



**IMPULSER UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT EN F.O.  
POUR FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UNE IDENTITÉ  
INSTITUTIONNELLE CENTRÉE SUR L'USAGER**

**Emmanuelle RIFFIER**

**2010**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

*A Gildas, qui a toujours été là,*

*A Lucie et à Louise,*

Merci à Monsieur Petitprez, directeur de mémoire, pour son écoute et ses conseils.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE: L'ETABLISSEMENT DANS SON CONTEXTE: UNE ABSENCE DE LECTURE DES LOIS DE 2002 ET 2005</b>	
<b>1 L'évolution du cadre de l'action de l'établissement .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Les politiques du handicap : des évolutions qui conduisent au centrage de l'action sur l'utilisateur et à l'instauration d'un véritable droit de l'utilisateur....</b>	<b>1</b>
1.1.1 L'évolution du dispositif français de prise en charge du handicap.....	1
1.1.2 L'accompagnement au cœur de l'action des institutions médico-sociales .....	2
<b>1.2 Les politiques publiques au niveau régional et local.....</b>	<b>4</b>
1.2.1 La politique régionale.....	4
1.2.2 Le schéma départemental .....	5
1.2.3 La redéfinition du paysage médico social par la loi HPST.....	6
<b>1.3 Les recommandations de bonnes pratiques.....</b>	<b>7</b>
1.3.1 Une définition de la maltraitance.....	8
1.3.2 Une définition de la bientraitance.....	9
<b>2 Le foyer occupationnel : un fonctionnement inchangé depuis son ouverture. ....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 L'histoire de l'établissement : un héritage... ..</b>	<b>10</b>
2.1.1 Histoire et valeurs associatives.....	10
2.1.2 Gouvernance associative et perspectives .....	11
2.1.3 La singularité d'une naissance.....	12
<b>2.2 ...qui conduit au diagnostic actuel : une absence de prise en compte des évolutions.....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Une perte du sens des missions.....	13
2.2.2 Un fonctionnement où le collectif et l'individuel sont en tension permanente sans profiter aux usagers .....	14
<b>2.3 Les résidents du foyer : objets de soins et de sollicitude .....</b>	<b>15</b>
2.3.1 Les effectifs et caractéristiques des personnes accueillies .....	15
2.3.2 Expression des besoins et des souhaits des résidents .....	17
2.3.3 Les garanties de respect des droits des usagers. ....	19
<b>2.4 Des ressources à exploiter pour impulser la dynamique .....</b>	<b>20</b>

2.4.1	Les ressources humaines : à renforcer .....	20
2.4.2	Le cadre bâti : à exploiter .....	24
2.4.3	Une inscription dans l'environnement géographique et institutionnel : à développer .....	25
2.4.4	Une dynamique associative de promotion de la bienveillance : à solliciter .....	26
2.4.5	La synthèse de l'évaluation interne .....	27

## **DEUXIEME PARTIE: LE PROJET D'ETABLISSEMENT, PIERRE ANGULAIRE DU CHANGEMENT**

<b>1</b>	<b>Fonder mon action intentionnelle de changement sur le projet d'établissement .....</b>	<b>30</b>
<b>1.1</b>	<b>Solliciter la notion de projet dans le secteur médico-social .....</b>	<b>32</b>
1.1.1	Le projet d'établissement médico-social dans les textes.....	32
1.1.2	Du projet associatif au projet personnalisé.....	33
1.1.3	Une carte d'identité pour améliorer la prise en charge : une proposition spécifique en direction des personnes handicapées vieillissantes .....	35
<b>1.2</b>	<b>Être en démarche de changement .....</b>	<b>38</b>
1.2.1	Un détour par la sociologie des organisations.....	39
1.2.2	Une définition du changement.....	39
1.2.3	Un modèle d'action intentionnelle de changement.....	40
<b>1.3</b>	<b>Gérer les difficultés inhérentes au changement .....</b>	<b>43</b>
1.3.1	La théorie des résistances au changement.....	44
1.3.2	Appréhender la difficulté du changement par la théorie des phases de préoccupations.....	45
<b>2</b>	<b>Accompagner le changement par un plan d'action .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1</b>	<b>Axe 1 : faire émerger une identité institutionnelle. ....</b>	<b>47</b>
2.1.1	Poser un cadre institutionnel stable.....	47
2.1.2	Travailler sur le projet d'établissement .....	48
2.1.3	Positionner l'institution.....	50
2.1.4	Maîtriser la diffusion de l'information .....	51
<b>2.2</b>	<b>Axe 2 : restaurer la place de la personne accueillie. ....</b>	<b>52</b>
2.2.1	Ré instaurer la citoyenneté :.....	52
2.2.2	Définir un dispositif de lutte contre toute violence institutionnelle et de promotion de la bienveillance.....	53
<b>2.3</b>	<b>Axe 3 : accompagner les professionnels.....</b>	<b>55</b>

2.3.1 Amélioration du climat social et des conditions de travail.....	55
2.3.2 Élaboration d'un plan pluriannuel de formation.....	56
2.3.3 Mise en place d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. ....	57
2.3.4 Mise en place d'une analyse des pratiques .....	58
<b>2.4 L'évaluation comme outil d'amélioration des prestations.....</b>	<b>61</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>67</b>
<b>Liste des tableaux et figures .....</b>	<b>70</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CAFDESIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement et de Service d'Intervention Sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Équivalent Temps Plein

FO : Foyer occupationnel

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

IGAS : Inspection Générale de l'Action Sociale

IME : Institut Médico-Éducatif

MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées

OD : Organizational developpement

PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

## Introduction

Ce jeudi, répondant à l'invitation d'un foyer de l'association, l'équipe d'aide-médico-psychologique a projeté d'emmener tous les résidents fêter le carnaval. Au moment de partir, Mme J.B., qui n'avait pas manifesté d'enthousiasme à l'idée de cette sortie, refuse de mettre son manteau, se fait attendre, fait remarquer son désaccord par des cris, mais suit le groupe en direction des véhicules. Une heure plus tard, arrivant à destination, l'équipe se rend compte de l'absence de Mme J.B. Un appel au foyer confirme que celle-ci est bien restée sur place, et a expliqué s'être cachée dans sa chambre parce qu'elle ne voulait pas participer à la sortie.

Cet incident s'est déroulé au début de l'année 2010, alors que je venais de prendre mes fonctions de directrice adjointe du pôle EHPAD – FO de l'association Espoir et Handicap, dans un département de la région Centre. L'association Espoir et Handicap gère 74 établissements médico-sociaux dans les secteurs du handicap et de la dépendance, répartis sur 14 départements. Le foyer occupationnel a ouvert ses portes en 1997 et accueille 20 adultes handicapés mentaux, présents pour la plupart depuis l'année de l'ouverture du foyer.

Il est un des constats qui m'ont permis de mettre en évidence la problématique de l'établissement, qui interroge la prise en compte des principes actuels sur lesquels se fondent les politiques publiques du handicap.

Presque 10 ans après la promulgation de la loi du 2 janvier 2002, la prise en charge des personnes accueillies dans l'établissement ne s'inscrit pas dans l'esprit de ce texte. Le concept d'adaptation de la prise en charge aux besoins à l'intérêt des usagers n'est pas mis en application et n'apparaît pas comme fil conducteur des pratiques. Depuis la loi fondatrice de 1975, c'est l'ensemble de la conception de l'accompagnement des personnes handicapées qui a évolué. Le foyer n'a pas pris en compte ces évolutions.

La remise en route de l'établissement fait l'objet de la mission qu'a confiée le directeur général à l'équipe de direction du pôle EHPAD – FO, constituée en janvier 2010 suite au départ à la retraite de la personne précédemment en poste. Bien qu'occupant le poste de directrice adjointe, je me placerai en position de directrice tout au long de ce mémoire.

Si la problématique de la prise en compte des principes qui fondent l'action sociale n'est pas nouvelle, la particularité de ce mémoire réside dans l'absence d'identité

institutionnelle, source de l'absence d'inscription dans le contexte des politiques publiques.

Mes premières observations mettent en évidence que le poids de l'histoire et l'origine de l'établissement ne sont pas sans conséquence sur le retard pris dans l'appropriation des concepts. Son évolution n'a pas permis de définir son action dans les missions qui sont celles d'un établissement médico social. Son histoire singulière et ses pratiques se sont construits sans s'inscrire dans une culture et un rattachement associatif. Son fonctionnement auto- centré, sans ouverture sur l'extérieur a conduit à mettre en place des pratiques qui interrogent aujourd'hui la notion de respect des droits des usagers.

Dans le contexte actuel d'évolution des politiques publiques et de redéfinition du paysage institutionnel, les enjeux liés à cette problématique ne peuvent être contournés : évaluation, respect des droits des usagers, individualisation de l'accompagnement, et à terme, renouvellement de l'autorisation.

Ma mission en tant que directrice consiste en la conduite de l'établissement dans le respect des politiques sociales et en recherchant l'amélioration du service rendu aux usagers. Partant de la définition de l'institution comme « un ensemble humain jouant une fonction reconnue dans la société, qui possède une certaine autonomie, qui a une certaine durée, qui est producteur d'ordre social et donc de valeurs plus ou moins clairement affichées, et dont les membres sont soumis à des règles communes », je dois mettre en place les conditions nécessaires à la construction de l'identité de l'établissement.

Mon action consistera à impulser une démarche de changement qui vise à engager l'établissement dans une indispensable évolution, à redéfinir son projet, dans le but de refonder les bases de ses missions et de son action. Pour cela, je m'appuierai sur les éléments de diagnostic stratégique et utiliserai comme levier d'action la démarche d'évaluation interne réalisée en 2010. La refonte du projet d'établissement sera au cœur de la démarche de changement et permettra le positionnement de l'établissement à la fois dans le cadre fixé par les textes, dans ses relations avec l'association gestionnaire, et dans l'élaboration des projets individualisés. L'évaluation de la qualité des prestations sera le fil conducteur de mon projet.

Dans une première partie, après avoir rappelé le cadre de l'action de l'établissement et les évolutions des politiques publiques nationales et locale relatives au handicap, je procéderai à un état des lieux et à une analyse diagnostique de la situation de l'établissement, mettant en évidence en quoi une dynamique de changement est



nécessaire. Dans la deuxième partie, je démontrerai que mon projet de changement, reposant sur le projet de l'établissement, est à même de favoriser l'émergence d'une identité institutionnelle.

# **1<sup>ère</sup> PARTIE : L'ETABLISSEMENT DANS SON CONTEXTE : UNE ABSENCE DE LECTURE DES LOIS DE 2002 ET 2005**

## **1 L'évolution du cadre de l'action de l'établissement**

L'inscription de l'action de l'établissement dans le cadre des politiques sociales relatives au handicap est centrale dans la problématique. Je débute donc cette première partie par un rappel du cadre d'action et des évolutions qui ont marqué la prise en charge du handicap au cours des dernières décennies.

### **1.1 Les politiques du handicap : des évolutions qui conduisent au centrage de l'action sur l'utilisateur et à l'instauration d'un véritable droit de l'utilisateur**

#### **1.1.1 L'évolution du dispositif français de prise en charge du handicap**

Le dispositif législatif de prise en charge des personnes handicapées a connu au cours de ces dernières décennies et encore récemment avec la loi HPST de nombreuses évolutions.

C'est dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 qu'apparaît pour la première fois officiellement la notion de personne handicapée, là où auparavant étaient utilisés les termes d'infirmité ou d'invalidité, sans pour autant apporter de définition de la notion de handicap. Cette loi reconnaît le statut, les droits et la spécificité des personnes handicapées. Elle fixe le cadre d'une politique sociale fondée sur la solidarité nationale et met en cohérence les dispositions apparues antérieurement.

Elle est complétée par la loi du même jour relative aux institutions sociales et médico-sociales. Instaurant un système de coordination, de planification et d'autorisation des établissements, et favorisant la prise en charge des personnes handicapées par l'action des structures spécialisées, cette loi donne naissance aux foyers de vie, ou foyers occupationnels, intermédiaires entre les foyers pour travailleurs handicapés et les maisons d'accueil spécialisé.

Trente ans plus tard, ces deux lois ont été renouvelées, retraçant une évolution de la conception même de l'action sociale et médico-sociale : Du collectif à l'individuel, de l'institution à la personne, des obligations aux droits. Le travail social s'inscrit dans l'évolution de la société et la conception des interventions se modifie. Les lois traduisent

et officialisent les évolutions de la société et le changement de regard porté sur les personnes vulnérables. Les rapports entre l'État et les individus changent, on passe des droits universels à des droits individuels. La personne est le support de ses propres droits.

Un début de mutation avec la loi du 2 janvier 2002 : le passage d'une logique de dispositif à un recentrage de l'intervention, avec un rappel de l'importance primordiale de l'intérêt de l'utilisateur. La réaffirmation de la place des usagers est une des orientations mises en évidence par le rapport de l'Inspection générale de l'action sociale en décembre 1995<sup>1</sup>, point de départ de la réforme de 2002. Elle aboutit dans la loi à la création d'une section du Code de l'action sociale et des familles (articles L.311-3 et suivants) dédiée aux droits des usagers et à des outils visant à garantir ces droits.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été adoptée alors que l'intégration des personnes handicapées était instaurée comme priorité nationale, pour rénover la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975. Elle adopte parmi ses principes celui de garantir aux personnes le libre choix de leur projet de vie grâce au principe de compensation des conséquences du handicap.

Les évolutions introduites par ces textes ont modifié en profondeur l'ensemble du secteur médico social et demandent l'évolution des professionnels de ce secteur, par leur capacité d'adaptation et la réaffirmation des valeurs qui les guident. Bien que né en pleine préparation de la loi de 2002, l'établissement n'a pas pris en compte ces évolutions. Son organisation est restée fondée sur des représentations anciennes de l'action sociale, et si les outils rendus obligatoires par ces textes existent, ils ne remplissent pas leurs fonctions de garants du respect des droits et libertés des usagers. Mon rôle de directrice me conduit à engager la mise en cohérence des principes d'action de l'établissement avec ceux de l'action sociale définis par les politiques publiques, ainsi que la mise en conformité de sa proposition au regard des textes qui l'encadrent.

### **1.1.2 L'accompagnement au cœur de l'action des institutions médico-sociales**

Le droit des usagers n'est pas né dans les seules limites de nos frontières. Les politiques sociales énoncées dans à l'échelon européen ont impulsé un certain nombre d'orientations communes concernant la situation des personnes handicapées. Ainsi, s'agissant de l'Union européenne, les résolutions de 1996 du Conseil de l'Europe sur

---

<sup>1</sup> Rapport Join-Lambert, IGAS, décembre 1995.

l'égalité des chances et la non-discrimination, et de 1999 sur l'égalité des chances en matière d'emploi ont eu un impact certain sur les politiques nationales. Ces représentations communes qui se forgent progressivement en matière de handicap, tant au niveau des concepts que des modes d'action, ont influencé les différents pays européens, mais de façon variable selon les pays. Au titre des principes énoncés de manière transversale et transposables dans les politiques nationales, le Conseil de l'Europe a défini un plan d'action pour les années 2006 à 2015 « pour la promotion des droits et la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. » Il se fonde sur les principes fondamentaux tels que la non-discrimination, l'égalité des chances, la dignité et l'autonomie de l'individu. Ce plan rappelle la liberté de faire ses propres choix, la participation des personnes handicapées à toutes les décisions concernant leur vie, tant au niveau individuel qu'au niveau de la société dans son ensemble.

La transposition dans la législation française de ces principes universels désigne la notion d'accompagnement comme fondement de l'action des établissements sociaux et médico-sociaux. « Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses cotés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas ». <sup>2</sup>Cette définition sous-tend la définition légale des missions des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le code de l'action sociale et des familles définit les missions des établissements médico sociaux : accueillir et accompagner des personnes vulnérables, les protéger et les promouvoir dans le respect des droits et libertés individuels garantis à toute personne prise en charge.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles définit un droit à des prestations d'accompagnement individualisées. Il définit la trame obligatoire des prestations d'accompagnement délivrées par les établissements sociaux et médico sociaux. Il définit également les obligations de l'institution à l'égard de l'utilisateur : le développement d'une activité répondant aux besoins sociaux et médico sociaux, le respect des droits des usagers, et l'obligation de garantir ces droits par un certain nombre d'outils : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, projet d'établissement, conseil de la vie sociale.

Il appartient au directeur d'établissement de développer et de prévoir les moyens de la mise en œuvre de ces missions.

## 1.2 Les politiques publiques au niveau régional et local

Dans le respect des orientations législatives et réglementaires, les pouvoirs publics déclinent, au niveau régional et départemental, les principes de l'action sociale et médico sociale.

### 1.2.1 La politique régionale

Le PRIAC, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, est un outil récent, créé par la loi 2005-102, de programmation de l'offre médico-sociale. Il détermine les priorités régionales, en termes de financement, de créations, extensions ou transformations relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou personnes handicapées, adultes et enfants, financés sur des crédits d'assurance maladie.

Le PRIAC de la région Centre part d'un état des lieux de la population handicapée et des différentes propositions de prise en charge disponibles sur le territoire régional<sup>3</sup>: la proportion de bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) est proche en région de la moyenne nationale avec 15 ‰. Pour les dispositifs d'accueil, il indique ainsi que plus du tiers des personnes handicapées de la région vit en famille et 12% en foyer de vie ou occupationnel. En ce qui concerne l'activité, 18% des personnes ont une activité occupationnelle. Il fait apparaître un niveau d'équipement équilibré pour les foyers de vie, avec un ratio de 1,71 ‰, le taux national étant à 1,46‰.

Au titre de l'accompagnement en institution, le PRIAC 2008-2012 de la région Centre fixe parmi les priorités interdépartementales par territoires, pour le département :

- La création de 40 places de FAM (foyer d'accueil médicalisé) par transformation de places de FO ou d'EHPAD au titre de l'accompagnement en institution.
- L'amélioration de la prise en charge des personnes cérébrolésées.
- La transformation partielle d'un FO désigné, en FAM dans le nord du département.

Pour l'année 2010, la création de 5 places nouvelles au titre de la médicalisation figure en tête des priorités de financement, pour un coût de 125 000 euros.

L'établissement devra inscrire son évolution dans le cadre fixé au niveau régional par le PRIAC, qui trace les axes prioritaires du développement de l'offre médico-sociale et détermine les financements possibles. De plus, les évolutions récentes du paysage

---

<sup>2</sup> Père P. VESPERIEN, comité national d'éthique

<sup>3</sup> PRIAC de la région Centre 2006-2008, indicateurs démographiques et facteurs déterminant de recours à l'offre médico sociale.

incitent les établissements à considérer la région comme le territoire de santé au sens large.

### **1.2.2 Le schéma départemental**

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales positionne le département comme pivot de l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il lui appartient de définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes handicapées. Ainsi les schémas départementaux sont établis pour une période de 5 ans et sont destinés à :

- Apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux des personnes handicapées
- Dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de service
- Déterminer les objectifs d'adaptation de cette offre et les moyens nécessaires
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Le schéma départemental 2008 – 2012 en faveur des personnes handicapées a été adopté le 29 juin 2009. Il pose l'ambition d'apporter à la population handicapée des réponses personnalisées s'appuyant sur une approche globale des besoins de la personne, intégrant son projet de vie. Pour cela, il définit 3 axes d'orientation :

- Axe 1 : L'adaptation de la capacité d'accueil au besoin identifié.
- Axe 2 : L'évolution de l'offre d'hébergement et de service.

Parce qu'elles permettent de garantir le libre choix de vie des personnes handicapées, la diversification et l'adaptation des différentes formes d'accompagnement constituent un axe majeur du schéma. Deux caractéristiques relevées dans l'état des lieux concernent la très forte proportion de personnes vivant à leur domicile (93% enquête HID<sup>4</sup>), et l'accroissement de la longévité des personnes handicapées, parallèlement à l'ensemble de la population. Le schéma dispose notamment que l'évolution qualitative et l'adaptation du dispositif doivent intégrer le vieillissement de la population handicapée, tant par l'adaptation des établissements pour personnes handicapées que par l'organisation, dans les établissements destinées aux personnes âgées, de réponses adaptées aux personnes handicapées, ou par la conception de formules innovantes.

---

<sup>4</sup> DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Études et résultats, Mes personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID, n°204, décembre 2002.

- Axe 3 : L'amélioration du fonctionnement existant.

L'objectif de cet axe se situe autour de la question d'une organisation territorialisée de l'offre. Il s'agit, sur un territoire déterminé, de faire en sorte que la population handicapée dispose d'une gamme de réponses souples et diversifiées proposées par les établissements et services. Cette approche territoriale suppose le développement d'une coordination locale et d'un réseau d'information.

