation : .....	33
2.2.3	Nécessité d'une transversalité.....	34
<b>2.3</b>	<b>L'analyse stratégique : un outil pertinent pour le secteur social. ....</b>	<b>36</b>
2.3.1	De l'intérêt de l'analyse stratégique : .....	36
2.3.2	Sa mise en œuvre dans le secteur médico social : .....	38
<b>2.4</b>	<b>Analyse interne : forces et faiblesses. ....</b>	<b>40</b>
2.4.1	Les forces et les faiblesses : .....	40
2.4.2	Des points de fragilité ou d'amélioration peuvent être identifiés : .....	42
2.4.3	Des opportunités et des menaces en interne : .....	43
2.4.4	Leviers prioritaires d'action : .....	44
<b>2.5</b>	<b>Analyse externe : opportunités et menaces. ....</b>	<b>45</b>
2.5.1	Le cadre politique, juridique et administratif. ....	45
2.5.2	Un établissement inscrit dans un environnement départemental et régional. ....	46
2.5.3	L'environnement sanitaire et social .....	47
2.5.4	Des partenaires nombreux et complémentaires.....	48
2.5.5	Synthèse de l'analyse externe.....	49
<b>2.6</b>	<b>Trois objectifs forts à court et moyen terme : .....</b>	<b>49</b>
<b>3</b>	<b>CONDUIRE LE CHANGEMENT À VELLEROT : .....</b>	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>De l'analyse au management.....</b>	<b>51</b>
<b>3.2</b>	<b>Mobiliser et manager les ressources humaines.....</b>	<b>53</b>
3.2.1	Ma stratégie pour l'équipe. ....	53
3.2.2	Approche individuelle : .....	56
<b>3.3</b>	<b>Améliorer la qualité de vie à Vellerot : .....</b>	<b>58</b>
3.3.1	Mobiliser et intéresser les résidants .....	58
3.3.2	Recueillir le point de vue des résidants : .....	61
3.3.3	Améliorer la qualité de l'accompagnement.....	61
3.3.4	Valoriser les bonnes volontés présentes dans l'établissement. ....	64
<b>3.4</b>	<b>Sortir la maison relais de son isolement institutionnel .....</b>	<b>64</b>
3.4.1	Une nouvelle équipe de direction et un management associatif : .....	64
3.4.2	Un réseau dynamique : .....	65
<b>3.5</b>	<b>Des outils et des supports privilégiés pour gérer les ressources humaines : une attention spécifique portée aux salariés.....</b>	<b>66</b>
3.5.1	Redéfinir la place et les missions de chacun : la fiche de poste. ....	66
3.5.2	Les recrutements : l'occasion d'impulser des changements .....	67
3.5.3	Les plannings : .....	68

3.5.4 L'organigramme .....	68
3.5.5 Les réunions et la communication interne. ....	68
3.5.6 Le conseil de vie sociale, les droits des usagers et leur participation.....	69
3.5.7 Les institutions représentatives du Personnel : leur implication dans le projet....	70
3.5.8 La formation : .....	71
3.5.9 L'analyse de la pratique : .....	72
3.5.10 Les entretiens individuels.....	72
<b>3.6 Des projets pour demain... ..</b>	<b>73</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>77</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>79</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAVA</b>	Ateliers d'Adaptation à la Vie Active
<b>ADEFO</b>	Association Dijonnaise d'Entraide des Familles Ouvrières
<b>AHI</b>	Accueil Hébergement Insertion
<b>AMP</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>ANPAA</b>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
<b>APL</b>	Aide Personnalisée au Logement
<b>AS</b>	Aide-soignante
<b>ASCO</b>	Action Sociale Spécialisée Sud Côte d'Or
<b>CAOU</b>	Centre d'Accueil et d'Orientation d'Urgence
<b>CAVA</b>	Centre d'Adaptation à la Vie Active
<b>CCAA</b>	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CESC</b>	Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
<b>CHG</b>	Centre Hospitalier Général
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CODES</b>	Comité Départemental d'Education pour la Santé
<b>COTOREP</b>	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
<b>CRES</b>	Comité Régional d'Education pour la Santé
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CSSR</b>	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
<b>CSSRA</b>	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
<b>CSST</b>	Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>F3A</b>	Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie
<b>FFA</b>	Fédération Française de l'Addictologie
<b>FITPAT</b>	Fédération Interprofessionnelle pour le Traitement et la Prévention de l'Alcoolisation au Travail
<b>FNARS</b>	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale,
<b>FNESAA</b>	Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie
<b>GT 21</b>	Généralistes et Toxicomanie (Côte d'Or)
<b>IRTESS</b>	Institut Régional Supérieur du Travail Sanitaire et Social

<b>HELP</b>	Habitat et Liens pour les Anciens du Renouveau
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>IRDES</b>	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
<b>CLCC</b>	Centres de Lutte Contre le Cancer
<b>LHSS</b>	Lits Halte Soins Santé
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
<b>PDALPD</b>	Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
<b>RETOX 21</b>	Réseau de Toxicomanie Côte d'Or
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SCOP</b>	Société Coopérative Ouvrière de Production
<b>SDAT</b>	Société Dijonnaise d'Aide par le Travail
<b>SEDAP</b>	Société d'Entraide et d'Action Psychologique
<b>SFSP</b>	Société Française de Santé Publique
<b>SPIP</b>	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
<b>SRA</b>	Schéma Régional d'Addictologie
<b>UCOR</b>	Union Côte d'Orienne des Associations de Réinsertion
<b>UDM</b>	Union Départemental des Médecins

## Introduction

Lorsque j'ai fait le choix d'orienter mon engagement professionnel vers le secteur social, je souhaitais que la relation humaine soit au cœur de mon activité. Prenant la direction d'une maison relais pour personne alcoolo dépendantes, je me suis retrouvée en effet au service de personnes qui ont beaucoup perdu, et dont la santé physique et psychique, la situation sociale, la force vitale parfois sont dégradées. J'ai également la charge de diriger une équipe dont la tâche est parfois lourde et difficile, tout cela dans un contexte de pression forte marqué notamment par des difficultés de financement.

Après avoir présenté la problématique de l'alcoolisme dépendance en France aujourd'hui et ses conséquences (sociales, financières, sanitaires), je décrirai le dispositif développé par l'Association du Renouveau, et plus particulièrement par la maison relais de Vellerot (1<sup>ère</sup> partie).

Partant ensuite du constat de la nécessité d'un changement fort et rapide, je procéderai à une analyse stratégique prenant en compte en interne, les forces et les faiblesses de cette structure, en externe, les menaces et les opportunités présentées par son environnement. J'en dégagerai un plan d'action structuré autour de 3 axes principaux (2<sup>ème</sup> partie).

Enfin, je montrerai comment j'ai mis en œuvre un « management stratégique » concernant aussi bien la vie des résidents, la mobilisation des ressources humaines, que l'inscription de la maison relais de Vellerot dans un réseau local (3<sup>ème</sup> partie).



J'ai rédigé ce mémoire à partir d'un stage en établissement réalisé au sein de l'association du Renouveau ; ce stage d'une durée de 270 heures a été volontairement étalé sur une période de six mois, de façon à pouvoir traiter une problématique de management en ayant le temps nécessaire à la conduite du changement.

Après une période d'immersion au sein des six établissements gérés par cette association, j'ai proposé à la directrice générale de m'impliquer plus particulièrement au niveau de la maison relais de Vellerot afin d'y conduire le changement. Ainsi dans le cadre de ce mémoire, je me situe dans la position de la nouvelle directrice de la maison relais de Vellerot, recrutée à la suite du départ en retraite de son prédécesseur.

Cet établissement fonctionne au ralenti, j'émetts alors l'hypothèse qu'il est possible de donner un nouvel élan à la structure à partir d'un management différent qui s'appuiera sur

la mise en place de nouveaux projets, dont le projet d'établissement, et l'utilisation des outils de management des ressources humaines.

En effet, j'estime qu'il est de la responsabilité du directeur de donner l'impulsion au changement. Ainsi, donner du sens et du cœur à l'action pour satisfaire les attentes de la population accueillie, tout en répondant aux exigences des politiques publiques, aux valeurs associatives, et ce dans le respect des contraintes budgétaires, constitue un des enjeux principaux de la fonction de direction. C'est cette expérience que je souhaite vous faire partager dans ce mémoire.

# 1 UNE ASSOCIATION ET UN ÉTABLISSEMENT AU SERVICE DES PERSONNES ALCOOLO DÉPENDANTES.

## 1.1 L'alcoolisme et les addictions en France aujourd'hui.

### 1.1.1 Un problème majeur de santé publique :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la France figure parmi les pays les plus grands consommateurs d'alcool, elle occupe :

La 6<sup>ème</sup> place au rang mondial,

La 4<sup>ème</sup> place au rang européen.

En France, les addictions représentent un problème majeur de santé publique, et la consommation excessive d'alcool relève désormais du champ de l'addictologie, tout comme la consommation de tabac, la toxicomanie, la dépendance aux médicaments ou même les addictions sans substance (jeu, ordinateur...). La loi reconnaît aujourd'hui comme source d'addiction « *tout produit ou substance toxique agissant sur le système nerveux, soit comme narcotique, soit comme euphorisant et dont l'usage provoque une dépendance* ». L'alcool fait partie des produits répertoriés à risques, au niveau de la santé, dans le plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

Sur notre territoire, la consommation d'alcool pur a baissé de moitié depuis 1960 mais les chiffres globaux sont paradoxaux et cachent d'importantes disparités<sup>1</sup>. Cette consommation est passée de 22 litres d'alcool pur par habitant de plus de quinze ans et par an en 1960, à 15 litres en 1999. La loi relative à la politique de santé publique de 2004 préconisait de diminuer cette consommation à 11.5 litres par habitant et par an.

Si le vin reste l'alcool le plus consommé par les adultes, sa consommation courante a fortement diminué ces dernières années au profit d'une consommation davantage qualitative (AOC ou vins fins). Les ventes de bières et de spiritueux restent globalement stables. Cependant, l'usage courant (apéritifs, vin de table, gastronomie) est rejoint par des modes de consommation de type anglo-saxon ou nordique (alcoolisations de soirée ou de fin de semaine). Les jeunes sont les plus touchés ; ils privilégient la consommation

---

<sup>1</sup> Selon l'atlas régional des consommations d'alcool 2005, Données INPES/OFDT, François Beck, Stéphane Legleye, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka

de bières et de prémix<sup>2</sup>. Ils se réunissent souvent en fin de semaine, recherchent de nouvelles sensations qu'ils trouvent dans de nouvelles pratiques d'alcoolisation massive et rapide, ce phénomène, importé d'Angleterre, s'appelle le « binge drinking<sup>3</sup> », on le définit comme la consommation de 5 verres minimum d'alcool standard en une seule occasion.

Désormais, les différents modes de consommation coexistent, voire s'additionnent.

En 2005, 16% des adultes reconnaissent une consommation quotidienne, 35% une consommation hebdomadaire, seuls 7% disaient n'avoir jamais consommé. Mais selon l'OMS, 28% des adultes présenteraient un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle, et 9% un risque d'alcoolisation chronique, donc de dépendance. La proportion des personnes déclarant dépasser les seuils<sup>4</sup> de consommation recommandés par l'OMS est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes : 15.9% des hommes, 8.1% des femmes.

Les usagers, quant à eux, sous-évaluent de façon quasi systématique les quantités qu'ils absorbent ; lorsqu'on les interroge, 75 % des consommateurs estiment boire « moins que la moyenne ».

Sur le territoire national, plus de quatre hommes sur dix sont concernés par le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique. Selon l'étude "*Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque*" de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), près d'un homme sur deux âgés entre 25 et 64 ans est un consommateur à risque. La proportion chez les femmes atteint plus d'une sur dix. Le risque d'alcoolisation excessive chronique augmente régulièrement jusqu'à l'âge de 64 ans, alors que le risque d'alcoolisation ponctuel est, quant à lui, très fréquent parmi les 25-44 ans et diminue ensuite progressivement.

L'âge où l'on commence à prendre de l'alcool est en baisse constante (11 ans à présent) et les conduites problématiques surviennent de plus en plus tôt. La consommation simultanée de multiples produits à visée psychotrope - licites ou non - est de plus en plus constatée. Ce comportement des très jeunes consommateurs est préoccupant, car 10 % des collégiens (dans la tranche d'âge 11-13 ans) reconnaissent avoir été ivres au moins

---

<sup>2</sup> Le prémix est un mélange de soda sucré et d'alcool fort titrant de 5 à 8 % en volume d'alcool, vendu sous forme de trompeuses et jolies boîtes métalliques ...

<sup>3</sup> Absorption d'une grande quantité d'alcool dans un court laps de temps, afin d'être ivre le plus rapidement possible.

<sup>4</sup> Seuils de consommation selon l'OMS : 2 verres par jour pour les femmes, 3 pour les hommes (un verre contient 10 grammes d'alcool pur).

une fois au cours des trois derniers mois. La fréquence des états d'ivresse est aussi un facteur alarmant puisque 30 % des jeunes de moins de 26 ans déclarent s'enivrer de façon répétée.

On estime, en France, à deux millions et demi le nombre des buveurs excessifs et à un million et demi celui des personnes alcoolodépendantes. Mais la frontière entre les deux n'est pas toujours claire, ni facile à déterminer.

L'alcool est une drogue sournoise, car c'est souvent de nombreuses années plus tard que le consommateur réalise et admet qu'il est devenu dépendant. C'est pourquoi, l'information, la prévention, la sensibilisation des plus jeunes aux risques d'addiction, la nécessité d'un dépistage rapide des conduites à risques sont les thèmes majeurs défendus par les acteurs qui se mobilisent contre ce fléau.

L'association du Renouveau n'a pas vocation aujourd'hui à s'occuper de dépistage et de prévention, néanmoins des informations sur ce sujet se trouvent en annexes 1 et 2.

### **1.1.2 Les coûts sociaux de la consommation d'alcool :**

Selon le rapport d'Harald KLINGEMANN<sup>5</sup>, les conséquences de l'alcool sont lourdes au niveau de la société française. Elles représentent plus de la moitié des 39 milliards d'euros de dépenses sociales annuelles liées à l'usage de l'ensemble des drogues licites et illicites. Par rapport au tabac et aux drogues illégales, l'alcool est manifestement le plus « coûteux » en ressources affectées aux mesures de lutte contre les conséquences négatives d'une consommation excessive.

Le coût de la consommation d'alcool peut être ventilé comme suit :

- **Coûts directs** : Santé, système judiciaire, protection sociale, dommages matériels.
- **Coûts indirects** : Décès prématurés, morbidité et chômage.

Ainsi les coûts sociaux de la consommation d'alcool sont évalués entre 1 et 3% du produit intérieur brut. Un rapport des états généraux de l'alcool chiffre le coût global des dégâts de l'alcool à 17, 53 milliards d'euros. A ces chiffres, il est intéressant de comparer ceux des dépenses publicitaires des alcooliers : 237 millions d'euros en 2003, et ceux de la prévention : 4,5 millions d'euros. Le rapport de force est impressionnant.

---

<sup>5</sup> Harald Klingemann. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée. 2001. Organisation mondiale de la santé, bureau de l'Europe.

## 1.2 Comprendre et accompagner l'alcool dépendance.

### 1.2.1 Comprendre l'alcool dépendance :

A l'origine, la consommation d'alcool lorsqu'elle n'est pas simplement festive, répond à un besoin : apaiser les angoisses, aider à entrer en relation, désinhiber et se donner du courage. L'alcool est par exemple un anxiolytique efficace. Malheureusement sa consommation a des effets pervers, et la tolérance au produit se met rapidement en place.

A) Qu'est ce que la tolérance ?

*« La tolérance<sup>6</sup> est une adaptation de l'organisme à l'élimination d'un produit. Le sujet est alors obligé d'augmenter les doses pour obtenir le même effet.*

*La tolérance et la dépendance sont deux phénomènes souvent associés, l'un étant conséquence de l'autre mais leurs rapports sont complexes. La tolérance est la propriété que possède un organisme de supporter tel produit, à telle dose, sans qu'apparaissent des symptômes pathologiques.*

*En matière d'alcool, cette tolérance évolue en fonction des systèmes adaptatifs, obligeant pour obtenir un même effet, à augmenter les doses. Les rapports entre la tolérance et la dépendance qui peut s'ensuivre sont complexes. Plusieurs modèles ont été présentés, d'autres sont à l'étude plus axés sur une modélisation neurobiologique. **L'alcool est une drogue psychotrope**, c'est à dire concernant les cellules du cerveau. Elle est **psycho active**, c'est à dire qu'elle exerce une action sur ces cellules, ou plus précisément sur les membranes cellulaires et sur les connexions entre cellules (synapses).*

**L'approche membranaire de la tolérance, est expliquée en annexe 3.**

Dans le cas des alcoolisations importantes mais isolées, les membranes retrouvent leur fonctionnement normal et leur état initial. Lors de consommations répétées, ce ne sera plus le cas : la dépendance est née...

---

<sup>6</sup> Extraits de publication des D<sup>f</sup> Jacques Viala-Artigues et Christian Mechetti lundi 10 novembre 2003. Source F3A.

Cette explication biologique du phénomène de la dépendance a permis de renoncer au jugement et à la moralisation et de considérer désormais l'alcoolisme comme une maladie et non une « perversion ».

**« L'alcool est l'aspirine de l'âme » Louis Gauthier<sup>7</sup>**

B) La dépendance :

La dépendance est l'état de besoin d'une personne à l'égard d'un ou plusieurs produits, et ce à la suite d'une consommation régulière. En fonction de la substance cette dépendance peut s'installer plus ou moins rapidement.

Régulièrement, nous croisons autour de nous, une personne dont la consommation d'alcool nous semble excessive. Lorsque nous tentons de l'alerter, elle nous répond qu'un petit verre de vin n'a jamais fait de mal à personne, et annonce que sa consommation est tout à fait raisonnable et maîtrisée. En fait, il n'en est rien car au-delà d'un certain seuil, lorsque la dépendance est installée, il est très difficile de s'arrêter de boire sans l'aide de professionnels.

La personne dépendante ignore souvent qu'elle l'est devenue, ou bien, préfère se cacher la vérité, et la cacher aux autres. Le consommateur est longtemps dans le déni, se cache pour boire, ment à ses proches, et refuse la réalité. Cette consommation secrète va laisser la dépendance s'enraciner.

Certains sujets peuvent boire régulièrement de l'alcool car ils maîtrisent parfaitement leur consommation, mais d'autres sont pris au piège de la dépendance. Il s'ensuit alors une période de souffrance psychique et physique, un sentiment de honte, de culpabilité, d'incompréhension, de solitude....Ceux qui acceptent de reconnaître cette dépendance peuvent enfin faire un pas vers la liberté, en choisissant de se soigner et de devenir abstinents. Cependant, faire ce choix entraîne souvent un fort sentiment d'angoisse chez la personne alcoolique dépendante, car la perte de ce produit « réconfortant » va créer un vide. En effet même si l'alcool ne procure plus de plaisir depuis longtemps, il permet de ne pas se sentir trop mal et évite à la personne alcoolique de se confronter à la réalité.

### **1.2.2 D'une logique de produit à une logique de personne :**

Le premier rapport de Philippe Jean PARQUET en 1998, mettait en évidence le mécanisme commun de la dépendance. La note en 1998 de Nicole MAESTRACCI,

---

<sup>7</sup> Romancier Canadien.

Présidente de la MILDT, préconisait le décloisonnement du secteur pour une meilleure prise en compte des conduites addictives. Ces travaux ont conduit en 1999 au premier plan triennal 1999-2002 contre la drogue et la prévention des dépendances.

L'évaluation qui sera faite en 2003 de ces premiers rapprochements sera positive, ainsi le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, pose clairement la réorganisation des CSST, CCAA, et des maisons de l'addictologie en CSAPA. D'une logique de lutte contre les produits, licites ou illicites, on privilégie désormais une logique de personne, de traitement et de prévention des addictions.

La création de CSAPA s'inscrit dans le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions. Le socle législatif de cette réforme est la loi du 2 janvier 2002 qui avait permis la mise en place du plan 2004-2008 concernant la lutte contre les drogues licites et illicites.

Le but de ces nouvelles structures est de constituer un véritable dispositif médico-social en addictologie, permettant de prendre en charge les conduites addictives en général et l'individu dans sa globalité.

L'association du Renouveau a déjà fait un pas vers ce dispositif en accueillant notamment des personnes poly consommatrices et en formant ses salariés à la problématique du cannabis.

### **1.2.3 Les conséquences directes d'une alcoolisation chronique<sup>8</sup> :**

Des millions de personnes présentent des dommages liés à leur alcoolisation. On estime entre 40000 et 45000 le nombre annuel de décès annuels attribuables à l'alcool, ce qui en fait la deuxième cause de décès évitable en France (après le tabac). L'alcool est aussi associé à de nombreuses pathologies, aux accidents, aux violences et à l'exclusion sociale.

#### **A) Au plan de la santé physique,**

La liste des organes dégradés et des fonctions altérées est d'une longueur impressionnante. On peut citer les atteintes :

- De la gorge (surtout, comme c'est fréquemment le cas, lorsque l'alcool est combiné avec le tabac),
- De l'ensemble du système digestif : l'alcool provoque dans le foie une accumulation de corps gras, puis une inflammation, et enfin des lésions irréversibles des cellules hépatiques : c'est la cirrhose, elle-même source

---

<sup>8</sup> INSERM, expertise collective, Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Paris 2003. 536 pages.

d'œdème des membres inférieurs, d'hémorragie digestive, d'ascite, et finalement de coma hépatique. La consommation d'alcool peut aussi entraîner une pancréatite, responsable de douleurs abdominales survenant par crises, d'une inflammation de l'œsophage ou de la muqueuse de l'estomac.

- Du système nerveux périphérique, polynévrites génératrices notamment de douleurs, d'une atrophie musculaire des jambes, d'une baisse importante et souvent définitive de l'acuité visuelle -névrite optique- mais aussi et surtout,
- Du système nerveux central. Les manifestations les plus fréquentes en sont les amnésies ; mais des troubles beaucoup plus graves, puisque définitivement invalidants, existent : encéphalopathie Gayet Wernicke<sup>9</sup>. qui entraîne une amnésie associée à des fabulations, à des fausses reconnaissances (le malade croit, à tort, reconnaître des personnes en réalité inconnues), et à une désorientation temporelle. Non traitée, cette encéphalopathie devient irréversible : C'est le syndrome de Korsakoff<sup>10</sup>.

#### B) Au plan social

Il n'est pas nécessaire de rappeler le lien entre conduites sous l'emprise de l'alcool et accidents de la circulation. Il semble plus intéressant de rappeler que la personne qui boit « fait le vide » autour d'elle ; même les meilleurs amis se fatiguent de ces contacts avec ces buveurs qui vivent sur « la planète alcool ». De plus, l'alcoolique consommateur pense le plus souvent que les autres ne perçoivent pas son état, ce qui est faux. L'entourage éprouve la plupart du temps de la gêne, de la souffrance, et un sentiment d'impuissance.

Vient ensuite le temps de la désocialisation : la boisson devient un acte caché. La personne dépendante ne veut plus parler d'alcool, elle refuse de se confier à quelqu'un. Le secret et la solitude finissent pas s'imposer. On comprend que le patient est acculé au mensonge et prêt à tout pour consommer ; il se sent déprimé et même coupable. Il perd rapidement l'estime de soi. Il perd tout repère avec le monde qui l'entoure, allant jusqu'à se mettre hors la loi pour se procurer le « liquide précieux »

---

<sup>9</sup> L'encéphalopathie de Wernicke (ou de Gayet Wernicke) est un trouble neurologique sévère caractérisé par la perte de la mémoire à court terme.

<sup>10</sup> Le malade atteint du syndrome de Korsakoff présente des symptômes d'amnésie sévère, antérograde et rétrograde (l'individu ne se souvient plus de son passé, à l'exception d'éléments de son passé lointain) et ne peut plus acquérir de nouvelles informations en mémoire à long terme) accompagnée de fabulations et de fausses reconnaissances.

L'alcool favorise la violence. Il serait impliqué dans la moitié des rixes et des actes criminels, et un délit sur cinq serait commis sous son emprise. Il serait un facteur favorisant dans 5 à 25% des suicides.

C) Au plan professionnel,

Les risques de mise à l'écart, de rétrogradation et de licenciement sont bien réels ; il suffit pour s'en convaincre de demander aux patients abstinents combien d'entre eux ont perdu leur emploi. La rupture des liens sociaux, l'absentéisme, le licenciement, la perte de revenus due à la maladie, la perte du logement, la marginalisation, et l'exclusion sont les conséquences sociales possibles et malheureusement fréquentes d'une alcoolisation chronique.

