



ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

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

Promotion 1999-2000

**UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES IMPLIQUANTE,
VERITABLE LEVIER DE LA REHABILITATION D'UN FOYER
D'HEBERGEMENT**

BONVALOT Corinne

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	p 1
<u>CHAPITRE I – PRESENTATION CONTEXTUELLE DE L'ETABLISSEMENT</u>	
<u>SECTION 1 – LE POIDS DE SON HISTOIRE</u>	p 4
De la structure pour enfants à la structure pour adultes.	
<u>A/ UNE ORIGINE ASSOCIATIVE</u>	p 5
1/ La création de l'établissement	p 5
2/ La directrice : un profil de management particulier	p 6
3/ De la conception de la fonction de directeur à ses effets	p 7
<u>B/ LA POPULATION ACCUEILLIE DANS L'ETABLISSEMENT</u>	p 9
1/ Des enfants handicapés au mode d'accueil	p 10
2/ Une mutation des missions du fait de la population accueillie	p 11
<u>C/ DES MOTIVATIONS A LA RESTRUCTURATION A LA VOLONTE DEPARTEMENTALE</u>	p 13
1/ Les locaux sont inadaptés aux résidents	p 13
2/ Les normes de sécurité n'existent pas	p 14
3/ La position du département	p 14
<u>SECTION 2 D'UN PREMIER PROJET DE REHABILITATION NON ABOUTI A UNE VERITABLE CONCEPTION DE REHABILITATION</u>	p 15
De la fin d'une vie à son renouveau	
<u>A/ LE PROJET DE REHABILITATION PROPOSE PAR LA DIRECTRICE</u>	p 16
1/ Le projet matériel,	p 16
2/ La prise en charge des personnes handicapées reste toujours inadaptée	p 17
3/ La position du Conseil Général	p 18

<u>B/ UN FAISCEAU DE CIRCONSTANCES IMPULSE UN PROJET DE VERITABLE REHABILITATION</u>	p 19
1/ Le repli de la Directrice	p 19
2/ La volonté du département	p 20
3/ La solution envisagée par le département	p 21

<u>C/ MODALITES DE L'INTEGRATION : DU SECTEUR ASSOCIATIF AU SECTEUR PUBLIC</u>	p 22
1/ Présentation succincte d'ETAPES	p 22
2/ Les décisions des assemblées délibérantes des 2 institutions	p 23
3/ Les conditions émises par ETAPES	p 24

CONCLUSION DU CHAPITRE	p 27
-------------------------------	-------------

CHAPITRE II - DES PRINCIPES AUX MODALITES DU CHANGEMENT

SECTION 1 LE PROJET VECTEUR DU CHANGEMENT

Du concept économique à son immixtion dans le secteur médico-sociale

<u>A/ PHILOSOPHIE DE LA DEMARCHE DE CHANGEMENT</u>	p 28
1/ Donner du sens au changement	p 29
2/ Le directeur et le changement	p 33

<u>B/ LE CHANGEMENT : UN PROCESSUS GLOBAL</u>	p 36
1/ Le changement et les structures	p 37
2/ Le changement et le personnel	p 41
3/ Les Techniques	p 44

SECTION 2 ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DANS LA DEMARCHE DU CHANGEMENT

Du diagnostic au positionnement du directeur

<u>A/ LE DIAGNOSTIC</u>	p 46
1/ L'analyse de la situation du personnel	p 47
2/ Le syndrome du burnout : le comprendre, déceler son apparition	p 48

<u>B/ POSITIONNEMENT DU DIRECTEUR</u>	p 51
1/ Initier le changement	p 51
2/ Un management participatif	p 54

<u>CONCLUSION DU CHAPITRE</u>	p 56
--------------------------------------	------

CHAPITRE III - INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS UNE STRATEGIE EVOLUTIVE

<u>SECTION 1 RENDRE LE PERSONNEL ACTEUR DU CHANGEMENT DANS LA DUREE</u>	p 57
--	------

Du projet à l'évolution de la prise en charge

<u>A/ IMPLIQUER ET RESPONSABILISER LE PERSONNEL</u>	p 57
1/ Le projet institutionnel	p 58
2/ Le projet individuel	p 60

<u>B/ ENVISAGER LES PERSPECTIVES A MOYEN TERME</u>	p 61
1/ Prévoir une nouvelle prise en charge des personnes handicapées.	p 62
2/ Envisager l'évolution de l'institution au regard de l'évolution des résidents	p 62

<u>SECTION 2 ENVISAGER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LA DUREE</u>	p 64
--	------

D'un nouveau mode de gestion à son application

<u>A/ INSCRIRE L'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES</u>	p 64
1/ Définition et intérêt de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	p 65
2/ La démarche adaptée à la mesure du foyer au sein d'ETAPES	p 68

B/ LA MISE EN PLACE D'OUTILS

p 69

1/ La démarche entreprise

p 69

2/ Appréciation quantitative

p 72

CONCLUSION DU CHAPITRE

p 74

CONCLUSION GENERALE

p 75

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

De l'Etat providence à la solidarité, d'une logique de charité à l'assistance, depuis trois siècles, le domaine de l'action sociale a connu une expansion grandissante et des bouleversements notoires.

Impulsés par des réalités historiques (1^{ère} et 2^{ème} guerres mondiales), fondés sur des morales inscrites dans une culture judéo-chrétienne, favorisés par l'élan économique des « Trente Glorieuses » les établissements sociaux et médico-sociaux se sont développés et multipliés. Leurs missions sont aussi diverses et variées que leurs structures sont diversifiées. Elles se caractérisent essentiellement par l'aide aux plus défavorisés.