La population du foyer n'échappe pas à cette évolution générale de la population handicapée, constatée notamment par l'enquête HID. Comme je le mettrai en évidence par la suite, certains éléments de diagnostic interne me permettent d'identifier dans l'axe 2 du schéma une orientation possible dans l'évolution de l'établissement et de son projet.

Ces constats, au niveau national, ont été pris en compte par les outils de planification et d'autorisation que sont le PRIAC à l'échelon régional et le schéma à l'échelon départemental. Mon rôle de directrice est de conduire l'établissement dans des perspectives qui devront s'inscrire dans les orientations des politiques publiques définies aux niveaux national et local.

### **1.2.3 La redéfinition du paysage médico social par la loi HPST.**

Apportant un nouveau bouleversement au mouvement de mutation du secteur médico social, la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dessine un paysage nouveau dans lequel vont devoir se situer les établissements. Dans l'objectif général de renforcer l'efficacité du système de santé en regroupant au niveau régional toutes les compétences relatives à la politique de santé, la loi HPST a donné naissance le 1<sup>er</sup> avril 2010 aux Agences régionales de santé (ARS).

Cette réforme touche le secteur médico social, caractérisé par un cloisonnement des structures et la multiplicité des autorités de tarification et de contrôle, qui va désormais appartenir au champ d'action des ARS. La politique régionale de santé mise en œuvre par les ARS s'inscrit dans le cadre de trois politiques publiques ; la santé avec le code de la santé publique, l'action sociale et médico sociale avec le code de l'action sociale et des familles, et l'assurance maladie avec le code de la sécurité sociale. La place du médico social au sein des ARS est affirmée par la référence à l'article L.1411-1 du CSP qui définit la santé publique au sens retenu par l'Organisation mondiale de la santé.

La loi HPST dessine une nouvelle configuration de la procédure d'autorisation et de contrôle des établissements sociaux et médico sociaux : en effet, l'ARS autorise la création et les activités des établissements placés sous son autorité, seule, ou conjointement avec le conseil général ou l'assurance maladie. De plus, elle instaure une procédure généralisée d'appel à projets à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010. Le décret d'application en date du 26 juillet 2010 définit les conditions de cette nouvelle procédure : un cahier des charges de l'appel à projet social ou médico social, établi par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, identifie les besoins à satisfaire et indique les exigences que doit respecter le projet. Une commission de sélection d'appels à projet est chargée, selon un calendrier prévisionnel, d'examiner les candidatures des organismes gestionnaires et d'émettre un avis sous forme de classement des projets. L'autorisation est ensuite délivrée par l'autorité compétente.

Le projet régional de santé est la clé de voûte de la nouvelle planification de la politique de santé au niveau régional. En matière d'action sociale et médico sociale, il doit permettre de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre des structures médico sociales relevant des ARS, « afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements (...) de la population handicapée ou en perte d'autonomie ». Ce schéma régional devra trouver une articulation avec les schémas départementaux et viendra compléter les PRIAC.

Pour l'établissement, cette loi et la création des ARS ont pour effet de déplacer l'autorité de tarification et de contrôle de l'échelon départemental à l'échelon régional. La cohérence de l'offre médico sociale sera examinée à l'échelle du territoire régional. Les établissements auront dans les mois à venir à gérer la nouvelle articulation, encore incertaine, entre l'ARS et le financeur qui demeure le Conseil général. Il leur faudra composer avec cette nouvelle architecture et avec la nouveauté qu'implique la généralisation de la procédure d'appel à projet. C'est donc dans un environnement en construction que va devoir s'inscrire le foyer. La difficulté sera de prendre en compte à la fois un nouveau cadre d'action, et une conception des missions d'un établissement médico social qui, bien qu'elle ne soit pas nouvelle dans sa définition par les politiques publiques, n'est pas celle qui a guidé les pratiques du foyer.

### **1.3 Les recommandations de bonnes pratiques**

La notion d'assistance, finalité première des institutions médico sociales, bousculée par le mouvement d'individualisation qui touche la société entière et qui n'épargne pas le secteur, s'est transformée progressivement en mission d'accompagnement et de



protection des personnes vulnérables, principes qui sont garantis par des droits individuels. Ces évolutions ont favorisé l'émergence de questions nouvelles dans les institutions : la maltraitance, la bientraitance, l'évaluation, les bonnes pratiques professionnelles.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM), qui a succédé en 2007 au Conseil national de l'évaluation sociale et médico sociale créé par la loi de finance de la sécurité sociale en 2002, a pour mission d'accompagner les établissements sociaux et médico sociaux dans les démarches d'évaluation interne et externe, instaurées par la loi 2002-2. A ce titre elle élabore des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, dans le but de promouvoir une culture de la bientraitance. L'article L 312-8 du CASF définit des recommandations comme des références au regard desquelles « les établissements et services procèdent à l'évaluation de leur activité et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...) ».

### **1.3.1 Une définition de la maltraitance**

La notion de maltraitance apparaît dans les années 1980 avec les politiques de prévention des mauvais traitements envers les enfants. Une définition est donnée en 1987 par le Conseil de l'Europe : « [...] tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » En 1992, le Conseil a complété cette définition par une typologie des actes de maltraitance, allant des violences physiques aux négligences actives ou passives, et aux privations ou violations de droits.

Afin de l'appliquer lors de mon analyse de la situation de l'établissement, je retiendrai trois définitions croisées pour construire ma propre conception de la maltraitance.

Bruno FABRE<sup>5</sup> définit la maltraitance comme un échec collectif de l'accompagnement, la réalisation d'un risque institutionnel permanent. Elle est une violence exercée à l'encontre de personnes vulnérables, alors que devraient prévaloir une obligation d'attention et de protection. Au-delà des faits et gestes individuels, elle traduit une erreur de système, provenant de dysfonctionnements de l'organisation, qui atteint le sens des missions de l'institution. Elle remet en cause les valeurs de l'établissement et atteint le sens de la mission. Cette définition engage à considérer la maltraitance comme un phénomène

---

<sup>5</sup> FABRE Bruno, inspecteur hors classe de l'Action sanitaire et sociale, ARS du Centre.

social global et comme une conséquence d'une mauvaise dynamique de relations au sein de l'institution.

Stanislas TOMKIEVITCH<sup>6</sup> donne une définition proche de la maltraitance institutionnelle, à distinguer de la maltraitance individuelle en institution : la maltraitance devient institutionnelle lorsque l'institution ne met rien en place afin de faire cesser ou de prévenir la survenue d'actes maltraitants. Il en est de même lorsque l'institution place son intérêt propre au dessus de celui des usagers qu'elle est chargée de protéger.

Une autre définition de la maltraitance désigne « tout ce qui contrevient au développement d'un résident. Tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne handicapée. Tout ce qui inscrit le fonctionnement de l'établissement dans une logique administrative opposable à une logique de soins »<sup>7</sup>

Les expressions de violence et passages à l'acte agressifs des résidents peuvent être interprétés comme des révélateurs d'un climat de maltraitance du cadre institutionnel, elle même résultante du contexte de dysfonctionnements affectant la conduite de l'institution.

### **1.3.2 Une définition de la bientraitance**

L'ANESM a publié en 2008 une recommandation cadre, intitulée « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Elle définit la bientraitance, non comme le contraire logique de la maltraitance, mais comme une culture visant à promouvoir le bien-être de l'usager, dans un mouvement d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle « situe les intentions et les actes professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques [...] à la fois démarche positive et mémoire du risque ».

Cette recommandation préconise, pour prévenir la maltraitance institutionnelle, l'instauration d'un cadre institutionnel stable, fondé le respect de la règle et du droit par tous les acteurs de l'institution, professionnels, usagers, familles. Ce principe implique la connaissance de ce droit, le rappel de la règle en cas de manquement, l'intervention immédiate en cas de violence, et l'analyse des situations à la lumière de la vie de l'institution et du parcours de l'usager.

---

<sup>6</sup> TOMKIEVICZ Stanislas, Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents. Paris, Seuil, 1991

<sup>7</sup> CAMBOIS B., LAURENT M.M., groupe de travail inter établissement.

Bien que n'ayant pas de portée obligatoire, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM sont des points d'appui pour le directeur dans la conduite de l'établissement. La recommandation cadre sur la bienveillance, en particulier, constitue une traduction de l'évolution de la conception de la prise en charge des personnes vulnérables, telle qu'elle apparaît également dans les textes législatifs et réglementaires. A travers les repères qu'elle énonce pour la mise en œuvre, ce sont les concepts qui ont, dans leur ensemble, parcouru l'évolution des politiques publiques, qui sont rappelés sous l'angle de leur mise en application. Je l'utiliserai comme un levier d'action pour réinscrire l'établissement dans le cadre de ses missions.

## **2 Le foyer occupationnel : un fonctionnement inchangé depuis son ouverture.**

### **2.1 L'histoire de l'établissement : un héritage...**

#### **2.1.1 Histoire et valeurs associatives**

L'organisme gestionnaire, l'association Espoir et Handicap, a été créé en 1954 sous l'impulsion d'un prêtre à partir du concept de petits lieux de vie pour accueillir des personnes handicapées mentales. En 1986, Espoir et Handicap innove avec la création d'un premier foyer occupationnel dans l'Orne, bassin historique de l'association. Le principe reposait sur la qualité de l'insertion par des activités d'éveil et de stimulation du potentiel des personnes dont le handicap ne permettait pas la pratique d'activités économiques en C.A.T. ou en atelier protégé. Elle gère aujourd'hui 74 établissements médico-sociaux, répartis sur 14 départements, qui accueillent plus de 3000 usagers.

Les valeurs prônées par l'association concernent l'indépendance de pensée, le professionnalisme, la vision globale du parcours des personnes handicapées, et la volonté de tendre vers la qualité. Elle affirme « la primauté de la personne dans toutes ses dimensions, sa dignité, le respect de ses droits, de ses désirs, de ses convictions » et annonce sa volonté de lutter contre une tendance à limiter par le bas les capacités des personnes handicapées et dépendantes : Ne pas être réducteur de la personne est pour l'association un véritable défi permanent<sup>8</sup>. En tant que directrice, il me paraît indispensable que l'établissement, s'il a eu connaissance de ces valeurs à son origine, puisse se rappeler et se réapproprier ces principes et convictions, qui fondent l'action de

---

<sup>8</sup> Cf. annexe 2 : Extraits du projet associatif 2004-2008.

l'association et sont à l'origine de la réponse qu'elle développe en direction des personnes handicapées.

Le secteur associatif a la particularité de se construire et de développer ses services à partir de valeurs morales et éthiques, de principes qui guident son action. Des liens doivent rattacher un établissement à son association gestionnaire. Ces principes, affirmés dans le projet associatif, doivent être appréhendés par les établissements qui déclinent et mettent en œuvre la politique associative et doivent constituer des éléments fondateurs de l'identité institutionnelle. Ces valeurs exprimées par l'association seront des éléments forts qui serviront de socle à un nouveau projet de l'établissement.

### **2.1.2 Gouvernance associative et perspectives**

L'organigramme associatif met en lien direct la direction de l'établissement avec la direction générale, sans direction de pôle ou direction départementale. C'est un mode de gouvernance qui relève d'un choix historique, nécessaire à une époque où le développement intensif avait produit un ensemble disparate d'établissements, sans cohérence ni synergie. Les services du siège sont fortement mutualisés : direction des ressources humaines, direction financière, services entretien, informatique, cellule projet et démarche qualité.

Ce modèle d'organisation du siège très centralisé et avec une direction générale très présente, a conduit au fil des années à une réduction du rôle des directeurs d'établissement, chargés d'exécuter une délégation de l'autorité centrale et d'une mission de maintien en l'état de l'établissement. Un « comité des directeurs », instance de consultation, existe cependant. Il se réunit tous les 2 mois autour des instances de direction de l'association. Il est composé de 9 représentants des directeurs désignés pour 2 ans par leurs pairs.

Le précédent projet associatif, prévu pour une durée de 5 ans, est parvenu à échéance en 2009. Le Président a alors proposé lors de l'assemblée générale la rédaction d'un nouveau schéma d'orientation stratégique devant servir de référence à partir de laquelle l'association fonderait son action pour les 5 ans à venir. Le nouveau projet a été le résultat d'un large travail d'élaboration et de consultation qui a impliqué les différentes instances de l'association : Conseil d'administration, direction générale, comité des directeurs, ainsi que l'ensemble de l'encadrement.

Le nouveau schéma d'orientations stratégiques 2010 – 2015 <sup>9</sup>s'oriente, en particulier dans son axe 1, vers « une organisation souple et adaptable » : rompant avec la logique du précédent projet, il envisage un élargissement des champs de compétence des directeurs, sur une logique de complémentarité entre plusieurs établissements, dans un concept de plateforme, alliant la notion de territoire et celle de coopération multisectorielle. Ce projet maintient le contact et la réactivité qui caractérisaient le système à son origine en instituant des plateformes dirigées par un nombre limité de directeurs, dotés d'une équipe de cadres opérationnels.

Si le mode de gouvernance jusqu'alors en place ne favorisait pas l'émergence d'une identité institutionnelle propre, en ne confiant que la gestion du quotidien à la direction en place, sans encourager l'esprit d'initiative ou la créativité, il apparaît que les nouvelles orientations associatives tendent à redonner un rôle et une place aux directeurs d'établissement, et une plus grande autonomie dans la prise en compte des spécificités locales et dans la conduite de leurs projets. La création, en janvier 2010, d'un pôle médico-social avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes voisin du foyer occupationnel, avec constitution d'une équipe de direction, est un exemple de cette nouvelle orientation associative quant aux missions et responsabilités des directeurs et à l'autonomie des établissements.

### **2.1.3 La singularité d'une naissance**

Le foyer occupationnel est né en 1997 de la nécessaire conversion de 20 lits d'EHPAD en places pour personnes handicapées. L'association gérait alors un EHPAD de 65 lits dans la commune, qui, à la suite de travaux de mise aux normes du bâtiment, a vu sa capacité d'accueil réduite à 45 lits. Restaient donc 20 lits, pour lesquels l'association proposa au Conseil général un redéploiement en 20 places pour personnes adultes handicapées mentales. Un terrain, situé à proximité du centre du bourg, fut cédé par la commune.

Disposant d'une autorisation en date du 1<sup>er</sup> février 1997, l'établissement constitue alors une équipe de professionnels issus du bassin d'emploi local et accueille les premiers résidents en mars 1997.

Sans attache géographique, sans « père fondateur » à son origine, et en l'absence de lien créé avec l'association, l'établissement ne s'est pas vu attribuer de nom.

---

<sup>9</sup> Cf. annexe 3 : Extraits du schéma d'orientations stratégiques 2010-2015.

Un projet d'établissement a été conçu à cette époque afin de répondre aux exigences réglementaires relatives à l'autorisation. L'équipe de professionnels n'étant alors pas encore constituée, les services du siège de l'association se sont chargés de cette élaboration. Ce document, porteur des projets et missions de l'établissement, et s'inspirant des réflexions du secteur médico social qui devaient aboutir à la loi de 2002, est resté limité à sa nécessité administrative et n'a pas été présenté aux salariés comme un fondement de leur travail.

La création de liens essentiellement administratifs avec l'association gestionnaire n'a pas permis la transmission des valeurs qui fondent la politique associative et l'action des établissements, ni l'émergence d'un sentiment d'appartenance associative.

Le contexte de cette « naissance » me conduit à émettre une hypothèse sur l'évolution de l'établissement : ni vraiment désiré, ni vraiment porté, le foyer a été simplement créé par défaut, et n'a pu construire son identité institutionnelle propre, positionnée par rapport à son association gestionnaire et à son environnement. La gouvernance associative à cette époque n'a peut-être pas été appropriée pour accompagner la croissance de cet établissement. Sa création étant essentiellement fondée sur une motivation administrative, son fonctionnement est fortement influencé par cette même logique, au détriment d'une logique d'accompagnement ou de soins.

## **2.2 ...qui conduit au diagnostic actuel : une absence de prise en compte des évolutions.**

Mon analyse met en évidence que la singularité de l'histoire de l'établissement est un élément essentiel pour comprendre le dysfonctionnement institutionnel, source d'une dérive dans l'application et la mise en œuvre des droits fondamentaux des personnes accueillies.

### **2.2.1 Une perte du sens des missions**

Le Code de l'action sociale et des familles définit la mission de l'établissement comme une prestation d'accueil et d'accompagnement à l'égard de personnes vulnérables. La mission d'accueil recouvre les prestations de la vie quotidienne : loger, nourrir, blanchir. Cette prestation est correctement remplie par le personnel soucieux de la bonne santé physique et de l'apparence des personnes accueillies. Un temps important est consacré aux soins d'hygiène du matin, les repas sont pris à heures régulières, l'ambiance du repas est calme, disciplinée, les interventions médicales sollicitées chaque fois que nécessaire.

L'aspect de protection de la vulnérabilité des personnes est particulièrement développé, pour ce qui concerne la sécurité des résidants. Aucune activité pouvant engendrer un risque pour la personne n'est autorisée, l'ensemble des activités des résidants est réglé de manière très régulière, et collective de manière à ne pas laisser émerger de comportement susceptible de perturber l'ensemble du groupe. Ainsi, les sorties concernent les vingt résidants

Mais cet aspect de la protection des personnes est appliqué à l'encontre des notions de liberté et d'autonomie et de la mission d'accompagnement. Ces principes qui visent à laisser à la personne handicapée sa liberté de choix et à adapter la réalisation de ses choix en fonction de ses capacités et à compenser ses difficultés, comportent en eux-mêmes un part de risque dans la confrontation des personnes à leurs propres incapacités et limites. La prise en charge mise en place dans l'établissement, si elle est instaurée dans le but de préserver les résidants de tout danger, aboutit à entraver leur liberté et met en échec la prestation d'accompagnement.

La notion d'accompagnement, au cœur des missions de l'établissement, a été perdue de vue au fil des années, ce qui a fait apparaître une conséquence directe mais inévitable, l'apparition d'actes de violence émanant des résidants et l'instauration d'une forme de maltraitance institutionnelle.

### **2.2.2 Un fonctionnement où le collectif et l'individuel sont en tension permanente sans profiter aux usagers**

Le fonctionnement instauré, par la prépondérance accordée à la prestation d'accueil et la réponse uniquement collective aux besoins des personnes accueillies, conduit à une absence totale de prise en compte des besoins individuels et à une uniformisation des résidants.

L'organisation du rythme de vie collective se fait au détriment du rythme individuel des usagers. Les modalités d'organisation des temps accordés au lever, au réveil, au petit-déjeuner, aux toilettes, ne permettent pas l'individualisation. Le rythme imposé privilégie le « faire à la place de » au détriment de l'accompagnement et du « faire avec » et ne permet pas aux personnes accueillies de développer ou maintenir des capacités. Les activités du quotidien sont d'abord rythmées par les tâches domestiques, auxquelles participent les usagers sans que soit recherché leur intérêt ou le bénéfice qu'ils peuvent tirer de l'activité.

Le poids du rythme collectif et l'absence de sollicitation individuelle ont progressivement conduit à une absence d'expression de leurs besoins par les résidants. L'absence de prise en compte des souhaits, le non respect des habitudes, des rythmes, des besoins de chaque individu, viennent à l'encontre des missions de promotion de la personne dans sa singularité. Le fonctionnement et la prise en charge, par les caractéristiques que je viens d'énoncer, semblent s'approcher d'une conception passéiste des personnes handicapées, et ne s'inscrit pas dans les concepts qui guident aujourd'hui les politiques publiques du handicap. Il m'appartient en tant que directrice de replacer les pratiques de cet établissement dans leur contexte, afin d'une part qu'il réponde aux prescriptions législatives et réglementaires et aux attentes de pouvoirs publics, et d'autre part qu'il s'engage dans une visée d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux adultes handicapés.

## **2.3 Les résidents du foyer : objets de soins et de sollicitude**

L'évolution de la place accordée dans les établissements à la personne accueillie est visible à travers l'évolution du vocabulaire utilisé pour la désigner : des « infirmes nécessiteux » en 1905, et des « inadaptés » des années 1950, au « bénéficiaire », ou « usager, acteur de sa prise en charge » des lois de 2002 et 2005, la construction des droits des usagers a eu pour conséquence de rendre aux personnes bénéficiaires de l'action sociale leur place de sujet, d'individu dans sa singularité, de citoyen prenant part à la vie de cité. Après analyse de la situation des adultes handicapés accueillis dans l'établissement, je constate qu'elle ne s'inscrit pas dans cette évolution et peux considérer que les adultes accueillis sont objets de soins et de sollicitude.

### **2.3.1 Les effectifs et caractéristiques des personnes accueillies**

- **Les effectifs**

L'établissement accueille au 1<sup>er</sup> janvier 2010 18 résidants, entre 25 et 61 ans. La moyenne d'âge globale est de 41 ans : 46 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes. Six d'entre eux ont entre 51 et 61 ans, ce qui représente 30% de la population du foyer.