D) Au plan familial,

Les situations sont toujours tragiques même lorsqu'elles n'en ont pas les apparences vues de l'extérieur : conjoints et enfants s'épuisent entre sentiments de culpabilité très fortement ressentis, périodes d'espoir lorsque la consommation diminue, périodes de désespoir lorsque celle-ci inévitablement reprend, exercices de surveillance et de recherches des « caches à bouteilles », tentatives douces de conviction, accès de colères... Ces « co-alcooliques » développent alors des troubles pathologiques qui ne pourront éventuellement cesser que par le biais d'une psychothérapie. Bien souvent, les familles éclatent pendant la période d'alcoolisation et parfois après l'arrêt de l'alcool tant le passé commun est lourd à porter.

#### **1.2.4 La longue marche vers la démarche de soin.**

Lorsque qu'une personne a un problème avec l'alcool, c'est à dire lorsque qu'elle ne peut pas boire normalement, en d'autres termes boire pour le goût, modérément, à certaines occasions, sans préméditation, certaines boissons contenant de l'alcool, un long chemin reste à parcourir vers l'abstinence.

Ce chemin peut-être décomposé en plusieurs étapes :

***Ces 4 étapes ont été relatées par d'anciens malades devenus abstinents.***

***« Première étape : se dire à soi-même que l'on boit trop et qu'il faut arrêter là. Se rendre compte que l'alcool nous apporte infiniment plus de souffrances que de plaisir. C'est alors souvent l'heure des grandes promesses que l'on se fait à soi-même : à partir de demain***

*matin, je ne boirai plus... et de « s'enfiler » goulûment le dernier verre qui ne sera bien sûr pas le dernier.*

**Deuxième étape** : *prendre conscience qu'il n'est pas possible d'en sortir seul. Après ces nombreux soirs du dernier verre et tous ces matins de promesses qu'il n'est pas possible de tenir, il faut en parler à quelqu'un. Mais à qui ? Et comment oser avouer à l'autre, aux autres, cette tare, cette honte qu'il a été si difficile de s'avouer à soi-même ?*

**Troisième étape** : *ayant atteint le fond, la recherche de cet autre qui peut aider, commence. Mon médecin traitant ? Mais comment lui dire ? Ceux qui m'entourent, ceux avec qui je vis ? Mais ils ne cessent de me surveiller, de m'engueuler parce que je bois trop. Je n'ai pas envie de reconnaître qu'ils avaient raison. Un coup de téléphone à une association ou à un centre spécialisé ? C'est la meilleure solution.*

**Quatrième étape** : *après bien des jours et des nuits de douleur, d'hésitations, le rendez-vous est pris ; il reste à franchir la porte de ce centre. C'est l'angoisse. Mais celle-ci disparaît très vite. La porte franchie, il y a là des gens, sans doute des alcooliques comme moi, qui eux aussi viennent pour des soins et qui n'ont pas l'air honteux. Il y a des médecins, des infirmiers, tous ces soignants qui ne vous accusent de rien. Et il y a cet immense soulagement de pouvoir dire à l'autre « je suis alcoolique » sans provoquer un regard critique. »*

#### **1.2.5 Le soin et l'accompagnement :**

Ils s'effectuent en plusieurs étapes :

##### **A) Le sevrage**

Pour se sortir de la dépendance, plusieurs solutions existent, mais elles passent toutes par une prise de conscience, et par l'intervention de professionnels soignants. A un certain stade de la maladie, la personne a peu de chance de s'en sortir seule.

Une fois décidée et volontaire, elle peut choisir entre l'hospitalisation et le traitement ambulatoire.

La prise en charge peut être assurée par des consultations en unités hospitalières d'alcoologie qui peuvent proposer des sevrages en milieu hospitalier. En milieu hospitalier le terme de cure recouvre deux processus thérapeutiques très différents : le sevrage et la cure proprement dite.

Le sevrage d'une durée de quatre à dix ou douze jours consiste en une sorte de « nettoyage » du corps : c'est une phase médicale pendant laquelle il faut absorber d'importantes quantités de liquide et particulièrement d'eau par perfusion et par ingestion afin d'éviter certains syndromes liés à l'arrêt brutal de la consommation d'alcool, notamment les éventuelles crises de delirium tremens. Sans être particulièrement agréable, cette période peut représenter un agréable souvenir de la vie d'un alcoolique : il peut enfin se s'abstenir de boire sans risquer la souffrance physique liée au manque d'alcool.

Cette prise en charge peut aussi, en partie, être assurée par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ils proposent un accueil, une orientation de la personne ainsi que des soins et un accompagnement médico-social. Le CCAA propose un traitement ambulatoire (ce qui peut permettre la poursuite d'une activité professionnelle) fondé sur un suivi important de la personne alcoolique : rencontre chaque jour avec un professionnel soignant et, dans certains centres, administration d'une piqûre de magnésium dite chauffante. Ce traitement ambulatoire permet souvent d'aboutir à plusieurs mois de sevrage, le traitement hospitalier présente sensiblement des résultats semblables.

B) La cure :

***« L'abstinence totale est plus facile que la parfaite modération » Saint Augustin.***

Le sevrage est l'étape obligée avant la cure qui, elle, n'est pas obligatoire ; cependant ne pas la suivre c'est prendre le risque de retomber très rapidement dans la dépendance. La personne doit être volontaire pour suivre cette cure, c'est un facteur de réussite du projet d'abstinence, en aucun cas elle ne doit le faire sous la contrainte d'un médecin ou de la famille. La personne doit être prête à s'engager dans un projet d'abstinence et doit accepter de suivre une psychothérapie.

D'une durée de quatre semaines, la cure comprend, outre un suivi médical, un accompagnement psychothérapique à la fois individuel et collectif (groupe de parole). La cure est une période d'introspection. Le buveur est invité à réfléchir, à s'exprimer, le but étant qu'il comprenne le pourquoi de sa relation particulière avec l'alcool. Comprendre à quel besoin venait répondre la consommation d'alcool et mettre en place d'autres formes de réponse non toxiques. Comprendre les raisons

de sa dépendance à l'alcool pour mieux la combattre et trouver enfin la motivation pour se tourner vers l'abstinence.

La cure c'est aussi se préparer à sortir d'un milieu protégé vers un milieu ordinaire et à retrouver les tentations extérieures et les anciennes relations. La sortie du milieu protégé est un moment angoissant, c'est pourquoi un accompagnement assuré par des professionnels est souvent proposé aux nouveaux abstinents. La cure peut être suivie par une postcure.

C) La posture :

Effectuée dans un centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR) spécialisé en addictologie (secteur sanitaire). Elle accueille des hommes et des femmes ayant effectué un sevrage ou une cure spécialisée. Un programme thérapeutique de 9 semaines est proposé, il s'appuie sur des moyens humains pluridisciplinaires et des techniques diversifiées de prise en charge. Il s'inscrit dans la continuité des soins entrepris par les patients. Les patients doivent être volontaires pour continuer leur démarche de soins et sevrés de tous produits, hors tabac.

**Le chemin vers l'abstinence : les étapes dans l'accompagnement assuré par l'association du Renouveau via ses différents établissements.**

**(Les missions de chaque structure sont expliquées en annexe 4).**

**L'association du Renouveau : une association au service des personnes alcoolo dépendantes**

## 1.3 L'association du Renouveau :

### 1.3.1 L'histoire du Renouveau

Constituée à l'initiative de personnalités dijonnaises impliquées dans le Comité départemental « *Prévention Alcool* » et dans des associations militantes du secteur social, et de médecins hospitaliers du secteur de la psychiatrie, l'Association du Renouveau a déposé ses statuts à la Préfecture de Côte d'Or en 1970<sup>11</sup>. Son objet principal consistait à accueillir, dans une structure autre qu'hospitalière, les personnes alcoolo dépendantes désocialisées. D'abord installée au 55 rue de Mirande, l'association allait conduire, avec les bénéficiaires eux-mêmes et des membres bénévoles, la restauration d'importants locaux mis à sa disposition par la Ville de Dijon, au 31 rue Marceau. En mars 1973, était créé dans ces locaux le CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) du Renouveau.

A partir de la fin 1974, l'association a constitué, dans le château de Vellerot, mis à disposition par l'Evêché de Dijon, l'« école de vie », qui allait devenir la « Communauté rurale de Vellerot » en 1986, puis une « résidence sociale », autonome par rapport au CHRS, en 1997, avant de s'inscrire dans le statut et le fonctionnement d'une « Maison relais » en Août 2003.

Créé dès 1971 sous la forme d'une SCOP, « SOCOBAT » est devenue Atelier protégé en 1977, CAVA (Centre d'adaptation à la vie active) en 1982, puis Entreprise d'insertion en 1990. Cette société ayant été cédée à l'UDM de Côte d'Or en 1997, l'Association du Renouveau continue de gérer le CAVA, devenu « Ateliers d'adaptation à la vie active » (AAVA). Ces ateliers ont changé plusieurs fois de localisation ; ils partagent aujourd'hui les locaux du 8 rue de Cracovie à Dijon avec d'autres associations locales agissant dans le secteur de l'insertion par l'activité économique (SDAT Entreprises, ADEFO, Accueil en gare, EMMAÜS), dont les structures d'insertion par le travail se sont regroupées en UCOR (Union Côte d'Orienne des associations de Réinsertion).

En 1987, l'Association crée, à partir du CHRS, une activité de postcure, dénommée plus tard de « post-sevrage », constituant une transition entre l'hôpital et le retour au domicile. Ce service débouche sur la création, en Avril 2002, d'un véritable CSSR : Centre de Soins

---

<sup>11</sup> Association loi 1901 à but non lucratif, déclarée en préfecture de Côte d'Or le 1<sup>er</sup> Octobre 1970 (publication au Journal officiel le 14 Octobre). Dernière modification des statuts : 28 Juillet 1978. Siège : 31 rue Marceau – 21000 DIJON.

de Suite et de Réadaptation en alcoologie, sur le site de la rue Marceau, et relevant du secteur sanitaire.

### **1.3.2 La mission du Renouveau et son évolution dans le temps.**

L'Association du Renouveau s'adresse aux personnes alcoolo dépendantes. Elle leur propose :

- Un engagement dans un processus actif s'appuyant sur la motivation personnelle
- L'abstinence d'alcool, étayé par l'engagement de tous dans la démarche
- La solidarité par le groupe, le collectif
- Un lieu de vie, de convivialité, proposant des bases de réassurance et de socialisation, qui s'appuient sur la durée.

La mise en œuvre de ce projet initial a connu des évolutions liées à l'évolution générale des perceptions et des pratiques sociales et administratives.

Après une période « pionnière », fondée sur un accueil très collectif, l'accent porté sur le travail, l'effort constructif, est venue une période de structuration et de constitution d'un socle théorique clinique (1975-1990), concrétisée notamment par la formation des personnels.

Dans les années 1990, les établissements et services gérés par le Renouveau, accompagnant en cela une évolution générale, ont pratiqué un recours plus formalisé à l'écrit, à la contractualisation et à l'individualisation des accompagnements, à la prise en compte de l'environnement familial, social, au partenariat en matière de logement, de santé, de réinsertion professionnelle.

Depuis les années 2000 : l'interdisciplinarité s'est renforcée, à partir de « métiers » et de fonctions mieux identifiés, et grâce à l'arrivée de soignants et de psychologues. C'est ainsi que :

- les services se sont spécialisés : postcure, réinsertion par le travail, stabilisation à long terme et réinsertion sociale.
- le respect des droits des usagers et la recherche de leur pleine participation ont été définis comme des objectifs majeurs par les lois 2002-2 (secteur médico-social) et 2002-303 (secteur sanitaire).
- les professionnels se sont ouverts aux besoins nouveaux des usagers, en matière de dépendance conjointe à d'autres produits, licites ou illicites. La notion de dépendance à un produit laisse le pas à celle d'addiction.
- de nouveaux courants théoriques et cliniques ont été investis.

### 1.3.3 Ses valeurs et ses points d'insistance.

L'Association du Renouveau veut aider les personnes alcoolo dépendantes, exclues ou en risque d'exclusion, à compenser les effets de ce qu'elle identifie clairement comme une maladie bio psycho sociale. Elle aide les personnes dans leur accès à l'ensemble de leurs droits, dans le retour à la santé physique et psychique, dans le maintien où la reprise de leurs liens familiaux et sociaux, dans le maintien ou le retour à l'insertion professionnelle.

Connaissant bien la difficulté du parcours qui tend vers l'abstinence et le passage de la vie *avec l'alcool* (ou d'autres produits), vers la vie *sans alcool*, puis idéalement, la vie « *hors alcool* », l'Association est tolérante envers les accidents de parcours (ruptures, retours, rechutes...); elle fait le choix de travailler ces événements avec les personnes et de rester accueillantes à leurs demandes. Elle accepte les accompagnements au long cours; elle recherche la passation de relais et fait le choix d'une pratique de « non abandon » des personnes, en partenariat avec les autres intervenants du secteur.

Pour l'Association du Renouveau, l'abstinence par rapport aux produits entraînant une dépendance ne constitue pas une fin en soi, mais plutôt le support permettant l'épanouissement des personnes moyennant le développement des ressources personnelles propres. C'est pourquoi l'Association valorise à la fois :

- La valeur de **la personne**, en tant que sujet autonome et responsable, invité à s'engager personnellement, dans le cadre d'un « désir pour soi »
- La valeur **du groupe**, de la communauté, comme support structurant, apportant à la fois aide et contrôle.
- Une **éthique professionnelle** forte qui se manifeste notamment par le respect des différences et la non violence des relations, l'engagement dans la relation, le professionnalisme.

Il en résulte une attention particulière portée à l'utilisateur qui, selon l'établissement ou le service, peut avoir un statut de patient (en hospitalisation complète ou de journée, au CSSR), de résident (en studio au CHRS ou en Maison relais), de résident bénéficiant de soins (en LHSS), de personne accompagnée (par le service de suite du CHRS ou dans son insertion professionnelle par le CAVA), de locataire ou sous-locataire (via le CHRS ou le Service HELP).

En particulier, l'Association s'attache à fournir un cadre de vie et de travail de qualité, garantissant la sécurité et la tranquillité, ainsi que des prestations matérielles et hôtelières permettant la reconstruction d'une image de soi valorisante.

Les modalités d'accueil, de contractualisation du séjour, de préparation de la sortie, ainsi que les dispositifs permettant la participation des usagers sont ceux prévus par les lois 2002-2<sup>12</sup> et 2002-303<sup>13</sup>.

Concernant l'animation des ressources humaines de ses établissements services, outre l'application rigoureuse des dispositions du droit du travail et de la convention collective<sup>14</sup>, l'association promeut les valeurs de solidarité, de cohésion, d'exigence et de loyauté concernant les salariés ; elle favorise l'exercice et le respect de leurs droits. Elle s'implique au-delà du droit, en cherchant à favoriser un climat d'écoute, de concertation, de prise en compte réaliste de leurs besoins, autant que d'exigence et de rigueur professionnelle, en cohérence et en référence avec la qualité du service à rendre aux bénéficiaires de leur action. Elle souhaite favoriser la mobilité interne et externe, comme facteur d'évolution individuelle et de prévention de l'usure professionnelle.

Convaincue de la nécessité d'interventions assurées par des salariés qualifiés et compétents, l'association recrute du personnel dûment qualifié et conduit une politique de formation dynamique. L'ensemble des intervenants est rapidement formé à l'alcoologie et à l'addictologie.

Enfin, dans sa gestion des établissements et services qu'elle a créés dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, l'Association du Renouveau entend s'inscrire dans l'esprit des textes qui les régissent et appliquer les directives officielles en matière notamment d'hygiène et de sécurité, de respect des droits et de participation des usagers, d'autorisation et de tarification, d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Elle entend par ailleurs maintenir la taille de ses établissements et services dans une limite qui permette une bonne connaissance réciproque des différentes unités et une intervention à dimension humaine.

---

<sup>12</sup> Loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>13</sup> Loi 2002-303 du 4 Mars 2002 (dite Loi KOUCHNER) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>14</sup> Il s'agit en l'occurrence de la Convention Collective Nationale du 31 Octobre 1951 des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif.

Au total, à ce jour, l'Association du Renouveau gère :

- Le CSSR : Centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie - 27 places (23 lits et 4 hospitalisations de jour).
- Le CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale - 87 places (57 en hébergement, 30 en service de suite).
- La MAISON RELAIS de Vellerot (70 Km de Dijon) – 25 places.
- Les ATELIERS du Renouveau, pour 30 personnes à mi-temps.
- Le Service HELP : Habitat et liens pour les anciens du Renouveau - 20 places.
- Les LHSS : Lits halte soin santé - 4 lits.

En permanence, environ 150 personnes ayant une dépendance à l'alcool et/ou à d'autres produits psychotropes, sont soignées, hébergées, accueillies ou accompagnées par l'une ou plusieurs des structures du Renouveau.

## 1.4 La maison relais de Vellerot.

### 1.4.1 Le dispositif des maisons relais :

La création de Maison relais fait suite au lancement d'un programme expérimental de création de pensions de familles par la circulaire du 21 avril 1997 et à l'évaluation positive qui en a été faite.

François FILLON, ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la Précarité et l'Exclusion et Gilles de ROBIEN, ministre en charge du Logement, ont signé, le 10 décembre 2002, une circulaire<sup>15</sup> sur la création des Maisons Relais.

Destinées à l'accueil des personnes à faible niveau de ressource, en situation d'isolement ou d'exclusion lourde sans relever d'un hébergement en CHRS, ces structures s'inscrivent dans une logique d'habitat durable, dans un cadre semi collectif « *valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social* ». Elles constituent une modalité particulière de résidence sociale, régie par les articles R. 593 et suivants du code de la construction et de l'habitat et la circulaire n° 965733 du 17 décembre 1996.

Selon le rapport PELISSIER<sup>16</sup> il est précisé que "la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée".

Dans un contexte législatif propice (loi DALO<sup>17</sup>, rapport PINTE<sup>18</sup>), ce dispositif singulier apparaît comme un moyen de traiter des problématiques plurielles.

Selon l'étude « ville et habitat » les maisons relais offrent des fonctionnements différenciés autour de la notion « d'habitat durable, offrant un cadre semi collectif » :

#### Le niveau et les modalités de vie collective :

Des maisons relais fonctionnent selon un mode de vie communautaire tandis que, dans d'autres, le niveau de vie collective est très faible.

#### Le suivi et l'accompagnement individuel des résidents :

Au regard de leurs profils, tous les résidents ont des besoins de suivi individuel (au niveau administratif, social, médical...) ; les maisons relais participent à ce suivi, soit en

---

<sup>15</sup> Circulaire 2002-595 relative aux maisons relais du 10 décembre 2002.

<sup>16</sup> Élaboré par Michel Pélissier en réponse à la demande de Christine Boutin, ministre du Logement

<sup>17</sup> Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

<sup>18</sup> Rapport d'Etienne PINTE Député des Yvelines Parlementaire en mission auprès du Premier ministre 21 décembre 2007- 20 Juin 2008 sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

l'internalisant pour tout ou partie, soit en étant le lieu où convergent les suivis des différents partenaires extérieurs.

Les particularités des résidents imposent des structures de petite taille (25 logements au maximum), des espaces collectifs conséquents pour permettre une vie sociale soutenue et un accompagnement de proximité (différent de l'accompagnement social stricto sensu) mis en œuvre par le « couple d'hôtes » qui justifie la subvention de fonctionnement de 16 € par jour et par place. Elle ouvre droit au bénéfice de l'allocation personnalisée au logement (APL).

Le fonctionnement des maisons relais est financé par l'Etat et d'éventuels co-financeurs (dans notre cas, Ville de Dijon et Conseil Général de la Côte d'Or).

#### **1.4.2 La maison relais de Vellerot : son histoire, sa spécificité**

Dès 1979, - il y a donc 30 ans cette année -, le Renouveau a déployé son activité vers le château de Vellerot. Les modalités et les statuts ont évolué plusieurs fois depuis cette date :

Le premier projet était celui d'une **postcure** de deux mois dénommée « **Ecole de vie** », proposée aux personnes à la suite d'un sevrage en milieu hospitalier. Cette « école » était alors installée dans les bâtiments en très mauvais état du château de Vellerot, et animée par des salariés peu nombreux (un éducateur et une cuisinière...) mais très motivés, qui se sont formés de façon rapide et intensive aux techniques qui apportent de l'aide aux personnes dépendantes : relaxation, sophrologie, groupes de parole...

La structure a ensuite évolué, en 1987, en « **communauté rurale** », sur le modèle des communautés Emmaüs, fondé notamment sur le travail collectif et sur le sens de la responsabilité. La précarité de cette structure, liée à la faiblesse de l'effectif de son encadrement (qui passe alors à 3,5 ETP) et à son éloignement, ne lui a pas permis de perdurer. L'activité de postcure est alors transférée au siège de l'association à Dijon (elle deviendra quelques années plus tard le CSSR). Dès lors, les résidents ne viennent plus à Vellerot pour se sevrer (cette étape s'effectue ailleurs désormais), mais pour consolider leur abstinence.

De 1993 à 1997, Vellerot poursuit son évolution de la postcure vers la résidence sociale. Le personnel, toujours en effectif réduit, s'attache cependant à travailler avec les personnes qu'elles accompagnent et à établir des partenariats avec les organismes qui orientent ou accompagnent les résidents.

En 2002, la convergence de la volonté affirmée de partenaires différents et complémentaires (voir ci-dessous) a permis d'engager des travaux nécessaires visant la sécurité des résidents et la conformité aux règles en vigueur, et de faire évoluer la

communauté vers un statut de **résidence sociale** (en 1997), dont l'effectif en personnel a été renforcé.

En 2003, en réponse à la sollicitation de la DDAS<sup>19</sup> de Côte d'Or, la résidence sociale de Vellerot est la première à recevoir le tout nouveau statut de **maison relais** avec un agrément de 25 places. L'accès à ce nouveau statut juridique s'accompagne d'une augmentation appréciable de l'équipe des professionnels, qui passe de 3,5 à 6 postes ETP, de la mise en place de projets individualisés et d'un Conseil de la vie sociale destiné à assurer la participation des résidents à la vie de la maison relais.

Cette histoire est liée à l'évolution globale des modes d'accompagnement mis en œuvre dans l'ensemble des établissements et services gérés par l'association du Renouveau, elle-même conditionnée par l'évolution des politiques publiques :

- vie communautaire forte et expérimentation de la solidarité par le travail dans les années 70,
- structuration, effort massif de formation du personnel, recours aux partenariats, dans les années 80,
- prise en compte de la dimension personnelle et individuelle, dans les années 90,
- identification des fonctions et renforcement de l'interdisciplinarité, mise en œuvre des droits des usagers, travail sur les autres produits entraînant une dépendance, depuis les années 2000.

#### **1.4.3 A qui s'adresse la maison relais de Vellerot ?**

La maison relais de Vellerot est ouverte aux femmes et aux hommes de 18 ans et plus. Elle s'adresse à des femmes et des hommes malades alcooliques chroniques, présentant le plus souvent des troubles associés (physiques, psychiques, psychiatriques stabilisés) ou des pathologies consécutives aux consommations excessives prolongées (troubles somatiques, neurologiques, cognitifs), ayant un passé institutionnel ou hospitalier souvent prolongé. La maison relais n'étant pas un établissement de soin, elle ne peut accueillir que des personnes dont la santé physique et psychique est stabilisée, et qui n'ont pas besoin d'une assistance médicale et/ou paramédicale autre que ponctuelle. En revanche, il n'y a pas de limitation a priori dans la durée envisagée du séjour, ni en ce qui concerne l'âge. L'atteinte des 60 ans ne constitue pas un obstacle, tant que les personnes restent autonomes.

---

<sup>19</sup> DDASS : Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

La caractéristique des personnes accueillies à la maison relais de Vellerot est donc double :

1. En tant que maison relais, elle accueille des personnes dites « **en très grande difficulté sociale** ». Il s'agit de personnes engagées dans un processus d'exclusion, ayant besoin d'un accompagnement social spécialisé, ayant souvent un passé institutionnel et hospitalier prolongé ; le plus souvent ces personnes n'ont plus de liens familiaux ou très peu. Elles ne sont pas dans une dynamique de réinsertion professionnelle. En revanche, elles ont des besoins de protection, de maintien de la santé globale, de vie relationnelle et sociale ; elles peuvent avoir des aspirations dans le domaine des loisirs, de la culture, etc.
2. En tant qu'établissement créé et géré par l'association du Renouveau, elle accueille des personnes ayant une **dépendance avérée à l'alcool et/ou à d'autres produits**, et faisant **le choix de l'abstinence** à ces produits, après avoir engagé des démarches souvent nombreuses de soin (sevrage, cure, postcure). Cette particularité est essentielle et fait de la maison relais de Vellerot *une maison relais différente des autres*.