Associées au ralentissement économique, les mutations sociétales envahissent progressivement le monde de l'action sociale et questionnent l'existence même des établissements sociaux et médico-sociaux. La société ne se suffit plus du fondement humaniste qui les justifie et réclame une véritable reconnaissance de l'individu en tant que citoyen. Dès lors, l'esprit de la prise en charge des personnes défavorisées se trouve remis en question confronté à une nouvelle demande, à une nouvelle orientation : le changement. L'idée d'aider et de protéger la personne contre les agressions liées à des facteurs environnementaux est caduque. Aujourd'hui, il s'agit de faciliter l'accompagnement à la réinsertion de l'individu dans la société, en lui reconnaissant des droits et en lui octroyant une place au sein des établissements.

Hier, l'établissement était un lieu d'enfermement et d'exclusion, replié sur lui-même, vivant en autarcie, aujourd'hui, il est un lieu de rétablissement du lien social, ouvert sur son environnement, lieu de convergence de politiques complexes.

Le foyer d'hébergement de Mont Sous Vaudrey n'a pas échappé à cette tendance. Comme beaucoup de ces établissements, il est marqué par son histoire. Il conserve les stigmates d'un établissement replié sur lui-même, qui, face aux développements rapides des mentalités et des exigences de la société, n'a pu enclencher la dynamique nécessaire, en temps et en heure, à sa réorientation.

Pour autant à ce jour, il bénéficie d'une réelle opportunité pour s'inscrire dans cette logique et amorcer le départ vers le changement. La difficulté réside dans le fait que son

histoire pèse et que la direction actuellement en place ne peut effacer, d'un seul trait, plus de trente années de vie commune, d'histoire, de culture, d'événements chaleureux, malheureux des résidents et des employés.

Véritable défi pour le directeur, la réussite de la réhabilitation du foyer lui appartient. Acteur essentiel du changement, il est le promoteur de la réflexion, de la stratégie et de la dynamique qui conduira le foyer vers cette mission d'accompagnement à la réinsertion sociale de la personne handicapée, en la plaçant au cœur de l'existence de l'établissement, et en articulant les moyens dont il dispose autour de la problématique de l'adulte handicapé.

Il est de l'intérêt du directeur, de mettre en synergie toutes les composantes de l'établissement pour les rendre opérationnelles et moteur du changement. Schématiquement, trois éléments interagissent : l'environnement, la structure et les hommes.

La connaissance de l'environnement, espace complexe, permet au directeur de définir les politiques institutionnelles, d'impulser les stratégies nécessaires à leur mise en place et d'envisager des perspectives évolutives afin d'assurer la pérennité de l'établissement.

La structure, constituée essentiellement de l'élément matériel, si nécessaire soit-il, demeure le cadre d'évolution des politiques institutionnelles et des hommes.

Les hommes, même si de part leur aspect physique, ils ne représentent qu'une petite composante, ils n'en demeurent pas moins la plus importante. Sans elle ni l'environnement, ni la structure n'ont lieu d'exister. Elle est l'élément primordial et caractérise l'existence de l'établissement. Les hommes justifient les missions qui incombent à l'établissement en les plaçant au centre de ces préoccupations institutionnelles. Il s'agit là de l'usager. Pour exécuter ces missions, il y a encore des hommes, dotés de connaissances spécifiques, de compétences et de ressources diverses. Ce sont les travailleurs sociaux, administratifs, techniciens et tous ceux qui véhiculent en eux la réussite du changement.

Mener un projet, sans considérer la gestion des ressources humaines comme élément essentiel et participatif du projet est voué à l'échec. L'histoire du foyer le prouve.

Aujourd'hui, pour le directeur, trouver les moyens de rendre le personnel acteur du changement dans les conditions actuelles de vie au foyer est une entreprise difficile et de longue haleine. Comment impliquer le personnel dans les décisions, alors que l'histoire l'avait habitué à les subir ? Comment rendre ces décisions vivantes, évolutives et les inscrire dans la durée ? C'est alors, que le rôle du directeur en tant qu'axe décisionnel mais surtout

d'articulation de toutes les politiques prend sa réelle dimension. En matière de gestion des ressources humaines quelles politiques pourra-t-il mettre en place pour dynamiser le changement ? Le choix du management apparaît, ici, comme un véritable vecteur de réalisation et d'efficacité.

La première approche consistera à une analyse contextuelle de l'établissement. Elle démontrera le cheminement qui a conduit le foyer à la situation délicate qu'il a connu, pour ensuite analyser les éléments en faveur de sa réhabilitation (chapitre I).

De cette présentation pratique, il sera possible d'aborder le concept du changement pour convenir par la suite d'une approche pragmatique, conçue, réalisée et adaptée par le directeur, autour de la gestion des ressources humaines(chapitre II).

Dans un dernier temps, il conviendra d'envisager cette réorientation dans une démarche évolutive, afin de ne pas figer la prise en charge et la gestion des ressources humaines, mais au contraire de lui garder un réel dynamisme (chapitre III).

CHAPITRE I

PRESENTATION CONTEXTUELLE DE L'ETABLISSEMENT

La naissance du foyer « La Tant'Arie » a été quelque peu difficile. Il a été nécessaire pour tous ceux persuadés de son utilité, de déployer des forces de conviction, de solidarité et de persuasion pour qu'il existe réellement. Légitimement, ils ont marqué la vie du foyer de leur empreinte. Motivation certaine et sentiment d'appartenance ont justifié la dynamique institutionnelle originelle, mais ont aussi enfreint le développement, l'évolution, la cohérence, l'adéquation de l'établissement au système environnemental.

Du poids de son histoire (section I), aux projets de réhabilitation (section II), la présentation contextuelle de l'établissement analyse et permet de comprendre une trentaine d'années d'existence, qui ont conduit l'établissement à connaître la situation actuelle.