Sur 18 personnes, 16 sont arrivées l'année de l'ouverture de l'établissement, ce qui indique une ancienneté moyenne des résidants de douze ans. Seules 2 personnes ne sont pas originaires du département.

La mission des foyers occupationnels est d'accueillir des adultes handicapés mentaux, présentant une déficience intellectuelle moyenne à lourde, ne possédant pas une capacité suffisante pour travailler en ESAT (établissement et service d'aide par le travail), ne



nécessitant pas une prise en charge médicale importante et ayant une autonomie suffisante pour participer à des activités occupationnelles. Les résidents actuellement présents disposent tous d'une orientation en foyer occupationnel prononcée par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées), et sont originaire pour 80% d'un établissement médical ou médico social : 50% sont arrivés en sortant d'IME (institut médico-éducatif), 22% venant d'un foyer occupationnel, 22% de famille, et 11% d'un centre hospitalier.

- **Les caractéristiques**

Les comptes-rendus médicaux et les observations des AMP (aide médico-psychologique) conduisent à la présentation suivante des capacités et spécificités des résidents :

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre de résident</b>
Déficience intellectuelle moyenne	7
Déficience intellectuelle lourde	11
Dont autisme ou traits autistiques	4
Dont troubles du langage	10
Dont troubles psychiatriques	2
Dont troubles du caractère	1

***Figure 1: Caractéristiques des résidents***

Bien que n'ayant pas mis en place d'outil d'évaluation des besoins permettant d'aboutir à une catégorisation et une gradation des besoins, il est possible de synthétiser les besoins repérés des résidents au quotidien :

- Besoin d'aide et de stimulation dans certains actes de la vie courante.
- Besoin d'aide et d'accompagnement dans tous les actes de la vie courante : en cas d'autonomie partielle ou absente pour assurer les soins d'hygiène, la prise des repas, les petits déplacements.
- Accompagnement total pour certains actes de la vie quotidienne : suivi médical, entretien de l'environnement.

Au handicap initial s'ajoute pour la plupart des résidents une pathologie spécifique : asthme, dysplasie osseuse, scoliose, surdité partielle ou totale, épilepsie, séquelles d'hémiplégie, nanisme, diabète. Cette situation engendre un besoin important de suivi médical et paramédical et une surveillance quotidienne.

Tous les résidents suivent un traitement médicamenteux. Une convention a été passée avec la pharmacie de la commune, afin d'organiser la préparation des médicaments,

selon un système identique à celui en place dans l'EHPAD. De plus, dans le cadre de la collaboration entre les deux établissements et de la direction commune, une infirmière de l'EHPAD est mise à disposition du foyer à titre gratuit, à raison d'une demi-journée par semaine. Elle est chargée d'assurer le suivi médical et de coordonner la distribution des médicaments, la prise de rendez-vous, la transmission des informations.

- **Les familles**

Le maintien des relations avec les familles a été privilégié. Pour les résidents dont la famille réside dans les environs, les week-ends sont prévus à la carte, en fonction des besoins des familles. Pour les résidents dont la famille est plus loin dans le département, un calendrier de retour est établi. Il arrive fréquemment que ces séjours en famille se prolongent, sans raison particulière, et que le retour au foyer soit reporté sur un appel téléphonique de la famille.

L'ancienneté des résidents et des personnels a conduit à établir avec les familles des relations qui dépassent le cadre professionnel. L'information des familles ne fait l'objet d'aucune modalité particulière, les discussions informelles au moment du départ ou du retour suffisant depuis longtemps à communiquer. L'absence de définition des champs de responsabilité respectifs entre l'établissement et les familles, si elle a contribué au maintien de liens familiaux très forts, conduit toutefois à une confusion sur la notion de lieu de vie et participe à la difficulté pour les professionnels de considérer les résidents comme des adultes, certes handicapés, mais adultes.

Afin de garantir une qualité des conditions de vie des usagers, et considérant la complémentarité des rôles entre famille et institution, il m'appartient de diffuser après des familles une information sur les missions de l'établissement, la place accordée aux usagers, les relations qu'il est nécessaire d'établir pour le bien-être des personnes accueillies.

### **2.3.2 Expression des besoins et des souhaits des résidents**

Une seule instance offre aux résidents l'occasion de poser des questions, de prononcer des souhaits, d'exprimer leurs attentes. Préalablement aux réunions du conseil de la vie sociale, l'ensemble des résidents est réuni dans le but de préparer les différentes questions à aborder lors de cette instance. Monsieur L. H., président du CVS, est naturellement le plus enclin à faire des propositions.

La moitié des personnes accueillies au foyer montre des troubles du langage, empêchant partiellement ou totalement l'expression des résidents. Dans l'incapacité pour certains de donner un avis ou d'émettre une proposition, ces résidents sont conduits à participer aux activités sans parfois en avoir envie, à supporter la vie en collectivité sans possibilité d'y participer réellement. Selon leurs pathologies, les personnes réagissent différemment à cette négation de leur singularité, ce qui conduit régulièrement à des comportements différents :

- Épisodes de violence et d'agressivité, dirigée vers les autres résidents ou vers le personnel. L'expression d'une agressivité de la part des personnes accueillies, si elle ne peut être tolérée, peut tout au moins être comprise. La situation de l'établissement fait apparaître une ambiance quasi permanente de violence, qui s'exprime sous différentes formes : Mlle V.C., au moment de sa toilette, pousse des cris de plus en plus tridents et mord l'encadrant qui était en train de l'aider. Monsieur W.F. traverse la salle de séjour à grands pas en bousculant avec force tout ce qui se trouve sur son passage, meubles, encadrants, résidents. Monsieur D.D. sans raison apparente entre dans une vague de colère et utilise les objets à sa portée pour frapper les personnes qui l'entourent.
- Phénomène d'errance : aux moments de la journée où sont proposés des ateliers, quelques résidents ne cessent de déambuler dans les espaces collectifs de l'établissement, ne trouvant pas de proposition en mesure de retenir leur attention et leur intérêt.

Ces difficultés à les comprendre, ajoutées au manque de connaissance du personnel sur les différentes pathologies, ont favorisé l'enracinement des pratiques standardisées, contournant ainsi par la mise en place de règles uniquement collectives, la difficulté de répondre individuellement aux besoins de chacun. Cette difficulté sera à prendre en compte dans la mise en place des réponses personnalisées, afin de mettre fin à la primauté de la règle collective sur les intérêts individuels.

Cet état diagnostique effectué, il peut expliquer l'expression que j'ai utilisée en titre pour désigner les résidents : le personnel attache une grande importance au respect des horaires, à l'apparence et la propreté, à l'alimentation des résidents. Si la prestation d'accueil est réalisée pour ce qui concerne l'hébergement, les repas, les soins quotidiens, les résidents sont passifs dans ces activités. Ils restent objets de cette attention, puisque l'organisation des journées ne laisse pas de place à la relation individuelle, aux entretiens qui leur permettraient d'exprimer leurs souhaits, leurs attentes, et de devenir acteurs d'un projet de vie.

### **2.3.3 Les garanties de respect des droits des usagers.**

La loi de 2002 impose aux établissements l'élaboration d'outils permettant de garantir dans le fonctionnement le respect des droits des usagers. Certains de ces éléments sont formellement en place dans l'établissement, sans toutefois remplir leur fonction de lieu d'expression ou de protection des intérêts des usagers.

Ainsi, le conseil de la vie sociale est constitué et se réunit régulièrement. Il est essentiellement informé de la vie quotidienne de l'établissement au sujet de laquelle les représentants des familles sont très concernés. Le conseil n'est cependant pas consulté sur les aspects plus généraux de la conduite de l'établissement, tel que le prévoit le décret.<sup>10</sup> Un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement existent formellement, mais n'ont pas été délivrés lors de leur entrée aux personnes accueillies. Les personnels n'ont pas connaissance de l'existence et du contenu de ces documents.

Parmi les outils garantissant aux usagers le respect de leurs droits fondamentaux, figure l'obligation pour tous les établissements d'élaborer « un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation de la qualité de ses prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans (...) ». Le projet d'établissement, élément obligatoire aux termes de l'article L. 311-8 du code d'action sociale et des familles, existe lui aussi formellement. Il a été élaboré en 2002, dans la continuité de la logique administrative qui a présidé à l'ouverture de l'établissement. Ce projet, s'il décrit les prestations, l'organisation et le fonctionnement, et se trouve en ce sens conforme aux exigences réglementaires, n'a pas fait l'objet d'une communication, que ce soit à l'attention des salariés ou des usagers. Son existence n'est pas connue et il ne constitue pas un cadre de référence à l'action de l'institution.

Le travail d'individualisation et de personnalisation de l'accompagnement, au cœur de l'évolution du cadre législatif relatif au handicap, n'est pas encore en place. En effet, seuls deux résidents bénéficient d'un projet personnalisé, relativement ancien et non remis à jour. Il est nécessaire à ce jour d'engager le travail en ce sens. Le projet individualisé constitue pourtant un moteur des changements de l'institution, qui, centrée sur l'utilisateur, ses besoins, son intérêt, sa demande, doit s'adapter aux évolutions constantes des personnes accueillies.

---

<sup>10</sup> Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

A cette étape du diagnostic, et par une lecture de l'établissement à la lumière des évolutions législatives du secteur, mon analyse fait état des faiblesses de la situation, tant en interne qu'en externe. Mais l'établissement dispose de ressources et d'opportunités qui n'ont pas été développées, et que je souhaite saisir comme points d'appui à l'engagement dans une dynamique nouvelle.

## 2.4 Des ressources à exploiter pour impulser la dynamique

### 2.4.1 Les ressources humaines : à renforcer

A ce jour, l'établissement emploie 16 salariés et le tableau des effectifs de l'établissement se décompose comme suit :

	Nombre d'ETP	Nombre de salariés
<i>Équipe d'encadrement</i>		
AMP	7	7
<i>Services généraux</i>		
Veilleuses de nuit	2,25	3
Agent de service intérieur	1	
<i>Équipe médicale et paramédicale</i>		
Psychologue	0,12	1
Psychiatre	0,13	1
<i>Administration et direction</i>		
Directrice	0,50	1
Directrice adjointe	0,50	1
Secrétariat	0,50	1
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>15</i>
<i>Ratio d'encadrement</i>	<i>1,6</i>	

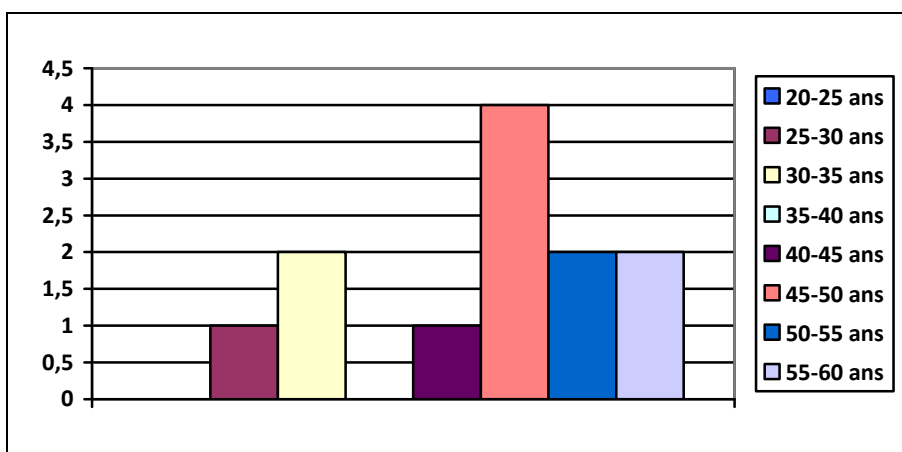
**Figure 2: Tableau des effectifs.**

Le personnel dédié à l'accompagnement représente 87,5% de l'effectif global. La moyenne d'âge de ces personnels est de 45,5 ans et l'ancienneté moyenne de 10 ans.

- **Histoire et composition actuelle des effectifs :**

Prolongeant mon regard sur les conditions de la naissance de l'établissement, je mets en évidence des éléments de l'évolution de ces personnels qui éclairent le diagnostic que je peux établir aujourd'hui.

L'équipe d'encadrement et des services généraux a pour sa grande majorité été recrutée en vue de l'ouverture de l'établissement : ainsi cinq des sept AMP, sans expérience et n'étant pas issue du secteur du handicap à l'origine, ont été recrutées et formées simultanément et ont obtenu leur diplôme en 1997. Bien qu'offrant une opportunité de formation qualifiante et d'emploi, ce recrutement a eu pour conséquences de réunir dans le même établissement des personnes sans expérience du public handicapé et sans connaissance d'un fonctionnement institutionnel. Trois veilleuses de nuit et un agent de service intérieur, non qualifiés, ont directement intégré les effectifs. Plus récemment a eu lieu le recrutement de deux AMP plus jeunes, déjà diplômées et présentant une première expérience dans le secteur du handicap. La responsabilité de l'établissement a été confiée en 1997 à une chef de service, restée en poste jusqu'en 2009.



**Figure 3: Ancienneté des personnels**

Ce tableau des effectifs est resté inchangé jusqu'à l'instauration en 2010 d'une équipe de direction mutualisée avec l'EHPAD, ce qui a eu pour incidence de transformer un ETP de directeur en 0,50 ETP de directeur et 0,50 ETP de directeur adjoint. A cette occasion, une négociation avec les services du Conseil général a abouti à un accord sur la transformation d'un poste d'AMP en un poste d'éducateur spécialisé (animateur première catégorie selon la convention collective de 1966), lors du départ d'une AMP.

Si les postes d'AMP sont pourvus par des personnes qualifiées, ces personnels n'ont pu bénéficier, outre la formation initiale, d'aucune actualisation de leurs compétences. Le PAUF a été utilisé en 2008 pour une formation- action, organisée au niveau associatif,

préparatoire à l'évaluation interne, à laquelle a participé la chef de service. En 2009, les fonds ont été consacrés à la formation obligatoire d'une surveillante de nuit. L'absence de politique de formation a favorisé le développement de réponses standardisées et la mise en place d'un fonctionnement basé sur l'affectif et non sur des réflexes professionnels face à des situations problèmes.

L'ancienneté d'une grande partie de l'équipe d'encadrement favorise une bonne connaissance des personnes accueillies. Elle a cependant conduit à l'instauration de liens entre professionnels et usagers qui dépassent le cadre professionnel et ont débordé sur le mode affectif. Le tutoiement et l'usage de diminutifs sont ainsi généralisés des personnels vers les usagers, et inversement.

Le taux d'absentéisme relevé sur les trois dernières années montre une forte augmentation des absences du personnel :

Année	2007	2008	2009
Absentéisme pour maladie en heures	939	1848	1972

***Figure 4: Évolution du taux d'absentéisme***

Ces chiffres concernent uniquement les absences pour maladie des AMP, veilleuses de nuit et ASI. Ce qui représente pour l'année 2009 une moyenne de 25,6 jours d'arrêt pour maladie par personne. Ces données, analysées en lien avec le climat social difficile et les tensions permanentes que j'ai identifiées à mon arrivée, et avec le contenu des entretiens professionnels d'évaluation, me permettent de mettre en évidence un épuisement professionnel important, touchant l'ensemble des personnels. La majorité de ces personnes, implantée dans l'environnement géographique de l'établissement, n'a pas la possibilité d'envisager une alternative à ces conditions de travail.

L'équipe montre cependant une volonté « de bien faire », et se montre volontaire pour actualiser ses connaissances dans la cadre de la formation continue.

- **Une pluridisciplinarité à renforcer :**

Le personnel d'encadrement et des services généraux est complété depuis 2008 par des postes à 0,12 ETP de psychologue et 0,13 ETP de psychiatre. Ces deux professionnels interviennent à raison d'une journée par quinzaine. Ils sont salariés de l'association et chargés d'intervenir dans les huit foyers occupationnels du département voisin, ainsi que dans l'établissement. Le psychologue reçoit individuellement les résidents qui le souhaitent au cours d'entretien, qui donne lieu à un compte-rendu. La psychiatre assure le suivi médical des résidents qui le nécessitent, en particulier pour ce qui concerne les traitements lourds dont certains bénéficient. Il peut arriver qu'un résident soit suivi par l'un et l'autre de ces professionnels, ce qui implique une coordination et une harmonisation des prises en charges.

Si leurs interventions bénéficient directement aux personnes accueillies, elles ne s'inscrivent pas dans une démarche pluridisciplinaire : la communication avec les AMP se limite aux informations strictement nécessaires à la prise en charge des usagers. La participation du psychologue et du psychiatre à la vie institutionnelle se limite au temps de transmission de l'équipe d'AMP. Ce temps, non formalisé, est alors utilisé pour des questions spécifiques, des problèmes individuels, l'évocation d'évènements majeurs, ou l'indication des modifications de traitement. La définition des fonctions du psychiatre et du psychologue, est précisée dans des fiches de postes élaborées et diffusées par l'association. Elle comprend une dimension relative au personnel dans le cadre d'un apport de connaissances relatives aux pathologies et, pour le psychologue, un travail d'analyse des pratiques. Cette dimension n'a jamais été mise en place dans l'établissement : le personnel d'encadrement ne bénéficie pas d'apport de connaissance et d'élément de compréhension sur les pathologies et les comportements des personnes accueillies.

Le travail de ces deux professionnels du pôle médical et paramédical, que je considère comme indispensable dans un établissement médico-social, se situe pourtant de manière ponctuelle et isolée. Bien que la prise en charge en soins soit assurée, le manque de communication et les difficultés de rencontre avec les professionnels présents quotidiennement avec les résidents entravent la nécessaire complémentarité des métiers. Les résidents sont extraits de leur vie quotidienne lors des entretiens et des consultations, et aucune modalité n'est mise en place pour en assurer le suivi. La présence ponctuelle des deux professionnels rend difficile le suivi des démarches de soins, qui sont élaborées en parallèle à la vie quotidienne dans l'établissement.



L'établissement a la chance de disposer de ces ressources, et de la compétence de deux professionnels qui, dans l'exercice de leurs fonctions et dans le cadre associatif d'autres établissements et d'autres fonctionnements. Il me semble indispensable de recréer les conditions d'une véritable pluridisciplinarité de l'ensemble de l'équipe de professionnels, au service des personnes accueillies. La modification du rythme de présence et des modalités d'intervention du psychologue et du psychiatre seront à ajuster aux missions et à la réponse de l'établissement aux besoins des résidents.

#### **2.4.2 Le cadre bâti : à exploiter**

Le foyer, bâti sur le modèle d'autres foyers occupationnels de l'association, est construit sur un terrain de 2 hectares dans le centre du bourg. La construction en forme de U est de plain pied et constituée d'un seul rez-de-chaussée.

Le plan d'ensemble fait la distinction entre zone d'hébergement, lieux de vie en collectivité et ateliers.

L'espace hébergement comprend 20 chambres de 17 m<sup>2</sup> chacune incluant une salle d'eau de 3,47 m<sup>2</sup> comprenant une douche, un lavabo et un WC. Ces chambres ouvrent directement sur l'extérieur par des baies vitrées et sont reliées par un couloir central. Chaque résident peut investir ce lieu qui lui est privé et dont il détient la clé.

La salle de séjour est située à l'entrée de l'établissement, et dispose d'un volume agréable. Elle jouxte le restaurant self service et le petit salon de télévision.

Les locaux techniques sont composés de salles de bains, d'une buanderie, d'une lingerie, d'une salle affectée à la pharmacie et aux entretiens médicaux, et d'une cuisine. Deux bureaux administratifs et une salle dédiée aux AMP complètent l'ensemble.

Si les espaces d'hébergement, qui ont été privilégiés dans la conception de la structure, sont adaptés au respect de l'intimité et aux nécessités de l'accueil, il apparaît que les espaces dédiés aux activités en journée ne permettent pas un accompagnement personnalisé : les espaces sont restreints et obligent les résidents à être en permanence en groupe, que ce soit dans les ateliers, ou dans la salle commune, et ne permettent pas l'isolement ou le retrait par rapport au groupe. Ce manque d'espaces qui favorise une promiscuité et ne permet pas l'isolement génère des conflits entre les résidents.

Les espaces extérieurs sont vastes, et très peu investis par les personnes accueillies : aucun aménagement n'existe pour des activités sportives de plein air.

L'ensemble, situé à quelques centaines de mètres de la place du bourg, permet aux résidents de participer à la vie collective et en cela favorise leur accès à la citoyenneté.