La maison relais de Vellerot accueille donc des personnes fortement désocialisées qui, pour la plupart, ont connu la rue ou des passages multiples en CHRS ; elles ont un faible niveau de ressources. Le plus souvent, leur situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Ces personnes accueillies ne sont pas ou plus dans une démarche dynamique de réinsertion sociale et professionnelle. Elles se trouvent en rupture sociale, professionnelle, souvent familiale.

Lors de la réunion de travail avec les professionnels (le 18 février 2009), ces derniers ont souligné le caractère quelquefois « négatif » ou « par défaut » des orientations vers la maison relais de Vellerot ; cette orientation est en effet présentée parfois comme celle de la « dernière chance », vécue comme une forme de sauvetage par rapport à une issue fatale pour la personne, dont le pronostic vital est engagé si les consommations et les conditions de vie ne sont pas changées. Le caractère « volontaire » de l'entrée à la maison relais est donc quelquefois modulé par une pression forte de l'entourage, sur des personnes dont la capacité de jugement et d'évaluation de leur propre situation peut ne pas être pleine et entière à ce moment-là. Cela induit, soulignent les professionnels, un devoir de restauration de la confiance et de l'estime de soi, dans les semaines qui suivent l'admission, afin que la personne soit en mesure, progressivement, d'adhérer à cette orientation et de s'inscrire peu à peu dans un projet de reconstruction. D'une admission en quelque sorte « par défaut », par mesure de protection, il s'agit d'aller vers une

orientation choisie et assumée. Les professionnels notent enfin que, la plupart du temps, les résidants pensent venir pour un séjour de courte durée, ce qui ne se confirme pas dans la réalité.

Conformément aux orientations des politiques publiques en matière d'« accueil, hébergement, insertion », l'accueil des personnes originaires du département de la Côte d'Or ou y ayant des attaches réelles est fortement prioritaire. En raison de sa spécificité évoquée plus haut, cependant, des personnes issues des trois autres départements de la région Bourgogne, voire des régions limitrophes, dépourvues de ce type de structure, peuvent y être accueillies.

En raison du nombre de places peu élevé, d'une part, et de la durée habituelle des séjours des résidants, d'autre part, les mouvements d'entrée et de sortie des résidants sont peu nombreux.

Concernant les caractéristiques des personnes accueillies à la maison relais de Vellerot, le rapport d'activités de l'année 2007 met en évidence les éléments suivants :

- La parité n'est pas de mise ! : 80 % d'hommes, 20 % de femmes.
- La moyenne d'âge est élevée : 55 ans.
- 71 % des personnes ont entre 50 et 70 ans.

La spécificité de cette maison relais permet à ces personnes de pérenniser les démarches de soin entreprises en amont et de consolider leur abstinence, grâce au soutien de l'équipe des professionnels mais également d'un cadre de vie et d'un règlement de fonctionnement qui prennent en compte cette problématique particulière.

#### **1.4.4 Les missions de la maison relais de Vellerot**

La maison relais accueille des personnes fragilisées, qui ont d'abord besoin d'une forme d'éloignement et de protection. La mission principale consiste à leur permettre de se « poser », après un vécu souvent difficile, marqué par la maladie, la dépendance, l'isolement, la précarité. Après cette période de protection, de « cocooning », de stabilisation, vient le temps de la « reconstruction », au rythme de chacun, avec des objectifs mesurés et individualisés.

**Ainsi, les missions de la maison relais de Vellerot peuvent être décrites en quatre « temps »** qui en réalité, dans la chronologie, se chevauchent :

- 1. La stabilisation** : stabilisation de l'état de santé de la personne et de son alcoolisme, qui ne peut s'obtenir que sur du long terme. Cela passe par une étape d'isolement, de protection, après un parcours de soin incontournable effectué en amont (sevrage simple ou complexe, éventuellement suivi d'une postcure).

2. **La redynamisation**, dans toutes les composantes de la personne : physique (au moyen du sport ou de la gymnastique douce, se repérer, se mouvoir), psychologique (estime de soi, reprise de confiance, aptitude à la relation, autonomie), affective (ressources internes et échanges relationnels), intellectuelle (prise d'initiative, dynamisme, entraînement de la mémoire, aide à la communication...), etc. Il s'agit d'aider la personne à se reconstruire comme sujet.
3. **La resocialisation** : permettre à la personne de réapprendre les attitudes sociales (règles, contraintes par exemple), les valeurs de la vie sociale (solidarité), au travers de la vie quotidienne en collectivité à Vellerot. Les aider également, lorsque c'est leur souhait, à renouer le contact avec une famille ou des amis perdus de vue.
4. **L'intégration** : sur l'extérieur (vie de la commune, activités extérieures), pour un retour à une identité sociale et citoyenne la plus complète possible, avec des perspectives de retour à la vie ordinaire, pour certains résidents. Ces deux derniers éléments contribuent également à l'accompagnement de certains résidents dans leurs projets de sortie de la maison relais et de retour à la vie en milieu ordinaire.

**On peut donc caractériser ainsi les missions propres à la maison relais de Vellerot : Accueil de personnes en grandes difficultés sociales liées à une dépendance à l'alcool ou à d'autres produits, dans six dimensions principales :**

- **Hébergement dans un environnement protecteur par rapport aux produits, permettant un appui sur le collectif.**
- **Aide au maintien de l'abstinence.**
- **Recouvrement et maintien d'un état de santé satisfaisant.**
- **Accompagnement social et exercice des droits sociaux.**
- **Réappropriation d'une vie personnelle et d'une vie sociale.**
- **Le cas échéant : accompagnement dans un projet de retour à la vie ordinaire.**

Ces missions s'appuient sur les principes mis en avant par l'Association du Renouveau :

- ✓ Valeur accordée à la personne.
- ✓ Choix de s'appuyer sur le groupe, la communauté.

- ✓ Principe de non abandon des personnes dans leurs parcours (non linéaires, en particulier par rapport à la dépendance à un produit).
- ✓ Ethique professionnelle, compétence, formation.

#### **1.4.5 Les prestations délivrées :**

Les personnes hébergées à la maison relais peuvent bénéficier 24 heures sur 24 et 365 jours par an de l'infrastructure et des interventions de l'équipe des professionnels. Les prestations offertes sont de différents ordres :

##### **- Par rapport à la dépendance :**

- Entretiens individuels et groupes de parole permettant de soutenir la démarche.
- Accompagnement et/ou soutien dans les démarches de soin effectuées à l'extérieur.
- Aide et contrôle par rapport à la règle de l'abstinence ; reprise des ré alcoolisations.
- Proposition d'accompagnement psychologique, en interne ou à l'extérieur.

##### **- Hébergement et restauration :**

- Mise à disposition d'une chambre individuelle, avec sanitaires complets (pour presque tous les résidants).
- Restauration collective familiale de qualité et sans alcool, confectionnée sur place, pour tous les repas.
- Chauffage, fournitures, entretien, maintenance d'une partie des locaux et du mobilier.
- Equipements collectifs (cafeteria, buanderie, salle de sports, etc.).
- Intervention possible d'une aide ménagère, pour l'entretien du studio.

##### **- Soin :**

- Attention portée, de façon individuelle, aux besoins de chaque résidants en matière de prévention, de consultation, de bilan, et de soins.
- Consultations auprès d'un médecin généraliste du secteur, à la maison relais.
- Délivrance contrôlée des médicaments.
- Soins infirmiers et paramédicaux par les libéraux du secteur.
- Accompagnement aux consultations à l'hôpital ou en ville.
- Suivi médical, aide à la prise de rendez-vous.
- Plus généralement : accompagnement dans l'accès aux soins, par les dispositifs de droit commun.

- Intervention possible d'une auxiliaire de vie pour les gestes quotidiens (toilette, soins d'hygiène).
- **Aide sociale :**
  - Aide à l'élaboration des dossiers, ouverture des droits, renouvellement des droits.
  - Lien avec les organismes de tutelle.
  - Aide au budget.
  - Mise en place d'échanges avec d'autres partenaires
- **Vie familiale et sociale :**
  - Le cas échéant, accompagnement dans le renouement des liens familiaux.
- **Vie quotidienne – Liens sociaux :**
  - Accompagnement dans la participation aux tâches communes (ménage, buanderie, cuisine, petit entretien, espaces verts...), permettant d'expérimenter la solidarité et la reconnaissance de l'autre.
  - Proposition et animation d'activités culturelles, sportives adaptées, ou de loisir, et d'ateliers créatifs, favorisant la découverte de soi et la relation aux autres.
  - Sorties hebdomadaires au chef lieu de canton.

L'ensemble de ces accompagnements est individualisé ; le suivi de chaque résidant est coordonné par un travailleur social désigné comme son référent.

#### **1.4.6 Les ressources humaines : une équipe pluridisciplinaire au cœur de l'action de la maison relais de Vellerot :**

L'équipe des professionnels de la maison relais de Vellerot est ainsi constituée :

	Nombre de salariés	En ETP
En contact avec les résidants, travaillant sur le site :	8	6.70
Pas en contact direct, travaillant au Siège de l'Association :	3	0.49
<b>TOTAL :</b>	<b>11</b>	<b>7.19</b>

Huit personnes assurent donc l'encadrement et l'animation de la maison relais de Vellerot, pour 6.70 postes en ETP ; tous se trouvent en contact direct avec les personnes accueillies :

- Une chef de service, ayant la qualification d'infirmière DE et d'éducatrice spécialisée (1 ETP)
- Trois aides médico-psychologiques (AMP) (3 ETP)
- Une aide-soignante (AS) (0.58ETP)
- Un moniteur d'atelier (1 ETP)
- Un animateur cuisine (0.52 ETP)
- Des remplaçants pour couvrir les périodes d'absences des AMP et de l'AS (0.60 ETP)

Au siège de l'Association du Renouveau, trois personnes ont une part de leur temps de leur travail dédiée à la maison relais et inscrite dans son budget :

- La directrice générale (0.10 ETP)
- Le directeur adjoint pédagogique (0.09 ETP)
- Une secrétaire comptable (0.30 ETP).

S'y ajoutent plusieurs personnes ressources, salariées de l'Association du Renouveau, qui peuvent être sollicitées à des titres divers, en particulier :

- **la responsable administrative et financière** de l'Association, en tant que responsable hiérarchique de la comptable et responsable pour l'ensemble des établissements et services,
- **l'assistante sociale**, en tant que personne ressource experte pour la chef de service et les travailleurs sociaux de la maison relais, sans que cela se substitue au travail effectué avec les assistantes sociales du secteur.
- **le médecin psychiatre** du CHRS du Renouveau, qui se rend sur place une fois par mois afin de recevoir en consultation les résidents qui en expriment la demande.

#### **1.4.7 Les moyens matériels et financiers :**

Le fonctionnement de la maison relais de Vellerot a plusieurs sources de financement :

1. Un **financement à la place**, versé par la DDASS de Côte d'Or, qui s'élève, depuis le 1<sup>er</sup> Juillet 2008, à 16 € par résident et par jour (12 € seulement

jusqu'à juin 2008). A titre indicatif, cela correspond à une dotation annuelle de 146 000 €, (basée sur un taux d'occupation de 100 %).

2. Deux **subventions** annuelles **de fonctionnement** sont versées :
  - a. l'une par la Ville de Dijon (30 490 € en 2008),
  - b. l'autre par le Conseil général de la Côte d'Or (62 000 € en 2008).
  
3. La **redevance versée par les résidants**, égale à 70 % de leur « reste à vivre » (hors remboursement de leurs dettes éventuelles, pensions alimentaires, assurances et mutuelle), sachant que leurs revenus sont presque toujours très faibles. En 2008, le total de la contribution des résidants s'est élevé à 130 883 €.

Une Convention passée entre la Ville de Dijon, la Direction Départementale de l'Équipement et le Renouveau, en date du 24 Avril 1995, permet aux résidants de bénéficier de l'Allocation Personnalisée au Logement (APL).

En 2008, les charges ont été ainsi réparties :

➤ Dépenses afférentes à l'exploitation courante :	95 490 €	soit 22 %
➤ Dépenses afférentes au Personnel :	286 760 €	soit 65 %
➤ Dépenses afférentes à la structure :	58 868 €	soit 13 %
➤ TOTAL :	441 118 €	

Les locaux, ainsi que les dépendances et les terrains environnants, appartiennent à l'Association diocésaine de Dijon (Evêché), qui les met à la disposition de l'Association du Renouveau dans le cadre d'un bail emphytéotique de 99 ans, signé en 1987, et moyennant un versement symbolique. Cela constitue pour la maison relais et pour l'Association du Renouveau à la fois une chance et une charge aujourd'hui de plus en plus lourde. Des investissements importants y ont été effectués par l'Association : réfection totale et adjonction d'un bâtiment à destination d'ateliers en 1990, réfection et mise aux normes de la cuisine collective en 2003. Aujourd'hui, des besoins de rénovation se manifestent : toiture et charpente, huisseries, système de chauffage, mise en sécurité des dépendances... et les conditions de confort offertes aux résidants ne sont pas optimales.

## 2 DÉFINIR UNE STRATÉGIE DE CHANGEMENT

*«Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas les faire, mais parce que nous n'osons pas les faire qu'elles sont difficiles » SENEQUE.*

### 2.1 Ce que j'ai constaté à mon arrivée :

#### 2.1.1 En approche globale :

La maison relais de Vellerot semblait « en difficulté », le personnel s'étant usé à assurer des permanences, des nuits et des week-ends supplémentaires en l'absence de deux personnes suite à des congés maternité prolongés. De plus il fallut faire face à un arrêt maladie de longue durée suivi par une reprise à mi-temps. La localisation isolée de Vellerot rend les remplacements très difficiles, et les recrutements mettent souvent du temps à aboutir.

Dès les premiers jours, j'ai constaté une absence globale de projet, aussi bien au niveau des équipes qu'en direction des résidents. En fait, lorsqu'une équipe s'épuise à assurer l'urgence, ses membres peuvent difficilement s'impliquer dans de nouveaux projets. Le développement d'activités de loisirs passe alors après les obligations médicales : accompagnement des résidents chez les médecins et spécialistes. Lorsque l'équipe est au complet, 5 membres du personnel sont référents en moyenne de 6 à 7 résidents.

Pour l'année 2008, ce sont 200 rendez vous médicaux, dont 150 à l'extérieur, qui ont nécessité l'accompagnement d'un référent ; à cela se sont ajoutées 61 consultations psychologiques sur l'année.

C'est ainsi qu'en cas d'absence prolongée, une équipe va s'user à assurer le quotidien, sachant que ces rendez vous sont souvent fixés à une distance importante de Vellerot (Arnay-le-Duc, Beaune, Dijon...),

Pourtant, il est nécessaire de rappeler que la maison relais de Vellerot bénéficie d'un budget de fonctionnement bien supérieur à celui d'une maison relais traditionnelle. Du fait de cette spécificité, il convient donc d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la problématique de la population accueillie.

Après une période d'observation relativement courte, j'ai pu constater et analyser les impacts de cette période d'usure, tant au niveau du fonctionnement de la maison relais, qu'au niveau de l'accompagnement des résidents.

J'ai remarqué immédiatement le piètre état de propreté des locaux, un manque d'hygiène flagrant en cuisine (un congélateur, des placards, des meubles sales, un lave vaisselle qui

ne chauffe plus alors que certains résidents sont atteints d'hépatite ...), des sanitaires collectifs sales et hors d'usage, des meubles de récupération hors d'âge. Si la structure est effectivement ancienne et aurait besoin d'être rénovée, il est évident qu'un entretien courant et régulier améliorerait sensiblement la qualité et le confort de vie de l'ensemble des personnes séjournant sur Vellerot.

Cet état d'abandon reflète également l'ambiance humaine qui règne sur le site : les moments de silence lourd ou de conflits ouverts se succèdent, aussi bien chez le personnel que chez les résidents.

### **2.1.2 Au niveau de l'équipe :**

Les tensions étaient palpables, les membres de cette petite équipe, au nombre de 8, se croisaient parfois, mais ne travaillaient pas vraiment ensemble. Il existait un conflit ouvert entre l'aide cuisinière, l'aide soignante, et les autres membres de l'équipe. Deux personnes, AMP, en charge du suivi des résidents ont été en congé maternité ; s'est aussi ajouté un arrêt de maladie de longue durée suivi d'une reprise à mi-temps, ce qui a pendant un temps, déstabilisé le fonctionnement de l'équipe. Celle-ci s'est essouffée. L'une des AMP prendra ensuite un congé parental à mi temps ; plus tard, une personne non diplômée assurera ce remplacement.

Les plannings étaient construits par les salariés, mais compte tenu des tensions au sein de l'équipe, ils étaient souvent remis en question par certains, et ne répondaient pas aux exigences d'une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

J'ai constaté que la rareté des réunions ne facilitait pas le travail en équipe. Compte tenu d'une ouverture 7 jours sur 7 et 24h sur 24h de la maison relais, il était très difficile de réunir l'ensemble du personnel, chaque salarié ayant pris l'habitude de travailler de façon autonome. J'ai analysé rapidement que le personnel était qualifié, impliqué, mais qu'aucune action n'était en place pour coordonner ce travail.

Cela tenait surtout au fait que les 8 membres de l'équipe étaient rarement présents en même temps ; ils se relayaient, afin d'assurer une prise en charge continue. En fait, depuis plus d'un an, il s'agissait surtout d'assurer les urgences (rendez vous médicaux notamment), les activités quotidiennes fonctionnaient, elles, au ralenti.

L'aide cuisinière a démissionné durant l'été 2008. Son amie au sein de l'équipe, l'aide soignante, annonça alors sa volonté d'avancer son départ en retraite. Ce départ fut programmé pour janvier 2009.

Les réunions concernant l'analyse de la pratique étaient jugées inutiles pour certains salariés qui souhaitaient les abandonner.

L'information circulait très mal car rien ne semblait prévu à cet effet : aucun écrit, pas de transmission d'information concernant les résidents, peu de concertation. Le responsable de la structure n'était pas informé quand une modification importante concernant l'accompagnement d'un résident se mettait en place.

L'absence de communication interne était réelle.

La maison relais de Vellerot semblait assez isolée institutionnellement, et les rapports avec les autres établissements du Renouveau peu fréquents, ce qui explique que les conditions de travail aient pu se dégrader silencieusement. Il est utile de rappeler ici que l'ancien responsable de la Maison relais avait une ancienneté très importante au sein du Renouveau et qu'il bénéficiait de la totale confiance de la direction. Le départ du directeur général du Renouveau, fin 2006, et les désordres engendrés lors de son remplacement au sein de l'établissement dijonnais, ont conduit temporairement la maison relais à un isolement institutionnel plus important encore au sein de l'association.

Pour comprendre l'état d'esprit qui régnait à Vellerot lors de ma prise de fonction, il faut savoir que mon prédécesseur entretenait des liens très amicaux avec le moniteur d'atelier. Tout naturellement, ce dernier a pensé que le poste de responsable lui reviendrait de droit, lors du départ en retraite de son supérieur hiérarchique ; le personnel sur place semblait également en être persuadé. Ceci n'a pas été le cas et a engendré de la défiance de sa part lors de ma prise de fonctions.

### **2.1.3 Au niveau des résidents :**

J'ai perçu un profond sentiment de tristesse, de laisser aller, de désœuvrement.

La plupart des résidents sortaient peu de leur chambre et passaient des journées entières devant la télévision.

Les repas collectifs, où leur présence est obligatoire, étaient des moments de mutisme quasi général. Il était difficile de nouer le dialogue avec eux. Pour certains, j'ai constaté un manque important d'hygiène.

Les résidents semblaient avoir mal vécu les absences et les changements de personnel, certains vivaient mal le fait d'avoir « perdu » leur référent. Ils disaient s'ennuyer et souhaitaient la reprise des activités de loisirs.

En principe, chaque résident participe à l'organisation de la vie collective, et ce, en fonction de ses capacités. Comme dans une famille, chacun a ses tâches et en est responsable.

Les activités collectives nécessaires au fonctionnement courant de la maison relais étaient réduites au minimum. N'étant pas vraiment sollicités, les résidents ne se précipitaient pas pour participer aux tâches collectives, alors que celles-ci sont prévues dans le cadre du projet de vie à Vellerot, ainsi que dans le règlement de fonctionnement. Lors de mon arrivée, 11 résidents sur 26 ne participaient pas aux tâches ménagères. Certains d'entre eux n'arrivaient pas à s'intégrer dans le collectif, et d'autres n'en avaient pas la capacité physique. Quant aux activités de loisirs, elles avaient disparu majoritairement, (à l'exception de la chorale assurée par une bénévole depuis 11 ans).

## **2.2 Le contexte associatif :**

L'histoire du Renouveau durant ces trois dernières années ; la sérénité retrouvée après une période d'instabilité.

### **2.2.1 Remaniement au niveau de la direction**

L'année 2006 fut marquée par le départ du directeur général. Celui-ci était présent dans l'établissement depuis 1975. Homme charismatique, en lien direct avec ses équipes, il avait institué un fonctionnement essentiellement vertical, chaque personne de l'association ayant pris l'habitude avec les années soit d'accéder directement à son bureau, soit de travailler en grande autonomie.

La procédure concernant son remplacement fut longue et difficile, puis caduque, puisque son premier successeur n'est resté que quelques mois.

Le climat dans l'ensemble de l'association s'est ensuite détérioré rapidement, il s'en est suivi une période d'instabilité et de conflit de pouvoir (plusieurs salariés ayant postulé en interne à son remplacement).

C'est finalement la directrice financière de l'association qui a été choisie pour le remplacer ; cette dernière étant issue du secteur privé, bien qu'elle soit au Renouveau depuis quelques années, sa nomination a inquiété une partie des salariés issus traditionnellement du secteur social et plus particulièrement éducatif. La peur du changement, la crainte irraisonnée de nouvelles méthodes, ou d'une stratégie différente ont induit au sein du personnel un climat propice aux risques psycho sociaux.

Il a fallu d'urgence rétablir la confiance, rassurer, réorganiser, et fédérer l'ensemble des équipes afin de poursuivre, d'améliorer et d'affirmer la mission dévolue à L'association du Renouveau.

Les années 2007-2008 furent marquées également par des changements importants au niveau des équipes, suite notamment aux départs en retraite de plusieurs chefs de service :

- Le chef de service et directeur adjoint du CHRS en 2007.
- Le chef de service des Ateliers du Renouveau en 2007.
- Le chef de service de la maison relais en septembre 2008.

Cette période difficile s'est cependant avérée propice à une réorganisation du travail et du fonctionnement des six services que compte l'association, afin d'apporter plus de transversalité et par conséquent une meilleure qualité de la prestation globale à l'utilisateur. Un nouveau directeur adjoint pédagogique fut recruté dans ce but en juin 2008.

### **2.2.2 Le projet social au centre de cette réorganisation :**

Ainsi, à compter de mi-2008, l'association du Renouveau a commencé à déployer, pour l'ensemble des salariés qui travaillent dans un de ses établissements ou services, une politique de gestion des ressources humaines plus dynamique et anticipatrice. Pour cela, elle a fait le choix de rendre transversales les pratiques de gestion des ressources humaines ; ainsi les évolutions en cours et programmées concernent-elles l'ensemble des établissements et services, et l'ensemble des 65 salariés de l'Association.

Les principales étapes de la mise en place de cette nouvelle politique sont les suivantes :

#### **I. Ecriture ou réécriture des projets d'établissements.**

Il s'agit de définir les orientations de chaque structure pour les 5 années à venir, en établissant un programme d'actions concertées et coordonnées. Ce travail a été conduit au sein de chaque équipe, mais chacune d'entre elles a eu l'occasion de se pencher sur le travail des autres et de l'enrichir. L'essentiel du travail aura été fait en 2009, mais certaines structures ne termineront leur réflexion qu'en 2010.

#### **II. Définition de fonctions :**

Il s'agit d'écrire, pour chaque fonction, une définition incluant la position dans l'organisation, les missions principales, les missions complémentaires, la marge d'autonomie (ce qu'on appelle habituellement la « fiche de poste »), assortie d'un profil de compétences associé. Ce document est finalisé avec

chaque salarié, lors d'un entretien avec son supérieur hiérarchique immédiat. L'objectif est d'avoir terminé cette étape fin 2009.

### III. **Mise en place d'entretiens professionnels :**

S'appuyant sur les définitions de fonctions, ces entretiens, permettront à échéance régulière (une fois par an probablement) un échange entre le professionnel et son supérieur hiérarchique immédiat, autour de ses compétences, de ses marges de progrès, de l'exercice de sa fonction, de ses besoins de formation, de ses projets professionnels, etc.