SECTION 1 – LE POIDS DE SON HISTOIRE

De la structure pour enfants à la structure pour adultes.

« La démarche instituante a créé une dynamique, mais une fois qu'elle est instituée, qu'elle s'inscrit dans ce que l'on appelle l'institution, il y a une tendance de l'objet institutionnel à se conserver tel qu'il est »¹.

Ces propos, tenus par J Ladsous, vice président du conseil supérieur du travail social, illustre tout à fait l'existence du foyer « La Tant'Arie ».

Aux origines de sa création, le foyer a connu une réelle dynamique qui s'est, au cours de son existence, progressivement atténuée et enfin figée.

Cependant, si cette paralysie a su résister assez longtemps aux forces présentes, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, elle a dû définitivement céder face à l'évolution des besoins de la population accueillie.

Associées à des besoins structurels et organisationnels, ces considérations ont permis que l'établissement s'engage dans une problématique de changement.

¹ In « Le projet au service du changement et de la qualité : de l'institutionnel à l'individuel » Mémoire de S Portail DES 1998-1999

A/ UNE ORIGINE ASSOCIATIVE

Quelles que soient les motivations à l'origine de la création d'un établissement, sa pérennité ne peut être assurée que si l'organe décisionnel est capable d'installer et de fédérer les forces institutionnelles présentes pour les rendre dynamiques. Le management est donc, un axe primordial pour conduire efficacement et stratégiquement un établissement.

1/ La création de l'établissement

Le point de départ de la conception du foyer est une association « loi de 1901 » : « Association d'Aide aux Inadaptés La Tant'Arie ». Celle-ci, sous l'impulsion et la volonté d'une femme, a été fondée par un groupe de connaissances, soucieux des difficultés que rencontraient les familles d'enfants handicapés.

La période économique est favorable. Le monde de l'action sociale est faste. Il est en construction, héritier d'une culture religieuse et caritative. La liberté d'initiative dans ce domaine est assez large, car non encore définie légalement. De plus, la logique d'intégration sociale, définie ultérieurement dans la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, n'apparaît à l'époque que timidement encore.

C'est bien dans une logique de protection contre les agressions de l'environnement et de la société, face aux dénuements des parents d'enfants handicapés mentaux, impulsée par une vocation charitable que l'association crée l'établissement « La Tant'Arie », en octobre 1963. Il sera installé au centre de Mont sous Vaudrey, village du département du Jura, face à la mairie et près de l'école communale. Fait du hasard, aujourd'hui cette situation géographique, serait ressentie comme un véritable atout. Il est à noter, que l'établissement demeurera, tout au long de son existence associative l'unique établissement géré par l'association.

Il est, à son origine, un institut médico-pédagogique (IMP). Il relève, alors, des annexes XXIV du décret du 9 mars 1956. Il assure la prise en charge d'enfants lourdement handicapés mentaux et l'accueil en internat dès l'âge de trois ans.

Fondatrice de l'établissement, propriétaire foncier, la personne à l'origine de l'association installe l'établissement dans ses locaux et devient légitimement la directrice de l'établissement. Le président de l'association est l'un de ses proches.

2/ La directrice : un profil de management particulier

L'histoire de la création de l'établissement démontre la place prédominante qu'occupe la directrice. Elle est à la fois, l'instigatrice, la propriétaire des locaux, mais aussi l'actrice principale au sein de l'établissement. Le président de l'association ne souligne-t-il pas, lors de son départ à la retraite, son dévouement. « Pendant toutes ces années, la vie de Mlle ... est restée étroitement liée à celle de l'établissement. ... je souhaite que le souvenir de Mlle... habite longtemps cette maison qui fut sa vie et son oeuvre ». ² Elle-même rappelle son attachement. « Ce n'est pas sans tristesse que je partirai, mais ma peine sera adoucie puisque Tant' Arie continuera d'exister » ³.

Femme de convictions, d'entreprises et de décisions, sa détermination se ressent dans le management qu'elle impose. Axe central, tout s'articule autour d'elle, rien ne lui échappe, toutes décisions et initiatives, dans les domaines administratifs, soit, mais aussi socio-éducatif, des soins, et la vie personnelle des résidants interviennent sous son influence et sous son unique appréciation. Omniprésente, ces fonctions s'étendent à des domaines pourtant très spécifiques. Point besoin de compétences spécialisées pour assurer une prise en charge optimale, celles de la directrice sont multiples et elle assure un multiprofessionnalisme. Son organisation en témoigne. Son logement personnel est aussi le local de soins qu'elle effectue, bureaux administratifs, lieux d'entretien qu'elle conduit, de réception, etc. Il convient, toutefois de noter, que les métiers du secteur médico-social sont, alors, en émergence et encore peu reconnus.

Pour autant, cet état de fait n'explique pas la conception du management. Cette verticalité, et la rigidité des prises de décisions, cette multifonctionnalité qui conduit à la fois à

² Quotidien « Les Dépêches » du 11 octobre 1996

³ Op.cit.

la confusion des rôles et des fonctions, interrogent et induisent des effets sur les comportements des individus, usagers et personnels.

3/ De la conception de la fonction de directeur à ses effets

L'analyse, qui va être conduite, quant au management de la directrice repose sur deux aspects particuliers qui permettront d'argumenter ma position. L'un concerne l'évolution de la fonction de directeur et l'autre l'étude conduite par E. Enriquez permettant de définir une typologie des organisations.

Qu'est-ce que la fonction de directeur d'établissement ?

Fonction : du latin *functio et fungi* s'acquitter⁴.

Directeur : Du latin *directio*, ligne droite et de *dirigere*, diriger⁵.