Si la construction a pu être pensée comme une réponse adéquate à ce que pouvaient être les besoins « standards » d'une population d'adultes handicapés, dans les années 1990, elle ne permet plus aujourd'hui de répondre d'une part aux exigences croissantes de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité notamment, et d'autre part aux besoins des résidents dans le cadre d'un accompagnement individualisé. Il me semble nécessaire, compte tenu de ces constats, de réinterroger le cadre bâti et son adéquation aux besoins des usagers.

### **2.4.3 Une inscription dans l'environnement géographique et institutionnel : à développer**

- **Une collaboration possible avec foyers occupationnels de l'association**

La prise en charge du handicap est historiquement la première ligne d'action de l'association, ce qui la conduit à gérer aujourd'hui 14 foyers occupationnels. Plus près de l'établissement, dans le département voisin, sept foyers fonctionnent en étroite collaboration. Établissements de petite taille, certains ne bénéficiant pas de poste de direction, ils se sont peu à peu regroupés et ont mutualisé leurs moyens jusqu'à parvenir aujourd'hui à un réseau formalisé, sous la responsabilité d'un directeur coordonnateur. Répondant à l'incitation à la mutualisation et au regroupement, initiée par la loi de 2002, l'association est en cours de négociation d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) pour ces établissements. Les CPOM<sup>11</sup> ont pour objet, dans un contexte de restructuration du secteur médico social et de rationalisation des dépenses, d'engager sur un mode contractuel des relations entre les associations gestionnaires et les autorités de financement et de tarification. Cette démarche a pour effet d'introduire une pluriannualité et un allègement de la procédure budgétaire, le renforcement de la responsabilité de l'organisme gestionnaire et la mutualisation des ressources des établissements entrant dans le périmètre défini par le contrat. Le foyer occupationnel que je dirige étant le seul établissement de ce type géré par l'association sur le département, l'opportunité d'élargir le champ géographique du CPOM et d'envisager un contrat pluri-financeurs et pluri-départements, a été étudiée. Elle aurait présenté un atout très intéressant dans le sens d'une harmonisation des ressources des établissements avec la possibilité de négocier un rebasage budgétaire. Mais cette possibilité a été écartée du fait des difficultés pour les conseils généraux à harmoniser leurs axes d'orientations et leurs politiques de tarification.

---

<sup>11</sup> Art. L.313-11 du Code de l'action sociale et des familles

Il me paraît cependant opportun de développer avec ces sept établissements une dynamique de collaboration, afin dans un premier temps de faire bénéficier au foyer de l'expertise développée par les équipes et directions voisines. Il apparaît en effet que les problématiques des usagers soient souvent similaires et la recherche en commun de réponses adaptées permettrait de redonner au personnel du foyer une réflexion professionnelle. Le développement de liens avec ces établissements permettrait d'autre part de réinscrire l'établissement dans une appartenance associative et de proposer un lieu d'échanges et d'appropriation des valeurs associatives.

- **Des liens à développer sur le territoire**

L'établissement est implanté dans une commune rurale du nord du département, dans la région Centre. Outre l'EHPAD géré par l'association, le foyer n'a tissé que peu de liens avec d'autres établissements médico sociaux et en particulier avec ceux accueillant le même type de population. Cet isolement a favorisé une mauvaise image de l'établissement, dont ont souffert les résidents et le personnel. De même, les activités des résidents à l'extérieur sont longtemps restées limitées aux propositions de la commune. Par ailleurs, l'implantation géographique de la structure, à proximité du centre bourg, favorise la citoyenneté des personnes accueillies et leur libre circulation parmi la population locale.

Dans un contexte où les politiques publiques encouragent la coopération et le partenariat, le projet devra interroger la notion d'ouverture de manière transversale. L'inscription de l'établissement dans son environnement géographique est un gage d'ouverture pour les personnes accueillies.

#### **2.4.4 Une dynamique associative de promotion de la bientraitance : à solliciter**

A la suite du développement depuis 2002 de la promotion de la bientraitance et des obligations pour les organismes gestionnaires de mettre en place un dispositif, l'association a initié une réflexion à partir des valeurs qui fondent son action. Affirmant « la primauté de la personne dans toutes ses dimensions, sa dignité, le respect de ses droits, de ses désirs, de ses convictions », et au terme d'une réflexion collective et d'une évaluation des risques de maltraitance, engageant tous les directeurs des établissements, elle a en 2008 élaboré une charte de bientraitance, dans laquelle elle pose des engagements :

- Le respect des personnes.
- La recherche permanente de la qualité
- Une organisation au service des personnes accueillies.

- Une ouverture des établissements.
- Un dispositif pérenne de prévention de la maltraitance.

Au titre de ce dernier engagement est créé le Comité de suivi et de veille, instance garante de la pérennisation dans le temps de la démarche de prévention de la maltraitance au sein de l'association. Un cahier des charges définit les missions de cette instance :

- être un dispositif de veille,
- être une instance ressource et de proposition,
- proposer un accompagnement méthodologique a posteriori pour les équipes et les usagers suite à des situations de crise,
- promouvoir la bientraitance.

Ce comité, qui a ensuite pris le nom de Conseil de Bientraitance, est aujourd'hui composé un groupe technique regroupant 2 membres représentant les différents secteurs d'activité de l'association (éducation spécialisée, travail protégé, hébergement et vie sociale, polyhandicap et soins, personnes âgées et dépendantes), et d'un conseil plénier, où siègent en plus des membres techniques le Président, le Directeur général et un membre du Conseil d'administration. Le Comité de Bientraitance a diffusé dans l'ensemble des établissements et services différents outils de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance : rappel du cadre réglementaire, définitions, charte, procédures de signalement, ainsi que des jeux à l'attention des usagers pour une sensibilisation et un support de réflexion transversale dans les établissements.

Si l'établissement a bien été inclus dans la démarche associative, il apparaît que les professionnels ne se sont pas appropriés les différents outils proposés. A ce jour, les questions relatives à la maltraitance appartiennent aux sujets encore difficiles à aborder, faute de formation et d'information des encadrants. Ce dispositif associatif apparaît pourtant comme une opportunité à saisir pour interroger les pratiques et engager une réflexion institutionnelle sur la place accordée aux adultes handicapés.

#### **2.4.5 La synthèse de l'évaluation interne**

La loi 2002-2 introduit pour les établissements médico-sociaux une obligation de procéder à une évaluation interne de la qualité de ses prestations. Une démarche associative en vue de l'évaluation interne a été initiée en 2009 pour les foyers occupationnels. Un chantier de formation-action à l'attention des directeurs des établissements, soutenu par

l'intervention d'un professionnel extérieur, a conduit à l'évaluation des foyers au regard d'un référentiel proposé par la FEGAPEI.

L'établissement ayant pris du retard dans la démarche, en 2010, l'évaluation est à l'étape de la synthèse et des recommandations, qui aboutiront au plan d'action d'amélioration.

<sup>12</sup>Je peux d'ores et déjà retenir trois constats qui viennent conforter le diagnostic que je viens d'élaborer :

- Constat de non-conformité au regard des outils garantissant le respect des droits des usagers : absence de projets individualisés, projet d'établissement à rénover...
- Une prise en compte insuffisante des spécificités et des attentes individuelles des personnes accueillies.
- Une prise en charge partiellement inadaptée, notamment aux besoins d'un public qui avance en âge.

Si la démarche d'évaluation interne n'est pas arrivée à son terme, elle représente toutefois un levier d'action sur lequel je m'appuie dans la mise en place de l'action intentionnelle de changement.

### **Conclusion de la première partie :**

À l'issue de cette étape de diagnostic, il apparaît clairement que le foyer occupationnel n'est plus en mesure d'assurer ses missions d'accueil et d'accompagnement des adultes handicapés. L'histoire récente de l'établissement a évolué de telle manière qu'un retard important a été pris dans la lecture des lois de 2002 et 2005.

Si un grand soin est apporté aux prestations relevant de l'hébergement des personnes, le constat est fait que l'institution, par l'absence d'accompagnement individualisé induite par la méconnaissance des textes encadrant son activité et par la logique uniquement administrative qui a présidé à son histoire, a mis en place un fonctionnement collectif maltraitant.

Ces conclusions sont également celles auxquelles a abouti l'analyse du directeur général à une période transitoire suite au départ à la retraite de la personne en poste de responsable de l'établissement. Elles sont à l'origine de la définition de la mission qui m'a

été confiée. Ma mission de directrice consiste à définir et organiser les modalités de mise en œuvre de prestations individualisées et de qualité pour les résidents. Il est donc nécessaire de rompre avec les principes obsolètes qui ont cours, et d'engager l'établissement dans une dynamique d'évolution, qui vise à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies.

Les termes foyer occupationnel et foyer de vie sont utilisés indifféremment pour désigner ces établissements. Je souhaite ici différencier ces définitions afin de mettre en évidence l'évolution nécessaire du foyer. La définition de foyer occupationnel véhicule pour moi une idée d'exclusion, d'isolement des personnes accueillies et de traitement particulier destiné à les « occuper », faute de pouvoir travailler. La notion de foyer de vie fait référence au projet de vie et en ce sens à un établissement qui accompagne les personnes sur leur parcours de vie. C'est la dynamique qui différencie ces deux notions que je me propose d'engager dans l'établissement.

Mon projet doit émerger des opportunités dégagées par l'analyse diagnostique et s'appuyer sur les leviers d'action identifiés. A la rencontre du possible de la situation et du souhaitable des finalités se trouve l'élaboration du projet d'établissement qui doit permettre de resituer l'établissement en conformité avec le cadre réglementaire et de lui redonner le sens de ses missions.

---

<sup>12</sup> Cf. annexe 4 : Extraits de l'évaluation interne.

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : LE PROJET D'ETABLISSEMENT, PIERRE ANGULAIRE DU CHANGEMENT**

L'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles oblige chaque établissement ou service médico-social à élaborer un projet d'établissement, « qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Les instances de participation sont obligatoirement consultées sur l'élaboration du projet d'établissement. Dans la procédure budgétaire prévue à l'article R.314-18,5° les éléments du projet d'établissement qui justifient les dépenses proposées font partie des éléments de justification du rapport budgétaire.

Par ses multiples finalités, identitaire, culturelle, politique, stratégique, technique, humaine, le projet est au cœur de l'établissement et sera la pierre angulaire du changement. Le projet est à la fois une démarche et un objectif : ma stratégie consiste à m'appuyer sur ces deux faces pour faire émerger une identité institutionnelle.

### **1 Fonder mon action intentionnelle de changement sur le projet d'établissement**

Je souhaite introduire ce développement sur le projet d'établissement par une précision sur la manière dont j'utilise l'évaluation interne comme levier d'action.

L'origine du terme évaluation est *valere*, qui signifie donner de la valeur. La définition officielle de l'évaluation est donnée en 1998 lors de la création du CNE: évaluer consiste à comparer les résultats d'une action avec ses objectifs et ses moyens pour en apprécier la réalisation.<sup>13</sup>

En tant que directrice je veux saisir cette opportunité pour impulser une dynamique de changement et rompre avec la logique administrative qui a prévalu depuis l'ouverture. Au-delà de l'obligation législative qui met en lien évaluation et autorisation, et de la recherche de conformité, je l'envisage comme le point de redémarrage d'une démarche qui vise la réappropriation des objectifs de l'institution par les professionnels. Elle me permet d'offrir aux acteurs la possibilité d'un regard objectif et sans jugement. La participation permet de

---

<sup>13</sup> Décret du 18 novembre 1998 portant création du Conseil national de l'évaluation

replacer les acteurs dans une place centrale et de leur reconnaître une capacité à réagir et à proposer.

Pour utiliser l'évaluation, il faut la rendre utile, l'envisager comme un processus de reconnaissance des problèmes et des potentialités de l'organisation. Pour aller plus loin que la définition traditionnelle de l'évaluation, Jean-François BERNOUX distingue évaluation rétrospective et évaluation prospective : elle est rétrospective lorsqu'elle s'arrête à la mesure des écarts entre les objectifs et les résultats obtenus. Elle est prospective lorsqu'elle « éclaire les actions à mettre en œuvre, tout en puisant dans les moyens accumulés dans le passé, que visibilise l'évaluation rétrospective (...) ». <sup>14</sup>

En plaçant l'évaluation interne au service d'une logique de projet, ce travail me permet de ne pas m'arrêter à l'explication du différentiel de résultats mais s'attache à comprendre la signification des actions, et des phénomènes du passé. L'évaluation devient alors stratégique lorsqu'il est question de se saisir des éléments de connaissance qu'elle apporte pour les mettre au service du projet.

La démarche d'évaluation interne a été menée de manière participative, au travers de groupes de travail composés des professionnels, qui, après une information sur la notion et la démarche, ont procédé à l'évaluation. Au-delà du fait d'avoir inscrit en synthèse de l'évaluation interne la nécessité de refonte du projet d'établissement afin de répondre aux exigences règlementaires, la démarche de réflexion et de regard sur les pratiques, d'appréciation de leur efficacité et leur qualité, a été un révélateur pour les personnels. Il ne s'agissait pas seulement de mesurer les écarts entre objectifs et résultats dans une projection vers le passé, mais de réinvestir le présent, et de poser les pratiques, le quotidien, les questionnements, dans le contexte législatif et réglementaire incontournable mais aussi de s'interroger sur le sens donné à l'action. Ainsi, par la dynamique née de cette large participation, s'est dessinée une vision sur l'avenir et sur les évolutions possibles.

L'évaluation de l'activité constitue le support indispensable de la réaffirmation de l'identité des établissements. L'évaluation interne, qui a permis de mettre en évidence les écarts entre les effets attendus de l'action et les effets réels, viendra nourrir le projet par l'ensemble des réflexions qui ont abouti aux recommandations sur l'amélioration de la qualité des prestations.

---

<sup>14</sup> BERNOUX J.F. L'évaluation participative au service du développement social, DUNOD, 2004



## 1.1 Solliciter la notion de projet dans le secteur médico-social

### 1.1.1 Le projet d'établissement médico-social dans les textes

Du point de vue historique, la notion de projet n'est pas récente dans le secteur médico social. Si la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales n'engageait pas encore les établissements dans des démarches de projet, cette notion a été introduite en 1989 par les Annexes XXIV du décret du 27 octobre 1989 concernant le handicap: Il appartient alors au directeur de présenter, après concertation avec l'ensemble des personnels, « un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs, et thérapeutiques (...) ».

Dans le code de l'action sociale et des familles, le projet apparaît dans la section consacrée au droit des usagers, et non dans celle traitant de l'organisation de l'action sociale. Le législateur ne considère donc pas le projet comme un seul élément formel de l'organisation de l'institution, mais comme une garantie de droit pour les personnes accueillies. Si le contenu du projet traite du cadre réglementaire et des moyens mis en œuvre, cet ensemble se définit comme étant au service de l'intérêt de l'utilisateur.

Je retiens le terme de projet d'établissement dans le sens de projet d'institution. « Le projet d'institution (...) implique l'ensemble de l'organisation et non plus seulement l'une de ses activités. Cela implique un type de projet moins centré sur l'innovation que sur une amélioration de l'organisation dans la continuité de l'existant ».<sup>15</sup>

Si les contraintes légales et réglementaires sur le projet d'établissement sont modérées, la notion fait l'objet de nombreux ouvrages. P. LEFEVRE donne une définition claire du projet d'établissement : il s'agit d'« une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico sociale fixés par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions, et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires ». <sup>16</sup>Le projet est à la fois une démarche et un document de référence.

Les auteurs désignent le projet d'établissement comme un document de référence, avec trois finalités : positionner l'établissement dans son contexte politique social et économique et dans son environnement institutionnel, poser les grandes orientations de l'institution pour les 5 ans à venir, et décrire les modalités de mise en œuvre de ce projet.

---

<sup>15</sup> ANESM, Repères concernant la notion de projet

<sup>16</sup> LEFEVRE P., 2007, Guide de la fonction de directeur d'établissement, Paris : Dunod

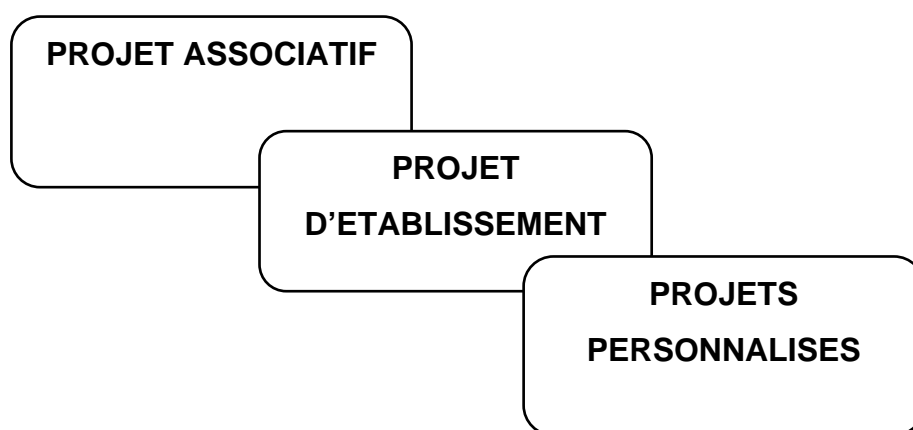
Cette triple dimension, descriptive, projective et stratégique, fait du projet d'établissement « le principal document à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail ». <sup>17</sup>

Lorsqu'elle est fondée sur le principe de participation, la démarche d'élaboration du projet est un moment fort de la vie institutionnelle. Elle rassemble les professionnels autour de la notion même de l'institution et offre l'opportunité de mettre de côté le quotidien pour se mettre en état d'interrogation, de remise en cause. Elle instaure une dynamique positive et stimulante et trace un chemin à parcourir pour passer de l'état actuel à ce qui est souhaité.

Pour le directeur d'établissement, le projet nécessite son impulsion. G. BRAMI envisage cette impulsion comme une condition de réussite du projet : « [il] ne connaîtra un aboutissement que si un véritable intérêt lui est porté, au plus haut niveau, c'est-à-dire par le dirigeant de la structure ».

### 1.1.2 Du projet associatif au projet personnalisé

Le projet d'établissement se situe à l'interface entre projet associatif et projets personnalisés des usagers, c'est pourquoi je le compare à une pierre angulaire. Il est le maillon indispensable de l'action de l'organisme gestionnaire auprès des usagers qui nécessite de ne pas considérer ces différents projets instaurés comme outils par la loi de 2002 comme un empilement de contraintes, mais au contraire de conserver une cohérence entre eux.



**Figure 5:** Du projet associatif au projet personnalisé.

---

<sup>17</sup> ANESM, Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement en établissement social et médico social.

Positionnant l'établissement par rapport à l'association, et en particulier dans le cas présent lorsqu'il s'agit d'une association importante en termes d'établissements gérés, le projet revêt une importance particulière en ce qu'il se situe dans les axes conducteurs de l'association. Il est pour le foyer un vecteur permettant de renouer les relations et de réinscrire l'établissement dans le réseau associatif. Il comprend donc nécessairement une partie consacrée au cadrage et au rappel des valeurs associatives et des convictions qui fondent son action à l'égard de la personne handicapée.

Rappelant ces principes de respect des droits fondamentaux de la personne, le projet, comme référentiel institutionnel adapté à l'autorisation et à la population accueillie, indique l'engagement du directeur, garant de la conduite de l'établissement. Il rappelle les contraintes s'exerçant sur le fonctionnement, et détermine les objectifs de l'intervention de l'institution. Afin de mettre en œuvre une organisation interne efficiente, il définit le positionnement des acteurs : il construit le cadre d'intervention des professionnels qui se déclineront en procédures, il définit la place des usagers et des familles.

Le projet personnalisé, ou projet individualisé de chaque usager, est l'émanation du projet d'établissement dont il traduit les valeurs, les finalités, les objectifs. Ces deux types de projet s'inscrivent dans la complémentarité et la continuité de leurs objectifs : aucun objectif du projet personnalisé ne doit sortir du cadre fixé par le projet d'établissement. Les valeurs qui fondent le projet d'établissement doivent se vérifier dans la mise en œuvre effective du projet de l'usager. Elles n'ont de sens qu'à travers une traduction en outils et en pratiques adaptés à chacun. Les principes de non discrimination, de respect des personnes, d'adaptation à leurs besoins, énoncés dans le projet d'établissement, trouveront une dimension concrète dans la réalisation des projets des usagers. Le projet d'établissement définit les modalités de mise en œuvre des droits des usagers : cette mise en œuvre par le projet personnalisé tient compte de l'identité et de la singularité de la personne.

Pour répondre à la problématique identifiée en première partie et engager l'établissement dans une réponse complète à ses missions, la définition des prestations d'accompagnement du foyer occupationnel dans le projet d'établissement représente donc le niveau où se joue la cohésion de l'institution. Définissant les objectifs, et décrivant les moyens engagés et disponibles, il est source du professionnalisme de l'accompagnement. Il est l'engagement d'une institution et de ses acteurs dans la réalisation de leurs missions.