On peut synthétiser de la manière suivante, en précisant à chaque fois les échéances fixées, ce programme d'action en forme de « projet social », qui implique tous les salariés de l'Association du Renouveau :

	<b>PROJET</b>	<b>ETAPES</b>	<b>ECHEANCES</b>
Etape 1	<b>PROJET d'ETABLISSEMENT</b>	CHRS et Ateliers	Février 2009
		MR Vellerot	Fin Mars 2009
		CSSR-A	Décembre 2009
		HELP	Mars 2010
Etape 2	<b>DEFINITION DE FONCTIONS</b>	Formation équipe de direction	Décembre 2008
		Première rédaction des définitions de fonctions	Janvier - Juillet 2009
		Entretien avec les salariés pour rédaction définitive et validation	De Septembre à Décembre 2009
Etape 3	<b>ENTRETIENS PROFESSIONNELS</b>	Démarrage des entretiens annuels (ou biennaux)	Janvier 2010

#### 2.2.3 **Nécessité d'une transversalité**

La directrice générale du Renouveau et le directeur adjoint souhaitent améliorer la qualité de l'accompagnement offert aux résidents. Le fait de travailler davantage en réseau interne permettra d'optimiser la communication entre les référents.

En effet, un résidant pendant les longues années de sa démarche vers l'abstinence, peut être amené à fréquenter le Renouveau à plusieurs reprises et à bénéficier d'accompagnements personnalisés et différenciés. Il peut passer d'une structure à une autre, travailler un temps aux ateliers, être hébergé au C.H.R.S ou en service de suite, partir en cure de sevrage, revenir en postcure. La complexité de la maladie amène à conjuguer les méthodes d'accompagnement en fonction des besoins précis du demandeur. Il n'existe pas de parcours type, parce que l'alcool est une drogue dont on ne guérit jamais lorsqu'on est devenu alcoolique dépendant, Les rechutes peuvent être fréquentes, pour s'en convaincre, il est utile de lire le témoignage de Monsieur F actuellement résidant à la maison relais de Vellerot. (Annexe N°5).

Ce témoignage montre pourquoi la nécessité d'un fonctionnement transversal s'est fait sentir. Auparavant chaque structure fonctionnait de façon indépendante. Aujourd'hui les six responsables participent à une réunion « cadres » chaque mois ; la ligne de conduite est dynamique, quoique toujours ancrée sur les valeurs que défend l'association, et chaque cadre peut ainsi partager son expérience avec ses collègues, faire des propositions, susciter des avis sur différentes problématiques (management, admission, gestion...) et faire valider ses projets.

Chaque responsable d'établissement a également planifié deux réunions différentes : une concernant l'organisation, permet de faire le point sur le fonctionnement du service, et une autre bimensuelle appelée « synthèse » qui permet de faire un bilan sur le parcours et l'accompagnement des personnes accueillies. Lorsqu'un résidant quitte une structure pour une autre, les différents acteurs de l'institution ou des invités extérieurs qui ont été en lien avec ce dernier, à un moment ou à un autre de sa prise en charge, sont invités à participer à cette réunion de synthèse. Cette mutualisation permet une meilleure approche de la problématique et du parcours de la personne accueillie, une amélioration de son accompagnement, et facilite la construction de son projet de vie.

Cette transversalité souhaitée, déborde aussi les murs de l'institution grâce aux nombreux partenariats mis en place (voir au paragraphe 2.5.4).

Les projets de l'association sont portés par l'ensemble de ses structures, mais tiennent compte des spécificités de chacune d'elles. C'est ainsi que le problème d'une alcoolisation ponctuelle sera traité différemment en fonction de l'établissement fréquenté : isolement, voire exclusion en CSSRA, mais isolement et accompagnement en CHRS.

**Compte tenu du départ en retraite de son responsable, et de son éloignement géographique, la maison relais de Vellerot n'avait pas encore rejoint ce dispositif lors de ma prise de fonction, au sein de l'association en septembre 2008.**

**Alors que la réorganisation souhaitée, par la directrice générale et le directeur adjoint, s'était engagée très positivement dans tous les services de l'association, j'ai eu mission, pour ma part, de prendre en charge la conduite du changement pour ce service du Renouveau.**

La direction souhaite mener sur place les actions de management nécessaires à la cohérence du projet associatif. Je ne suis pas isolée dans mes réflexions sachant que je peux partager mes analyses, confronter mes propositions avec mes collègues lors des réunions « cadres » et solliciter à tout moment, l'avis du directeur adjoint pédagogique.

### **2.3 L'analyse stratégique : un outil pertinent pour le secteur social.**

Afin de conduire le changement, j'entends utiliser les méthodes de l'analyse stratégique. C'est en effet un outil puissant pour appréhender les situations complexes. Il propose une approche systémique rigoureuse et conduit à l'explicitation au travers d'une grille d'analyse qui met clairement en évidence les différents enjeux. Ceci permet de décider des actions à mener dans le cadre d'une vision globale de la problématique.

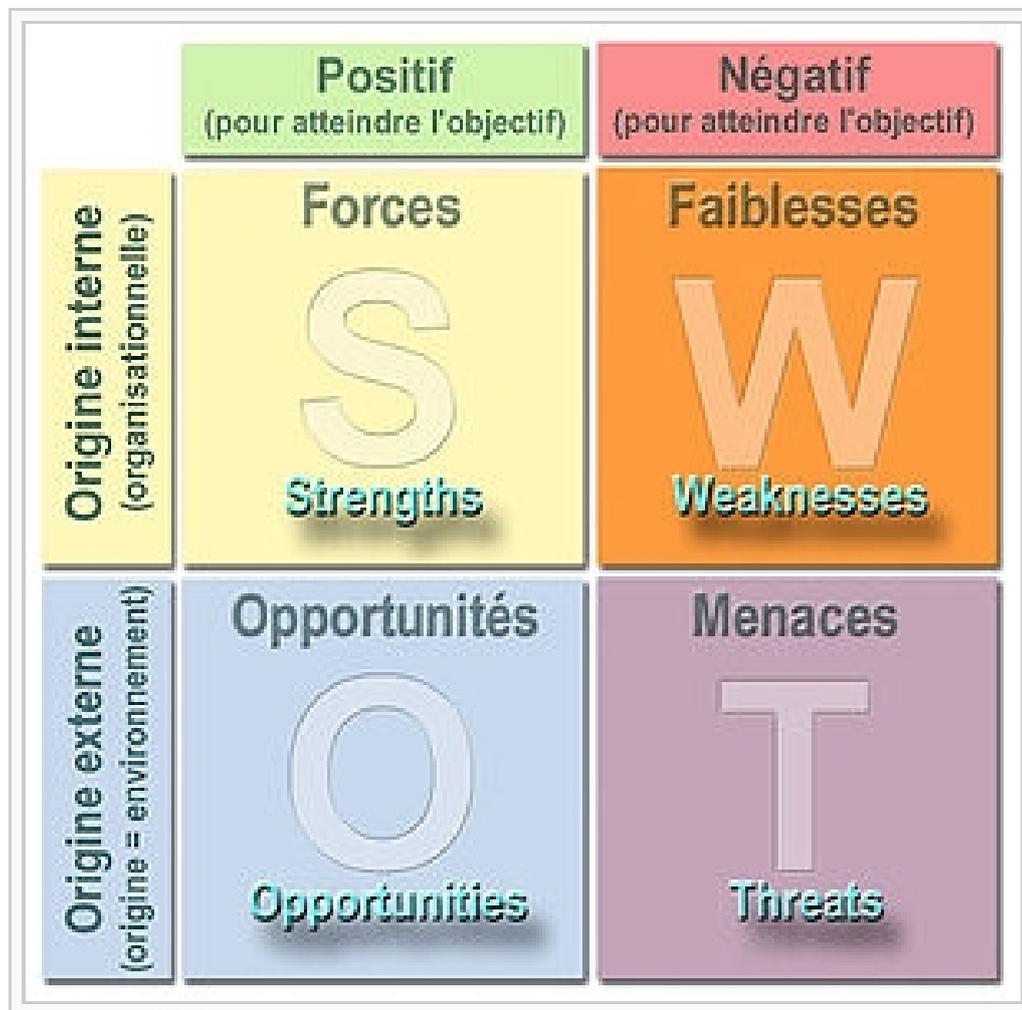
L'utilisation de cet outil me permettra donc de structurer ma connaissance de l'environnement au travers de ses différentes facettes, puis de préparer et de légitimer les actions à entreprendre, en les mettant en perspective avec les enjeux, afin de pouvoir les mettre en œuvre dans le cadre d'un management adapté, appelé : management stratégique.

#### **2.3.1 De l'intérêt de l'analyse stratégique :**

L'analyse stratégique vise à avoir une approche globale de l'institution et de son environnement dans le but d'assurer la pérennité de l'institution. Elle s'appuie sur une connaissance de l'environnement politique, économique, culturel et social. Historiquement c'est le Boston Consulting Group (BCG) qui va utiliser ce premier modèle des matrices

stratégiques selon le modèle déposé par Robert H. HAYES et Steven C. WHEELWRIGHT<sup>20</sup>.

La business school de HARWARD est à l'origine de cette méthode qualifiée de modèle LCAG (du nom des 4 enseignants qui l'ont développée). Cette méthode était destinée initialement aux entreprises. Elle permet d'avoir une approche globale de l'environnement (produits, concurrence, clients, évolution du marché, évolution technologique) et de déterminer le domaine d'activité stratégique de l'entreprise et ses facteurs clés de succès, donnant ainsi au dirigeant une vision complète pour décider de la stratégie à suivre afin assurer la pérennité de l'entreprise (différenciation, domination par les coûts, niche d'activité...).



<sup>20</sup> Robert H. Hayes et Steven C. Wheelwright, Harvard Business Review 1986.

Ce modèle SWOT a été développé dans les années 1960 par Learned, Christensen, Andrews et Guth, quatre professeurs de la Harvard Business School, ce qui fait qu'on l'appelle également parfois « modèle de Harvard » ou « modèle LCAG ».

### **2.3.2 Sa mise en œuvre dans le secteur médico social :**

Concernant le secteur social et médico social, l'analyse stratégique a été adaptée notamment en sociologie par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG<sup>21</sup>.

Elle consiste en une analyse interne de l'institution (points forts – points faibles, domaines d'activité stratégiques) complétée par une analyse externe (connaissance de l'environnement, des opportunités – menaces, connaissance des politiques publiques).

Dans le secteur social, cette analyse permet de mettre en cohérence les missions, services et prestations délivrées par l'institution, avec les orientations définies par les politiques publiques et les objectifs tracés par les schémas régionaux ou départementaux dans une perspective de planification des besoins.

Elle permet également de situer le positionnement de l'établissement ou du service dans l'environnement local et de le réorienter éventuellement.

Cet audit complet permet au directeur de bâtir une stratégie de développement réfléchie à partir des différentes analyses réalisées. Patrick LEFÈVRE<sup>22</sup>, confirme ainsi l'intérêt de son application au secteur social :

**« Les organisations sociales et médico-sociales doivent emprunter une démarche stratégique qui demande une écoute attentive des environnements externes et internes. Cette démarche stratégique que nous proposons est l'occasion, pour les directions, de revisiter leurs organisations, leur modèle de management, à l'aune des nouveaux contextes et des nouveaux enjeux. »**

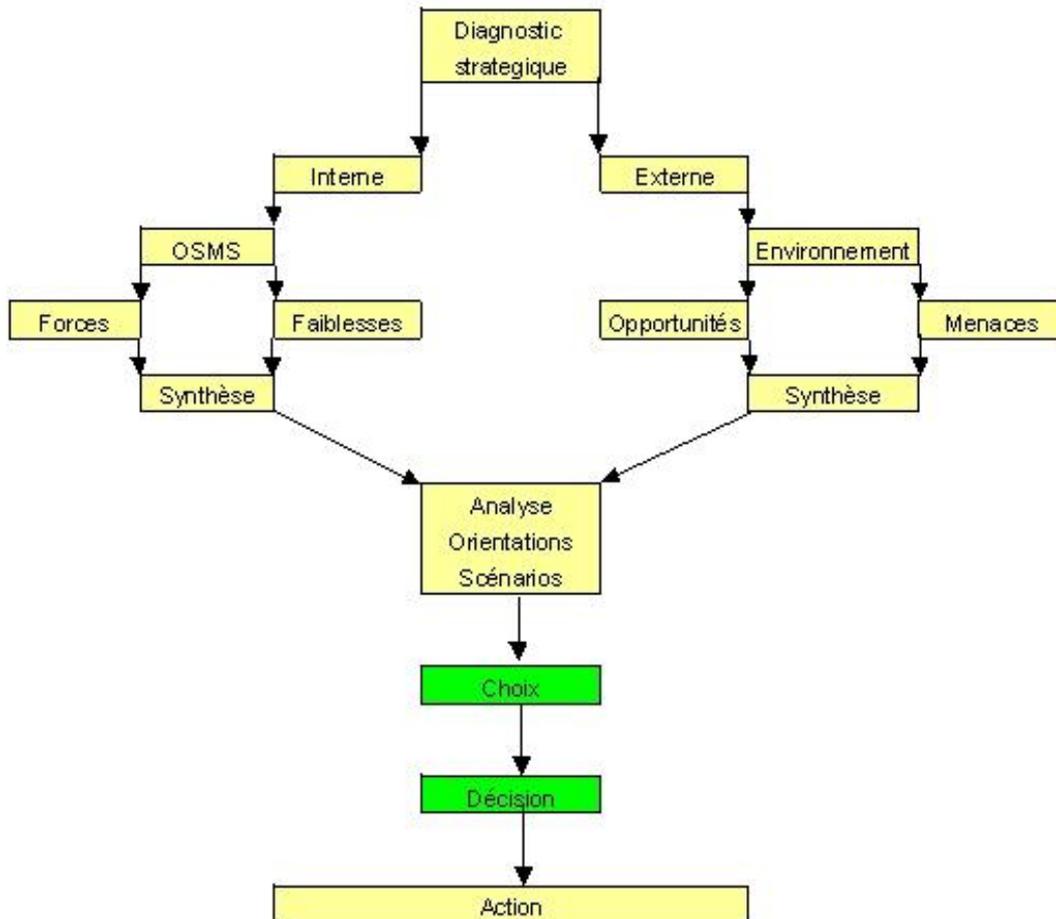
Patrick LEFÈVRE représente ce double diagnostic stratégique interne/externe de la manière suivante, (j'ai reproduit son illustration en page suivante) :

---

<sup>21</sup> Michel Crozier, Erhard Friedberg, L'acteur et le système. Paris. Seuil 1974.

<sup>22</sup> Patrick Lefèvre. Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales. Editions Dunod, p 295 & 358

## L'analyse stratégique selon Patrick Lefèvre.



Ce schéma qui illustre la nécessité de bien analyser les deux aspects interne et externe de la problématique, met aussi en évidence que l'action finalement engagée ne découle pas « mécaniquement » de l'analyse réalisée mais qu'elle résulte de choix et de décisions pris par la direction. C'est dans ces étapes que s'affirme réellement la vision managériale du changement, avec ce qu'elle suppose de prise de risques, donc de courage mais aussi de pragmatisme.

## **2.4 Analyse interne : forces et faiblesses.**

### **2.4.1 Les forces et les faiblesses :**

Lors d'une réunion de travail avec les salariés de la maison relais dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement, nous avons procédé à une forme d'analyse stratégique des « forces et faiblesses » de la structure et de son environnement. Voici les éléments qui ont été dégagés :

**Selon l'équipe, les forces dont dispose la maison relais de Vellerot sont les suivantes :**

- A) L'appartenance à un réseau associatif spécialisé
- L'appartenance à une association gestionnaire reconnue, bien identifiée dans le secteur et aujourd'hui inscrite dans une dynamique inter-associative.
  - La complémentarité de l'offre du Renouveau, avec pour caractéristique partagée la règle de l'abstinence : CSSR, CHRS, LHSS, Maison relais, Ateliers, Service HELP, permettant des passages souples et rassurants pour certains usagers.
  - Le support que peut offrir l'association en termes de compétences, à tous niveaux (santé comme logistique par exemple).
  - L'inscription de l'Association du Renouveau dans les réseaux nationaux spécialisés : FNARS, FNESAA, Réseau Alcool, GT 21...
- B) Une offre spécifique et reconnue
- Une expérience forte et spécifique, développée depuis plus de 35 ans.
  - Le fait d'être la seule maison relais, dans le département et dans la région, avec cette spécificité « addictologie ».
  - La reconnaissance, par les financeurs et par les partenaires, de la spécificité de cette maison relais et de son utilité pour les personnes alcoolo dépendantes chroniques.

- C) Une équipe de professionnels à forte valeur ajoutée :
- Des moyens humains sensiblement plus nombreux que dans les maisons relais ordinaires, sous la forme d'une équipe de professionnels qualifiés, expérimentés, polyvalents, et bien investis dans leurs missions.
  - Une équipe de professionnels formés en alcoologie.
  - Une pratique du travail d'équipe et de la polyvalence, étayée par un travail soutenu de supervision, avec un intervenant extérieur.
- D) Un cadre d'accueil « sur-mesure » pour des personnes fragilisées :
- Une taille « humaine » et une dimension « familiale », rassurantes pour des personnes fragilisées.
  - La proposition d'une vie collective qui apporte cadre et soutien par rapport au choix de l'abstinence.
  - La pratique de l'écoute des résidents, la volonté de les aider à réaliser leurs projets
  - Le fait, pour les résidents, de disposer de temps, de n'être pas tenu par des échéances.
- E) Des moyens logistiques et pédagogiques adaptés aux besoins :
- Des moyens matériels mobilisables pour offrir des activités et des projets aux résidents
  - La proposition d'activités diversifiées, de séjours de vacances.
- F) Une bonne intégration dans le tissu local et régional :
- Une intégration forte et ancienne dans le tissu social local, se traduisant par une bonne osmose avec le village.
  - Des partenariats forts déjà en place, fondés sur la confiance et sur l'ancienneté des collaborations : bénévoles, Commune de Saint Pierre en Vaux, Canton d'Arnay-le-duc, professionnels libéraux de santé, EHPAD, commerçants et artisans, maison familiale rurale, IRTESS de Bourgogne... (voir 4.4).
- G) Des résidents attachés à la maison relais et disposant de compétences :
- Certains disposent par leur parcours professionnel de compétences, encore mobilisables, qui peuvent être utiles dans le cadre de projets

## 2.4.2 Des points de fragilité ou d'amélioration peuvent être identifiés :

### A) Un isolement relatif

- L'éloignement par rapport au siège de l'Association, à sa gouvernance et à sa logistique (direction, comptabilité) qui se traduit par un manque relatif de soutien au quotidien
- L'éloignement par rapport aux structures de soin (pertes de temps)
- L'éloignement par rapport aux lieux d'animation socioculturelle (socialisation réduite des résidants).
- Le lien insuffisant avec les structures d'amont et d'aval, notamment pour répondre au besoin identifié, mais non satisfait, d'assurer un suivi des personnes ayant quitté Vellerot.

### B) Une taille réduite qui impose des contraintes

- Le dimensionnement de la maison relais (ratio résidants/salariés) qui permet tout juste, de façon tendue, une présence 24 H sur 24.
- Une taille insuffisante, obligeant à la polyvalence et générant une tension dans la gestion habituelle des horaires.

### C) Une équipe locale qui souffre de certains manques

- Le besoin de formation en addictologie (dépendances à d'autres produits que l'alcool).
- Une équipe actuellement non soudée (mais qui a pu l'être),
- Une équipe actuellement mal coordonnée

### D) Des problèmes logistiques qui se font prégnants

- La vétusté générale des bâtiments, les difficultés actuelles en matière de chauffage, les besoins repérés d'interventions lourdes financièrement.
- Une chambre de veille peu agréable.
- Des déficits budgétaires cumulés.

### E) Un besoin d'optimisation des relations avec les partenaires externes

- Certains partenariats à améliorer, à consolider.

Cette analyse souligne que certaines caractéristiques « objectives » de la maison relais peuvent constituer à la fois des forces et des faiblesses.

Par exemple **la taille réduite** apparaît comme un avantage pour l'intégration des personnes (taille plus « humaine ») mais se révèle aussi comme un frein en termes d'efficacité (équipe trop petite pour faire face à tout, budget déséquilibré...)

De même, **la question de l'isolement géographique** peut être envisagée de façon ambivalente :

- Elle est positive au regard du caractère protecteur vis-à-vis du choix de l'abstinence, du cadre de vie serein et apaisant, de la qualité de l'environnement, de la possibilité de tisser des liens sociaux durables.
- Elle est négative en ce qui concerne la préparation à un retour en milieu urbain, et surtout d'un point de vue logistique : déplacements des professionnels et des résidents, nécessité de recourir à la livraison, etc.

De même, le fait d'être installé dans **un château ancien** peut être vécu de façon :

- Positive : lieu prestigieux, sur un promontoire, protecteur, à l'image valorisante.
- Négative : bâtiments parfois vétustes, froids, permettant difficilement les aménagements de confort, à l'entretien onéreux.

### **2.4.3 Des opportunités et des menaces en interne :**

Une équipe de direction renouvelée au sein de l'association, le recrutement d'une nouvelle directrice à Vellerot, des départs au niveau du personnel et des recrutements davantage adaptés aux besoins de l'établissement, sont autant d'opportunités réelles pour conduire le changement à la maison relais.

Les menaces concernent le bâtiment et notamment son adéquation aux normes d'accueil. Le château aurait besoin d'une rénovation importante et son entretien courant se révèle fort coûteux pour l'association. Celle-ci cependant, arrive aujourd'hui à financer certains travaux suite à la mise en place, notamment, d'un plan pluriannuel d'investissements.

Des menaces pèsent également sur la pérennisation des financements, en effet les deux subventions en provenance du Conseil Général et de la Ville de Dijon peuvent ne pas être renouvelées. Pour limiter ce risque, la direction de l'Association du Nouveau rend compte régulièrement de ses activités auprès de ses partenaires et financeurs. Aujourd'hui l'association est parfaitement identifiée et appréciée au niveau régional pour ses actions auprès des personnes alcooliques dépendantes.

La maison relais importe beaucoup aux élus locaux qui se sont mobilisés à plusieurs reprises tant au niveau de la commune que du canton ; soit pour pérenniser son

fonctionnement et ainsi assurer le maintien des emplois dans un secteur très isolé, soit pour aider à la rénovation. Ils manifestent ce soutien en participant notamment à la fête de la Saint-Jean, et aux repas des partenaires.

#### **2.4.4 Leviers prioritaires d'action :**

Parmi les forces identifiées en interne dans la structure, trois nous semblent particulièrement intéressantes et peuvent constituer des leviers prioritaires d'action parce que facilement mobilisables et qu'elles répondent bien aux orientations de la mission.

Des atouts sur lesquels s'appuyer :

A) Une équipe motivée et compétente.

Les professionnels sont qualifiés et impliqués, chacun se sent visiblement concerné par la problématique de l'alcoolodépendance, c'est ainsi que chacun a travaillé, pendant cette période un peu tendue, avec conscience malgré un effectif diminué et une charge de travail plus importante. Il est intéressant pour le directeur de connaître les fondements profonds de la motivation de chacun afin de conserver au mieux cette mobilisation. Les entretiens annuels qui sont en train de se mettre en place peuvent être l'occasion d'aborder cette question et de mieux cerner ces ressorts intimes.

B) Un environnement local favorable

La maison relais est parfaitement intégrée dans la commune. Les relations entre les résidents et les habitants du village sont excellentes. Le maire se félicite de la présence de la maison relais sur sa commune. Les résidents sont invités à participer à toutes les manifestations communales, et à l'inverse, les habitants de la commune viennent assister spontanément, tous les ans, à la Fête de la Saint Jean qui est organisée au château.

C) Des résidents « attachés » à la maison relais

Les personnes accueillies, dans l'ensemble, sont heureuses de séjourner à la maison relais, elles y trouvent une solution inespérée à leur dépendance et à leur désocialisation, elles sont reconnaissantes envers l'association pour cet accompagnement. Deux personnes affirment vouloir terminer leur vie au château et être inhumées au village. L'une d'entre elles est arrivée avec un pronostic vital assez court, mais elle se sent bien à Vellerot, et son état de santé s'améliore régulièrement. Pour beaucoup d'entre elles, la maison relais est reconnue comme

la solution ultime à une longue période de « galère ». Cette forme d'hébergement qui permet de concilier vie collective et indépendance permet à chacun de bâtir sa reconstruction, de reprendre ses marques, et de retrouver une « utilité » sociale au sein du groupe. Cette première impression sera par la suite confirmée par l'étude menée auprès des résidants lors de la préparation du projet d'établissement. Les résidants de Vellerot ont, pour certains, une expérience professionnelle réelle, et je perçois immédiatement que ces compétences pourraient être vraiment valorisées au niveau de la vie communautaire. Nous accueillons notamment : un menuisier, un plombier, un peintre, deux cuisiniers, un maçon, un conducteur de travaux, un jardinier, un chef d'entreprise...ces différents profils constituent une richesse inespérée pour le fonctionnement de la maison relais, et je pressens un levier possible pour de futurs projets d'amélioration du cadre de vie.