La fonction de directeur consiste, donc, à attribuer à une personne, la charge de diriger un établissement et de s'acquitter de cette tâche, c'est-à-dire d'administrer, de conduire les initiatives et de le gérer financièrement et administrativement, « d'en coordonner les opérations et de les conduire pour atteindre l'objectif fixé. »⁶

P. Lefèvre, définit plus précisément la fonction de directeur par l'action de diriger : « Diriger, c'est développer une capacité politique, stratégique et technique fondée sur la légitimité, le charisme et la compétence. »⁷.

Le type de management, choisi par la directrice au sein de l'établissement, se situe à l'intersection des deux conceptions de la fonction de directeur. On retrouve l'action de diriger autour d'un axe droit, en coordonnant les opérations, en maintenant un objectif fixé, le tout fondé sur une légitimité quant à la création de l'établissement « son œuvre » dira le président de l'association, un charisme en ce qui concerne les compétences multiples qu'elle met en oeuvre. Le questionnement demeure entier quant à la capacité politique, stratégique et technique, conception actuelle de la fonction de directeur.

⁴ Dictionnaire encyclopédique « Grand Usuel » Collection In Extensio Edition Larousse

⁵ Op.cit.

⁶ Op.cit.

⁷ « Guide de la fonction de directeur » P. Lefèvre Edition Dunod 1999

La fonction de directeur correspond, alors, à ce que P. Lefèvre appelle « les pionniers et les bâtisseurs, portés par une éthique de conviction »⁸. Ils sont le point de départ, dans le domaine de l'action sociale, de l'évolution de la fonction de directeur, qui selon les périodes et chronologiquement, se répartissent entre les techniciens et experts, les gestionnaires, et les managers d'aujourd'hui, tous portés par une éthique particulière influencée par le monde extérieur.

Ainsi, dans un contexte de protection des risques et des agressions de l'environnement, la directrice, dans sa position de « chef » légitime et charismatique, dotée de valeurs et de représentations exemplaires, a structuré, d'une part, verticalement, les relations humaines au sein de l'établissement, sans se soucier des impacts cachés de cette verticalité ou en les utilisant, et, en les manipulant et, d'autre part, a durablement organisé le fonctionnement en vase clos de l'établissement.

Cette structure d'organisation a été également constatée par E Enriquez⁹. Selon une démarche sociologique et psychosociologique, il observe de nombreuses organisations où il détermine le rôle fondamental joué par la personnalité du directeur dans une structure, conduisant à une organisation relationnelle spécifique. Progressivement, il établit une classification des structures organisationnelles. Il en distingue alors, quatre : charismatique, bureaucratique, technocratique et coopérative. Il définit pour chacune d'entre elles le type de pouvoir, le fondement du pouvoir, le mode de relations humaines, le climat psychologique que cette organisation induit et l'organigramme.

Selon le profil déjà décrit précédemment, l'organisation charismatique apparaît clairement au sein du foyer. Le plein pouvoir est exercé par la directrice, l'étendue de ses compétences est largement reconnue des usagers et des personnels. Un climat de crainte, de contrainte et de soumission règne sous l'effet du respect des premiers critères. De fait, les relations humaines avec les professionnels et avec les résidents reposent sur un affectif prégnant. Il est besoin d'être reconnu par le « chef ». La séduction prédomine. Quant à l'organigramme, il n'existe pas puisque seul la directrice décide et ne délègue pas.

Ce climat a régné au sein de l'établissement pendant plus de trente ans.

Afin d'éviter les remises en cause, la déstabilisation, la perte du bien fondé du pouvoir, alors que les métiers socio-éducatifs avaient prouvé leurs compétences et leur utilité,

⁸ Op.Cit.

le personnel reste très peu qualifié. Aucune formation professionnelle n'est envisagée. Les relations humaines, confinées à l'intérieur de l'établissement se chargent de rivalités et de suspicions.

Pour les usagers, le monde extérieur reste agressif. Il vient interrompre ce pour quoi l'établissement avait été créé. La logique de protection ne supporte pas la nouvelle donne d'insertion sociale. La crainte, pour les familles existe. Elles se remémorent les difficultés qui étaient les leurs, autrefois. Celles-ci seraient accrues. En effet, les handicapés vieillissent et les familles aussi. La prise en charge serait d'autant plus difficile. La création de l'établissement les avait soulagées. Comment alors, ne pas fermer les yeux ? Entre le souhait d'une reconnaissance et la crainte, le choix ne se réfléchit plus. Les lois du 30 juin 1975 relatives pour l'une aux institutions sociales et médico-sociales et pour la seconde aux personnes handicapées sont ressenties comme de véritables atteintes où la règle vient enfreindre la vie communautaire de l'établissement.

B/ LA POPULATION ACCUEILLIE DANS L'ETABLISSEMENT

Créé à l'origine pour accueillir des enfants handicapés, l'établissement replié sur lui-même a, volontairement, occulté les principes qui régissent la vie de l'individu, à savoir le passage de l'enfance à l'âge adulte.

Du fait de l'évolution des sciences et des technologies médicales, l'espérance de vie s'est allongée. Le renouvellement de l'accueil à l'IMP ne s'est plus opéré. L'établissement s'est vu contraint à réorienter ses missions.

1/Des enfants handicapés au mode d'accueil

A son origine IMP, l'établissement est destiné à accueillir des enfants handicapés, qui ne peuvent avoir accès aux établissements de l'éducation nationale. Il en ressort, une mission éducative adaptée aux capacités des enfants.

Il est utile de rappeler que ces enfants à l'époque n'ont que peu de possibilités de prise en charge autre que celle qu'assurent les familles, les hôpitaux psychiatriques, ou les hospices. De plus les familles sont vraiment démunies face au handicap de leurs enfants. La

⁹ E Enriquez « Personnalité et organisation » in « Les organisations du secteur social » ASH étudiants éditions ASH

création de l'établissement est donc la bienvenue et un réel soulagement devant un désarroi certain, d'autant qu'il assure une prise en charge en internat.