### **1.1.3 Une carte d'identité pour améliorer la prise en charge : une proposition spécifique en direction des personnes handicapées vieillissantes**

J'ai mis en évidence en première partie de ce mémoire que l'absence de cadre institutionnel et la perte du sens de la mission ont conduit à une inefficacité et une mauvaise qualité de prestations, mises en évidence dans l'évaluation interne. Dans le contexte actuel de recomposition du paysage médico-social, la préservation de l'identité des établissements dépend de leur capacité à affirmer les fondements de leur action, l'accompagnement, et notamment par le projet de l'établissement, dispositif de régulation à caractère opposable. Ma mission de restructuration de l'établissement ne s'arrête pas à une mise en ordre de son fonctionnement et une redéfinition de ses missions. Il m'appartient en tant que directrice d'envisager les évolutions possibles de l'établissement et d'effectuer des projections sur l'adaptation des prestations aux besoins des adultes handicapés mentaux qu'il accueille.

L'élaboration du projet de l'établissement, fonde sur trois points d'appui :

- Les références théoriques et les valeurs, portées par les acteurs du projet mais aussi par l'institution,
- Une définition de l'identité en interne : il définit le fonctionnement, ses règles et ses particularités de prise en charge.
- Une définition de l'identité en externe : le projet est au cœur d'une négociation en externe entre les acteurs du projet et les entités ou autorités détentrices de projets ou de pouvoirs concurrents.

M'appuyant sur une définition du projet par P. LEFEVRE comme « le lieu de l'affirmation d'un positionnement et de compétences distinctives »<sup>18</sup>, je souhaite identifier dans le projet un axe stratégique visant à adapter les propositions aux besoins des usagers en développant une compétence spécifique dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

L'étude de l'évolution de la population actuelle du foyer m'a permis d'identifier 5 personnes âgées de plus de 50 ans. Si les signes du vieillissement ne se font pas encore sentir de manière prégnante, il convient toutefois d'anticiper sur la réponse aux besoins prévisibles dans les deux à trois ans à venir. La problématique de l'identification des besoins des personnes handicapées mentales vieillissantes et du développement d'une réponse adaptée est commune à tous les foyers occupationnels depuis ces dix dernières

---

<sup>18</sup> LEFEVRE P. Les cahiers de l'Actif n°372/375

années. La médicalisation de leur prise en charge est une réponse développée par plusieurs foyers du département, et soutenue par les autorités de tarification. Un appel à projet a été lancé en 2009 et un établissement de 20 places spécialisé dans ce type de prise en charge a ouvert ses portes en 2010.

Ma proposition vise à transformer, dans une seconde étape du processus de changement, cinq places du foyer en places de FAM (foyer d'accueil médicalisé), pour aboutir à une proposition spécifique du projet de l'institution en direction des personnes âgées vieillissantes. Cette évolution nécessitera de constituer un dossier de demande de transformation de places de FO en FAM. Dans le cadre de la modification de la procédure d'autorisation des établissements médico-sociaux, qui résulte de la loi HPST, la réponse à l'appel à projet devient la procédure de droit commun pour la création de places nouvelles. Toutefois, sont écartés de l'obligation de réponse à l'appel à projet les procédures d'extension ou de transformation qui concernent moins de 30 % de la capacité autorisée. Le foyer se trouve dans cette situation et ce projet de transformation ne nécessitera pas d'attendre l'ouverture d'une fenêtre de dépôt de dossier par les autorités.

Les perspectives de ce projet permettront à l'établissement de répondre à trois objectifs : prendre en compte le vieillissement des personnes présentes dans l'établissement, leur offrir une possibilité, pour celles qui le souhaitent, de maintien dans leur lieu de vie, et développer le plateau technique de l'établissement.

Le dossier présenté devra intégrer les données issues du PRIAC de la région Centre et du schéma départemental :

Les éléments de diagnostic interne me permettent d'identifier dans l'axe 2 du schéma départemental une base à l'évolution de l'établissement et de son projet. La proportion actuelle de personnes de plus de 45 ans au foyer est comparable à la moyenne départementale : 33 % de personnes de plus de 45 ans en FO et 13% de plus de 55 ans. L'état de la demande d'admission en établissement sur le département présente au 1<sup>er</sup> juin 2006 un nombre de 64 personnes âgées de plus de 45 ans. Ces demandes, de manière globale, d'admission en établissement, s'expriment principalement à partir de deux cantons, parmi lesquels figure le canton où se situe l'établissement. Ces données d'analyse des besoins précisent les contours d'une évolution qui permettra au foyer de développer un nouveau projet et une réponse inscrits dans les priorités du schéma.

Le financement, dans le cadre de la programmation des dépenses établie par le PRIAC, sera à projeter sur la base de la tarification des places de FAM sur la région Centre et à

intégrer dans le cadre de la négociation budgétaire. Il concernera les charges nouvelles liées à la transformation des places. Il peut être présenté de manière synthétique sous la forme suivante :

<b>CHARGES</b>	<b>Mesures nouvelles</b>	
Groupe 1 : charges d'exploitation courante	Aménagement de l'infirmierie Acquisition de matériels	35 250
Groupe 2 : charges en personnel	Créations de postes d'IDE et d'AS	82 250
Groupe 3 : charges afférentes à la structure		
<b>PRODUITS</b>	<b>Mesures nouvelles</b>	
Groupe 1 : produits de la tarification	Médicalisation :	23 500 x 5 = 117 500

**Figure 6: Tableau des mesures nouvelles liées à la médicalisation**

Une collaboration avec la MDPH sera nécessaire d'une part à l'occasion des renouvellements d'orientations des résidents du foyer, afin que l'évaluation des besoins réalisée par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) prenne en compte cette nouvelle possibilité offerte aux usagers. Une double orientation, FO/FAM a déjà été prononcée pour deux résidents du foyer. D'autre part, la MDPH a informé les organismes gestionnaires de la priorité accordée sur les listes d'attentes pour l'entrée en établissement aux adultes handicapés vieillissants.

La position politique de l'association sur cette problématique est affirmée dans le schéma d'orientations stratégiques 2010-2014, et a déjà conduit à deux projets de réponses à des appels à projets de FAM dans des départements voisins. Le développement de places d'accueil médicalisées permettra de renforcer la diversité des réponses de l'association aux différents besoins des personnes handicapées ou dépendantes.

Au cours d'une rencontre réunissant en septembre 2010 les services du Conseil général et les organismes gestionnaires œuvrant dans le secteur du handicap, la volonté politique de la collectivité en faveur du développement de réponses appuyées à la médicalisation a été réaffirmée. Une orientation a été précisée dans le sens du développement de la collaboration avec les EHPAD, en fonction des parcours de vie des personnes handicapées. La constitution du pôle EHPAD-FO de l'association et la mutualisation des

ressources entrent pleinement en cohérence avec cette nouvelle orientation. Elles permettront de développer des arguments fondés d'une part sur le partage de compétences spécifiques liées au vieillissement, et d'autre part sur la diversité possible des accueils en fonction des besoins des personnes.

Le projet de transformation, comme un axe spécifique du projet de l'établissement, permet de développer la réponse de l'institution à ses missions d'action sociale confère au projet le rôle d'une carte d'identité de l'établissement. Il permet de resituer l'établissement dans les orientations locales des politiques publiques et de le positionner comme un interlocuteur des pouvoirs publics mettant en œuvre des compétences spécifiques.

Mon projet de changement se fonde sur le projet de l'établissement comme pierre angulaire présentant différentes dimensions. La refonte du projet nécessite de s'engager dans une démarche de changement qui vise à mettre en marche aujourd'hui un établissement qui n'a pas subi d'évolutions depuis sa création.

## **1.2 Être en démarche de changement**

Ma stratégie pour recentrer l'établissement sur ses missions et sur la qualité des prestations offertes aux usagers me conduit à emprunter aux cadres théoriques et conceptuels issus de la sociologie des organisations, pour me situer entre une rupture radicale et un processus de construction collective et incrémentale. Il me paraît nécessaire de commencer cette partie par un certain nombre de définitions.

« Le concept d'organisation postule l'existence de règles visant à rendre formellement possible la coordination d'un ensemble de moyens divers en vue de la production d'un bien matériel ou d'un service, objectif de l'organisation<sup>19</sup> ». La sociologie des organisations peut être considérée comme l'étude des comportements individuels ou collectifs qui peuvent être observés au niveau du fonctionnement des organisations. Elle vise à expliquer les comportements et les relations, conformes ou inattendus, par rapport aux règles prescriptives. Les théories sur les organisations ont d'abord cherché à définir des principes fondamentaux pour construire les meilleures règles formelles permettant un fonctionnement optimum. Si le développement de cette discipline a d'abord concerné le secteur industriel, la définition inclut également les établissements et services sociaux et médico sociaux.

### **1.2.1 Un détour par la sociologie des organisations**

J'ai choisi en introduction une définition de l'institution qui repose sur les rapports humains. Différentes théories ont traversé la sociologie des organisations avant de considérer l'établissement comme un système de relations.

Les théories rationalistes se fondent sur l'optimisation des solutions organisationnelles comme réponse au problème de la production et de la coordination des activités. Les règles visent à réduire l'imprévisibilité des comportements individuels et collectifs dans l'organisation.

Les théories des relations humaines se fondent sur l'observation des fonctionnements sociaux des entreprises pour affirmer que la motivation des individus n'est pas seulement économique mais peut aussi être psychologique. Elles définissent une vision plus complexe du management qui prend en compte le facteur humain.

Les théories de la rationalité limitée et de l'acteur stratège : les membres de l'organisation ont des intérêts qui ne coïncident pas nécessairement avec les objectifs de leur mission. Ces intérêts sont moteurs pour l'action : les acteurs mobilisent leurs ressources et saisissent des opportunités pour les défendre.

Selon l'analyse stratégique et systémique, développée par Crozier dans les années 1960, les comportements sociaux dans une organisation sont des construits sociaux dont le sens s'explique en termes de relations de pouvoir entre acteurs de l'organisation, contraints par une situation d'interdépendance. Cette conception me permet d'envisager les incidences de l'impulsion d'une dynamique nouvelle dans l'établissement.

### **1.2.2 Une définition du changement**

« Le changement est un phénomène interactif entre un acteur, un système et un environnement. Ce phénomène est déclenché par un stimulus provoquant une évolution, une rupture ou un déséquilibre. » Il s'agit là pour une organisation d'anticiper pour choisir son futur.

Le changement dans une organisation passe par des changements de structure, de culture, et par la stratégie mise en place. Me fondant sur l'idée que les représentations des acteurs, c'est-à-dire l'idée qu'ils se font de leur mission, les guident dans l'action, le changement que j'envisage d'initier est un changement de culture et de représentation. Kurt LEWIN distingue dans les années 1950 à travers ses recherches-actions en

---

<sup>19</sup> FOUURIAT M. 2007, Sociologie des organisations, 2ème édition, Pearson, 324 pages



sociologie des organisations sur la thématique du changement, trois styles de conduite du changement :

- Un style autoritaire
- Un style qui privilégie le laisser-faire en exerçant un contrôle de la sécurité uniquement
- Un style fondé sur le principe de démocratie et sur un leadership participatif.

Si ma connaissance de l'établissement et de sa problématique pourraient me conduire à adopter un style de management autoritaire, compte tenu de l'importance du dysfonctionnement et de ses incidences, ma conception personnelle m'engage plutôt vers un style de management intégrant le principe de démocratie et de participation des professionnels. Je reste cependant attentive au fait que la conduite d'un établissement et d'un processus de changement ne peut se faire en appliquant de manière intangible une méthodologie et un style de management. Ma conception du management, s'il elle doit s'inspirer de concepts et de modèles théoriques, doit rester adaptée à la réalité et à la complexité de l'organisation à laquelle je l'applique.

### 1.2.3 Un modèle d'action intentionnelle de changement

Nombreuses sont les théories sur la conduite du changement développées par la littérature managériale. Un modèle cependant me semble se rapprocher de la réalité du changement nécessaire au foyer occupationnel : celui de l'OD, modèle de l'« Organizational development<sup>20</sup> » développé par K. LEWIN, pionnier dans le domaine du changement organisationnel. Le changement est défini comme le résultat d'un processus planifié sur l'ensemble des dimensions organisationnelles de l'entreprise. Il décrit un processus en trois séquences :

- **Une phase de dé cristallisation** : à partir d'une situation figée, cette séquence appelée aussi dégel correspond à la prise de conscience des éléments de blocage, à la remise en question et à l'abandon des comportements et des attitudes habituels. De ce déséquilibre naît l'ouverture et le dynamisme nécessaires à l'apprentissage de nouvelles conduites, et à l'émergence du besoin de changement.

Dans l'établissement, cette phase s'est déroulée sur l'année 2010, avec l'arrivée de la nouvelle direction et la mise en route de l'évaluation interne.

---

<sup>20</sup> LEWIN K. Resolving social conflicts, A.P.A., New York, Editions Harper, 1968, 422 pages.

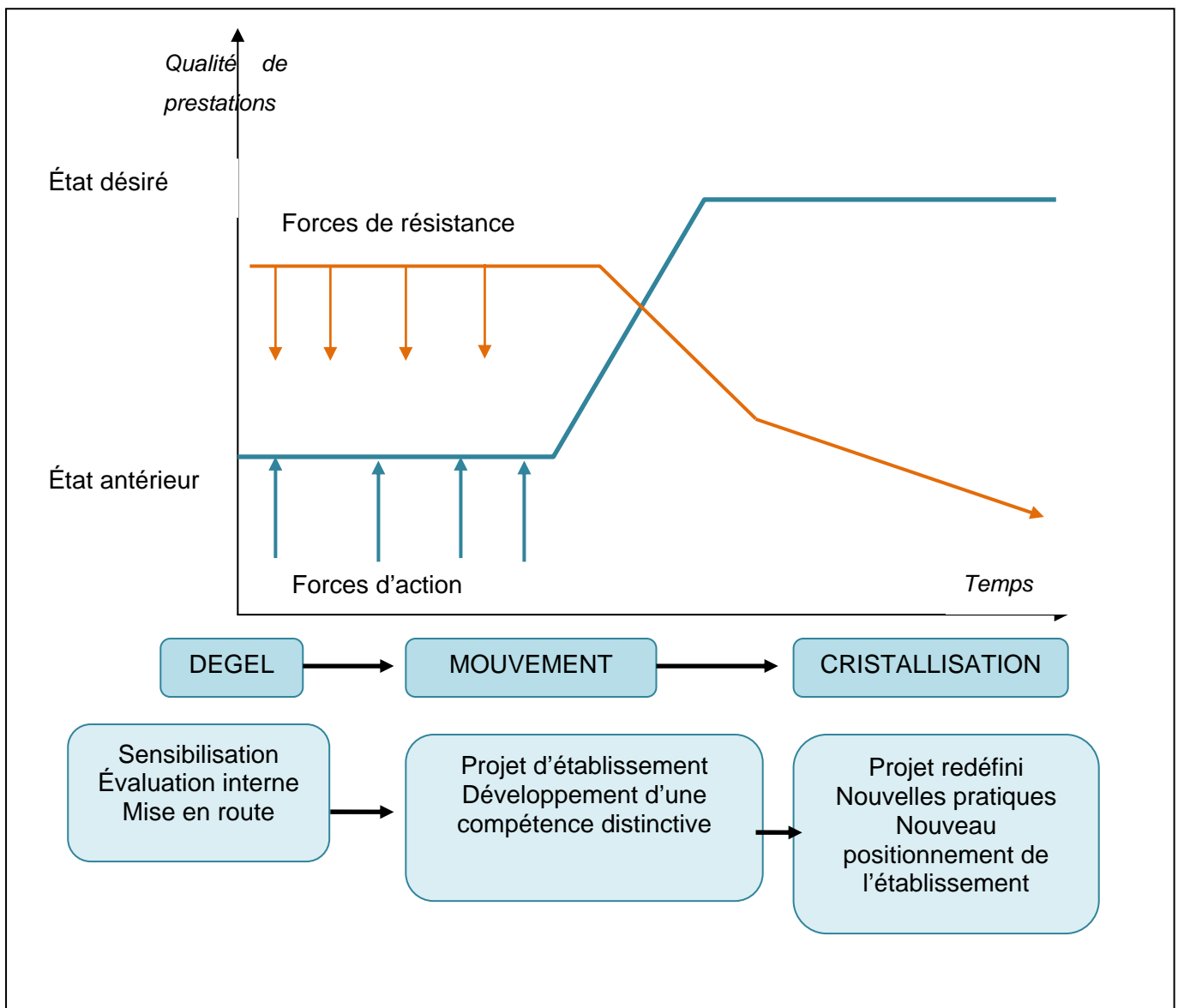
- **Une phase de mouvement** : l'organisation se trouve au cours de cette séquence dans un état de transition, dans lequel il s'agit de conduire et de maintenir le processus. Les destinataires du changement s'initient à un nouveau mode de fonctionnement et expérimentent de nouvelles façons de faire.

Au foyer occupationnel, cet état de transition commence avec les premières actions correctives mises en place à la suite de l'évaluation interne, la modification des règles concernant les activités des usagers. Il se poursuivra par le travail de réflexion qui vise la refonte du projet de l'établissement. C'est au cours de cette phase que vont se confronter les forces d'actions favorables au changement et les forces de résistance, que j'évoquerai plus loin.

- **Une phase de recristallisation** : cette séquence correspond à la pérennisation du changement, dans l'ancrage des nouvelles pratiques et au renforcement des nouveaux comportements.

Dans l'établissement, j'envisage cette phase à la fin de l'élaboration du projet d'établissement, lors de l'étape de la mise en œuvre, au cours de laquelle les principes et les valeurs qui ont été interrogés sont transposés en actes et conditionnement une nouvelle conception de prise en charge.

Je reprends ce modèle théorique et l'adaptation que j'en fais dans mon action intentionnelle de changement dans le schéma suivant :



**Figure 7: Le processus de changement.**

Ma stratégie consiste à mettre en mouvement la mobilisation, l'implication et la créativité du personnel par une démarche de réflexion collective sur le projet. Si « le changement prend forme sur le fond sur lequel il se dessine », la situation me conduit à adopter une conduite de changement qui emprunte à ces modèles. Il est nécessaire à la fois de rompre de manière franche avec un certain nombre d'habitudes, sources de dysfonctionnements ou contraires à la législation, en apportant des actions correctives immédiates autant qu'elles sont possibles, et en particulier lorsqu'il est question de situations à risques. Mais le changement de conception et de pratique est difficile et demande du temps. Il est alors nécessaire d'envisager l'engagement dans une évolution,

une maturation, comme l'impulsion d'une dynamique qui vise en permanence l'amélioration des pratiques.

Ma conception du changement me conduit à passer d'une logique d'obéissance à une attitude de co-responsabilisation. Je considère le directeur au service des usagers et par conséquent au service de l'établissement: par ses compétences et ses connaissances, il est à même de mettre en place une organisation et des moyens nécessaires ou disponibles pour assurer la mission de l'institution et dans l'intérêt des personnes accueillies. Il est garant de ce fonctionnement institutionnel, chargé à la fois de participer à la définition de son projet et de veiller à sa mise en œuvre. La participation des professionnels me semble indispensable, dans le cadre fixé par le directeur et en ce qu'elle favorise l'implication et l'appropriation du projet. Leur action au quotidien auprès des usagers, leur connaissance des besoins du public, les informations qu'ils lui transmettent lui permettent de définir les orientations et de prendre les décisions.

A partir de cette conception personnelle de ma fonction, dans laquelle la cohérence et la qualité seront les fils conducteurs de mon action, je souhaite rompre avec le modèle managérial précédemment mis en place : fondé sur une grande proximité de la direction avec l'équipe d'encadrants, il consistait en une participation régulière aux tâches du quotidien, et une initiative et une gestion laissées totalement à l'équipe. Il me semble nécessaire de remettre de la distance entre la direction et les professionnels, afin que chacun reprenne sa place et que les rôles et fonctions cessent d'être confondus. Une bonne connaissance de ses collaborateurs par le directeur me semble nécessaire, tout autant que la séparation des fonctions : au directeur de poser le cadre de l'action et d'être garant des règles, aux encadrants l'accompagnement des résidents.

### **1.3 Gérer les difficultés inhérentes au changement**

Le changement, c'est par définition aller vers l'inconnu, quitter des pratiques et ses routines, certes insatisfaisantes, mais pour en inventer d'autres et se fonder sur de nouvelles conceptions. Engager le changement, c'est se mettre en déséquilibre, et, si je poursuis le modèle de LEWIN, c'est mettre l'organisation en position de fragilité, pendant la phase de mouvement. Le changement, lorsqu'il est perçu comme nécessaire ou encore plus lorsqu'il est imposé, entraîne forcément une forme de résistance, de la part de tous les acteurs de l'organisation.