Cependant, il faudra au préalable conduire le changement qui permettra à chacun (équipe de professionnels et public accueilli) de retrouver l'envie de se greffer et de s'épanouir sur de nouveaux projets.

A cet effet, il convient de rappeler que la maison relais bénéficie d'un statut de résidence sociale, c'est un lieu de vie, qui n'est pas soumis directement à la loi 2002-2. Cependant l'objectif de la direction du Renouveau est de l'associer à la « dynamique institutionnelle se référant à la loi 2002-2 » afin d'appliquer à la maison relais, ses principes les plus utiles.

## **2.5 Analyse externe : opportunités et menaces.**

Les différents aspects de l'environnement et leurs conséquences pour la maison relais.

### **2.5.1 Le cadre politique, juridique et administratif.**

*« Les Maisons Relais constituent une réponse adaptée pour le logement durable des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale. Combinant logements privatifs et locaux collectifs, elles visent à recréer du lien social en proposant à leurs résidants un logement autonome dans un cadre de vie convivial et rassurant autour de la présence quotidienne de l'hôte ». « Les Maisons Relais s'adressent en particulier aux personnes isolées, fortement désocialisées, ayant connu la rue et des passages multiples en CHRS ». Elles « proposent un logement durable, sans limitation de durée, où les personnes peuvent réellement bénéficier d'un temps de réadaptation pour se réhabituer progressivement à la vie quotidienne ».*

C'est ainsi que le Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement décrivait les maisons relais dans la plaquette de présentation intitulée « *Les maisons relais : un habitat adapté pour les personnes en situation de grande exclusion* ». Les maisons relais se caractérisent donc par le public qu'elles accueillent, par les modalités de cet accueil et par les objectifs qu'elles visent. L'on constatera au paragraphe suivant que la maison relais de Vellerot s'inscrit bien dans ce cadre et dans ces objectifs, mais qu'elle se distingue de façon éminente par la spécificité du public accueilli, d'une part, et par l'existence d'une équipe de professionnels beaucoup plus nombreuse et qualifiée que dans les maisons relais « ordinaires ».

Les conditions de fonctionnement des maisons relais sont fixées par la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 Décembre 2002, publiée sur l'initiative conjointe du Ministère des Affaires sociales et du Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Elles sont une des formes possibles des « résidences sociales », administrées par la circulaire n° 2006-45 du 4 Juillet 2006. Leur existence s'inscrivait, de façon anticipatrice, dans les orientations générales de la loi 2005-32 du 18 Janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale et de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable.

Deux rapports récents ont concerné les maisons relais. Commandé par le Ministère du logement, le rapport PÉLISSIER, rendu public le 25 Juin 2007, formulait 15 propositions de mesures visant à accélérer la réalisation des maisons relais. A l'initiative du Premier ministre, le rapport Etienne PINTE, publié le 8 Septembre 2008, s'intéressait à l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

La décision d'implantation des maisons relais sur le territoire s'inscrit dans le cadre des PDALPD : Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, sous la responsabilité du Conseil général ; elle s'articule avec le schéma départemental AHI : Accueil Hébergement Insertion, élaboré sous la conduite de la DDASS.

La maison relais de Vellerot a fait l'objet d'une autorisation par la DDASS de Côte d'Or en Août 2003. (Le statut de résidence sociale lui était attribué depuis 1997).

### **2.5.2 Un établissement inscrit dans un environnement départemental et régional.**

La maison relais de Vellerot est dans le département de la Côte d'Or, un établissement qui se distingue fortement des autres maisons relais :

- dans son projet,
- dans les conditions de ses admissions
- et dans son aire géographique de « recrutement », notamment.

Une « **Etude régionale du dispositif maison relais** »<sup>23</sup> commandée par la DRASS de Bourgogne et publiée en décembre 2007, montre qu'il existait à cette date 11 maisons relais en Bourgogne, offrant un total de 202 places.

Pour le département de la Côte d'Or, il y a à ce jour 4 maisons relais offrant 81 places au total :

- Maison relais de Vellerot à Saint Pierre en Vaux - 25 places.
- Maison relais d'Emmaüs à Sainte Sabine - 15 places.
- Maison relais Henry Dunant à Dijon - 25 places.
- Maison relais de Châtillon-sur-Seine - 16 places.

On peut noter par ailleurs que l'offre de la Côte d'Or est fortement marquée par une implantation rurale ou semi rurale (70 % des places). Le besoin de ce dispositif en zone rurale est tout à fait confirmé par les professionnels et n'est pas remis en cause. En revanche, on peut penser que l'offre est insuffisante sur l'agglomération du Grand Dijon. Le service HELP (Habitat Et Lien Pour les anciens du Renouveau) assure cette fonction pour des personnes ayant une dépendance, mais n'a pas à ce jour le statut de maison relais.

### **2.5.3 L'environnement sanitaire et social**

Sur le versant sanitaire, la maison relais de Vellerot ne peut évidemment se situer qu'en amont ou en aval des structures de soin. Mais son appartenance à l'Association du Renouveau, et le fait qu'elle accueille de façon « dédiée » des personnes ayant une dépendance, la mettent en relation avec les établissements de soin spécialisés en addictologie de la région. L'Association du Renouveau est elle-même identifiée de cette façon. Le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie qu'elle gère à Dijon fait d'elle un des acteurs du Schéma Régional d'Addictologie de Bourgogne. Ce SRA, pour les années 2009 – 2011 est en cours de finalisation, à l'heure où la rédaction de projet de la maison relais se termine. Il concerne le Renouveau en tant qu'acteur de soins de niveau 2 (soins de suite et de réadaptation) et comme partenaire potentiel de l'ANPAA et de la SEDAP dans la mise en œuvre des futurs CSAPA qui doivent remplacer bientôt les CCAA et les CSST. De ce fait, la maison relais de Vellerot est bien identifiée comme une structure d'accueil possible pour des personnes dépendantes chroniques, très fragilisées et en voie d'exclusion sociale, après des séjours de soin ; il

---

<sup>23</sup> Document disponible sur internet : [http://bourgogne.sante.gouv.fr/action-sociale\\_protection-sociale/lutte-exclusion/pdf/plan-action.pdf](http://bourgogne.sante.gouv.fr/action-sociale_protection-sociale/lutte-exclusion/pdf/plan-action.pdf)

s'agit là d'une vraie force de la maison relais. Par ailleurs, les pathologies des résidents et leur caractère chronique conduisent l'équipe de la maison relais à considérer les acteurs de la santé (hôpital et ville) comme des partenaires habituels et privilégiés.

Une des orientations marquantes de ce secteur est le déplacement du regard porté sur les patients d'une logique de « produit » (alcool, tabac, cannabis...) à une logique de dépendance (d'« addiction »). Cette évolution est également parvenue à la maison relais de Vellerot, qui accueille désormais des personnes poly-consommatrices, victimes d'un phénomène de poly-dépendance.

Relevant du secteur social, la maison relais de Vellerot est ensuite concernée par les politiques relevant, pour l'essentiel, dans ce domaine, de l'Etat et du Conseil général.

Ainsi, le dispositif AHI (Accueil, Hébergement, Insertion) a été mis en place en mars 2005, au plan national, par le Ministre délégué à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion. Ce dispositif privilégie les objectifs de réinsertion, de retour à l'emploi, d'accès au logement ordinaire. Le public des personnes accueillies en maison relais lui échappe donc en grande partie. La déclinaison locale de ce dispositif, à savoir le schéma AHI 2003-2008 du département de la Côte d'Or s'intéresse donc essentiellement aux CHRS, dont l'objectif principal est en effet celui de la réinsertion sociale. Il n'évoque qu'en deux occurrences les maisons relais, comme structure d'orientation possible « par défaut », pour les personnes qui ne seraient plus dans une dynamique de réinsertion.

*L' Etude régionale du dispositif « maisons relais »* ", commandée par la DRASS de Bourgogne et publiée en décembre 2007, montrait que l'objectif de création de places était atteint en Bourgogne. Cependant, des demandes continuent d'être formulées et non satisfaites ; par ailleurs des disparités territoriales sont repérées. La spécificité du public accueilli à la maison relais de Vellerot lui confère un statut un peu particulier. La directrice cependant, participe aux travaux du groupe créé à l'initiative de la FNARS de Bourgogne sur les maisons relais.

#### **2.5.4 Des partenaires nombreux et complémentaires**

Dans l'accomplissement de ses missions, la maison relais de Vellerot se trouve en relation étroite avec des partenaires multiples. (Ces partenaires sont cités en Annexe N° 6). Ce partenariat dynamique est une force pour la maison relais.

### **2.5.5 Synthèse de l'analyse externe.**

Les éléments de contexte ne font pas ressortir de menace à court terme (la pérennité de la maison relais n'est pas remise en cause ni par les textes ni par les politiques) ni de faiblesse (l'organisation de la maison relais est déjà conforme aux nouvelles dispositions). L'environnement est donc plutôt positif (déploiement de politiques cohérentes avec les orientations de la maison relais, reconnaissance par les responsables locaux ou régionaux) et la participation de la directrice à certains groupes de réflexion est une force indéniable. Il ne faut cependant pas attendre de changements significatifs qui constitueraient une véritable opportunité comme par exemple une politique très volontariste qui permettrait de renforcer significativement les moyens.

Au final les éléments qui ressortent de l'analyse du contexte, au regard de la mission qui m'est confiée, auront peu d'influence et je pourrai donc me centrer sur les éléments internes qui auront plus d'impact vis-à-vis de mes objectifs.

## **2.6 Trois objectifs forts à court et moyen terme :**

La conduite de l'analyse stratégique m'a permis de mieux appréhender l'environnement global dans lequel j'allais désormais évoluer. Comme je l'ai démontré aux chapitres précédents, l'environnement externe est favorable à la poursuite de notre mission. Le dynamisme souhaité par Association et porté par la direction générale du Renouveau a permis aux différents établissements du Renouveau de toujours s'adapter, et de rester des partenaires privilégiés et reconnus. C'est au niveau de l'interne que je vais davantage déployer une stratégie de management afin de donner un nouvel élan à la structure.

Je décide de développer mes actions autour de trois axes prioritaires :

- Mobiliser et manager les ressources humaines
- Améliorer la qualité de vie des résidents à Vellerot.
- Sortir la maison relais de son isolement.

**Le développement de ces trois axes fera l'objet de la troisième partie de ce mémoire.**

### **3 CONDUIRE LE CHANGEMENT À VELLEROT :**

**« Ne doutez jamais qu'un petit groupe d'individus conscients et engagés puissent changer le monde. C'est même de cette façon que cela c'est toujours produit. »**

***Margaret Mead.***

#### **3.1 De l'analyse au management...**

L'observation faite du fonctionnement de la maison relais de Vellerot, m'a permis de dégager les axes prioritaires de mes futures actions de management. J'entends mener de front plusieurs projets :

- En priorité, agir au niveau des ressources humaines pour endiguer le problème de l'usure constatée chez les professionnels et rétablir les bases d'un fonctionnement sain. Pour cela :
  - recruter le personnel manquant et lancer le recrutement pour celui en partance afin de casser au plus vite le cercle vicieux engendré par ces manques.
  - redéfinir les fonctions et positions de chacun (conformément au projet social présenté au chapitre 2.2.2) et afficher l'organigramme, de manière à permettre à chacun de se situer et d'être à l'aise dans ses fonctions (reconnaissance mutuelle des rôles).
  - revoir les plannings de manière à assurer l'équité en la matière et supprimer les sentiments d'injustice préjudiciables au travail en équipe.
  - « reprendre la main » en centralisant à mon niveau les informations nécessaires au bon fonctionnement de la maison relais, de manière à pouvoir décider en connaissance de causes *et* de conséquences.

En parallèle :

- Lancer les travaux sur le projet d'établissement afin de fédérer l'équipe autour d'un nouveau projet et redonner un nouvel élan.
- Mener des actions afin de redynamiser la vie au château, améliorer la qualité de vie et l'accompagnement des personnes accueillies.

### J'émet ainsi plusieurs hypothèses :

- **Qu'une meilleure organisation du travail permettra à chacun de retrouver une qualité de vie professionnelle agréable.**
- **Que l'enthousiasme des résidents à l'annonce du projet d'établissement sera contagieux et se propagera à l'équipe qui aujourd'hui n'y croit pas.**
- **Que le projet d'établissement permettra ensuite à l'équipe de se fédérer dans une nouvelle dynamique.**

Reprendre une équipe en place est toujours un exercice délicat, et ce d'autant plus si le directeur était apprécié et charismatique. Le nouveau venu doit acquérir rapidement la crédibilité nécessaire à l'exercice de sa mission. Or, lors de son arrivée, sa crédibilité est inexistante (surtout en l'absence de parcours interne préalable). Sa nomination par le conseil d'administration lui apporte une légitimité certaine, mais la première rencontre, les premiers entretiens seront déterminants.

En partant des a priori de l'équipe, Remi JUET<sup>24</sup> repère ainsi les différents ressentis des collaborateurs et les conséquences rapidement possibles d'un management inadapté à la situation.

- *« Des a priori positifs se transforment en attentes élevées qui se trouvent le plus souvent en décalage avec la réalité, ces attentes risquent d'être déçues si les premières actions ou les premières décisions ne sont pas conformes à ce qu'avait imaginé l'équipe ou espéré certains... »*
- *Des a priori négatifs entraînent des résistances à la mise en place immédiate de toute action, quelle qu'en soit sa pertinence et sa légitimité.*
- *L'absence d'a priori rend les collaborateurs très sensibles aux premières mesures prises. Ainsi les premiers actes du nouveau manager conditionnent sa crédibilité immédiate. »*

On voit donc que quelques soient les a priori des uns et des autres, les premiers actes de management pèseront de manière décisive sur la capacité d'influence future du manager. A cet instant, le passé a souvent valeur de référence, et le changement possible ou prévisible, est déstabilisant et insécurisant, l'équipe se tient alors en retrait. Il importera donc de poser les premières actions en prenant soin de leur donner du sens, afin qu'elles

---

<sup>24</sup> Rémi Juet, la boîte à outil du manager, de la prise de fonction à la pratique quotidienne. Editions Dunod. P 133.

soient comprises de la manière la plus juste possible. Ceci supposera d'accuser réception des perceptions émanant de l'équipe et d'affirmer une vision argumentée qui peut en différer, que ce soit vis-à-vis de l'analyse du présent qu'en termes d'actions futures. La cohérence de la vision proposée sera essentielle pour fonder cette crédibilité.

**« On n'est pas directeur tout seul...occuper la place maîtresse passe par l'obtention d'un crédit, de la part de ceux-là même qui demandent à être commandés, dirigés, gouvernés »<sup>25</sup>Jean-Marie MIRAMON.**

Une phase d'observation et d'analyse est ainsi indispensable avant l'action – ce que je me suis attachée à faire au chapitre 2 -, et les premiers échanges doivent faire l'objet d'une attention toute particulière ; le nouveau manager doit savoir entendre, écouter, observer, s'intéresser, apprendre, mais aussi prendre le recul nécessaire, surtout si les rapports entre les différents acteurs sont un peu tendus.

Il n'est pas sage d'envisager l'avenir sans avoir la connaissance du passé. Cette phase de découverte a été facilitée lors de ma prise de fonction, car j'ai été accueillie par l'ancien directeur avec lequel j'ai travaillé en binôme pendant un mois.

## **3.2 Mobiliser et manager les ressources humaines**

### **3.2.1 Ma stratégie pour l'équipe.**

#### A) Approche théorique :

J'ai décidé d'investir mon poste en suivant un plan d'action en trois étapes pour obtenir l'adhésion de l'équipe et sa participation à la construction du projet d'établissement.

:

1. Participation à une première réunion d'équipe, en présence de l'ancien directeur :
  - Me présenter rapidement.
  - Signaler à l'équipe que je vais disposer d'un mois pour prendre le relais, m'informer, et faire connaissance avec chacun d'entre eux. Profiter de ce moment pour leur signaler que je suis d'ores et déjà à l'écoute de leurs éventuelles remarques ou suggestions.
  - Redonner la parole au directeur en place pour qu'il anime sa dernière réunion d'équipe, et observer l'ensemble des acteurs.

---

<sup>25</sup> Jean Marie Miramon, le métier de directeur, techniques et fictions. Editions ENSP 2005, p129

- Fixer la date de la prochaine réunion, après le départ en retraite de mon prédécesseur.
2. Phase de découverte : Participer activement, à leurs cotés, à la vie de la maison relais afin de connaître les réalités auxquelles ils sont confrontés chaque jour. Prendre le temps de l'analyse et de la réflexion, engager le dialogue, mais garder la juste distance. Recueillir des avis et des informations auprès de chacun d'eux tout en restant neutre dans un premier temps.
3. Lors de la seconde réunion d'équipe :
- Me positionner tout en rendant hommage à l'ancien directeur pour le travail accompli, montrant ainsi que je prends en compte le travail effectué avant mon arrivée.
  - Restituer au personnel ce que j'ai perçu de la situation, les difficultés rencontrées, les contraintes. Reconnaître les points positifs : les féliciter pour leur implication auprès des usagers, lancer l'idée d'une réflexion commune sur les axes d'améliorations possibles concernant l'optimisation de la qualité du service proposé aux résidents.
  - Les informer du souhait de la direction générale et du conseil d'administration de nous voir procéder à l'écriture du projet d'établissement, afin de rejoindre l'ensemble des structures du Renouveau déjà bien engagées dans la démarche.
  - Les inviter à me faire part dès maintenant de leurs remarques et suggestions éventuelles, prendre acte du fait qu'il faut commencer à réfléchir à ce projet dans lequel nous nous engagerons ensemble lors de la prochaine réunion d'équipe.
  - Fixer la date, rappeler une dernière fois les enjeux et l'objectif de cette réunion.

B) Phase pratique :

Si la théorie pose des étapes prévisionnelles dans l'avancement d'un projet, ce n'est qu'un outil au service de ce projet car le directeur doit sans cesse adapter son management en fonction de l'évolution de son environnement. C'est exactement ce que j'ai eu à faire. En effet, durant le premier mois et malgré mes invitations à la concertation, à la réflexion collective, force est de constater que j'ai du mal à mobiliser l'équipe. Le personnel demeure en retrait et la distance est bien là, je ne ressens pas d'hostilité à mon égard mais une sorte d'indifférence polie. Je

sens une vraie lassitude chez certains, mais l'équipe reste impassible, comme détachée des projets à venir. Malgré mes appels à coopération renouvelés, au hasard des rencontres dans la maison relais, personne ne s'exprime, l'absence de motivation est prégnante, le projet d'établissement apparaît comme une charge de travail supplémentaire imposée par la direction.

Le rejet est total, l'équipe étant persuadée que tout est déjà écrit, pensé, voire rédigé !

**« La résistance au changement est l'expression raisonnable et légitime des risques que comporte le changement pour les acteurs » CROZIER. M et FRIEDBERG. E.<sup>26</sup>**

La première réunion d'équipe que j'anime est un échec sur le plan de la participation, aucun des participants n'a souhaité s'exprimer sur le sujet. Je rappelle donc les enjeux du projet d'établissement, au regard de la loi 2002.2, au regard du projet associatif et j'insiste davantage encore sur le fait que le projet d'établissement sera l'occasion pour toute l'équipe de réfléchir à la qualité de l'accompagnement. Ce sera l'opportunité de repenser **ensemble** l'établissement comme un lieu de vie. Je termine la réunion par une petite phrase interrogative, - mais que je veux très positive -, qui me permettra ensuite de reprendre le dialogue sous un autre angle :

***Voulez-vous me faire croire que vous n'avez pas individuellement, ou en équipe, de projet ou d'ambition pour la maison relais ?!***

Puis, je fixe la date de la prochaine réunion qui portera exclusivement sur le projet d'établissement.

Je décide alors rapidement de modifier ma stratégie d'approche. J'émetts ainsi l'hypothèse qu'une approche individuelle de mes collaborateurs favorisera la prise de parole. En effet, si le directeur est « **auteur et acteur du changement** »<sup>27</sup> il ne pourra y parvenir sans avoir au préalable mobilisé ses équipes. Il me faut donc adapter ma manière de faire pour parvenir à ce résultat.

---

<sup>26</sup> Crozier M. Friedberg E. L'acteur et le système, Paris, Seuil, 2001, 436 pages

<sup>27</sup> Jean Marie Miramon, manager le changement dans l'action sociale, ENSP, 1996, p92.

### 3.2.2 Approche individuelle :

#### A) Approche théorique :

La motivation des membres d'une équipe est une variable sensible qui fluctue en fonction des événements professionnels ou personnels. Bien souvent, le directeur ne peut influencer ces événements, il doit donc en tenir compte et adapter son management en conséquence.

En cas d'usure professionnelle constatée, le directeur cherchera à inciter le collaborateur à s'exprimer, il l'écouterá afin de lui permettre d'évacuer la charge négative qui l'habite. Ainsi accepter la peur, aider le personnel à la dépasser, lui permettra de reprendre le dialogue et de repositionner l'équipe dans une nouvelle dynamique. Pour ce faire, je décide de pratiquer de la façon suivante :

- M'intéresser régulièrement aux difficultés rencontrées par les professionnels face à leur fonction, et à leur ressenti dans ces situations.
- En cas de situation difficile : écouter avec empathie le collaborateur, reformuler les points qui lui posent problème, le cas échéant voir ce qui pourrait améliorer la situation, sans oublier toutefois de redéfinir les exigences professionnelles de la mission. Si le directeur est à l'écoute, il est aussi porteur de l'exigence et du sens, mais parfois aussi agent de contraintes ! Dire ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas et savoir ainsi poser les limites fait partie de la fonction...
- Quand la situation est positive : en profiter pour faire émerger de la reconnaissance, des idées, des projets. Apporter de l'empathie pour aider le collaborateur à changer.

#### B) Phase pratique

J'organise des entretiens individuels où j'invite chacun à s'exprimer librement sur ses ressentis, j'encourage la prise de parole, je garantis l'absence de jugement et la discrétion sur nos échanges. Je précise que je rencontrerai chacun individuellement.

Ces entretiens permettent progressivement la reprise du dialogue avec les différents membres de l'équipe. Ils font émerger les difficultés de certains qui n'osaient s'exprimer en équipe parce qu'ils subissaient le leadership d'un autre d'entre eux. Ils mettent en avant des dysfonctionnements dans l'organisation des plannings, le manque de lisibilité des tâches de chacun ; la polyvalence nécessaire à Vellerot a fini par générer un réel manque de lisibilité dans les responsabilités et

tâches individuelles. Il faudra redéfinir les missions afin que chacun puisse se repositionner dans ses fonctions (Voir projet social du Renouveau, chapitre 2.2.2). La charge de travail accumulée, pendant la période correspondant aux 2 arrêts maternité auxquels s'est additionné l'arrêt maladie de longue durée, a épuisé le personnel en place. Ayant constaté que celui-ci était formé et compétent, Il sera donc de ma responsabilité de mettre en place des conditions de travail de meilleure qualité afin que mes collaborateurs puissent à nouveau *remplir un métier, au lieu de remplir des tâches*. Aujourd'hui chacun s'autogère dans l'urgence, sans projet, et sans repère visible et stabilisé. Cette gestion du travail est porteuse de nombreuses frustrations et de risques élevés.

**Comme le souligne Yves CLOT, « Dans le travail, ce qui fait mal, ce n'est pas ce que l'on fait, c'est ce que l'on ne fait pas »<sup>28</sup>.**

Enfin, ces entretiens permettent, de faire émerger les premières idées sur le projet d'établissement. Plusieurs collaborateurs ont émis *discrètement* des suggestions pour Vellerot. Cependant si le dialogue semble vouloir repartir, l'implication de l'équipe dans le projet n'est pas encore gagnée : la gestion des multiples tâches du quotidien accapare toujours les professionnels de la maison relais (« *je n'ai pas le temps* »), et les rend peu réceptifs à la nécessité d'une réflexion sur la conduite du projet d'établissement.

C) Quand le management participatif n'est pas possible :

**« Le management participatif est l'affirmation d'une croyance en l'homme capable d'engagement à condition qu'il soit placé dans des conditions favorables »<sup>29</sup> Jean-Marie MIRAMON.**

Il s'avère que les conditions de cette participation ne sont en fait pas favorables, je décide donc à nouveau d'adapter mon management à la situation en agissant sur deux paramètres ; il s'agit pour moi d'appliquer un management situationnel.

- Passer ponctuellement d'un management que j'aurais voulu participatif, à un management plus « directif », dans le sens de « montrer la direction ». Indiquer le chemin, tracer la voie.