Les enfants accueillis sont âgés de plus de trois ans. En théorie, il est possible de les accueillir jusqu'à l'âge de 14 ans, âge obligatoire de la scolarité à l'époque.

Ils sont porteurs de handicaps mentaux lourds, tels les anomalies chromosomiques, l'autisme ou des troubles du comportement et de la personnalité qui tendent vers la schizophrénie à l'âge adulte, nécessitant une prise en charge importante pour l'hygiène corporelle et mentale.

Le mode d'accueil est totalement empirique. L'association a été créée afin de permettre l'existence de l'établissement. Aucune instance administrative, à l'époque, ne décide de l'orientation des enfants handicapés. Là encore, le plein pouvoir de la directrice agit. Elle décide de l'opportunité de l'accueil, d'un enfant handicapé, dans l'établissement.¹⁰

Ainsi stabilisée, la vie de l'établissement suit son cours. Les frontières et les limites sont bien établies et imperméables. Elles protègent contre l'extérieur. L'organisation interne ne supporte aucune entorse. Pour autant, le premier revirement viendra de l'intérieur et du fait des résidants. Les enfants grandissent.

2/ Une mutation des missions du fait de la population accueillie

L'adaptation de l'IMP au cadre légal défini par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a été vécu comme une contrainte et une ingérence. Néanmoins l'adaptation s'est opérée et l'établissement est devenu une institution médico-sociale au sens défini par la loi. Les enfants, nouveaux arrivants, sont désormais orientés par la CDES (commission départementale d'éducation spéciale), mais peu de places sont disponibles.

Par contre, si cette réorientation a su être assumée, le bouleversement le plus important provient de l'intérieur. Les enfants handicapés d'hier sont devenus des adultes handicapés et nécessitent une nouvelle orientation quant à leur prise en charge. C'est une rupture totale qu'il faut gérer, guider et intégrer ; lourdes difficultés en perspective quant aux résidants, au personnel, et à la finalité de l'établissement.

¹⁰ Propos recueillis lors de conversation sur l'histoire de l'établissement

La directrice avait bien pris conscience de cet état de fait. De plus, les politiques sociales, l'environnement économique orienté, alors, vers la rationalisation budgétaire, les demandes des pouvoirs publics et des familles exercent une forte pression sur le devenir des établissements médico-sociaux.

Dans la conception de la prise en charge qui était assurée, avec le poids de l'histoire de l'établissement, de sa création à son existence, la prégnance affective et émotionnelle qui y régnait, il n'était pas envisageable de réorienter les adultes handicapés vers une autre structure médico-sociale adaptée à la prise en charge d'adultes. Ceci, supposait, d'accueillir, en contre partie, d'autres enfants orientés par la CDES, et implicitement interrogeait la légitimité de l'association et du pouvoir de la directrice. Une seule solution restait alors plausible, celle de changer l'agrément par lequel l'établissement était autorisé à fonctionner.

La directrice s'est employée à cette réorientation des missions de son établissement. L'IMP est devenu, en 1982, un foyer d'hébergement, ou de vie, pour adultes handicapés, c'est-à-dire un établissement qui « accueille des personnes dont le handicap grave ne permet pas ou plus l'exercice d'une activité professionnelle en centre d'aide par le travail... Les foyers de vie organisent des activités ludiques et éducatives ainsi qu'une animation sociale... Ils fonctionnent toute l'année en continu et en internat complet. »¹¹

De la compétence de l'Etat à celle du département, les conséquences financières ont bien été assumées, et le transfert s'est bien opéré. La COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) assure l'orientation des personnes adultes handicapées au sein de l'établissement. Il existe toujours peu de possibilités d'accueil de nouveaux résidents.

Le plus délicat reste à envisager. Légalement, l'établissement dispose d'un agrément et d'une autorisation à fonctionner, mais la prise en charge interroge. Les adultes étaient les enfants d'hier. Les professionnels restent les mêmes, peu qualifiés dans un univers fermé et très hiérarchisé. Il n'existe pas de place aux initiatives et surtout pas à la possibilité de repenser la prise en charge en terme de perspectives et d'objectifs différents. La culture institutionnelle est omniprésente. Il est encore courant, à ce jour, d'entendre parler « des

¹¹ « Dictionnaire du handicap » Gérard Zribi et Dominique Poupée-Fontaine Editions ENSP 1997

jeunes » (au sens d'enfants) alors que la moyenne d'âge des résidents du foyer est supérieure à 40 ans.

Le changement s'effectue dans la permanence. Nulle trace de projet de vie individualisé, de citoyenneté.

Les locaux restent en l'état, aménagés pour des enfants. Il est d'ailleurs retrouvé, en 1996, des jeux et du mobilier pour enfants, témoins de la stagnation, de la prise en charge et de son inadéquation.

C/ DES MOTIVATIONS A LA RESTRUCTURATION A LA VOLONTE DEPARTEMENTALE

L'établissement a vécu pendant trente ans dans une inertie importante. Si la prise en charge est toujours inadaptée, il en est de même pour les locaux. Ils demeurent en l'état.

Aucune mise en conformité, aucun aménagement n'ont été réalisés. La sécurité n'est plus assurée.

La direction départementale des services sociaux est sensibilisée à cet état de fait.

1/ Les locaux sont inadaptés aux résidents

Les personnes handicapées qui résident dans le foyer sont porteuses de handicaps mentaux lourds associés à des handicaps moteurs. De plus, le vieillissement de cette population augmente notablement le phénomène de dépendance, afférent au handicap.