### 1.3.1 La théorie des résistances au changement

Les réactions des destinataires du changement dans les organisations, qui sont principalement les professionnels, ont fait l'objet d'études qui désignent ces réactions comme l'un des principaux facteurs d'échec des changements organisationnels. La perspective traditionnelle des réactions au changement repose sur le concept de résistance au changement, généralement définie comme « l'expression implicite ou explicite de réactions négatives ou défensives face au changement, ou de forces restrictives qui s'opposent à la réorganisation des façons de faire et à l'acquisition de nouvelles compétences<sup>21</sup> ». Se manifestant généralement par des craintes, de l'hostilité, des intrigues, des conflits, ces résistances apparaissent dès que s'amorce le mouvement de changement et persistent tout au long du processus, parfois même après la mise en œuvre du changement.

Les résistances auxquelles peut être confronté le directeur dans son action de changement peuvent être d'ordre culturel, identitaires, organisationnel, ou de l'ordre des formations et des pratiques. Les résistances que j'ai déjà identifiées sont d'ordre culturel et tout d'abord collectives : Les professionnels peuvent se trouver déstabilisés à la fois par la démarche et par la remise en question qu'elle implique. La notion de participation rompt avec les logiques anciennement en place dans l'établissement. La prise de parole, l'interrogation, sont des exercices nouveaux qui viennent interroger les compétences professionnelles. Un bouleversement peut aussi naître de l'intégration d'une nouvelle culture professionnelle: si le concept du recentrage de l'action sociale sur l'utilisateur et la notion d'individualisation des prestations ont été instaurées par la loi il y a presque 10 ans, ce sont des éléments nouveaux qui entrent dans le champ de références des professionnels de l'établissement et doivent conduire à des modifications des pratiques d'accompagnement.

Cette nécessaire évolution conduit pour les professionnels à un changement de conception de leur travail d'accompagnement, à un recentrage sur leur cœur de métier, à une reprise à la base de leurs compétences professionnelles. Face à ces risques de choc des cultures, mon plan d'action devra intégrer une partie visant à soutenir les professionnels dans cette démarche de changement.

---

<sup>21</sup> BAREIL C. et SAVOIE A., comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel, *Gestion*, volume 24, numéro 3, 1999.

### **1.3.2 Appréhender la difficulté du changement par la théorie des phases de préoccupations**

Une autre forme de résistance à laquelle je risque d'être confrontée est liée à l'idée d'intérêt individuel que chacun des acteurs tire de la situation. Les intérêts de chacun seront forcément perturbés par la modification des relations et des jeux entre les acteurs. Il n'est pas impossible de rencontrer des personnes dont la capacité individuelle à changer et la tolérance au changement sont particulièrement faibles. Selon les gains ou les pertes qu'elles considèrent tirer du changement, et leur degré d'influence sur l'équipe, elles se positionneront soit en retrait soit en opposition au processus. BRIDGES utilise le terme « transition », pour désigner le processus intérieur d'assimilation du changement, individuel et subjectif. La transition est terminée quand on se sent à l'aise dans la nouvelle situation.

Une autre théorie sur les réactions des acteurs de l'organisation face au changement se fonde sur la notion de transition, définie comme « une chronologie des préoccupations décrites en situations opérationnelles et facilement modifiables, ordonnée selon une séquence évolutive et non aléatoire<sup>22</sup> et sur les phases de préoccupations : « Une préoccupation est un sujet sur lequel on s'interroge et sur lequel on aimerait avoir des éclaircissements ou des éléments de réponse. [...] le changement, s'il représente une menace ou un défi, devient source de préoccupations pour le destinataire qui y est confronté ». Adaptée par BAREIL, ce modèle théorique présente sept phases de préoccupations des destinataires du changement :

« Lors d'une transformation au sein d'une organisation, les destinataires connaîtraient différentes phases de préoccupations. Ils traverseraient sept phases de préoccupations durant toute la période de la mise en œuvre d'un changement organisationnel, à débiter lors de l'annonce du changement jusqu'à l'obtention de nouvelles routines établies par le destinataire ». <sup>23</sup>Ce modèle présente l'avantage de ne pas comporter de jugement sur les réactions des acteurs de l'organisation, et d'envisager le changement comme un processus qui prend à part entière compte de la dimension humaine de l'organisation, sans laquelle toute stratégie ne verrait aucune réalisation.

A chacune de ces sept phases correspondent les objectifs du gestionnaire et ses interventions ciblées, qui visent à faciliter et faire aboutir la démarche de changement. L'intérêt de ce modèle tient aux stratégies d'intervention et aux comportements attendus

---

<sup>22</sup> BAREIL C. et SAVOIE A., comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel, *Gestion*, volume 24, numéro 3, 1999.

du manager, selon les phases de préoccupation des destinataires. Je reprends ce modèle sous forme du tableau suivant.

Phase	Appellation	Définition
1	Aucune préoccupation	Le destinataire ne se sent pas concerné et fait « comme si de rien n'était ».
2	Préoccupations centrées sur le destinataire	Le destinataire s'interroge sur les conséquences du changement pour lui-même, son poste de travail, son rôle, son statut, et son pouvoir décisionnel. Il a l'impression de ne plus maîtriser la situation.
3	Préoccupations centrées sur l'organisation	Le destinataire se questionne sur les impacts du changement pour l'organisation, la légitimité du changement et la capacité de le mener à son terme.
4	Préoccupations centrées sur le changement	Le destinataire se préoccupe des caractéristiques détaillées du changement, le scénario de mise en œuvre et son implication.
5	Préoccupations centrées sur le changement	Le destinataire se montre disposé à expérimenter le changement prescrit et s'interroge sur le temps, les conditions et l'aide qui lui sont offerts.
6	Préoccupations centrées sur la collaboration	Le destinataire se montre intéressé à collaborer et coopérer avec d'autres. Il se préoccupe du transfert des apprentissages.
7	Préoccupations centrées sur l'amélioration	Le destinataire désire améliorer l'existant en proposant de nouvelles applications de changement.

**Figure 8: Les phases de préoccupations.**

Ce modèle se rapproche de ma conception personnelle du management et de la conduite du changement. L'appréhension de ces différentes phases de réaction des acteurs de l'organisation me permet d'anticiper les réactions des professionnels de l'établissement et d'accompagner ce processus de changement par un plan d'action.

<sup>23</sup> BAREIL C., Les phases de préoccupation : la petite histoire d'un grand modèle, HEC MONTREAL, Cahier n°04-09- aout 2009.

## **2 Accompagner le changement par un plan d'action**

Mon projet de changement s'articule en deux étapes, correspondant aux deux nécessités mises en évidence dans le diagnostic : Dans un premier temps, il s'agit d'engager l'établissement dans un mouvement d'évolution et de réflexion visant à son inscription dans le contexte législatif dans lequel il évolue. Cet objectif répond à l'enjeu de la conformité de l'établissement aux exigences règlementaires, et donc nécessairement à celui de la pérennité.

Dans un deuxième temps et pour répondre à un enjeu d'adaptation des réponses aux besoins de la population accueillie, il s'agit de développer une réponse spécifique à une évolution des besoins des personnes handicapées âgées.

Si le changement ne se décrète pas, et repose sur l'axe majeur de refonte du projet d'établissement, il doit être accompagné d'objectifs et d'actions, dans le but plus global de l'amélioration de la qualité de la prise en charge, et nécessite l'élaboration d'un plan d'action. L'impulsion d'une nouvelle dynamique implique un travail sur 3 axes : relatif à l'institution, relatif aux usagers, relatif aux professionnels.

### **2.1 Axe 1 : faire émerger une identité institutionnelle.**

#### **2.1.1 Poser un cadre institutionnel stable**

Il s'agit de mettre en place des lieux de réflexion et de régulation du fonctionnement institutionnel. Ces instances sont formalisées par des réunions des différents services, selon un planning préétabli et des objectifs définis.

- Réunion institutionnelle, bimensuelle avec l'ensemble du personnel :

Sur le thème de l'organisation générale de l'établissement et de la définition des projets, ce temps est essentiellement investi par la direction pour livrer les constats, montrer les enjeux, faire émerger aux yeux des professionnels la nécessité, au delà de l'obligation administrative, de réviser le projet de l'établissement. Il peut également être consacré à l'introduction d'un travail pédagogique sur les lois qui encadrent l'action de l'établissement.

- Réunion hebdomadaire de l'équipe d'encadrants :

L'objectif est double : il s'agit en premier lieu de définir le cadre théorique de l'intervention de l'établissement et l'élaboration des projets disciplinaires (éducatif, de soins, d'animation). Parallèlement, un temps est consacré à la préparation des différentes



étapes devant aboutir à l'élaboration des projets individualisés : recueil de données et d'observations, préparation de synthèses, définition du projet.

- Réunion hebdomadaire avec le psychologue :

Le travail du psychologue s'oriente dans un premier temps sur des réunions à thèmes, en lien direct avec la notion de handicap et sur la base d'une étude de cas. L'objectif pour les professionnels est un échange des informations et des conceptions, complété par un apport de connaissance et d'éléments d'explication et de compréhension des situations problèmes. Dans un second temps en fonction des besoins pourra être mise en place une analyse des pratiques professionnelles.

- Réunion trimestrielle des services généraux : surveillantes de nuit et agent de service intérieur :

L'objectif est de redéfinir et de formaliser les règles et consignes afin de s'engager vers une rationalisation et une amélioration des prestations.

Ces temps de réunion sont programmés sur le temps de travail des personnels et sur une plage horaire où les résidents profitent d'un temps de détente et de repos. Toutes ces réunions font l'objet de comptes-rendus écrits, qui sont diffusés aux équipes concernées et consultables par l'ensemble du personnel.

### **2.1.2 Travailler sur le projet d'établissement**

La refonte du projet de l'établissement est la pièce maitresse de mon projet de changement. Je compte sur ce travail pour engager une évolution de conception pour les professionnels, qui aboutira à l'inscription du projet dans les cadres fixés par les politiques publiques.

Pour ce chantier de grande ampleur, j'envisage de faire appel à un professionnel extérieur pour un accompagnement méthodologique. Pour cela je compte mobiliser en totalité les moyens disponibles dans le PAUF pour l'année 2011. Une demande de proposition d'intervention sera adressée à un certain nombre d'organismes de formation et de conseil, accompagnée d'un cahier des charges qui décrira des exigences de la démarche : participation des personnels, calendrier, thématiques. Après avoir sélectionné les devis les plus intéressants, je souhaite que les personnels soient impliqués dans le choix de l'organisme et de la méthode adoptée.

Par la suite, un comité de pilotage et de suivi de la démarche sera constitué. Poursuivant dans mon objectif de mise en place d'un management participatif, je souhaite qu'il soit composé de personnels volontaires des différents services et de la direction. Il se verra

confier la mission de suivi de l'ensemble de la démarche, de mobilisation des acteurs, de définition du cahier des charges, du choix de l'organisme extérieur, de la définition d'un calendrier, de la composition d'un groupe de travail, et de la validation du projet. La validation finale du projet sera effectuée par l'organe délibérant de l'association gestionnaire.

Un échéancier permet de cadrer la démarche et de définir les responsabilités des acteurs :

<b>Dates</b>	<b>Actions</b>	<b>Responsables</b>
Janvier à mars 2010	Présentation du projet à l'association et à la direction générale  Information des instances  Composition du comité de pilotage  Élaboration et diffusion du cahier des charges	Direction
Mars – avril 2010	Choix de l'organisme prestataire  Définition des modalités de travail  Composition des groupes de travail	Direction  Comité de pilotage
Avril – octobre 2010	Travaux en groupes sur les différents thèmes à aborder	Professionnels sous la coordination du comité de pilotage  Intervenant
Octobre – novembre 2010	Finalisation de la rédaction	Comité de pilotage  Direction  Intervenant
Décembre 2010	Présentation aux instances consultatives et au conseil d'administration  Validation et lancement de la diffusion	Direction

**Figure 9: Échéancier d'élaboration du projet d'établissement.**

### 2.1.3 Positionner l'institution

La définition d'une identité de l'institution passe par la confrontation aux autres identités et l'instauration de relations avec les différents acteurs institutionnels. Ces acteurs sont d'une part l'association gestionnaire, d'autre part les entités partenaires existant sur le territoire.

- Par rapport à l'association

Par la recherche commune du sens de l'action et la redéfinition des missions de l'institution, le travail de refonte du projet conduit à s'interroger sur les fondements de l'action de l'association. Le regard porté sur l'histoire de l'établissement m'a permis de mettre en évidence une absence de transmission de ces valeurs au cours des années. Sans ces repères, l'établissement a construit un fonctionnement dépourvu de boussole. Une étape importante de la réflexion sur le projet doit consister en une relecture et une réflexion autour des valeurs fondatrices de l'action de l'association, afin qu'elle sous-tende l'ensemble du projet. Cette réflexion constituera une opportunité pour l'institution de se positionner par rapport à l'association gestionnaire et de se réinscrire dans une dynamique associative.

L'association a rendu public en 2010 son nouveau schéma d'orientation. Dans ce cadre, j'ai sollicité parmi les services du siège de l'association le responsable de la cellule projet-qualité, afin qu'il vienne effectuer une présentation à l'ensemble du personnel de ce nouveau projet, et par ce biais impulse une première étape de la recréation des liens entre l'institution et l'association.

Par ailleurs, le directeur est le maillon essentiel de l'organigramme associatif. Il m'appartient donc de maintenir ce lien en instaurant une communication régulière dans les 2 sens : dans le sens ascendant, en maintenant avec la direction générale un dialogue permanent sur la conduite de l'établissement et l'évolution du changement. J'adresse de manière régulière au directeur général un rapport sur les actions mises en œuvre, les évolutions positives et des difficultés rencontrées.

Dans le sens descendant en communiquant de manière régulière sur les temps de la vie associative, les orientations politiques prises. Cette mise en relation de l'établissement avec l'association permettra de resituer l'établissement comme un des moyens de réalisation des visées associatives et de restaurer un sentiment d'appartenance.

- Par rapport à l'environnement

Le schéma départemental recense douze foyers occupationnels ou foyers d'accueil médicalisés répartis sur le département. Dans le secteur géographique où se situe

l'établissement, un établissement géré par une association à but non lucratif et un établissement public accueillent une population d'adultes handicapés mentaux. Le positionnement de l'institution dans son environnement territorial m'apparaît comme un autre axe indispensable de travail afin de favoriser l'identité de l'institution. C'est un travail d'ouverture qu'il s'agit de mettre en œuvre, par différentes modalités :

- Ouverture dans le cadre des activités des résidents : utilisation des infrastructures municipales, participation aux manifestations locales.
- Développement d'échanges avec d'autres établissements : portes ouvertes, échanges de résidents, stages, séjours de rupture...
- Participation au réseau associatif des foyers occupationnels : bien que fonctionnant sur le territoire du département voisin, ce réseau que j'ai présenté en première partie développe une dynamique qui bénéficie autant aux usagers qu'aux professionnels. L'établissement trouvera un grand intérêt à répondre enfin aux invitations du coordonnateur des foyers et à participer aux travaux de réflexion et à la mutualisation de moyens.
- Développer une spécificité dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. La seconde dimension de mon projet de changement qui s'orient vers la transformation de places du foyer en FAM permet de désigner sur le territoire l'établissement comme un acteur détenteur d'une expertise et porteur d'une réponse spécifique.

#### **2.1.4 Maitriser la diffusion de l'information**

La période de mutation que va traverser l'établissement nécessitera pour l'ensemble des instances et des personnels une grande transparence et une communication sur les objectifs, les enjeux et les modalités de ce changement.

La communication est un outil essentiel dans la conduite du changement. Il s'agit de maîtriser la diffusion de l'information tout au long du processus, dans le but d'en sécuriser le déroulement. Les différentes étapes dans cette démarche consistent à informer, rassurer, et mobiliser : Informer avec des messages clés, afin de donner la visée du projet. Rassurer, pour réagir aux événements, aux difficultés relatives au climat social et mettre en place des réponses à d'éventuelles situations de blocage. Enfin mobiliser, parce que l'adhésion des professionnels est indispensable à la conduite du projet.

L'outil de communication permet au directeur de mettre en œuvre ses missions : favoriser la cohésion et l'unité du groupe et en cela l'identité institutionnelle, permettre la réalisation des missions de l'établissement, valoriser individuellement et collectivement les professionnels, prévenir et gérer les conflits. Dans l'optique de mettre en place un

management basé sur la transparence des relations et la clarté des objectifs, je mets en place un plan de communication générale, qui intègre la part de communication relative au projet de rénovation du projet d'établissement.

- Communication interne :

- Une réunion annuelle de l'ensemble des personnels, qui a pour objectif de fixer les objectifs de l'année et faire le point sur les actions mises en place. Cette réunion engage l'établissement dans une démarche de planification et d'évaluation, fondement d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
- Des réunions hebdomadaires de service, que j'ai présentées plus haut.
- Une information régulière aux instances de représentation du personnel

De plus, rompant avec la tradition orale qui a toujours régné chez les professionnels de l'accompagnement des personnes vulnérables, je mise sur la généralisation de la règle écrite et la constitution d'une base documentaire composée des procédures et règles en vigueur dans l'établissement pour favoriser l'harmonisation et la mise en cohérence des pratiques.

- Communication externe :

Outre la participation aux actions de communication municipale (bulletin municipal) ou cantonale, la diffusion du nouveau projet d'établissement aux partenaires sera un support précieux de communication externe sur les missions et réponses de l'établissement.

## **2.2 Axe 2 : restaurer la place de la personne accueillie.**

Afin d'inscrire l'établissement dans le respect des droits des usagers et le contexte législatif imprimant un mouvement d'individualisation des prestations, il me semble indispensable d'instaurer une politique visant à restaurer la place de la personne accueillie au cœur du fonctionnement de l'établissement. Cette politique poursuit deux objectifs : d'une part, mettre en place des moyens permettant aux résidents d'exercer leur citoyenneté. D'autre part, définir et mettre en œuvre un dispositif de promotion de la bientraitance.

### **2.2.1 Ré instaurer la citoyenneté :**

Il s'agit de donner la parole aux usagers, de définir des espaces d'expression de leurs besoins et d'améliorer les conditions de participation des usagers à leur cadre de vie.

Le conseil de la vie sociale, outil instauré par la loi de 2002 pour garantir le respect des droits des usagers, est en place de manière formelle dans l'établissement. Son nécessaire renouvellement en 2011 constitue une opportunité de définir les conditions d'exercice d'une véritable participation des personnes accueillies, dans le respect des termes du décret : le protocole d'élection des représentants des usagers sera à définir en prenant en compte les difficultés des résidents : difficultés d'accès à la parole, incapacité à lire et écrire. Après une réunion d'information de l'ensemble des résidents sur le rôle des représentants, un appel à candidature sera lancé et les élections organisées à partir de moyens de communications basés sur l'image, les pictogrammes, permettant à chacun d'exprimer son choix malgré ses difficultés d'expression ou de compréhension.

La participation des usagers à la redéfinition du projet et des outils de la loi 2002-2 sera nécessaire à une véritable compréhension des supports qui leur sont destinés. Ainsi je souhaite que le travail d'actualisation du règlement intérieur à l'usager des résidents soit réalisé avec leur collaboration, dans une logique non plus administrative mais d'appropriation par les personnes accueillies. Une approche basée sur l'image et l'utilisation de pictogrammes permettra aux résidents de définir eux-mêmes les principes du règlement et facilitera le respect des règles établies collectivement.

L'établissement développe une proposition d'activités, d'ateliers et de sorties, qui ont jusqu'alors été organisés de manière systématique pour l'ensemble des résidents. Les modalités d'organisation de ces activités devront être définies et faire l'objet d'une information aux résidents afin de favoriser l'expression de leur libre choix : il sera nécessaire de développer la proposition d'activités pour proposer un véritable choix aux résidents en fonction de leurs capacités et envies.

### **2.2.2 Définir un dispositif de lutte contre toute violence institutionnelle et de promotion de la bientraitance.**

La maltraitance institutionnelle ayant été définie comme un risque consécutif à l'échec de l'accompagnement, il m'appartient en tant que directrice de mettre en place un dispositif visant à prévenir la survenue d'actes maltraitants et à promouvoir une démarche d'amélioration de l'accompagnement à travers la bientraitance.

- Former les personnels : en préalable à la mise en place d'un dispositif de prévention, je prévois dans le plan de formation une intervention relative à la violence institutionnelle. L'objectif poursuivi est de faire prendre conscience des diverses formes de violence pouvant apparaître dans un fonctionnement institutionnel, et de développer

des réponses fondées sur des réflexes professionnels et inscrites dans le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies.