---

<sup>28</sup> Yves Clot : [www.la-fac.org/IMG/ppt/Evolution\\_organisations\\_FAC.ppt](http://www.la-fac.org/IMG/ppt/Evolution_organisations_FAC.ppt) -

<sup>29</sup> Jean-Marie Miramon. Le métier de directeur, techniques et fictions, ENSP, 2005, p 98.

Savoir s'adapter à la situation ne signifie pas abdiquer ou se résigner: il faut savoir donner l'impulsion qui permettra d'aller vers le but à atteindre. Jean René LOUBAT illustre ceci dans un raccourci saisissant : **« il ne saurait y avoir de management sans manager »<sup>30</sup>**.

- Mettre en place les conditions favorables à la réussite de la mission des professionnels et pour ce faire, revoir rapidement l'organisation du travail et le fonctionnement de l'établissement.

On voit dans ce chapitre comment au travers des interactions que j'ai eues avec l'équipe dans ces premiers temps de prise de fonction, au travers d'approches successives différentes, j'ai peu à peu cerné les différentes difficultés, sources de blocage pour amorcer la réflexion sur le projet d'établissement. C'est sur cette base que j'ai décidé les actions listées au chapitre 3.1 et qui devenaient de facto un préalable pour permettre l'engagement du travail d'équipe proprement dit.

**« Dans la vie, il n'y a pas de solution, il y a des forces en marche : il faut les créer, et les solutions suivent. »  
Antoine de Saint-Exupéry.**

### **3.3 Améliorer la qualité de vie à Vellerot :**

#### **3.3.1 Mobiliser et intéresser les résidents**

Parallèlement et afin d'aider les membres de mon équipe à s'exprimer lors de la prochaine réunion, et ce, après la phase d'analyse menée auprès des résidents pendant ma période d'observation, je décide d'avoir avec ces derniers une approche très dynamique parce que je les perçois dans l'attente du changement. Plusieurs d'entre eux m'avaient confié s'ennuyer à Vellerot.

##### **A) Approche théorique :**

J'é mets l'hypothèse que l'enthousiasme perçu chez les résidents à l'annonce de la réflexion sur le projet d'établissement sera rapidement contagieux et propice à une réflexion commune de l'ensemble des acteurs sur l'amélioration de la qualité de vie à Vellerot.

---

<sup>30</sup> Jean René Loubat, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Editions Dunod, 2007, p 83.

Cette approche sera dynamique mais tiendra bien évidemment compte de la spécificité du public accueilli et de la capacité de chacun à s'impliquer dans le projet.

En voici, chronologiquement les étapes :

1. Expliquer aux résidants que nous aimerions travailler tous ensemble sur le projet d'établissement. Expliquer ce qu'est un projet d'établissement et en quoi son élaboration peut permettre de repenser la qualité de vie à la maison relais. Insister sur le fait que nous souhaitons recueillir leurs avis et suggestions.
2. Organiser un premier atelier de parole autour des mots pour aider à la capacité d'expression (certains sont repliés sur eux-mêmes et ont perdu l'habitude de se faire entendre).
3. Faire circuler un questionnaire de satisfaction sur la maison relais, afin de les aider à s'exprimer sur leur ressenti aujourd'hui.
4. Mettre à leur disposition des « bénévoles » pour faciliter cette expression.
5. Organiser une réunion sur le thème du projet d'établissement, puis d'autres en fonction du développement de la réflexion.

B) Phase pratique :

J'ai présenté la notion de « projet d'établissement » aux résidants, dans la salle à manger juste avant le déjeuner. Compte tenu de la curiosité perçue chez eux, je leurs ai proposé dans la foulée, de venir débattre avec nous de cette idée, lors de la pause café. Quinze personnes sont venues spontanément assister à cette réunion. Fort de cette participation inattendue, le moniteur d'atelier a spontanément organisé un atelier de parole sur « les mots »...Ce fut un bon moment prometteur d'échanges et de convivialité. J'ai annoncé aux résidants que je souhaitais recueillir leurs impressions sur Vellerot, en me servant d'un questionnaire très simple, préparé avec l'équipe, que j'allais leur remettre le lendemain. J'ai insisté sur le fait que leurs réponses nous permettraient de mieux construire l'avenir ensemble. Lors du déjeuner suivant, j'ai distribué 26 questionnaires, (voir annexe N°8), et j'ai eu le plaisir d'en voir revenir 23 complétés, voire commentés et ce dès le lendemain. Certains résidants rencontrant des difficultés, ils ont pu bénéficier de l'aide apportée par la bénévole de l'atelier lecture.

Devant cet intérêt, j'ai jugé opportun de fixer rapidement la date de la première réunion concernant *la place des usagers* au cœur du projet d'établissement. Les résidants se sont montrés très coopératifs et ont été « force de proposition<sup>31</sup> ». Des souhaits, des remarques, des suggestions, des propositions seront faites lors de cette réunion qui réunira spontanément 25 résidants sur 26.

- C) Quand l'hypothèse se vérifie ou : quand l'enthousiasme des résidants stimule le travail sur le projet d'établissement :

Les attentes des habitants du château, expressément exprimées en réunion et sur les questionnaires ont visiblement troublé le personnel qui commence à s'interroger et à s'intéresser à cette nouvelle dynamique. Ainsi spontanément, l'un d'entre eux va proposer d'organiser une consultation sur la mise en place de nouvelles activités à Vellerot.

Comme je l'avais pressenti, le projet d'établissement va être un outil pour relancer la dynamique professionnelle,

De fait la seconde réunion d'équipe de professionnels sera beaucoup plus constructive, elle permettra de dégager les forces et les faiblesses de notre établissement, et de commencer à préparer l'avenir de façon concertée. **C'est ainsi que j'ai pu, à nouveau, pratiquer un management plus participatif.**

Il semble désormais entendu que l'élaboration partagée du projet d'établissement consistera à produire un travail de références communes. Celui-ci permettra aux professionnels de réinvestir leur métier. Cette construction passera par la nécessaire confrontation des points de vue autour de l'action à mener pour y parvenir et supposera aussi la réalisation de compromis. Je veillerai à assurer la nécessaire cohérence du travail collectif. Il convient de rappeler que le même travail se conduit simultanément dans les autres établissements du Renouveau et renforce ainsi le sentiment d'appartenance à la même structure associative.

On sait avec Michel CROZIER<sup>32</sup> que les salariés développent eux aussi des stratégies qui peuvent freiner ou accélérer un projet, d'où l'importance d'une cooptation volontaire de ces derniers. En effet, le changement est à la base de toute évolution, mais il peut être mal vécu lorsqu'il est imposé.

---

<sup>31</sup> Se reporter au chapitre 3.3.2

<sup>32</sup> Michel Crozier, Ehrard Friedberg, L'acteur et le système. Paris. Seuil 1974.

Au château, le personnel est compétent et impliqué, l'enthousiasme observé chez les résidants stimule les acteurs et apporte de la créativité à la réflexion menée sur le projet d'établissement.

Ce projet va permettre de :

- Relancer la dynamique professionnelle.
- Repenser l'établissement comme un lieu de vie.
- Elaborer un travail de références communes.
- S'interroger sur la pratique au quotidien dans les actes posés et dans la relation à l'utilisateur.
- Se réapproprier les valeurs institutionnelles : Quelle est la commande ? Au nom de quoi j'agis ? Quelle est la valeur de mes actes ?
- Faire émerger de nouvelles idées pour améliorer l'accompagnement des résidants.
- Améliorer la qualité de vie des résidants au Château.
- Fédérer l'équipe autour d'une mission.

### **3.3.2 Recueillir le point de vue des résidants :**

Lors de mon arrivée à Vellerot, j'ai organisée une réunion de libre échange avec les résidants. 23 personnes sur 25 résidants ont participé volontairement à cette réunion. J'ai jugé utile de retranscrire ici le ressenti des résidants, ces informations utiles dans le cadre de l'analyse stratégique m'ont aidé à bâtir ma stratégie de management.

**Cette longue réunion a permis des expressions intéressantes de la part des résidants, dont quelques extraits se trouvent en annexe N° 7.**

**Un questionnaire de satisfaction ainsi que les résultats du dépouillement de ce questionnaire se trouvent en annexes N°8 et N°9 de ce mémoire.**

### **3.3.3 Améliorer la qualité de l'accompagnement.**

#### **De l'intérêt de relancer les activités de loisirs.**

Au moment de ma prise de fonction, le personnel en place pallie l'absence d'une partie de l'équipe, et la gestion du quotidien nécessite une polyvalence et une vigilance soutenue. Le retour à l'automne 2008 des deux personnes en congé maternité va permettre aux membres du personnel de retrouver « l'équipe de base » et de pouvoir enfin penser à de nouveaux projets.

Les résidants eux aussi semblent avoir souffert de ces mouvements de personnel. Certains ont mal vécu le fait d'avoir « perdu leur référent » et ont été déstabilisés. Ils m'ont fait part de leur ennui. Malgré leur présence à la maison relais depuis plusieurs

années, ils n'en demeurent pas moins fragiles, ressentent le besoin d'une reconnaissance, et sont en demande d'un soutien et d'un accompagnement de proximité. C'est leur enthousiasme à la lecture du projet d'établissement qui m'a permis de faire rapidement évoluer la situation.

Le personnel a entendu la demande formulée par les résidants lors de la première réunion sur le projet d'établissement. Ces attentes clairement exprimées ont dynamisé les différents membres de l'équipe. Le moniteur d'atelier a immédiatement lancé une concertation sur les souhaits de chacun en termes de loisirs. La faisabilité des différentes demandes a été étudiée (encadrement nécessaire, disponibilité et intérêt du personnel pour conduire l'atelier, coûts, appel à bénévolat...).

Six mois après mon arrivée, voici les activités désormais proposées à la maison relais :

- Sorties cinéma :

Tous les quinze jours, une sortie cinéma se fait à Lacanche : 6 résidants participent en moyenne à cette sortie.

- Visites culturelles :

La visite d'un musée, d'un site, ou d'une exposition font le bonheur de quelques résidants.

- Atelier lecture :

Animé par une bénévole, cet atelier existe depuis six mois et sera prochainement complété par un atelier écriture. Les résidants vont tous les quinze jours à la bibliothèque de Lacanche où ils sont bien accueillis et intégrés. 6 résidants participent à cet atelier.

- La chorale :

Animée par une autre bénévole, elle a lieu deux jeudis par mois, cette chorale se produit régulièrement à la maison de retraite d'Epinaç, et lors d'autres manifestations. C'est la plus ancienne activité loisir de Vellerot, 10 résidants sont choristes.

- Randonnée promenade :

Régulièrement le week-end, deux salariées organisent cette sortie bucolique. 10 personnes y participent.

- Piscine :

Cette activité procure un bien être à chaque résidant. Elle permet de redynamiser leur santé, d'apprendre à soigner et d'accepter l'image de leur corps, mais aussi de se socialiser et de s'intégrer au monde extérieur. L'eau est un élément de médiation et de ressource.

La sortie piscine à lieu tous les quinze jours, elle est suivie par une salariée qui accompagne 5 résidants

- Les courses :

Afin que tous les résidants puissent faire des achats, trois demi-journées sont consacrées à cette sortie. Tous les résidants s'y inscrivent.

Plusieurs fois par an, des sorties achats (vêtements, cadeaux, etc.) sont organisées par petits groupes à Autun ou à Dijon.

- Atelier potager :

Nouvelle activité proposée par deux salariés, en cours d'élaboration au moment où je rédige ce mémoire. 10 résidants se disent intéressés.

- Atelier pâtisserie :

Depuis Octobre 2008, cet atelier attire les gourmands. Deux groupes se relayent le vendredi après midi afin de préparer des desserts pour le week-end. Ces préparations sont très appréciées par l'ensemble des habitants du château. 8 résidants nous régalaient ainsi.

Toutes ces activités, qu'elles soient extérieures, culturelles, de loisirs, de participation à la vie communautaire ne sont pas proposées à des fins uniquement occupationnelles. Elles permettent également d'aider les résidants à se stabiliser, à retrouver une vie normale, à redécouvrir le plaisir de vivre une vie sans alcool, à vérifier leurs compétences.

Ces loisirs ont apporté du dynamisme, un meilleur moral, et favorisé l'intégration des résidants dans la vie communautaire. C'est ainsi que j'ai pu faire les constatations suivantes au niveau de la vie collective :

Durant les 6 premiers mois, 11 résidants sur 26 ne participaient pas à la vie collective (tâches ménagères). Pour la majeure partie d'entre eux, ils n'arrivaient pas à s'intégrer dans le collectif et pour quelques-uns, leurs capacités physiques faisaient défaut. Il restait donc seulement 15 personnes pour s'occuper de l'entretien des parties communes, ce qui représente plusieurs heures de travail par jour car nous sommes dans un château, les espaces sont grands.

Petit à petit, nous sommes passés de 15 à 22 participants à la vie collective grâce à l'équipe qui a cherché à mieux comprendre ce manque de participation et à y remédier. La valorisation de chaque individu au sein du groupe est un facteur d'équilibre et de bien être qui permet ensuite un épanouissement individuel et collectif ; les quatre personnes restant encore en marge de ces activités le sont pour des raisons de santé.

Ma responsabilité de directrice a consisté à sensibiliser et à mobiliser les salariés, à encourager la poursuite des activités qui rencontraient du succès (et à reconnaître ces succès), à faciliter l'organisation et la mise en place des nouveaux projets.

### **3.3.4 Valoriser les bonnes volontés présentes dans l'établissement.**

Les personnes accueillies à Vellerot ont parfois un riche passé professionnel et une expérience qui pourraient être utiles à l'ensemble du groupe, dans un projet d'amélioration du cadre de vie commun.

Le dynamisme généré lors des réunions concernant le projet d'établissement a conduit certains résidents à proposer spontanément leurs services afin d'améliorer la cadre de vie de la maison relais. Ainsi, l'un d'entre eux, plombier de métier, a procédé au remplacement de plusieurs sanitaires. Un autre gère la menuiserie et l'ébénisterie, tandis que quatre autres résidents se sont proposés pour aider l'entreprise lors de la rénovation de la salle à manger. En tant que directrice, j'avais négocié au préalable cette participation avec l'artisan. Certains se sont spontanément proposés pour l'entretien des extérieurs. La tempête de février 2008 qui a fait de nombreux dégâts dans le parc du château a aussi permis aux résidents d'assurer de façon quasi autonome les urgences indispensables à la poursuite de la vie collective, par exemple : permettre l'accès au château en déblayant les arbres tombés pour faciliter ensuite le rétablissement de l'électricité et du téléphone.

A la maison relais de Vellerot, aujourd'hui, chaque résident semble avoir trouvé sa place au sein du groupe. Le fait d'être utile aux autres est un élément de fierté et d'estime de soi qui participe à l'équilibre et au bien être.

## **3.4 Sortir la maison relais de son isolement institutionnel**

### **3.4.1 Une nouvelle équipe de direction et un management associatif :**

Pendant ces trois dernières années, la maison relais de Vellerot a été quelque peu isolée institutionnellement. La directrice générale de l'Association du Renouveau et le directeur adjoint pédagogique souhaitent que cela change et que la maison relais de Vellerot soit parfaitement intégrée au sein des différents établissements. Cette mutualisation des

ressources humaines et des ressources financières apportée à la maison relais de Vellerot, des outils et des moyens mutualisés au niveau associatif, bien supérieurs à ceux que peut obtenir une maison relais traditionnelle. C'est une opportunité réelle pour la maison relais dont il faut tirer le meilleur parti.

Ainsi ont-ils souhaité participer aux réunions et aux travaux sur le projet d'établissement, montrant ainsi leur volonté de développer le lien entre la maison relais et les autres structures de l'association. Cette présence a permis de redonner du sens au projet au sein d'une équipe élargie et de développer un réel sentiment d'appartenance. D'autre part l'intérêt d'un fonctionnement transversal a été expliqué aux professionnels qui savent désormais pouvoir compter sur les autres membres de l'association. Le directeur adjoint pédagogique se déplacera régulièrement sur Vellerot, et des déplacements sur Dijon seront organisés dans le cadre d'échanges professionnels, de formations, de réunions permettant au personnel de la maison relais de travailler plus étroitement avec celui de l'association.

Je souhaite également sensibiliser à l'avenir les salariés sur l'intérêt de construire des liens plus étroits avec nos partenaires, cités en annexe 6.

Il sera également important de développer davantage les partenariats avec les différentes structures qui pourraient adresser des personnes à la maison relais ou les accueillir ensuite. Aujourd'hui nous développons notre participation au sein du comité technique départemental des maisons relais.

La rénovation du château étant un point faible bien identifié, je chercherai également des solutions et de nouveaux partenaires pour continuer à entretenir et à restaurer le site avec des coûts optimisés.

### **3.4.2 Un réseau dynamique :**

Outre les nombreux partenaires indiqués en annexe 6, la maison relais entretient régulièrement, par le biais de l'Association du Renouveau, des liens étroits avec les réseaux de la FNARS et de la FNESAA. Les professionnels sont invités à développer davantage ces partenariats.

La FNARS est un réseau généraliste de lutte contre les exclusions, où les professionnels peuvent trouver : informations, soutien, conseils, et où ils peuvent confronter leurs pratiques et participer à la construction d'une réflexion éthique et citoyenne. Elle agit au niveau politique pour défendre le droit des exclus.

La FNESAA met à disposition des outils, des études et aide à l'élaboration de projets pour l'accompagnement des sujets alcoolodépendants. Elle incite à l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Ces liens donnent aux professionnels de la maison relais plus d'atouts pour peser et agir sur le champ de l'insertion et contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement offert aux résidents.

### **3.5 Des outils et des supports privilégiés pour gérer les ressources humaines : une attention spécifique portée aux salariés**

#### **3.5.1 Redéfinir la place et les missions de chacun : la fiche de poste.**

La nécessaire polyvalence des salariés de la maison relais a entraîné avec le temps une migration des fonctions de chacun. Il n'existe pas d'outil de ressources humaines qui permette d'avoir une idée précise des missions et fonctions de chaque professionnel.

Par ailleurs, le projet social est actuellement au centre de la réorganisation de l'association, et j'entends rejoindre rapidement cette dynamique. La première étape consistera à « penser » Vellerot demain et à fixer ainsi les besoins en compétences de la maison relais. Il s'agira ensuite d'établir des référentiels de métiers, lesquels permettront de décliner les fiches de poste.

La première étape a consisté à réfléchir aux compétences nécessaires à Vellerot dans les prochaines années. Avec le directeur adjoint pédagogique, nous avons listé les besoins en compétences qui nous seraient utiles pour aujourd'hui et demain, puis nous avons redistribué les responsabilités au sein de l'équipe en fonction des qualifications et des « savoir faire » déjà repérés parmi le personnel. Nous avons ensuite listé les compétences manquantes et décidé de pallier ces manquements soit par la mise en œuvre d'actions de formation, soit par le recrutement de personnel répondant à ces nouvelles attentes. Pour exemple, le recrutement de l'animateur de cuisine sera développé au paragraphe suivant.

Ces besoins en compétences nous ont permis de décliner ensuite chaque fiche de poste, que nous avons dénommée « définition de fonctions ».

J'ai écrit et rédigé la fiche de poste de mes collaborateurs en concertation avec le directeur adjoint pédagogique. Puis cette première ébauche a été présentée à chaque collaborateur individuellement afin d'en débattre, de l'affiner voire de l'enrichir. Quelques points de désaccord ont rapidement trouvé des solutions. L'équipe dans son ensemble a favorablement accueilli ces fiches de poste car elles apportent un meilleur éclairage sur le rôle et la mission de chacun au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La fiche de poste servira de support à l'entretien individuel ; elle aura également valeur de référence lors des entretiens de recrutement.

### **3.5.2 Les recrutements : l'occasion d'impulser des changements**

Le remplacement de la gouvernante, un enjeu pour une « nouvelle cuisine » qui se traduit par une évolution de la fiche de poste.

Les recrutements ne sont pas aisés à Vellerot. C'est pourquoi en lien avec la direction du Renouveau, nous avons décidé de réfléchir à un élargissement de la fonction recherchée dans le cadre du remplacement de la gouvernante. Sa mission consistait essentiellement à assurer les courses et la planification des repas avec les deux équipes de cuisiniers. Son remplacement nous a amenés à réfléchir à la mise en place d'une autre organisation et à remplacer sa fonction de gouvernante par celle d'un animateur de cuisine. Notre souhait : faire évoluer la cuisine de Vellerot, respecter mieux les normes d'hygiène, travailler sur le goût avec les cuisiniers et faire en sorte que la cuisine devienne également un vecteur de convivialité. Nous avons retenu la candidature d'un animateur formé au Centre National du Goût, ce qui nous a permis de fixer les nouvelles orientations de sa mission :

- Remettre de la coordination et de l'envie dans la cuisine, voire y faire venir des volontaires.
- Mettre du lien en cuisine, inviter un résidant à faire découvrir un plat, le tester et le faire découvrir aux autres.
- Faire découvrir de nouveaux plats et de nouvelles saveurs : salade fruits légumes et plats sucré salé, etc....
- Soumettre des plats « tests » une fois par semaine : cela consiste à faire un plat nouveau et à le faire goûter en échantillon aux autres résidants. Si validation majoritaire, ce plat figurera au menu de la semaine suivante.
- Veiller à la mise en place de menus équilibrés.
- Assurer l'approvisionnement de la cuisine mais en y associant les résidants.

Après deux mois, voici les changements observés par l'ensemble des résidants et professionnels de Vellerot :

- Davantage de convivialité.
- Prise en compte et respect des notions d'hygiène.
- Plats équilibrés réalisés avec une majorité de produits frais grâce à la mise en place de liens privilégiés avec des fournisseurs locaux.

- Ces partenariats privilégiés ont permis l'obtention de rabais et promotions associés à une augmentation de la qualité des produits achetés. Pour le même prix de revient, la qualité des repas s'est véritablement améliorée, les résidents en sont conscients, ils vont féliciter les cuisiniers qui se sentent ainsi valorisés, et prêts à continuer dans cette nouvelle dynamique impulsée par l'animateur de cuisine.

### **3.5.3 Les plannings :**

A mon arrivée, comme je l'ai déjà expliqué dans la partie diagnostic, les plannings étaient réalisés par le personnel, mais ne semblaient pas faire l'unanimité. J'ai décidé de reprendre à ma charge cette responsabilité qui me permettra de mieux organiser le fonctionnement de la maison relais, et de veiller à une répartition équitable des contraintes, période de congés et autres obligations. De plus, reprendre à mon compte cette tâche permettra de dégager du temps aux salariés pour l'accompagnement des résidents. Il n'est pas anodin de signaler que cette initiative, qui obtient l'adhésion de la majorité du personnel, même si certains préféreraient conserver leur autonomie, me permet d'affirmer ma position de manager face à un leader d'équipe qui s'était un temps attribué, sans concertation aucune, cette mission. Le personnel aujourd'hui, dans sa majorité, se dit satisfait de cette nouvelle organisation du travail.

### **3.5.4 L'organigramme**

L'organigramme désormais affiché en salle de réunion, permet de repérer la place de chacun au sein de l'équipe (en fait, le personnel est à un niveau égal de hiérarchie) et je l'espère, conduira certaines personnes à s'émanciper, à s'affirmer davantage au sein du groupe. Cet organigramme permettra aussi à chacun de se situer dans un ensemble beaucoup plus large de professionnels au sein de l'association.

### **3.5.5 Les réunions et la communication interne.**

Comme je l'ai mis en exergue dans la partie analyse interne, en ce qui concerne le personnel de la maison relais, la capacité à prendre des décisions est historiquement présente parmi les professionnels au sein de l'institution et ce, du fait d'un encadrement réduit qui a conduit à une prise d'autonomie importante. Cependant, le manque de communication interne était un frein à l'efficacité de l'établissement.

Compte tenu d'un effectif réduit, il est difficile de multiplier les réunions au château, par contre j'ai souhaité les repositionner afin qu'elles permettent la participation régulière de chacun des membres de l'équipe. Lors de ces réunions, j'ai suggéré, puis imposé l'utilisation d'outils nécessaires à une bonne communication interne :

- le cahier de liaison de l'équipe doit être impérativement et régulièrement complété lors de tous changements intervenants dans la prise en charge médicale ou l'accompagnement des résidents.
- J'ai mis en place également un cahier de liaison individuel, il permet de ne pas « noyer » le premier avec des informations dirigées vers une seule personne.
- J'ai aussi demandé à être systématiquement informée de toute modification éventuelle dans la prise en charge d'un résident. Ainsi, en cas d'absence impromptue d'un membre du personnel, un autre professionnel pourra prendre immédiatement le relais.