La circulation dans les locaux est inadaptée. Aucune facilité ne permet une déambulation pratique. Les bâtiments ont été construits sur plusieurs niveaux et restent, sans aucune commodité d'accès. Un seul escalier étroit existe.

Quant au respect de la dignité de l'individu, il n'était pas d'actualité lors de la construction. Les sanitaires, les salles de bain sont étroits, communs, sans séparation. L'espace individuel n'est pas respecté, plusieurs personnes dorment dans les chambres sans espace privatif concédé.

Tout est organisé sur une base communautaire et dans un esprit de collectivité. Les cuisines sont organisées également selon une conception familiale.

Quant à la sécurité des résidants, elle n'est pas non plus assurée

2/ Les normes de sécurité n'existent pas.

Que ce soit sous l'angle de la sécurité, incendie, de la circulation, des issues de secours, de l'hygiène, les locaux ne disposent d'aucunes mises en conformité aux normes en vigueur.

Les résidants vont et viennent librement dans tous les locaux. Ceux-ci ne disposent pas de détecteurs de fumée ni de portes coupe-feu. Certains locaux où le danger existe (cuisine, lingerie) de façon plus prédominante, ne sont pas équipés de protection, et sont ouverts à la libre circulation. L'hygiène des locaux est encore conçue comme autrefois. La destruction des germes n'est envisagée que par l'eau de javel. Quant à la sécurité sanitaire dans l'élaboration des repas, cette pratique est incompatible avec la conception d'une cuisine familiale.

Enfin, les locaux sont dans une telle vétusté qu'eux-mêmes n'assurent pas la sécurité des résidants et sont source de danger.

3/ La position du département

La direction départementale des services sociaux, autorité compétente pour assurer le contrôle de l'établissement, est bien consciente de la situation dans laquelle se trouve le foyer.

Et lorsqu'en 1993, le président de l'association « La Tant'Arie » rencontre la direction des services sociaux du département et propose son projet de restructuration, celle-ci ne s'oppose pas sur le fond.

Néanmoins, deux problématiques sous-tendaient la démarche à court terme. D'une part, l'établissement dans sa structure actuelle n'était plus fonctionnel pour accueillir des personnes handicapées, mais d'autre part qu'allait-il devenir lors du départ à la retraite de la directrice en 1996, celle-ci désirant faire valoir son patrimoine.

La direction des services sociaux départementaux émet alors des réserves quant à la décision de l'assemblée départementale délibérante sur la vente du foyer à l'Office public

d'aménagement et de construction (OPAC) du Jura. En effet, une enquête relative aux adultes handicapés est alors conduite sur le département pour élaborer le schéma départemental. La direction des services sociaux départementaux soulève également le problème de la cohérence de la politique départementale quant aux personnes handicapées, de leur orientation, de leur prise en charge, des moyens à mettre en oeuvre pour assurer cette cohérence, ainsi que des priorités à déterminer. Elle engage, néanmoins, l'association à poursuivre sa réflexion et à finaliser un projet de réhabilitation en concertation avec l'OPAC.

SECTION 2 D'UN PREMIER PROJET DE REHABILITATION NON ABOUTI A UNE VERITABLE CONCEPTION DE REHABILITATION

De la fin d'une vie à son renouveau

Motivés par les réponses de la direction départementale des services sociaux, le président de l'association et la directrice s'engagent donc dans un projet de restructuration du foyer. Il sera essentiellement orienté sur la prise en compte matérielle de la réhabilitation.

Cependant, la vie suit son cours et un certain nombre d'évènements interfèrent dans le projet de la directrice.

La direction départementale des services sociaux décide alors de la destinée de l'établissement. S'opère, alors, un véritable bouleversement, prémices d'une réelle réhabilitation motivée par le concept de changement.

A/LE PROJET DE REHABILITATION PROPOSE PAR LA DIRECTRICE

La perspective de son départ à la retraite motive affectivement et économiquement la directrice à finaliser le projet de réhabilitation.

Orienté sur l'aspect matériel, elle omet de considérer son projet au regard d'une prise en charge de qualité et d'une analyse systémique, ce qui conditionnent la validation par les autorités départementales.

1/ Le projet matériel.

L'inadaptation des locaux aux normes de sécurité, à la personne handicapée tant du point de vue fonctionnel que de la prise en charge sociale, de leur exigüité pour les résidants et les personnels nécessitent, dans un premier temps, de repenser la restructuration du foyer sur un versant matériel. La directrice du foyer s'engage évidemment dans cette démarche soutenue par le président de l'association. Pour autant, en filigrane, elle ne perd pas de vue son départ à la retraite et la revalorisation de son patrimoine que les services des domaines ont déjà évalué depuis 1992.

Son projet consiste à une réhabilitation sur le site. De prime abord, ceci ne paraît pas incohérent en soi. D'une part, dans une perspective de prise en charge ouverte sur l'extérieur, la situation géographique du foyer au plein du cœur du village est avantageuse. Bien que cet argument soit valorisé par la directrice, cette orientation ne semble pas être celle engagée alors dans la prise en charge effectuée. D'autre part, la logique économique qui gouverne également la démarche corrobore la volonté d'une restructuration de l'immeuble. Pour autant, cette conception ne paraît pas judicieuse.

Si la situation géographique est un atout, le terrain en lui-même ne l'est pas du tout. Il est étroit et se prolonge tout en longueur, son aménagement, en vue d'accueillir dans de bonnes conditions fonctionnelles des résidants handicapés, des professionnels et des familles, semble donc délicat. De plus, la capacité d'accueil du foyer est de trente-quatre résidants, et un projet d'extension à quarante places est envisagé. Une certaine superficie est donc nécessaire afin de prévoir l'implantation des locaux, un espace de vie collectif extérieur et surtout des aménagements d'accès et de circulation des véhicules. La directrice n'avait pas entrevu cet aspect.