- Activer le dispositif associatif : l'établissement dispose d'une ressource associative qui existe sous la forme du Conseil de bientraitance. Il n'a pas jusqu'à ce jour participé aux travaux de cette instance et ne s'est pas associé à la dynamique de réflexion. L'activation de ce dispositif associatif consistera à s'emparer des outils mis à la disposition des établissements : charte de bientraitance, participation aux travaux et interpellation du conseil sur les questions particulières. La désignation d'une personne « référent bientraitance » parmi l'équipe d'encadrement, pour participer aux réunions du comité et assurer le suivi des informations permettra la participation et l'implication des professionnels.

- Instaurer une instance de régulation : la commission de gestion des conflits. La direction met en place un cadre institutionnel permettant l'analyse et la régulation du climat social et professionnel, au travers notamment des réunions institutionnelles, réunions de service, de délégué du personnel. Outre ces espaces de circulation de la parole et favorable à l'émergence des problématiques, la commission de gestion des conflits a pour but d'apporter une réponse institutionnelle aux actes de violence impliquant les résidents. Elle s'appuie sur le règlement intérieur de l'établissement et a pour mission de faire valoir les droits et devoirs de chaque acteur de l'institution. En apportant une réponse collective à une situation de violence, elle protège d'une décision arbitraire et limite le risque de maltraitance. Chaque situation est rapportée à son contexte, analysée avec le résident concerné, et une réponse adaptée est apportée, tant sur le plan de la réparation, que sur celui de la sanction pour n'avoir pas respecté le règlement de fonctionnement, et sur celui de la prévention de toute récurrence d'acte violent.

- Mettre en place un outil de recueil et de suivi des incidents

L'ensemble des définitions, positions et choix de l'établissement en matière de prévention de la maltraitance devra figurer, outre dans le projet d'établissement, dans un document de référence connu et accessible par l'ensemble des professionnels. Il sera également composé des fiches de signalement d'acte de maltraitance, des références réglementaires obligatoires, ainsi que des fiches de suivi et de traitement de ces incidents.

## **2.3 Axe 3 : accompagner les professionnels.**

Le diagnostic a mis en évidence l'absence d'actualisation des connaissances et des compétences d'une équipe de personnels dépourvue de contacts avec d'autres professionnels. Par la mise en place d'un management participatif, et leur collaboration à la refondation du projet d'établissement, je vais solliciter les membres de l'équipe de manière forte, et les confronter à leurs propres limites professionnelles. Il sera donc indispensable de les accompagner dans cette démarche de changement et de mettre en place des actions de soutien.

### **2.3.1 Amélioration du climat social et des conditions de travail.**

- **Réalisation des entretiens individuels.**

Répondant à une nécessité de faire le point et se présentant comme une opportunité de rencontre entre le directeur et chaque professionnel individuellement, j'ai réalisé des entretiens individuels avec chaque salarié de l'établissement. J'ai défini ces entretiens comme une clôture du passé de l'établissement et l'ouverture d'une période nouvelle. A la fois entretien d'évaluation et entretien professionnel, ces rencontres m'ont permis de réaliser de manière individuelle 3 objectifs : clarifier le système de management, renforcer l'identité professionnelle, et favoriser une dynamique d'évolution pour le salarié dans le cadre des attentes de l'établissement.

Ces entretiens m'ont permis d'identifier un ensemble de compétences professionnelles, mises en œuvre, ainsi qu'un potentiel important constitué de compétences non mises en œuvre et d'aptitudes non développées. A partir de ces éléments de connaissance sur le degré de conformité de l'équipe aux exigences professionnelles et sur les marges de progrès individuelles et collectives, j'ai pu construire des orientations de ma politique des ressources humaines. Ces entretiens ont été des moments privilégiés d'échange et d'écoute professionnelle et de communication sur ma stratégie et ma vision de l'établissement.

- **Amélioration du climat social**

Le diagnostic m'a permis d'identifier un climat social lourd et des tensions qui ne sont pas sans conséquence sur les relations entre professionnels et résidents. Considérant qu'une organisation qui ne prend pas soin de son personnel ne peut produire des prestations bienveillantes, je veux mettre en place une organisation qui permette aux professionnels d'exercer leurs fonctions dans de bonnes conditions.

L'amélioration du climat social passe dans un premier temps par la remise en place des instances représentatives du personnel. L'organisation, au niveau de l'association, au cours du premier semestre 2010, des élections des représentants du personnel m'a



permis de resituer le rôle des délégués du personnel dans le cadre du droit du travail et de définir les bases d'une collaboration et d'un échange, nécessaires à l'amélioration des conditions de travail.

Le rappel de règles de base de gestion du temps de travail a été une seconde étape du rétablissement d'un cadre professionnel stable : l'élaboration et la communication anticipées des plannings, la définition des règles concernant le remplacement des absences, l'organisation de la pose des congés annuels, sont autant de points qui ont permis de restaurer un climat serein.

Une collaboration avec les services de médecine du travail sera à solliciter afin d'élaborer le document unique des risques professionnels. Avec l'aide de ce partenaire, ce travail d'inventaire et d'identification des risques sera l'occasion d'un échange avec les professionnels sur les améliorations qui peuvent être apportées. En fonction de l'aboutissement de ce diagnostic, il sera nécessaire de prévoir l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de prévention des risques professionnels.

### **2.3.2 Élaboration d'un plan pluriannuel de formation**

La politique de formation est un des éléments qui constituent la politique des ressources humaines. Le besoin de formation est présent dès lors que les orientations de la politique générale de l'établissement changent. Les besoins en personnels sont modifiés, d'un point de vue quantitatif mais aussi du point de vue qualitatif, et nécessitent donc une adaptation des compétences et des ressources aux besoins de l'établissement dans la réalisation de ses orientations.

Le groupe est riche de sa diversité : visant l'amélioration des compétences collectives, nécessaire au changement de culture, je souhaite favoriser les formations en intra, afin de toucher le plus grand nombre de personnels, d'assurer la transmissions des mêmes informations à l'ensemble, et pouvoir m'appuyer sur la force d'adhésion du groupe pour apaiser les craintes qui pourraient être sources de freins au changement.

J'ai défini un plan pluriannuel de formation pour les années 2010 et 2011, poursuivant deux objectifs : le renforcement des compétences professionnelles, et l'individualisation de l'accompagnement. L'établissement disposant au titre de son PAUF (plan annuel d'utilisation des fonds) d'une somme trop réduite pour permettre la réalisation de formations en intra, j'ai sollicité à titre exceptionnel le fond de mutualisation des PAUF au niveau de l'association, qui permet la redistribution des fonds non utilisés. Cette prise en charge m'a permis de financer pour l'année 2010 deux actions de formation en intra, la

première concernant la valorisation des écrits professionnels, la seconde la gestion des situations de violence.

Au titre de ce plan de formation figureront également les interventions réalisées en interne par la direction, portant sur le contexte législatif et règlementaire dans lequel évolue un établissement médico social. L'objectif est de réinscrire les professionnels dans leur environnement, en rappelant les principes qui guident la prise en charge de personnes handicapées mentales. Ainsi deux interventions sont programmées pour le dernier trimestre 2010, portant sur les principes de la loi du 2 janvier 2002 et de la loi du 11 février 2005, en préalable aux actions de formations intra. Ce type d'intervention, souple à organiser et sans incidence sur le PAUF, pourra être renouvelé au cours des années du plan pluriannuel, en fonction des besoins, et des bilans établis par les intervenants extérieurs.

A partir de 2011, les souhaits de formations des professionnels seront sollicités afin de définir un programme de formations en externe et de leur permettre de bénéficier des échanges et acquisition de connaissances et compétences nouvelles.

### **2.3.3 Mise en place d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.**

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est issue d'une évolution de la fonction «ressources humaines » des entreprises. Elle s'est progressivement substituée à la traditionnelle «gestion du personnel » aux finalités avant tout administratives et comptables. L'apparition dans les années 1970 du concept de compétences va modifier radicalement l'approche des problèmes en matière de gestion des ressources humaines. L'objectif est d'adapter les ressources humaines aux besoins de l'établissement, par la création de postes nécessaires à l'activité ou par l'évolution des compétences des personnels présents dans l'entreprise.

Deux points principaux sont à inscrire en tant qu'objectifs de la politique de gestion des emplois et des compétences : la nécessité d'encadrer l'équipe d'AMP par un professionnel compétent, et l'évolution indispensable des ressources humaines au niveau qualitatif afin de permettre la diversification des réponses de l'établissement.

Un accord passé en décembre 2009 entre le Conseil général et l'association prévoit la transformation d'un poste d'AMP en animateur première catégorie lors du premier départ de personnel. La nécessité d'encadrer et accompagner les AMP par des compétences

professionnelles spécifique ayant été comprise par l'autorité de tarification, il conviendra de traiter le tableau des effectifs au regard des ratios d'encadrement des autres foyers occupationnels de l'association. Il serait en effet raisonnable de proposer une harmonisation des moyens humains destinés à la prise en charge des personnes handicapées.

Le projet de création d'une unité d'accueil médicalisé comportera nécessairement un volet ressources humaines. En région Centre, dans le cadre de l'application du PRIAC, la médicalisation des places de FAM est tarifée à hauteur de 23 500 euros par place et par an. La transformation de 5 places permettra à l'établissement de dégager un budget de 117 500 euros annuels, dont 70 % seront consacrés à la masse salariale. Compte tenu de la valorisation chargée des postes d'infirmier et d'aide-soignant dans le cadre de la convention collective de 1966, l'utilisation de ces fonds permettront l'élargissement du tableau des effectifs à de nouvelles compétences :

- 0,5 ETP infirmière : 20 000 euros
- 2 ETP aide-soignante : 62 000 euros

Compte-tenu des profils professionnels existant dans l'établissement, je m'oriente pour la création de ces postes vers un recrutement extérieur, qui aura pour avantage de renouveler partiellement l'équipe de professionnels et d'apporter une dynamique nouvelle. La définition des fonctions de ces nouveaux professionnels tiendra compte des fiches de postes en vigueur dans l'association et de la répartition des rôles à effectuer entre l'équipe paramédicale et l'équipe d'encadrement composée des AMP. Elle aura pour conséquence de recentrer les AMP sur leurs missions d'accompagnement et d'animation. L'élargissement des compétences et le développement d'un plateau technique permettra également d'enrichir la proposition de l'établissement et la pluridisciplinarité des prestations.

#### **2.3.4 Mise en place d'une analyse des pratiques**

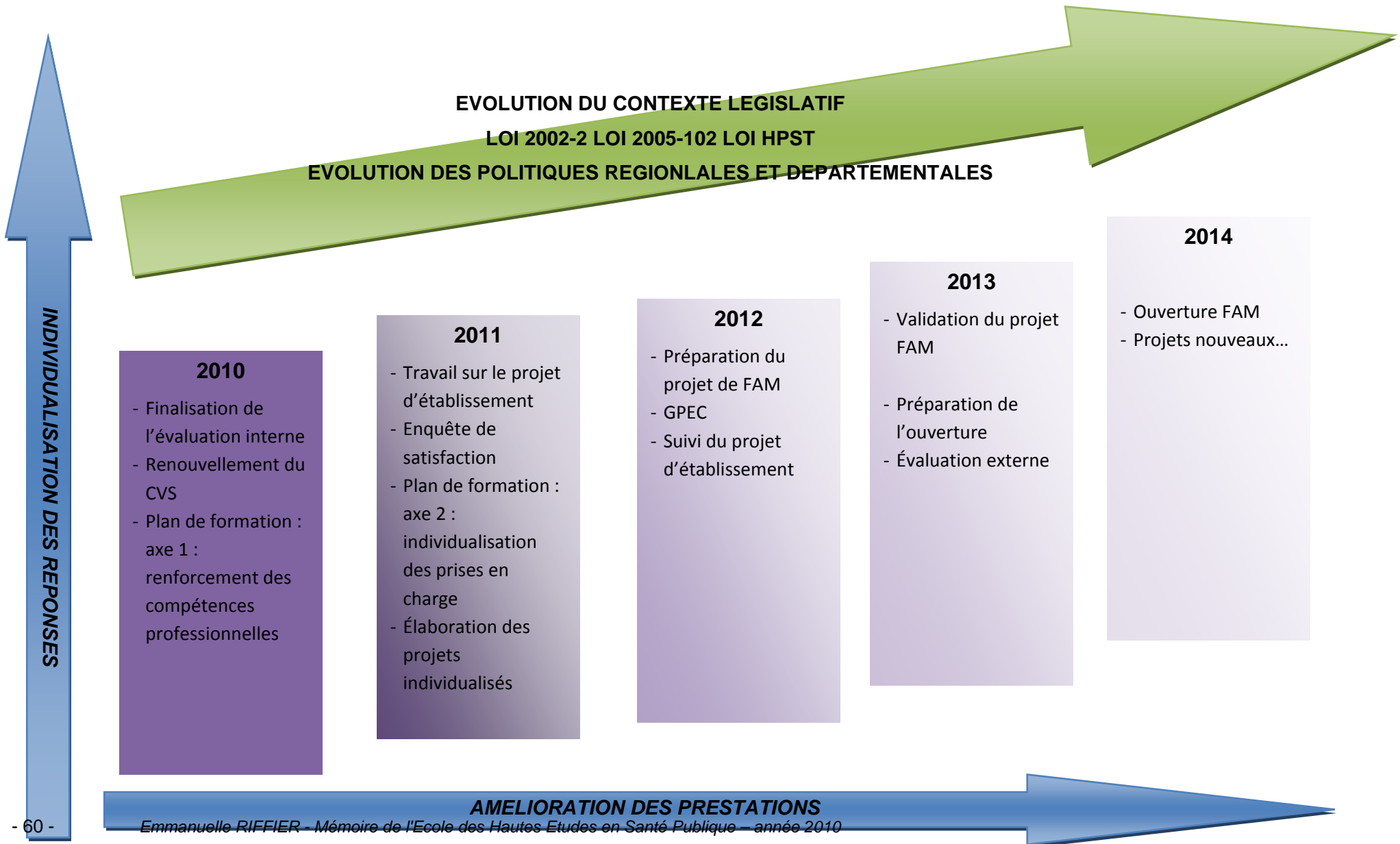
La fiche de poste du psychologue, définie au niveau associatif, distingue ses interventions en direction des résidents, des familles et du personnel. Cette dernière dimension n'a jamais été mise en place dans l'établissement. La redéfinition, avec la psychologue, du champ de ses missions m'a permis de définir les conditions de la mise en place d'une réunion bimensuelle d'analyse des pratiques. Partant du diagnostic qui m'a permis d'identifier un climat social lourd et des tensions qui perturbent la pratique des professionnels et leur disponibilité auprès des usagers, cette instance de parole et de

régulation permettra une revalorisation des métiers et des responsabilités, et un recadrage des droits et obligations dans le cadre de l'exercice professionnel.

L'ensemble de ce plan d'action devra se décliner à court ou moyen terme, ainsi que je le montre dans le schéma suivant :

**Figure 10: Plan d'action d'amélioration de la qualité.**

# PLAN D'ACTION D'AMELIORATION DE LA QUALITE

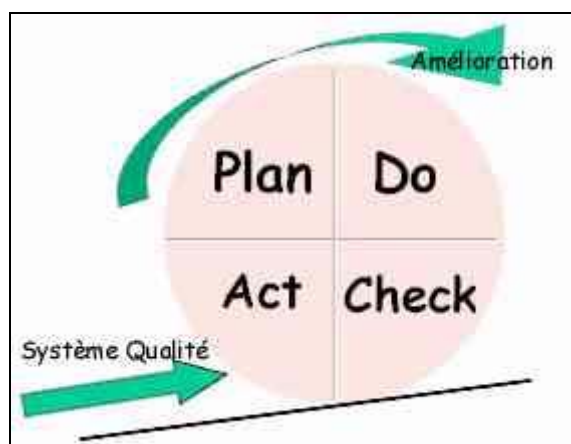


S'appuyant sur les résultats de l'évaluation interne, ainsi que sur mes constats et observations, ce plan d'action constitue le tracé de la démarche d'amélioration de la qualité. Chaque action devra intégrer des indicateurs permettant d'en vérifier le suivi et la réalisation.

## 2.4 L'évaluation comme outil d'amélioration des prestations

La notion d'évaluation accompagne naturellement celle de projet. Le projet d'établissement devra construire ses propres indicateurs de suivi et d'évaluation, relatifs à chaque objectif préalablement défini. Ces indicateurs, rassemblés et traités dans des tableaux de bord, renseignés selon la périodicité définie, permettront d'avoir une visibilité de la mise en œuvre du projet.

Le concept de l'amélioration de la qualité schématisé par William Edwards DEMING se présente sous la forme suivante :



**Figure 11: Roue de DEMING**

La méthode comporte quatre étapes, qui s'enchainent et visent à établir un cercle vertueux d'amélioration de la qualité des prestations.

Étape 1 : *Plan*, préparer. Il s'agit de planifier tous les résultats visés, que l'on cherche à atteindre auprès des personnes accueillies.

Étape 2 : *Do*, mettre en œuvre

Étape 3 : *Check*, vérifier, contrôler

Étape 4 : *Act*, corriger, ajuster.

L'esprit de la démarche continue d'amélioration me conduit à adapter ces 4 étapes : à la première, je planifie et précise les résultats visés, que l'établissement cherche à atteindre pour les personnes accueillies. À la deuxième étape est une phase de préparation et d'organisation. La troisième étape est celle de la mise en œuvre. La dernière étape consiste en la mesure de l'efficacité, de l'atteinte des résultats visés.

Le système qualité désigne la base documentaire, qui constitue la preuve de l'intégration des bonnes pratiques dans la pratique professionnelle. Elle permet de passer d'une culture orale et empirique à des références écrites garanties d'une mise en œuvre pluridisciplinaire.

A chaque étape du plan d'amélioration de la qualité et du plan d'action défini, devront correspondre deux types d'indicateurs.

- Indicateurs de suivi : vérification du déroulement du processus.
- Indicateurs de résultat : vérification de l'atteinte des objectifs.

Le suivi de ces indicateurs me permettra de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre, l'atteinte des objectifs. Les éventuels écarts seront à réduire par des actions correctives ou par la redéfinition des objectifs.

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultat
<b>Axe 1 : Restaurer l'identité institutionnelle</b>		
Poser le cadre institutionnel	Respect de l'échéancier des réunions Comptes-rendus des réunions	
Élaborer le projet d'établissement	Respect de l'échéancier Composition des groupes de travail	Projet validé et diffusé
Positionner l'institution		
Maitriser la diffusion de l'information		Comptes-rendus de réunions
Projet de médicalisation	Constitution du dossier	Ouverture des places de FAM
<b>Axe 2 : Restaurer la place de la personne accueillie</b>		
Réinstaurer la citoyenneté	Activité du CVS	Règlement intérieur adapté aux capacités des résidents Enquêtes de satisfaction
Mettre en place un dispositif de bienveillance	Formation des professionnels Compte-rendu de la commission de régulation des conflits Registre des événements indésirables	
<b>Axe 3 : Accompagner les professionnels</b>		
Mise en place de la GPEC	Évolution du tableau des effectifs	Plans de formations
Amélioration du climat social	Comptes-rendus des réunions de DP	
Renforcement des compétences professionnelles		Plans et attestations de formation Changements des pratiques professionnelles

**Figure 12: Tableau des indicateurs.**

La loi HPST modifie la procédure d'évaluation et impose aux établissements sociaux et médico sociaux la réalisation d'une évaluation interne tous les 5 ans. Il me semble que, une fois mise en route, la démarche d'amélioration de la qualité des prestations ne doit pas attendre un délai aussi long avant de faire le point par le biais de l'évaluation. J'envisage donc d'établir un rythme biennuel d'évaluation, sous la forme d'une journée institutionnelle à laquelle participent l'ensemble des professionnels de l'établissement. Cette journée de travail sera l'occasion de se détacher du quotidien et de porter un regard sur le chemin accompli en comparaison avec les objectifs proposés. Ce travail portera sur l'ensemble des prestations de l'établissement.

J'accorde, dans ma conception personnelle de la fonction de direction et du management, une importance particulière à la notion d'évaluation. Prise dans le sens d'une remise en question régulière des modalités et de l'efficacité du travail, elle accompagne naturellement l'objectif fondamental d'amélioration des prestations, qui est l'engagement premier d'un établissement médico-social. Le contexte économique actuel et les objectifs de rationalisation des dépenses publiques ne permettent plus aux établissements de soumettre l'amélioration de leurs prestations à la validation systématique par les financeurs de demandes de moyens supplémentaires. L'évaluation régulière de l'atteinte par l'établissement de ses objectifs permet d'une part de mettre en évidence le décalage entre le processus de changement prescrit, celui qui a été décidé, et le processus réel, afin de repositionner le cas échéant l'axe des évolutions. Elle permet d'autre part de mettre en évidence les améliorations que l'établissement n'est pas en mesure d'apporter sans le soutien des pouvoirs publics et de ce fait constitue un outil au service de la mise en œuvre par les organismes gestionnaires d'établissement des politiques d'actions sociales définies par les politiques publiques.