En complément de ces mesures, la mise en place de différentes procédures permettra à chacun de conserver son autonomie tout en respectant le fonctionnement de l'ensemble de l'organisation (exemples de procédures : utilisation des véhicules, achats courants de fournitures médicales, procédure en cas d'hospitalisation, contrôle de non introduction d'alcool, procédure d'alarme incendie, procédure d'évacuation, obligation de signalements de détérioration, etc.)

Enfin, une fois par mois, j'anime une réunion d'équipe où l'ensemble du personnel est convié. Elle se déroule en deux temps distincts :

- Réunion de synthèse concernant les résidents.
- Réunion d'organisation concernant la vie de la maison et l'organisation du travail.

La directrice générale et/ou le directeur adjoint pédagogique y participent parfois. Ces réunions, pour la partie organisationnelle, donnent lieu à un compte-rendu communiqué à l'ensemble du personnel. La synthèse, plus confidentielle, n'est accessible dans le dossier du résident, qu'à certains professionnels.

### **3.5.6 Le conseil de vie sociale, les droits des usagers et leur participation.**

La maison relais de Vellerot, comme l'ensemble des établissements et services gérés par l'Association, respecte la Charte des droits des Usagers. Le règlement de fonctionnement sera revisité dès la validation du projet d'établissement il reprend et développe les axes principaux de cette charte, à savoir :

- ✓ Principe de non discrimination
- ✓ Droit à un accompagnement adapté
- ✓ Droit à l'information

- ✓ Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- ✓ Droit à la renonciation
- ✓ Droit au respect des liens familiaux
- ✓ Droit à la protection
- ✓ Droit à l'autonomie
- ✓ Principe de prévention et de soutien
- ✓ Droit à l'exercice des droits civiques
- ✓ Droit à la pratique religieuse
- ✓ Respect de la dignité de la personne et de son intimité.

La participation des usagers, quant à elle, est organisée et rendue effective par la constitution d'un **Conseil de la Vie Sociale**. Son règlement intérieur prévoit qu'un président est élu par et parmi les résidents.

Le fonctionnement de ce CVS est conforme aux dispositions du décret n° 2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles, pour les établissements et services médico-sociaux. La directrice générale, et/ou le directeur adjoint pédagogique, la chef de service de la maison relais, de même qu'un membre du Conseil d'administration de l'Association du Renouveau et une salariée représentant l'équipe, y sont pleinement investis.

Le conseil de vie sociale s'est réuni pour être consulté sur les orientations du projet d'établissement en présence de la directrice générale et du directeur adjoint pédagogique, puis une autre fois afin de valider le projet d'établissement.

### **3.5.7 Les institutions représentatives du Personnel : leur implication dans le projet**

Il n'y a pas de délégué du personnel sur place à la maison relais ; la représentation du personnel auprès de l'employeur, ainsi que les obligations légales de consultation, de dialogue et de négociation, sont assurées, à l'échelon associatif.

Etablissement privé sans but lucratif, l'Association du Renouveau applique, pour ce qui concerne les relations de travail avec ses salariés, les dispositions de la *Convention collective nationale du 31 Octobre 1951 des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif*.

Compte tenu de la taille de l'association, les instances légales sont ainsi organisées de la manière suivante :

- **Une délégation unique : Délégués du Personnel / Comité d'Entreprise (DP-CE)**, ayant compétence pour l'ensemble des établissements et services gérés par l'Association, et donc également pour les salariés de la maison relais. Cette instance, présidée par la directrice générale, est réunie une fois par mois au moins. Elle délibère et émet un avis sur l'ensemble des points qui relèvent de sa compétence, à savoir :
  - la vie économique et sociale des établissements gérés par l'association et les attributions économiques, pour le CE,
  - l'application du droit du travail et de la convention collective, pour les DP.

Le projet d'établissement notamment a été examiné par les DP-CE, il a reçu un avis favorable.

- **Un Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT)**, composé de salariés élus par les membres du CE, se réunit également de façon régulière afin de traiter les questions relatives à la sécurité et aux conditions de travail de l'ensemble des salariés (tous établissements et services confondus).
- **Une délégation syndicale** existe au sein de l'Association du Renouveau. Elle y exerce - sans entrave -, un rôle qui s'est toujours voulu interpellant et revendicatif, mais également constructif et intégrant à la fois l'intérêt des usagers et les valeurs de l'Association. Ainsi lors de la consultation concernant le projet d'établissement, le délégué syndical nous a interrogés sur le maintien des qualifications et sur les définitions de fonctions, en particulier notamment sur l'évolution de la fiche de fonction de l'ancienne maîtresse de maison transformée en animateur de cuisine. (voir paragraphe : 3.5.2).

### **3.5.8 La formation :**

Conformément à la volonté associative et à une pratique bien éprouvée, les salariés de la maison relais, tout comme leurs collègues des autres établissements et services, bénéficient, dès que possible après leur recrutement, d'une formation spécifique en alcoologie et addictologie. Pour les travailleurs sociaux, il s'agit d'une formation longue et exigeante, qui se déroule sur trois semaines réparties sur trois ans. Aujourd'hui, les professionnels éprouvent le besoin d'un complément de formation en addictologie

(jusqu'à ces dernières années, les formations étaient plutôt centrées sur la problématique « alcool ».). Cela fera l'objet d'une orientation pour les années à venir.

### **3.5.9 L'analyse de la pratique :**

A ma prise de fonction, j'observe un désintérêt naissant pour la réunion d'analyse de la pratique. En fait c'est le manque de temps pour assurer le quotidien qui a induit ce désintérêt pour la réunion d'analyse de la pratique et ce, bien que les professionnels se soient tous trouvés, à un moment ou à un autre, confrontés à des difficultés. Une meilleure organisation du travail, une ambiance plus sereine au sein de l'équipe va permettre à chacun de retrouver de l'intérêt et du sens à la démarche.

L'analyse de la pratique permet de donner du sens à ce qui se passe, et ainsi de pouvoir commencer à agir. Il ne s'agit plus de subir sans comprendre mais de reprendre l'initiative face à la pathologie. L'une des compétences du travailleur social est d'accepter de se laisser parfois mettre dans le désordre ; l'analyse de la pratique est un endroit où l'on se remet en ordre, où l'on retrouve du sens. Il s'agit de permettre aux salariés d'analyser des situations qu'ils ont vécues comme difficiles, et le ressenti qui a été le leur à ce moment-là. Cette action réunit les salariés (sans la directrice) une fois par mois, pour une séance de trois heures ; elle est animée et conduite par un intervenant extérieur formé à cette pratique. Elle permet, à long terme, d'aider les professionnels à trouver le bon positionnement, la juste distance.

Le fait de débattre ensemble d'une problématique et de l'action qui doit en découler participe à la définition de l'action collective et renforce l'appartenance à un collectif compétent. La compétence collective est centrale et renforce le lien entre les acteurs. Aujourd'hui l'analyse de la pratique est un temps « fort » pour le personnel qui se dit très motivé pour maintenir cet échange.

### **3.5.10 Les entretiens individuels.**

L'entretien annuel est un moment d'échange privilégié entre le manager et son collaborateur. Il consiste tout d'abord à analyser l'année qui vient de s'écouler et à mesurer les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé. Puis il permet de faire le point avec le collaborateur sur son projet professionnel : sa place dans l'établissement, ses ressentis, ses besoins en formation, ses souhaits divers ... Enfin, le manager et le salarié définissent les objectifs et les axes de progrès ou de développement pour l'année à venir. En ce qui concerne le personnel de la maison relais, ces entretiens démarreront en 2010.

Le secteur médico social n'est pas le secteur marchand, c'est pourquoi j'entends mener l'entretien individuel davantage dans la perspective d'un management de qualité, plutôt que dans celle plus traditionnelle d'un management par objectifs quantitatifs davantage adapté aux commerciaux.

Le risque de l'usure professionnelle, par exemple, peut-être abordé, prévenu, traité, notamment dans le cadre de ces entretiens.

### **3.6 Des projets pour demain...**

La vie à Vellerot est devenue plus agréable pour tous, je dois aujourd'hui continuer dans cette voie afin d'assurer la pérennité du travail accompli durant ces derniers mois. Il reste à consolider le travail en équipe à Vellerot, mais aussi avec les différents acteurs du Renouveau (équipe de direction et autres professionnels).

Certains résidants souhaiteraient reconstruire une nouvelle vie en milieu ordinaire, travailler davantage sur le projet individuel est un axe de progression qui motive réellement l'équipe. En effet, les résidants intéressés sont conscients de leur fragilité par rapport à l'alcool et craignent une éventuelle rechute. C'est pourquoi, nous étudions des solutions afin de répondre à leurs projets de réintégration en milieu ordinaire, il est ainsi envisagé de mettre en place une réintégration socioprofessionnelle progressive, cela pourrait consister à proposer un travail à temps partiel à l'extérieur du village, tout en habitant la maison relais. Le temps de travail pourrait ainsi évoluer, augmenter, et si la personne maintient son abstinence, nous pourrions alors l'accompagner vers un projet d'appartement nominatif.

**L'analyse stratégique développée dans la deuxième partie de ce mémoire, ainsi que le travail effectué en équipe dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, m'ont permis d'aboutir à la définition d'un certain nombre d'objectifs pour la période 2009-2013 :**

A) Accueil et accompagnement des résidants :

1. Créer un livret d'accueil, revisiter le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.
2. Travailler à la formalisation de véritables projets individualisés.

3. Travailler en équipe, de façon préventive, la question de la bienveillance des résidents (anticipation, professionnalité).
4. Faciliter le travail avec les médecins généralistes et les paramédicaux libéraux.
5. Permettre aux résidents qui en ont besoin d'améliorer leur souci et leur pratique de l'hygiène au quotidien.
6. Se donner des moyens simples d'assurer une « veille » par rapport à la situation des résidents qui ont quitté la maison relais, en particulier au regard de la problématique alcoolique.
7. De façon exceptionnelle, procurer aux résidents qui ont un projet de réinsertion sociale et professionnelle, les moyens de s'y préparer dès leur séjour à Vellerot.

B) Activités :

1. Evaluer le programme d'activités mis en place en 2008-2009 et leur déroulement.
2. Se donner les moyens de pérenniser les activités de loisirs.
3. Réfléchir à la question du binôme de professionnels, permettant d'assurer la continuité de ces activités.
4. Développer l'activité cuisine (« plats souvenirs », « saveurs nouvelles »...), en relation notamment avec l'activité potager.
5. Equiper la cuisine d'un coin permettant la pâtisserie.

C) Ressources humaines :

1. Dérouler le projet social du Renouveau : 1) Projet d'établissement, 2) Définitions de fonctions, 3) Entretiens professionnels.
2. Poursuivre les formations en alcoologie/addictologie. Permettre l'adaptation des salariés aux besoins des personnes poly-consommatrices.
3. Organiser et approfondir le travail d'équipe, visant à stabiliser une équipe assez fortement renouvelée.
4. Améliorer la pratique des réunions.
5. Renforcer le lien avec les intervenants extérieurs : bénévoles et aide-ménagère en les invitant à des réunions (bilans, projets...).
6. Poursuivre l'accueil et l'accompagnement de stagiaires en formation ; devenir « site qualifiant » pour l'IRTESS et les autres organismes de formation.

D) Logistique :

1. Maîtriser les charges pesant sur la maison relais de Vellerot (bâtiments, normes...).

2. Anticiper les besoins et programmer les travaux d'entretien et de rénovation des bâtiments.
3. Résoudre les difficultés actuelles en matière de chauffage.

E) Partenariats :

1. Formaliser les partenariats existants en signant éventuellement des conventions. Développer le réseau de partenariats locaux.
2. Renforcer nos liens avec les structures d'orientation (en amont) et d'accueil (en aval). Nous faire mieux connaître d'elles.
3. Participer au Comité technique départemental des maisons relais.
4. Poursuivre notre implication dans le réseau FNARS (groupe de travail Bourgogne).

F) Evaluation :

1. S'inscrire dans la dynamique associative, et avec son appui, s'engager dans une démarche d'évaluation interne.

Il est prévu de procéder à l'évaluation des activités mises en place ; plusieurs outils serviront de références : questionnaires de satisfaction, taux de participation, mais aussi rapport d'activité de la maison relais précisant les incidents de vie (fréquence des éventuelles des ré alcoolisations, hospitalisation pour dépression...). Ces informations et indicateurs pourraient être rassemblés pour créer un véritable tableau de bord, qui serait un outil utile pour assurer le pilotage du projet, en suivre la progression et détecter rapidement les écarts auxquels il faudrait porter attention.

L'évaluation interne des activités et de la qualité des prestations délivrées nous permettra de continuer à questionner le sens de nos actes individuels ou collectifs, ces engagements renouvelés seront favorables à une amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers.

L'écriture du règlement de fonctionnement est programmée en 2010, tout comme celle du livret d'accueil. Ces obligations de la loi 2002-2 ne concernent pas le dispositif réglementaire des maisons relais, mais l'association du Renouveau souhaite aller plus loin dans ce sens afin d'harmoniser le fonctionnement de l'ensemble de ses structures et ainsi d'améliorer la qualité des accompagnements.

## Conclusion

Le management d'une équipe est une aventure passionnante, mais délicate. Connaître ses collaborateurs, obtenir leur confiance, acquérir de la crédibilité, féliciter ou devoir sanctionner, donner du sens aux actes, indiquer la direction, apporter des réponses, fédérer vers un objectif commun, tous ces actes demandent au manager de se positionner clairement.

Manager une équipe c'est aussi mettre en place des conditions de travail favorables à la réflexion puis à l'action, exercice d'autant plus délicat que le directeur en institution médicosociale, doit veiller à répondre aux attentes de son conseil d'administration, des politiques publiques, tout en maintenant l'intérêt des usagers au centre de ses décisions.

C'est savoir expliquer aux professionnels que les financements obtenus ne permettent malheureusement pas de travailler dans le confort, mais leur demander l'impossible afin d'assurer un service de qualité aux usagers. Manager aujourd'hui, c'est sans cesse insuffler l'énergie nécessaire pour que chacun puisse réussir individuellement et collectivement, s'épanouir sur le plan individuel et faire progresser l'équipe à travers de nouveaux projets.

A la maison relais de Vellerot aujourd'hui le dynamisme et les demandes des résidents nous incitent à élaborer d'autres projets. J'ai du plaisir et de la satisfaction à travailler avec une équipe aussi motivée. Je remercie les résidents de m'avoir accueillie avec autant de convivialité tout comme je remercie notre équipe de professionnels pour son implication et son investissement auprès d'eux.

En travaillant à cette reconversion professionnelle je souhaitais mettre du sens dans ma vie et du cœur dans mes actes quotidiens. Je sais que je ne me suis pas trompée.

---

## Bibliographie

---

**Chauvière** Michel, Jean-Michel Belorgey et Jacques Ladsous. Reconstruire l'action sociale. Edition Dunod 2006. 288 pages.

**Crozier** M. Friedberg E. L'acteur et le système, Paris, Seuil, 2001, 436 pages

**Garel** Gilles. Le management de projet. Editions La Découverte / Repères. 2003. 123 pages.

**Juet** Rémi. La boîte à outils du manager, de la prise de fonction à la pratique quotidienne. Editions Dunod 2005. 251 pages.

**Lefebvre** P. Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social. Editions Dunod 99. 305 pages.

**Lefèvre** Patrick. Guide de la fonction cadre et responsable de service en action sociale et médico-sociale. Editions Dunod. 2008. 278 pages.

**Lefèvre** Patrick. Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales. Editions Dunod 2006, 564 pages.

**Lhuillier** J-M. Le droit des usagers dans les établissements. Editions ENSP. 2007. 239 pages.

**Loubat** J.R. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Paris. Editions Dunod 2002. 264 pages.

**Loubat** J.R. Penser le management en action sociale et médico-sociale, Editions Dunod, 2007.

**Loubat** J.R. Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux. Edition Dunod 2003. 282 pages.

**Maguerez** Georges. L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Editions ENSP 2005. 119 pages.

**Maisondieu** Jean. Les Alcooléens, Bayard Editions, 1992, 221 pages.

**Marsan** Christine. Réussir le changement. Editions De Boeck 2008. 290 pages.

**Miramon** J.M. Le métier de directeur, techniques et fictions. Rennes 3<sup>ème</sup> édition. Editions ENSP 2005. 270 pages.

**Miramon** J.M. Manager le changement. Editions ENSP. 1996. 105 pages.

### Des articles :

- Atlas régional des consommations d'alcool 2005, Données INPES/OFDI, François Beck, Stéphane Legleye, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka

- La Lettre Inserm des Médecins généralistes juin 2008, <http://lettremedecinsgeneralistes.inserm.fr/05/article-actu-03.html>
- Extraits de publication des D<sup>r</sup> Jacques Viala-Artigues et Christian Mechetti. Lundi 10 novembre 2003. F3A.
- Harald Klingemann. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée. 2001. Organisation mondiale de la santé, bureau de l'Europe.
- <http://www.presses.ehesp.fr/social-medicosocial/droit/345-droit-usagers-dans-etablissements-services-sociaux-medicosociaux-3e-edition>
- Yves Clot : [www.la-fac.org/IMG/ppt/Evolution\\_organisations\\_FAC.ppt](http://www.la-fac.org/IMG/ppt/Evolution_organisations_FAC.ppt).
- Lefèvre Patrick. Théorie et stratégie du management. Cahiers de l'actif. N°314-317 juillet/octobre 02.

### **Les textes législatifs, réglementaire et assimilés :**

- Loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été votée le 11 février 2005 (Journal officiel du 12/02/2005). Cette loi se compose de 101 articles et donne lieu à la rédaction de plus de 80 textes. Voir projet de vie.
- Loi 2002-303 du 4 Mars 2002 (dite Loi KOUCHNER) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Convention Collective Nationale du 31 Octobre 1951 des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif.
- Loi d'orientation n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Circulaire 2002-595 relative aux maisons relais du 10 décembre 2002.
- Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- Rapport d'Etienne PINTE Député des Yvelines Parlementaire en mission auprès du Premier ministre 21 décembre 2007- 20 Juin 2008 sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.
- Articles R.323-1 à R.323-12 du code de la construction et de l'habitation (CCH).
- Article 14 de la loi de finances pour 1998. Articles R.323-1 à R.323-12 du code de la construction et de l'habitation (CCH).

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Le dépistage : le questionnaire Cage-Deta.

Annexe 2 : La prévention

Annexe 3 : La tolérance

Annexe 4 : Les autres établissements de l'Association du Renouveau.

Annexe 5 : Témoignage de Monsieur F (parcours d'un alcoolodépendant)

Annexe 6 : Les partenaires

Annexe 7 : Le point de vue des résidents.

Annexe 8 : Questionnaire vierge.

Annexe 9 : Résultats du questionnaire (reprenant les mots employés par les résidents)

## Annexe 1

### **Le questionnaire CAGE-DETA est destiné à faciliter le dépistage de l'alcoolodépendance.**

Cet outil est proposé, par L'INSERM, dans le but d'aider les médecins généralistes à faire un pré diagnostic.

*« Le questionnaire CAGE - DETA est un bon exemple d'instrument de dépistage en pratique clinique courante (donc en dehors d'une consultation d'alcoologie spécialisée). Il a des vertus que les autres instruments n'ont pas : il est court et facile à retenir, il n'interroge pas le sujet frontalement sur ses quantités consommées. Il n'est en aucun cas utilisé pour des études épidémiologiques. »*

#### Le questionnaire CAGE-DETA consiste à poser quatre questions aux patients :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation d'alcool ?
2. Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus peuvent faire suspecter un problème d'alcool, et conduire le médecin à proposer une investigation plus poussée.

## Annexe 2

### La prévention en France.

#### Au niveau de l'Etat et des territoires :

A la demande du ministère de la santé, des Etats généraux de l'alcool ont été organisés dans toutes les régions de France, fin 2006. L'objectif étant de fournir des informations claires, précises, scientifiquement vérifiées, afin d'ouvrir un dialogue entre les différents acteurs (Etat, associations, producteurs),

La prévention tient désormais une grande place dans la lutte contre les addictions. Les orientations actuelles des plans gouvernementaux tendent à diriger les actions en direction des jeunes pour empêcher ou retarder l'expérimentation autour des différents produits. Les associations sont le plus souvent à l'origine de ces actions de prévention, devant les services de l'Etat, lesquels restent les principaux financeurs d'actions de prévention, avec la Caisse d'Assurance Maladie.

L'Etat et ses partenaires, réunis au sein du groupement régional de santé publique (GRSP), ou dans les instances départementales, mettent en œuvre le plan régional de santé publique tout particulièrement dans son volet « addictions ». Celui-ci décline le plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, puis le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011.

Ainsi, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) a-t-elle présenté, en juillet 2008, son nouveau plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Ce plan comporte trois axes :

- Prévenir les premières consommations et les usages de produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en ciblant les jeunes, mais aussi en mobilisant leurs parents et les adultes qui les entourent.
- Conduire une action pour que l'offre de produits diminue de manière significative.
- Diversifier la prise en charge sanitaire des usagers de drogues et d'alcool, en ciblant particulièrement les populations à risques.

Pour ce faire, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies finance des actions de prévention, dans le cadre des programmes départementaux déclinés par les préfetures.

### Au niveau régional :

Le Plan Régional de Santé Publique est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels et s'articule avec les autres plans, dont celui de la MILDT, dans les départements. Il vise 3 objectifs :

- La lutte contre la consommation excessive d'alcool,
- La lutte contre la consommation de tabac,
- La lutte contre les consommations de produits psycho actifs autre que le tabac ou l'alcool.

Chaque département décline ensuite un programme MILDT par le biais de ses acteurs locaux.

### Parmi les autres acteurs de la prévention, on peut citer :

- L'éducation nationale par l'intermédiaire du CESC, comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté
- INPES : relayé au niveau local par les CRES et les CODES.
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) avec pour missions : prévention des risques liés à l'alcool et suivi médico psycho social par l'intermédiaire des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ce sont les futurs CSAPA.
- Fédération Française de l'Addictologie (FFA).
- Des associations nationales d'entraide agissent en matière de prévention au niveau local, notamment les Alcooliques anonymes, Vie libre, ...
- La Fédération Interprofessionnelle pour le Traitement et la Prévention de l'Alcoolisation au Travail (FITPAT).
- Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie, (FNESAA).
- Fédération des acteurs de l'alcoologie et addictologie (F3A),
- Avenir Santé.
- Société Française de Santé Publique (SFSP).
- Ligue contre le cancer (LCC).
- Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies et Addictologie.
- Union Nationale des Associations Familiales.

## Annexe 3

### Approche scientifique de la tolérance et de la dépendance :

#### LA THEORIE MEMBRANAIRE

*« La membrane plasmique sépare les cellules les unes des autres. La structure de cette membrane est constituée de phospholipides disposés en bicouche avec un pôle hydrophile et un pôle hydrophobe. Dans cette membrane sont insérées des protéines de transfert organisées entre elles en diverses structures par exemple les canaux ioniques. Leur fonction est de rendre possible un transport actif par rotation entre le dedans et le dehors de la cellule comme un tourniquet d'entrée. Les anglo-saxons dans leur langage imagé définissent la structure membranaire comme un « sandwich au beurre » le beurre représentant le gras des phospholipides et la viande représentant les protéines de transfert. L'ensemble permet la continuité des échanges entrée et sortie d'eau, de sels, de molécules (neuromédiateurs par exemple) L'alcool a un rôle majeur sur cette membrane. Sa propriété lipophile (dissolvant des graisses) amène une modification de la membrane par désorganisation des phospholipides provoquant une augmentation de la fluidité membranaire donc une désorganisation des échanges. Ceci est le cas dans les alcoolisations importantes mais isolées. Les membranes retrouvent alors leur fonctionnement normal et leur état initial ».*

*Dans le cas d'alcoolisations chroniques, ce n'est plus le cas.*

## Annexe 4

### Les autres établissements gérés par l'Association du Renouveau.

Voir le site : [www.renouveau2.com](http://www.renouveau2.com)

#### a) Le CSSR-A Du Renouveau :

En 1987, l'Association crée une activité de postcure, dénommée plus tard de « post-sevrage », constituant une transition entre l'hôpital et le retour au domicile. Ce service débouche sur la création, en avril 2002, d'un véritable **CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Alcoolologie** <sup>33</sup> (aujourd'hui : Addictologie), sur le site de la rue Marceau, et relevant du secteur sanitaire. La capacité initiale de 27 places, ventilée d'abord en 18 lits d'hospitalisation complète et 9 places d'hospitalisation de jour a été redistribuée ensuite à 24 lits en hospitalisation complète et 3 places en hospitalisation de jour .

Le CSSRA accueille des hommes et des femmes ayant effectué un sevrage ou une cure spécialisée. Le secteur de recrutement des patients est national. 209 personnes ont été accueillies en 2007 dont 49 femmes.