La première esquisse de restructuration est donc confiée à l'OPAC du Jura. Celui-ci envisage un réaménagement des locaux existants et leur mise en conformité à la réglementation relative à la sécurité et à l'accès des personnes handicapées.

Les surfaces et les espaces restent toujours aussi peu ambitieux. L'espace de vie individuel est toujours aussi peu délimité et par le fait peu reconnu et respecté. Quant aux espaces collectifs, ils sont également restreints, ne permettant pas de concevoir des activités socio-éducatives efficaces.

Enfin, le logement de fonction n'a pas été oublié et est toujours le lieu d'une interdisciplinarité notoire. Il est donc prévu en conséquence.

Un projet de vie au sein de l'établissement, établi par la directrice accompagne le projet matériel. Il détermine les options qui seront prises au sein du nouvel établissement pour une meilleure prise en charge.

2/ La prise en charge des personnes handicapées reste toujours inadaptée

A la lecture des premiers mots du projet de vie, le lecteur a envie de croire à un changement d'orientation dans la prise en charge. Dynamisme, souplesse, prise en charge de qualité, prévention du vieillissement, intégration sociale, maintien de la communication, entretien des acquis tous ces mots-clés se retrouvent dans les premières pages du projet.

Leur mise en œuvre est bien décevante. Le projet de vie¹² s'organise en deux parties : le projet thérapeutique essentiellement conçu autour des soins et de l'aide, et l'organisation du projet, donc de la mise en place du projet thérapeutique. L'organisation se compose lui-même de deux orientations. D'un part « le vital »¹³ c'est-à-dire l'organisation quotidienne des actes « primaires » de la vie (lever, repas toilettes, soins...) et « les activités occupationnelles », de type travaux manuels, sports et loisirs.

L'orientation collective est encore très prégnante dans cette nouvelle orientation. Les journées sont rythmées de sept heures du matin, heure du lever, à vingt heures, heure de la « veillée ».

Nulle part dans le projet, il est fait mention de la particularité de chacun, des besoins individuels de chaque résidant pour lesquels les professionnels doivent faire preuve d'adaptation et parfois d'originalité. L'accompagnement à l'intégration sociale n'existe pas réellement. L'ouverture sur l'extérieur est caractérisée par les achats réalisés auprès des commerçants, et l'ouverture permanente de la grille pour favoriser la liberté de circulation des résidents, ce qui en terme de responsabilité interroge.

Le projet individualisé n'existe pas, ni oral, comme il est parfois rencontré, et encore moins écrit. Les familles n'ont pas de véritable place dans l'établissement. L'idée est effleurée lorsque le projet de vie mentionne les relations avec les familles. Elles se résument à l'accueil, aux éventuels entretiens et au conseil d'établissement qui n'est pas mis en place.

¹² Document archivé : projet de la « La tant' Arie »

¹³ Op.Cit.

En fait, le changement s'effectue dans la continuité de l'existant quant à la prise en charge, mais dans des locaux rénovés.

Pour parfaire la situation, l'augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement de 6 places, ne nécessite aucun recrutement car une seule réorganisation suffira pour assurer la prise en charge.

Enfin, que deviendront les personnes handicapées résidant pendant les travaux ? Cette interrogation reste en suspens.

3/ La position du Conseil Général

Le projet est porté à la connaissance de la direction départementale des services sociaux. Ce faisant, quelques mois ont passé et l'enquête relative aux personnes handicapées est terminée. Les conclusions sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale délibérante. Celle-ci peut désormais se positionner quant au devenir du foyer de la « Tant'Arie ».

Compte-tenu d'un certain nombre d'éléments qui ont progressivement évolués et compte-tenu du projet proposé, la direction départementale n'est pas favorable à la vente du foyer à l'OPAC du Jura.

B/ UN FAISCEAU DE CIRCONSTANCES IMPULSE UN PROJET DE VERITABLE REHABILITATION

Le départ à la retraite de la directrice du foyer avait été prévu suffisamment à l'avance afin, qu'une issue la plus favorable possible pour le foyer, puisse aboutir. Pour autant, celle-ci a demandé un certain délai et c'est en 1995 que la décision est intervenue.

Elle est la conséquence de la situation personnelle de la directrice et de la volonté du département qui impose sa décision.

1/ Le repli de la Directrice

Dès 1992, la directrice avait envisagé son départ à la retraite. Agée de soixante-cinq ans, elle part définitivement à la fin de l'année 1996. Ces quatre années lui permettent de

s'organiser et d'envisager le transfert de son établissement dans un climat favorable à la négociation.

Sa volonté de valoriser et de récupérer son patrimoine l'avait conduite à envisager une restructuration des locaux sous couvert de la vente de ses biens immobiliers à l'OPAC. Toutefois, la mairie de Mont Sous Vaudrey est également intéressée. Après bien des difficultés, et des garanties exprimées par la direction départementale des services sociaux pour assurer le maintien de l'activité de l'établissement, la directrice accepte l'offre de la commune de Mont sous Vaudrey. Le foyer sera vendu et l'activité y sera maintenue le temps qu'un projet de réhabilitation viable prenne forme, et se réalise.

2/ La volonté du département

Dès 1993, la direction départementale des services sociaux ne s'était pas, sur le fond, opposée à la restructuration du foyer. Sa préoccupation principale était d'assurer une cohérence maximale quant à la prise en charge des adultes handicapés sur le département. Il lui fallait trouver les moyens de mise en œuvre de cette cohérence et donc établir des priorités.