## Conclusion

Le rôle du directeur d'établissement social et médico-social est de garantir aux personnes accueillies un accompagnement individualisé et de qualité, par le difficile exercice d'équilibre entre les objectifs les missions de l'établissement et les contraintes, qu'elles soient règlementaires, financières, organisationnelles.

Dans une partie diagnostique, le regard d'analyse que j'ai porté sur l'histoire du foyer occupationnel m'a permis d'identifier les causes de son retard dans la prise en compte des évolutions des politiques publiques qui ont conduit à l'élaboration d'un droit des usagers et à la promotion d'une démarche de bienveillance dans le secteur social et médico-social. Cette absence d'évolution de l'établissement a eu pour conséquence l'instauration d'une maltraitance institutionnelle à laquelle je dois apporter une réponse.

Mon action de direction a consisté en l'impulsion d'une dynamique de changement avec l'objectif de favoriser l'émergence de l'identité de l'institution et de recentrer son action sur l'intérêt des usagers. L'élaboration du projet d'établissement a été la pierre angulaire de cette démarche de progrès, dans le cadre d'un plan d'accompagnement du changement, en direction du personnel pour le soutenir dans ce bouleversement de culture, et en direction des usagers pour les replacer en position d'acteurs de leur projet de vie. Utilisant l'évaluation interne comme un levier, cette démarche de progrès s'est accompagnée d'un processus d'amélioration des prestations, comme un instrument au service de la réalisation des missions.

Dans un contexte actuel de changement qui entraîne une perte de repères pour les établissements, la clé de la force des associations réside dans la valorisation de leur activité, dans les valeurs qui sont au cœur de leur travail. L'apparition de la notion de performance, avec la création par la loi HPST de l'Agence nationale d'appui à la performance, inquiète le secteur associatif. La logique présente dans la procédure d'appel à projets, qui retiendra indifféremment les propositions des associations, des entreprises ou des structures publiques, centre le choix de pouvoirs publics sur la réponse apportée à un besoin social. Le risque est grand pour le secteur associatif de devenir, comme l'explique R. LAFORE « un pur opérateur fonctionnel. (...) C'est aujourd'hui l'institution associative et la pertinence même de son mode de gestion qui sont en question. <sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> LAFORE R. L'association de solidarité devient un pur opérateur fonctionnel, ASH n° 2644

Le projet d'établissement joue alors un rôle essentiel de préservation de ce qui fait la spécificité du secteur associatif. Par le contenu et le sens qu'il donne aux missions des établissements et services, il rappelle les buts poursuivis par les associations. Par le caractère opposable que peut acquérir ce projet, les établissements peuvent se saisir de cet espace pour réaffirmer leur légitimité sur le champ de l'action sociale et médico-sociale.

La mise en concordance de la procédure d'évaluation avec la procédure de renouvellement de l'autorisation encourage l'établissement dans la mise en œuvre d'une démarche continue d'amélioration des prestations. C'est cette même logique de promotion de l'identité institutionnelle qui devra présider à l'action de l'établissement lors de l'étape suivante que constitue l'évaluation externe.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 226p.

DESHAIES J-L, 2006, *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 220p.

FOUDRIAT M., 2007, *Sociologie des organisations*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : éditions Pearson, 324p.

JANVIER R., MATHO Y., 2004, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 314p.

JONHSON G., SCHOLEK K., 2000, *Stratégie*, Paris : Publiunion, 606p.

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 405 p.

LOCHEN V., 2008, *Comprendre les politiques d'action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 403 p.

LOUBAT J-R., 2005, *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 354p.

MIRAMON J-M., 1996, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 105p.

PAUCOT A-C., 1995, *Un escalier se balaie par le haut*, Paris : Nathan, 126p.

ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : ENSP, 198p.

## OUVRAGES CONSULTÉS

BATIFOULIER F., NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, 248p.

BERNOUX J-F., 2004, *L'évaluation participative au service du développement social*, Paris : Dunod, 171p.

BORGETTO M., LAFORE R., 2006, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris : éditions Montchrestien, 687 p.

BOUTINET J.P., 1993, *Anthropologie du projet*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Presses universitaires de France

LOUBAT J-R., 2006, *Instaurer la relation de service en action sociale et médico sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 258p.

## REVUES ET ARTICLES

ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* :

- *La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre*, juillet 2008
- *Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, décembre 2008
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, mai 2010

LES CAHIERS DE L'ACTIF n°372/375, *Du projet institutionnel au projet personnalisé...ou comment accompagner le changement dans la complexité*, La Grande Motte, Actif information, 2007, 357p.

BAREIL C., *Les modèles dynamiques, une façon renouvelée de comprendre les réactions des individus en situation de changement organisationnel*, HEC Montréal, Centre d'étude en transformation des organisations, Cahier n°04-08 Août 2004

BAREIL C. et SAVOIE A., *Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel*, Gestion, volume 24, numéro 3, 1999.

LAFORE R., *L'association de solidarité devient un pur opérateur fonctionnel*, ASH n° 2644

LEWIN K. *Resolving social conflicts*, A.P.A., New York, Editions Harper, 1968, 422 pages

## **TEXTES LEGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - JORF du 3 janvier 2002

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - JORF n°36 du 12 février 2005

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : HPST - JORF n°0167 du 22 juillet 2009

## **SITES INTERNET**

[www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)

[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

[www.fr-deming.org](http://www.fr-deming.org)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.rh-organisation.fr](http://www.rh-organisation.fr)

---

## Liste des tableaux et figures

---

Figure 1 : Caractéristiques des résidents	16
Figure 2 : Tableau des effectifs	20
Figure 3 : Ancienneté des personnels	21
Figure 4 : Évolution du taux d'absentéisme	22
Figure 5 : Du projet d'établissement au projet individualisé	33
Figure 6 : Tableau des mesures nouvelles liées à la médicalisation	37
Figure 7 : Le processus de changement	42
Figure 8 : Les phases de préoccupations	46
Figure 9 : Échéancier d'élaboration du projet d'établissement	49
Figure 10 : Plan d'action d'amélioration de la qualité	60
Figure 11 : Roue de Deming	61
Figure 12 : Tableau des indicateurs	62

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Lettre de mission du directeur.

Annexe 2 : Extraits du projet associatif de 2004.

Annexe 3 : Extrait du schéma associatif d'orientations stratégiques 2010-2015.

Annexe 3 : Extraits de l'évaluation interne.

Annexe 4 : Organigramme actuel – organigramme prévisionnel

## DOMAINE N° 1

### DEFINITION ET MISE EN OEUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

<p><b>1.1 PROJET POLITIQUE DE L'ASSOCIATION</b></p> <p><b>INSTANCES DE FONCTIONNEMENT</b></p>	<p>- Le Conseil d'Administration élabore et adopte le projet associatif. Les travaux préparatoires sont animés par la Direction Générale avec l'appui éventuel d'intervenants extérieurs. Au cours du processus les Directions d'Etablissements ou de Services sont régulièrement informées et invitées à formuler des propositions.</p> <p>L'évaluation du projet associatif s'effectue dans les mêmes conditions.</p> <p>- Assemblée Générale : Elle est présidée par le Président du Conseil d'Administration entouré du Bureau de l'Association avec l'appui technique de la Direction Générale. Les Directions d'Etablissements ou de Services sont invitées à entendre les rapports et les délibérations sans prendre part aux travaux sauf sur demande expresse du Président. Elles sont sollicitées pour fournir les éléments constitutifs du rapport d'activités.</p> <p>- Conseil d'Administration et Bureau du Conseil d'Administration : La Direction Générale participe aux réunions et à l'animation aux côtés du Président. Les Directions d'Etablissements ou de Services ne sont pas présentes ni représentées.</p> <p>Le Comité des Directeurs : composé d'une représentation des Directions d'Etablissements ou de Services de chaque secteur désignée par leurs pairs, il est convoqué et animé par la Direction Générale qui arrête l'ordre du jour. Le Président et le Vice-Président y sont invités de façon permanente. Un Règlement Intérieur en fixe les missions, composition et modalités de fonctionnement.</p> <p>Le Comité des Directeurs fonctionne dans une forme élargie à l'ensemble des Directions d'Etablissements ou de Services en présence du Bureau de l'Association lors de la journée institutionnelle de rentrée.</p>
---	---



<p><b>1.2 STRATEGIE DE L'ASSOCIATION</b></p> <p><b>RECHERCHES ET DEVELOPPEMENT</b></p>	<p>Tout projet de création, d'extension ou de reprise de services et établissements, relève de la seule autorité de l'Association par délibération du Conseil d'Administration après instruction technique du dossier par la Direction Générale.</p> <p>Les Directions d'Etablissements ou de Services sont associées, selon compétences et nécessités techniques, dans la phase de conception puis de réalisation. Les décisions font l'objet d'une validation par la plus proche Assemblée Générale.</p>
<p><b>1.3 PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE</b></p>	<p>Les Directions d'Etablissements ou de Services établissent leur projet d'établissement ou de service avec le soutien de la Direction Générale et éventuellement le concours d'intervenants extérieurs. Il doit impérativement être cohérent et compatible avec le projet associatif. Dans tous les cas, il fait l'objet d'une validation par le Conseil d'Administration. Il en va de même pour toutes modifications substantielles.</p> <p>L'évaluation du projet d'établissement ou de service s'effectue dans les mêmes conditions.</p>
<p><b>1.4 DROITS DES USAGERS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Règlement de Fonctionnement</i> : les Directions d'Etablissements ou de Services proposent puis appliquent après validation du Conseil d'Administration. Il en va de même pour toutes modifications substantielles.</li> <li>- <i>Livret d'Accueil</i> : Idem</li> <li>- <i>Contrat de séjour ou Document Individuel de prise en charge ou Contrat d'Aide et de Soutien par le Travail</i> : Idem</li> </ul> <p>Une attention particulière sera réservée à ces documents compte tenu de leur forme contractuelle et de leur portée juridique.</p> <p>Le Président du Conseil d'Administration délègue la signature de ces contrats aux Directeurs d'Etablissements ou de Services.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Projet Individualisé</i> : relève de la compétence des Directions d'Etablissements ou de Services avec possibilité de subdéléguer ou co-déléguer aux chefs de service.</li> <li>- <i>Prévention des risques de maltraitance et signalements</i> : Ce point est délégué aux Directions d'Etablissements ou de Services qui doivent s'appuyer sur les procédures mises en place avec la Charte de Bientraitance comme référentiel.</li> </ul>

Tout acte ou suspicion d'acte de maltraitance doit être porté sans délai à la connaissance de l'Association via la Direction Générale. Ces situations sont recensées par le Comité de Veille et de Suivi qui peut en retour émettre des préconisations.

- *Conseil de la Vie Sociale* : Son installation est de la responsabilité des Directions d'Etablissements ou de Services qui veillent particulièrement à permettre aux représentants désignés par l'Association d'y jouer pleinement leur rôle.

Les ordres du jour et les procès verbaux sont systématiquement transmis à la Direction Générale pour information.

- *Dossier individuel des usagers* : concerne les Directions d'Etablissements ou de Services. Vigilance sur le respect des informations et leur accès (loi Informatique et Liberté, Droit des malades, secret médical).

## PROJET D'ASSOCIATION

### Schéma directeur 2004 - 2008

#### « 3. LES VALEURS D' [de l'association]

[L'association] est née de la prise de conscience d'un déni, l'un des plus étranges qui soient dans une société qui revendique l'humanisme, le déni d'existence des personnes handicapées mentales. Reste d'une culpabilité archaïque ? Lacune inexplicable ? Au milieu du vingtième siècle, la société ne s'est pas donnée, en tant que telle, de responsabilité à l'égard de ces personnes, puisqu'à cette époque le problème ne concerne que la sphère privée (parents, famille proche) et médicale. Le père Houssemaine est de ceux qui vont en faire une question de société. Il se battra avec énergie pour que les personnes handicapées accèdent à une place dans une société qui les respecte : droit à l'éducation, droit aux soins, droit au travail. C'est pourquoi, lorsqu' [l'association] affirme « la primauté de la personne dans toutes ses dimensions, sa dignité, le respect de ses droits, de ses désirs, de ses convictions », ce n'est pas une belle formule, c'est une parole de combat. [L'association] lutte contre une tendance à limiter par le bas les capacités des personnes handicapées et dépendantes : ne pas être réducteur de la personne est un véritable défi permanent.

#### Un défi professionnel :

Se mettre chaque jour en situation de dégager le maximum d'espace de liberté, être inlassablement à l'écoute de tout ce qui peut être source de changement, refuser les explications qui justifient la répétition et finalement la démission, supposent non seulement des professionnels qualifiés, mais l'entretien d'une identité professionnelle qui privilégie l'évaluation au contrôle, la responsabilité aux procédures, l'implication personnelle à la distance experte.

#### Un défi organisationnel

La dignité des personnes repose sur une organisation qui soutient l'autonomie de tous depuis la personne aidée jusqu'à l'encadrement. C'est la seule qui permette à chacun, dans un cadre de responsabilité clair de donner le meilleur de lui-même. C'est une organisation qui repose sur la confiance, la possibilité d'évaluer et d'échanger sur les difficultés ressenties pour mieux les surmonter.

### Un défi architectural

Les établissements ne sont pas uniquement des lieux de vie, mais des espaces habités, investis par des personnes qui y inventent leur quotidien. L'espace habité est au lieu ce que la parole est au mot : un langage parlé par quelqu'un qui bâtit son histoire. La propriété immobilière voulue par l'association n'est pas fondée sur une vision patrimoniale mais sur l'ambition de proposer un cadre de vie épanouissant.

### Un défi associatif

[L'association] est une association, ouverte à tous, de personnes militant pour la prise en charge de personnes handicapées et dépendantes. Elle assume une mission de service aux publics. Elle est amenée à gérer des équipements importants dans le cadre de politiques publiques de plus en plus ciblées et normalisées qui tendent à réduire l'engagement à un rôle d'exécutant. L'entretien et le développement d'une réflexion agissante libre de toute tutelle est une condition majeure de l'existence d' [de l'association].

## **« Orientations 2010 – 2015**

Le précédent projet 2004 – 2009 avait un aspect fondateur : premier travail de ce type au sein de notre structure, il avait permis de préciser les valeurs et les principes d'action de l'association à l'aune d'une histoire qui, déjà, dépassait le cadre temporel d'une génération. Les points forts de ce document ont largement irradié la première génération des projets d'établissement prévus par la loi 2002 et a rendu visible les "fondamentaux" de l'association.

Ce n'est pas cet aspect qui est devenu obsolète, bien au contraire : la nécessité de s'appuyer sur les acquis d'une histoire riche d'expérience pour construire les 4 orientations stratégiques à cinq ans s'impose comme une nécessité. Ce document présente les points de repères du chemin parcouru.

Ce sont, par contre, les aspects organisationnels et contextuels qui ont nécessité un travail inventif. Cette réflexion de fond a généré cinq orientations qui structurent la ligne de conduite de l'association dans les années à venir. Celles-ci, ne prennent toute leur consistance que remises en perspective dans la vie de l'association et des événements internes ou externes qui l'ont marquée.

En cinq ans le contexte médico-social dans lequel s'inscrit l'activité de l'association s'est profondément modifié : de cela aussi, il faut parler pour mieux apercevoir l'enracinement des orientations dans les réalités actuelles.

### **AXE N° 1**

#### **[L'association], vers une organisation souple et adaptable**

##### **Favoriser la responsabilité**

[L'association] engage un processus d'organisation plus souple qui se travaillera à plusieurs niveaux :

- Le niveau d'un réseau de directeurs pluri-sites avec des délégations élargies, le cas échéant, individualisées. Le concept de "plate-forme", déjà en expérimentation, avec succès, dans l'association répond à cette logique : à la fois territorial et multisectoriel, il est mieux à même d'articuler le territoire, la logique de projet et la coopération par secteur. La constitution de plates-formes est une opération créative, propre à chaque territoire et non contraignante.
- Le niveau des chefs de service/chefs d'atelier, voire sous-directeurs qui se trouvent progressivement avec des responsabilités élargies. Ces professions font déjà l'objet d'une attention particulière de l'association, qui sera poursuivie. »

### ANNEXE 3 : EXTRAITS DE L'ÉVALUATION INTERNE.

FOYER OCCUPATIONNEL  ©FEGAPEI Quali-Eval®	Réponse de l'établissement	Proposition d'amélioration
<b>Domaine A : Le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre</b>		
<b>Module A.1 : Le projet au regard des besoins identifiés</b>		
Identifiez-vous la population accueillie ou accompagnée et à accueillir ?	<p><b>Non</b> La population accueillie est identifiée sur les fondements de l'autorisation de l'établissement, et sur les besoins identifiés au travers du schéma départemental. L'établissement n'a pas travaillé à la définition de critères concernant les personnes accueillies. Le projet ne comporte pas de données sur la population accueillie.</p>	Recueil de données concernant les usagers présents. Définition partagée de critères concernant la population à accueillir dans l'établissement
Le projet d'établissement ou de service est-il adapté aux besoins et attentes de la population accueillie ou accompagnée et de leurs représentants légaux ? Niveaux de	<p><b>Oui partiellement</b> Les objectifs du projet concernent la réponse aux besoins généraux d'une population d'adultes handicapés. L'évaluation des besoins et attentes des usagers du foyer est partiellement réalisée sur la base des observations des professionnels. L'évolution des besoins des usagers, compte tenu de la moyenne d'âge est constatée, mais non formalisée. Le recueil des attentes des familles et représentants légaux est réalisé de manière informelle et concerne essentiellement l'organisation de la vie quotidienne</p>	Évaluation pluridisciplinaire des besoins
Avez-vous mis en place des modalités de veille sur l'évolution des besoins et attentes de la	<p><b>Oui partiellement</b> Aucune modalité de veille sur l'évolution des besoins n'est formellement mise en place. il n'existe pas d'anticipation, et les réponses sont mises en place à mesure de</p>	Inscription du projet d'établissement dans l'évolution des politiques publiques.

population accueillie ou accompagnée ou à accueillir ?	l'apparition des nouveaux besoins. Le projet d'établissement, compte tenu de son ancienneté, ne tient compte que partiellement de l'évolution des politiques publiques.	
<b>Module A.2 : La cohérence à l'égard des missions confiées à l'établissement ou au service</b>		
Avez-vous identifié et intégré au sein du projet d'établissement ou de service les missions décrites dans le code de l'action sociale et des familles (loi 2002-2, loi 2005-102...) ?	<b>Non</b> Le projet ne définit pas de modalité de coopération. il prévoit une coopération avec les autres FO de l'association. Il définit les objectifs et les modalités d'organisation et de fonctionnement, décrit les prestations d'accueil et d'hébergement, et vise la qualité de vie des usagers. Les prestations pédagogiques, éducatives ou thérapeutiques ne sont pas évoquées. Le projet n'aborde pas l'aspect d'évaluation et de prévention des risques. La notion de personnalisation est inscrite dans le projet, mais l'élaboration des projets individualisés n'est pas prévue.	Redéfinir le projet de l'établissement, les prestations proposées aux usagers, les modalités d'intervention.
Les objectifs généraux sont-ils distinctement et facilement repérables à la lecture du projet ?	<b>Non</b> Les objectifs généraux du projet sont définis de manière succincte. ils sont en cohérence avec les missions générales de l'établissement. Le projet ne détermine pas de plan d'action.	Définition d'orientations pour l'établissement dans le cadre de son évolution à moyen et long terme. Élaboration d'un plan d'action à partir d'objectifs opérationnels et spécifiques.
Les modalités d'élaboration des projets personnalisés sont-elles en cohérence avec les missions et objectifs du projet d'établissement ou de service ?	<b>Non</b> Le projet d'établissement ne prévoit pas les modalités d'élaboration des projets individuels. IL n'existe pas de projets individualisés pour les résidents. Les besoins et attentes des usagers sont pris en compte de manière informelle au quotidien	Élaboration des projets individualisés

<p>La démarche de projet personnalisé est-elle décrite et intégrée dans le projet d'établissement ou de service ? Niveaux de</p>	<p><b>Non</b> L'élaboration des projets personnalisés n'est pas prévue dans le projet d'établissement. La fonction de référent du projet personnalisé n'est pas définie.</p>	<p>Inscription de l'établissement dans les politiques publiques</p>
--	--	---



## ANNEXE 5 : ORGANIGRAMME FO – ORGANIGRAMME PREVISIONNEL FO-FAM