Un programme thérapeutique de 9 semaines est proposé, il s'appuie sur des moyens humains pluridisciplinaires et des techniques diversifiées de prise en charge. Il s'inscrit dans la continuité des soins entrepris par les patients.

Les patients doivent être volontaires pour continuer leur démarche de soins et sevrés de tous produits, hors tabac. Les objectifs se fondent sur :

- Le maintien de l'abstinence,
- Le travail de compréhension de leur relation à l'alcool et aux autres produits toxiques.
- Le travail sur des notions telle que l'autonomie, la confiance en soi, l'estime de soi.
- La réalisation d'un projet de vie satisfaisant et constructif.
- La mise en place ou le maintien d'un suivi avec les services médicaux, sociaux et administratifs à la fin du séjour.

80% des personnes accueillies au CSSRA retournent chez elles après la cure, pour les autres, un suivi complémentaire peut être proposé : hospitalisation, admission dans une structure sociale...

## b) Le CHRS

Les missions du CHRS du Renouveau sont proches de celles d'un CHRS « ordinaire », avec cependant des particularités et des points d'insistance qui constituent le cœur de son action.

La loi de lutte contre les exclusions<sup>34</sup> a permis au législateur de repreciser les missions dévolues aux CHRS. Ainsi, l'article 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, qui inclut désormais les CHRS au nombre des établissements médico-sociaux régis par la loi 2002-2, élargit ces missions :

- à la réinsertion sociale et professionnelle et à l'insertion par l'activité économique ;
- à la prise en compte des situations de détresse et non plus seulement à celle des personnes inadaptées.
- à l'accompagnement avec ou sans hébergement.

Il s'agit, pour les CHRS, « **de faire accéder ou d'aider les personnes à recouvrer une autonomie personnelle et sociale** ».

Le CHRS du Renouveau est ouvert aux femmes et aux hommes de 18 à 60 ans (au moment de leur admission). La caractéristique des personnes accueillies au CHRS est double :

- En tant que CHRS, il accueille des personnes dites « **en grande difficulté de vie sociale** » (vie sociale, familiale, professionnelle). Cela signifie des personnes « exclues », devenues dépendantes de structures d'aide et de soin pour leur vie ou leur survie, et ayant compromis certains éléments facteurs d'insertion : santé, logement, lien social, droits sociaux, travail, famille..., ou des personnes en grande précarité et en risque d'exclusion.
- En tant qu'établissement créé et géré par l'association du Renouveau, il accueille des personnes ayant une **dépendance avérée à l'alcool et/ou à d'autres produits**, et faisant **le choix de l'abstinence** à ces produits. Cette

---

<sup>33</sup> Par décision du CROSS du 16 mai 2000 et autorisation de l'ARH du 12 Juillet 2000

<sup>34</sup> Loi d'orientation n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

particularité est essentielle et fait du CHRS du Renouveau *un CHRS différent des autres.*

Il assure pleinement une mission toute spécifique, qui est celle de l'accompagnement dans la durée des personnes dépendantes à l'alcool ou à d'autres produits ; cet axe de travail « traverse » et sous-tend tous ses modes d'intervention. Le CHRS du Renouveau est le seul à proposer cette spécificité dans le département de la Côte d'Or et en réalité dans l'ensemble de la région centre est de la France.

**c) Les ateliers AAVA :**

L'action des **ATELIERS DU RENOUVEAU** s'inscrit dans la mission globale du CHRS, qui a été redéfinie dans le projet associatif d'octobre 2005.

---

Au sein de ces missions générales, **les ATELIERS DU RENOUVEAU**

contribuent essentiellement à remplir la quatrième mission des CHRS, à savoir :

***L'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle.***

---

Leur mission principale consiste donc en la mise en activité de personnes en difficulté, notamment au regard de la dépendance à l'alcool ou à d'autres produits. L'objectif des périodes d'activité aux Ateliers est d'évaluer les capacités des personnes dans le domaine professionnel, leurs besoins, mais également les limites d'un public en difficultés sociales. Les orientations à promouvoir, en lien avec le référent social, sont ainsi mieux cernées dans le cadre du projet de la personne.

Par le réapprentissage du monde du travail, des gestes et des exigences dont il est porteur, les Ateliers préparent les personnes accueillies à accéder à un milieu de travail. Ils contribuent à redynamiser ces personnes dans l'élaboration de leur projet et dans sa mise en œuvre, par une confiance renforcée en des capacités mieux ciblées. Il s'agit donc à la fois **d'une mission de stabilisation, d'accompagnement et d'orientation** vers la vie autonome.

**Les missions spécifiques des ATELIERS du RENOUVEAU peuvent être ainsi définies :**

- Accueil de personnes éloignées du monde du travail
- Aide à la stabilisation par rapport à la problématique de dépendance
- Entraînement à la vie active
- Aide à la socialisation
- Evaluation des compétences

- Accompagnement de la personne dans son parcours de réinsertion

Ces missions s'appuient sur les principes mis en avant par l'Association du Renouveau :

Compte tenu des problématiques passées et/ou présentes des personnes, qui affectent souvent leur potentiel, la réinsertion professionnelle n'est pas l'objectif prioritaire et « obligé » des Ateliers. Les difficultés cumulées (santé physique et mentale, niveau de qualification, rupture avec le milieu professionnel...) rendent difficile y compris le retour à un emploi occupé précédemment. La mission de réinsertion des Ateliers prend donc une dimension sociale. Les orientations vers le milieu adapté prédominent. Pour certains usagers, l'accession au travail n'est plus la priorité, mais bien une resocialisation, ainsi que la stabilisation de l'abstinence.

Chaque parcours aux Ateliers est particulier, il ne peut être transposable et ne constitue qu'un élément parmi d'autres, dans le parcours de la personne.

Même lorsque la démarche n'est pas axée principalement sur l'activité professionnelle, le travail des professionnels consiste en une redynamisation des compétences et une valorisation des personnes. Il s'agit de faire émerger la motivation d'entreprendre quelque chose, avec l'idée que ce qu'on appelle « *la vie active* » ne se réduit pas à la seule activité de travail rémunéré.

d) **HELP** :

Dans le champ du logement et de la réinsertion sociale, l'Association a créé, en 1995, le **Service HELP : Habitat Et Liens Pour les anciens du Renouveau**. Il permet de proposer à des personnes le plus souvent issues du CHRS, un hébergement (location d'un studio sans aide du Conseil Général) et un accompagnement social léger, pour des durées supérieures à celles des accompagnements CHRS habituels. La capacité de ce service est de 20 places (dont 10 pour des personnes issues du CHRS).

e) **Lits halte soins santé** :

A la suite de la parution de la loi instituant les « **Lits halte soins santé** »<sup>35</sup> (LHSS) et du décret 2006-47 du 17 mai 2006 précisant les modalités de leur organisation et de leur fonctionnement, l'Association du Renouveau a déposé un dossier de

---

<sup>35</sup> Loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

demande de création de 6 lits ; un arrêté préfectoral a autorisé l'ouverture de 3 LHSS, auxquels s'est ajouté un 4<sup>ème</sup> lit, autorisé en Mars 2008.

## Annexe 5

### Témoignage de vie : Monsieur F.

*Ecrit par Marie Françoise Morin, éducatrice au service de suite du CHRS.*

#### **Le parcours dans l'association du Renouveau de monsieur F, ou l'histoire d'une prise en charge sur 18 ans ...**

Il est difficile de comprendre le parcours de monsieur F sans évoquer rapidement son anamnèse.

*« Monsieur F est né en 1965. Son père (né en 1930) quitte l'Allemagne à 15ans (Mr F n'en connaît pas les raisons.) Il entre dans la Légion à 18 ans et rencontre en Algérie, dans un bar, celle qui deviendra la mère de Mr F. Il est alcoolique et extrêmement violent avec sa femme et dur avec les enfants. Le couple a 6 enfants, 2 filles et 4 garçons (dont le dernier est décédé lorsqu'il était bébé) Mr F est le 4° de la fratrie. La mère de Mr F consomme aussi de l'alcool « tant elle souffre », les enfants sont placés à l'aide sociale à l'enfance du Jura en 1970 (Mr F a 5 ans).*

*La mère de Mr F. fait deux séjours au Renouveau en 1978 et 1979, des hospitalisations fréquentes en psychiatrie sur Dole. Le couple divorce en 1979, Mr F. garde le souvenir très douloureux des violences de son père et de ses placements où il a vécu des moments extrêmement perturbants. Son père décède en 1986.*

*L'adolescence de Mr F. est difficile, il fugue et commet de menus larcins. Il circule au gré des apprentissages et du travail dans plusieurs régions.*

*Mr F. situe le début de ses alcoolisations en 1979 (il a 14 ans), alors qu'il travaillait en maçonnerie. En 1985 il intègre l'armée dans le parachutisme et s'engage. Il a un accident de voiture, reste longtemps à l'hôpital et résilie son engagement. Il y a ensuite toute une période de délinquance, de petits boulots précaires.*

*Son frère se suicide à l'âge de 36 ans et il se sent responsable de ne pas avoir pu l'aider.*

#### **Monsieur F et le Renouveau**

*Le Renouveau l'accueille quelques jours en 1990. Il a du mal à s'adapter aux règles du service Post sevrage du CHRS. Il avait déjà fait un séjour à Bletterans (39). Il repart. Il est à nouveau incarcéré.*

*Après une hospitalisation au CHS de Saint Ylie, il revient au Renouveau de janvier 1998 à avril 1999, introduit de l'alcool, part ensuite à la rue, et au centre d'accueil Sadi Carnot, puis revient de juillet 1999 à février 2000, puis de janvier 2001 à juillet 2001. Ces différents séjours sont émaillés d'hospitalisations au CHU et au CHS, il retourne*

*fréquemment à la rue, vit dans un parking, mais garde toujours le lien avec l'antenne médicale d'accueil. Il fait aussi une cure spécialisée à ILLIERS CAMBRAY.*

*Il revient au CHRS de février 2002 à août 2003, il a alors un emploi aidé (CES) en collège, c'est la période la plus faste de son séjour au CHRS, surtout, il respecte le contrat et quitte le foyer de manière positive.*

**En septembre 2003**, *il s'installe en appartement dans la rue Marceau, dans un logement avec bail à son nom qu'il investit bien. Le service de suite l'accompagne. Il peut même y recevoir sa mère qui habite en maison de retraite pendant la période de Noël, c'est la première fois qu'il vit en appartement et en est fier. Il gère scrupuleusement son budget avec l'aide du service de suite. Malgré ses ressources et son appartement, il continuera pendant quelques semaines à faire la manche comme si les moments passés à la rue étaient inscrits en lui.*

*Son contrat de travail se termine en mars 2004. Un dossier COTOREP est instruit, il obtient plusieurs missions à l'atelier protégé PROMUT comme agent d'entretien, en espaces verts puis au ménage.*

*Il y a eu plusieurs épisodes d'alcoolisations pendant l'été 2004, Mr F. se fait squatter sans oser en parler, le service intervient pour l'aider à prendre position pour que l'intrus quitte son domicile. Il fait alors un sevrage ambulatoire avec l'aide de l'antenne médicale, peut recevoir sa mère à nouveau pendant la période de Noël.*

**2005** : *Mr F. part en WE dans le jura avec le service, dans le village où habitent ses sœurs, il les rencontre, cela lui fait du bien, il ne les avait pas vues depuis longtemps. Mr F. n'arrive pas à reprendre le travail, le poste qui lui était proposé est trop dur pour lui, nous négocions, avec l'employeur, un nouveau poste ...l'année se passe encore difficilement, alternant les périodes d'alcoolisations, crises d'épilepsies, les sevrages et les reprises de travail. En octobre 2005, il signe un CDI à PROMUT, les périodes des fêtes sont difficiles. Il rencontre une amie, mais cette relation amoureuse s'avère compliquée pour lui, il s'alcoolise massivement.*

**2006** : *il est à nouveau hospitalisé au CHS, de nouvelles tentatives sont faites avec le CHS pour l'aider : hospitalisations de nuit, puis de jour, proposition de mi temps thérapeutique. Mr F. n'arrive plus à gérer son budget, une demande de curatelle est faite. Devant la difficulté de Mr F. à se stabiliser, nous lui proposons de partir 3 mois en postcure à Virac.*

*La mesure de curatelle est prononcée. Le retour ne se passe pas bien, il se ré alcoolise très vite, s'isole dans son appartement qui devient vite un taudis. L'angoisse est telle que*

*Mr F. ne sort plus de chez lui. Après une nouvelle hospitalisation, un traitement neuroleptique retard est mis en route, et en novembre 2006, nous proposons à Mr F. de revenir au service hébergement et de quitter son logement, pour retrouver la protection des règles institutionnelles et éviter l'isolement.*

***Nous constatons là les limites de la mission CHRS liée à l'accès au logement.***

*2007 : malgré la protection soutenue de l'hébergement, et le contrat qui est posé avec lui (présence à tous les repas, entretiens quasi quotidiens, visites dans sa chambre, attention soutenue de l'équipe), Mr F. n'arrive pas à reprendre le travail. L'éducateur chargé de son suivi, fort investi dans la relation, rencontre l'employeur qui ne lui propose pas de solutions plus confortables. Il démissionne de l'entreprise en juin et fait un essai au CAVA. Un dossier RMI est monté par l'assistante sociale. Nous sommes alors dans l'échec de la réinsertion professionnelle avec Mr F.*

*Il a du mal à tenir le rythme et la règle de l'abstinence d'alcool, Mr F. se réalcoolise et introduit de l'alcool dans sa chambre, ce qui induit son exclusion en septembre 2007.*

*Il vit ensuite dans la rue, dort au centre d'accueil Sadi Carnot, il est toujours en lien avec l'antenne médicale.*

*Mr F. a toujours évoqué un sentiment de profonde solitude existentielle, une difficulté à communiquer avec les autres et un fort sentiment d'injustice. Toute situation en lien avec ses émotions provoque chez lui une peur panique, que seuls parviennent à calmer l'alcool ou les médicaments. Il a du mal à verbaliser. Sa difficulté au travail est aussi liée à ce problème. S'il souffre dans son corps parce que le travail lui fait mal, il ne peut pas en parler. Le passé le hante, il se réfugie souvent dans le sommeil.*

*Une place à la maison relais de **Vellerot** lui est proposée le **11 décembre 2007**.*

*Il y séjourne actuellement. »*

## Annexe 6

### Les partenaires de la maison relais de Vellerot :

#### En ce qui concerne l'orientation des résidents :

- Les services hospitaliers, généraux ou spécialisés, de la région :
  - o Le Centre Hospitalier Spécialisé de la Chartreuse à Dijon
  - o Les Centres Hospitaliers de Beaune, d'Arnay-le-Duc, d'Autun
  - o Le CHG de Semur-en-Auxois (21)
  - o Le CHS de Sevrey, (71)
  - o Le service de sevrage Eole à Dijon
  - o Le Centre Jouvence à Dijon
  - o Etc.
- L'antenne d'accueil médicalisé de Dijon
- Le CHRS de la SDAT à Dijon, les services de l'ASCO à Beaune, et plus généralement, les CHRS de la région Bourgogne.
- L'ensemble des établissements et services gérés par le Renouveau.

#### En ce qui concerne leur accompagnement, dans les domaines de la dépendance, des soins, de la santé physique et psychique :

- Les médecins libéraux du secteur, généralistes et spécialistes.
- Les intervenants paramédicaux du secteur : infirmières, kinésithérapeutes, ...
- Les services de soins à domicile.
- Les pharmaciens libéraux du secteur.
- Les hôpitaux locaux : Arnay-le-Duc, Beaune...
- Les services hospitaliers de Dijon : CHS la Chartreuse, CHU le Bocage, ...
- Les CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie, de Beaune.
- Les unités médicales spécialisées dans le sevrage, pour les personnes en rechute : CHS de la Chartreuse, Service Eole, Clinique de Fontaine, Clinique de Chenôve, Services de gastro-entérologie, unités ou médecins proposant le sevrage ambulatoire...
- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de Beaune, Dijon, Chenôve...

Dans le domaine social et relativement au suivi individualisé des personnes :

- Les organismes de tutelle (majeurs protégés).
- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.
- Les Caisses d'Allocations Familiales.
- Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).
- Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).
- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).
- Les maisons de retraite du secteur, en particulier les EHPAD d'Arnay-le-Duc (21) et d'Epinac (71).

Au niveau local :

- Les habitants de la commune de Saint Pierre en Vaux, son Maire et sa municipalité.
- L'agriculteur de la commune.
- Les bénévoles qui interviennent à la Maison relais.

Dans le domaine des loisirs, de la culture, de l'animation, des vacances :

- Les EHPAD d'Arnay-le-Duc et d'Epinac, avec qui des activités sont partagées (chorale...).
- La Communauté d'Emmaüs.
- Le centre équestre de Sommant.
- La piscine municipale d'Autun.
- La bibliothèque municipale de Lacanche.
- Le cinéma de Lacanche.
- L'animateur socioculturel de l'association du Renouveau.

## Annexe 7

### Le point de vue des résidents :

#### 1. QU'ATTENDEZ-VOUS DE LA MAISON RELAIS DE VELLEROT ? EN QUOI EST-ELLE UTILE POUR VOUS EN CE MOMENT ? QUELS SERVICES ATTENDEZ-VOUS D'ELLE ?

« Un toit, sinon je serais à la rue »

« Y trouver l'amitié »

« L'aide à l'abstinence »

« La notion de sécurité par rapport à l'alcool »

« Retrouver une vie collective »

« Se pauser pour réfléchir, se ressourcer »

« Ne pas se retrouver seul, ambiance conviviale, familiale »

« Apprécie l'absence de contact avec l'extérieur par rapport à l'addiction »

« A Vellerot, on arrive à oublier l'alcool / au CHRS trop de tentations »

« On est protégé à Vellerot, on se sent moins fragile »

« On apprécie la solidarité du groupe vis à vis de l'alcool »

La notion de fragilité revient à plusieurs reprises.

« Quant on arrive de Dijon, c'est dur, mais après on ne veut plus partir »

« Un hébergement et m'occuper »

« Retrouver une vie extérieure normale »

« D'être bien, ce que j'ai en ce moment ! »

« Etre heureux, un toit »

« D., lui, veut partir »

« C'est bon de vivre ici »

R. se dit bien. Il ne pense à rien.

« Sortir de la descente aux enfers »

« Pouvoir parler »

« C'est dur d'arriver à Vellerot, parfois on y est obligé, c'est souvent Vellerot ou rien, une partie des résidents à connu la rue. Mais après on y trouve sa place, et on s'y sent bien ».

#### 2. QUELLES PRESTATIONS ATTENDEZ-VOUS ? :

##### A : Dans la vie de tous les jours

« Un toit, de la nourriture ! »

« Ne pas oublier que c'est que du provisoire ».

## **B : Dans le domaine des activités collectives**

« *Le fonctionnement de la maison relais s'adapte aux besoins des activités communes et de chacun* ».

« *Les activités permettent de rester en forme* ».

« *Les activités occupent, détendent* » ; pour un autre, « *les activités stressent* ».

« *On se sent utile* »,

« *C'est important de participer, cela nous fait du bien* ».

« *Le matin c'est pour le collectif, et l'après midi c'est pour le loisir* ».

« *C'est parfois dur, mais c'est bien* ».

B. souhaite faire autre chose que le ménage.

## **C : Dans le domaine des activités de loisirs**

« *Depuis peu il y a beaucoup d'occupations, c'est bien* ».

J.-C. veut aller à la pêche ; ils sont plusieurs à être intéressés.

« *Branchement TNT, c'est gratuit, et mieux que Canal plus* ».

« *Reprendre la pétanque* ».

R. veut aller danser.

« *Ping-pong* ».

« *On va monter une équipe de foot !* » (Rires)

« *Aller au Bowling* ».

## **D : En ce qui concerne la dépendance et l'abstinence :**

« *Avec les activités, le sport, la marche, les occupations nous empêchent de penser* ».

Plusieurs résidants disent ne pas aimer les groupes de parole : « *Pas envie de déballer ma vie ici, envie de tourner la page et d'avancer* ». Un autre aimerait un groupe de parole avec 3 personnes seulement. Un autre propose de « *Renforcer le suivi individuel au niveau psychologue* ».

« *Il faut préparer la sortie, nous y aider, imaginer ce qu'on peut mettre en place pour nous aider lors de la sortie* ».

## **E : Dans le domaine de l'insertion :**

« *Trouver une petite activité extérieure pour se relancer dans la vie* ».

*« Retrouver le permis de conduire car ne pas l'avoir c'est un frein à la réinsertion ».*

*« Travailler dans le coin pour poursuivre ensuite une réinsertion ».*

*« Faire du bénévolat peut être une porte d'accès à la réinsertion ? »*

5 Résidants expriment le souhait de rester à Vellerot. 7 ont le projet de partir. Les autres (11) disent ne pas savoir.

### **3. A : A LA MAISON RELAIS, QU'EST-CE QUI MARCHE BIEN ?**

*« Les repas ».*

*« Les sorties courses ».*

*« Les activités loisirs ».*

*« La cuisine et la cafétéria, unanimement ! »*

### **B : QU'EST-CE QU'IL FAUDRAIT MODIFIER ?**

*« Faire des sorties le dimanche. Partir la journée avec un casse-croûte ».*

*« Partir la journée le dimanche, par exemple : visiter Autun avec un guide ».*

*« Amener plus de monde à la cuisine le mardi pour améliorer le ménage ».*

*« Réparer d'urgence le lave vaisselle. Il ne chauffe plus ! »*

*« Modifier les résidents !! » (Rires)*

*« Améliorer le respect entre les personnes ».*

*« Prévoir le calfeutrage des fenêtres »,*

*« Participer encore plus à la vie du village, car le village nous donne souvent un coup de main, améliorer les échanges ».*

### **C : QUE FAUDRAIT-IL AJOUTER ?**

*« La télévision » & « Un poste informatique avec Internet ».*

Et encore ces quelques observations de Résidants présents depuis longtemps :

*« Vu de l'extérieur (= Dijon) on est pestiféré à Vellerot, on dit : les incurables ».*

Cette affirmation fait débat, tous les Résidants ne sont pas du même avis.

*« Il y a 15 ans les gens du village fermaient la porte à notre passage, maintenant ils l'ouvrent ». « Le regard des gens a changé ».*

M.-F. témoigne qu'elle est parfois invitée à prendre le café.



## Annexe 9

### Retour des questionnaires.

<b>24 QUESTIONNAIRES DISTRIBUES – 22 RETOURNES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Ne sait pas</b>
<b>Etes vous satisfait de résider à Vellerot ?</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>La maison relais répond-elle à vos attentes ?</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Vous sentez vous bien intégré parmi les autres résidants ?</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>Est-on suffisamment à votre écoute ?</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Votre hébergement vous convient-il ?</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Etes- vous satisfait du suivi médical ?</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Etes-vous pour l'intervention de bénévoles ?</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Etes-vous pour votre participation dans la commune ?</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Comprenez-vous l'intérêt de votre participation à la vie au château ?</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	
<b>Vous sentez-vous en sécurité à Vellerot ?</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	
<b>Vous sentez-vous aidé et soutenu dans votre projet de vie ?</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

**Les réponses aux questionnaires ont été assorties de ces commentaires, je retranscris leurs mots :**

A : Ce serait bien si certains animateurs laissaient leurs problèmes chez eux.

B : Au sujet du projet de vie : moyen à voir oralement

C : J'ai attrapé 15 souris avec le piège dans ma chambre ! Pourquoi trouve t on du pain rassis dans les corbeilles à la salle à manger ?

D : Je remarque que depuis l'arrivée de Catherine Y, il y a eu une nette amélioration des services au château, d'hygiène dans la cuisine et de la plonge (pas toujours très propre) et des communs, et une meilleure implication des animateurs depuis le départ de l'ancien responsable.

E : Je pensais que Vellerot était un passage pour retrouver la sérénité qui engendre l'esprit d'initiative créatrice et imaginative pour se sortir d'un état de végétation dévastatrice, annihilante. Je suis à votre disposition pour approfondir ensemble cette réflexion plus que réfléchi.

F : Je me sens esclave

G : Pas de chauffage, pas souhaité à faire du ménage, chambre A 206 pas tranquille, ce n'est pas moi qui retire mon argent, c'est le Jean!

H : Le suivi médical est risible et dangereux. Personne de vous n'a de connaissance médicale, il faut attendre un médecin, ce qui peut prendre 30 minutes, il faudrait un défibrillateur.

I : Service plonge plus table du midi ne font pas leurs taches. Service du soir impeccable.

J : Nous sommes dans une communauté et le respect envers les uns des autres n'est pas toujours suivi.

K : Travailler en binôme en cuisine, surtout pour retrouver une cuisine propre la semaine de reprise du service. (Four, évier, carrelage nettoyés)

L : La plonge jamais faite et la salle à manger à laver dans les coins.