Or, l'enquête qui avait été conduite, relative aux adultes handicapés dans le département du Jura, avait conclu sur le déficit notoire de la capacité d'accueil des adultes handicapés.

En effet, comme dans beaucoup de départements, l'effet de l'amendement Creton se faisait ressentir et paralysait la capacité d'accueil des structures pour enfants. De plus, la géographie du département tout en longueur, avec une région montagneuse, le partageait, quant à la prise en charge institutionnelle en deux parties nord/sud, sièges de deux grands bassins de populations (Dole et Lons le Saunier). Il n'était donc pas judicieux de démunir le bassin dolois, situé dans le nord du département, d'une structure pour adultes handicapés alors qu'un besoin pressant se faisait ressentir. Toutefois, le problème de la cohérence de la prise en charge restait soulevé.

Il semblait alors nécessaire non seulement d'assurer d'une part, l'accueil des adultes handicapés mais surtout d'autre part, de trouver une certaine adéquation entre les différentes formes de prises en charge. Le foyer d'hébergement est souvent une structure que l'on peut qualifier « d'intermédiaire ».

En effet, en théorie, bien que non reconnu juridiquement, le foyer d'hébergement permet d'accueillir des personnes trop lourdement handicapées pour travailler en Centre d'Aide par le Travail (CAT) mais insuffisamment pour être accueillies en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

C'est une véritable opportunité de disposer, dans un bassin de population, de telles structures qui peuvent, si elles s'inscrivent dans un travail en réseau concevoir une prise en charge réellement adaptée à la problématique de chaque individu handicapé.

Enfin, qu'allait-il devenir des adultes handicapés qui avaient grandi au sein de l'établissement, sans rien connaître d'autre, pour qui une réévaluation quant à leurs potentiels, leurs incapacités et leur prise en charge était devenue une nécessité ?

De plus, les familles de ces résidants, quand elles existent encore, bien que vieillissantes, sont souvent dans un périmètre géographique proche. Cette proximité favorise les relations et l'intégration des familles dans les projets institutionnels et individuels, alors que l'éloignement est source à plus ou moins longue échéance « d'abandon de fait ».

L'assemblée départementale délibérante au vu de la situation du foyer a donc pris sa décision en prenant en compte tous ces paramètres.

3/ La solution envisagée par le département

En 1995, et après définition des orientations et rédaction du schéma départemental concernant la prise en charge des adultes handicapés, la décision de l'assemblée départementale délibérante a été publiée.

La réhabilitation et l'extension du foyer de la « Tant'Arie » est inscrite comme une opération prioritaire dans le schéma. Celle-ci consiste à intégrer le foyer de la « Tant Arie » au sein de l'Etablissement Public Educatif et Social (ETAPES) en faveur de la personne handicapée.

Cet établissement concentre à lui seul les critères qui ont déterminé la décision départementale.

Il convient désormais de mettre en œuvre cette intégration qui n'est pas sans poser un certain nombre de difficultés à ETAPES. En effet, il s'agit en terme de symbolique de faire mourir le foyer de « la Tant'Arie » pour que renaisse le foyer d'accueil et d'hébergement spécialisé de Mont sous Vaudrey.

C/ MODALITES DE L'INTEGRATION : DU SECTEUR ASSOCIATIF AU SECTEUR

PUBLIC

La décision de l'assemblée départementale délibérante est intervenue en connaissance de cause. Tous les critères précédemment énumérés ont été des facteurs décisifs.

Pour autant, la situation même d'ETAPES a été également un critère de choix.

Bien entendu, si la direction départementale des services sociaux reste l'organe coordonnateur de cette intégration, les modalités, pour que cette opération réussisse appartiennent aux deux structures protagonistes de l'affaire.

ETAPES, eu égard à la situation du foyer va émettre un certain nombre de conditions pour envisager un véritable projet de réhabilitation.

1/ Présentation succincte d'ETAPES

ETAPES est un établissement public administratif communal. Il a été créé par la commune de Dole en 1982, sur les ruines de l'association départementale « Les papillons blancs ». Depuis 20 ans de mise en situation, de réhabilitation de plusieurs structures et de constructions, sa compétence n'est plus à démontrer. Il est, à ce jour, organisé en trois départements, éducation spéciale, travail protégé, et accueil habitat, articulés autour de plusieurs structures de petite et moyenne importance. Une prise en charge de qualité est assurée de part les multiples compétences qui sont mises en œuvre.

ETAPES n'est pas un établissement replié sur lui-même, il s'ouvre sur le travail en réseau et sur une nouvelle conception de prise en charge externalisée à l'institution par le service à domicile. Cette complémentarité dont il fait preuve lui permet d'attirer non seulement la confiance des familles mais aussi celle des autorités de tutelle.

Enfin, en 1995, l'opportunité est grande de confier la gestion à cet établissement puisqu'il vient d'ouvrir une MAS. Il recueille, donc, une nouvelle fois l'approbation et la confiance de l'autorité départementale.

Toutefois, la tâche n'est pas simple car la situation est délicate. Le deuxième semestre 1995 est marqué par le début d'un travail assidu entre les établissements, coordonné par la direction départementale des services sociaux, pour conclure des modalités de l'intégration du foyer « La Tant'Arie » au sein d'ETAPES.

2/ Les décisions des assemblées délibérantes des 2 institutions

En début d'année 1996, chaque assemblée respective délibère en ce qui la concerne sur la problématique de l'intégration du foyer au sein d'ETAPES.

Le conseil d'administration de l'association la Tant'Arie accepte la reprise de la gestion de l'établissement par ETAPES à la date du 1^{er} janvier 1997, ainsi qu'une mission d'assistance pour l'année 1996, en ce qui concerne le projet de réhabilitation.

L'association sera dissoute à la date du départ à la retraite de la directrice, à savoir au 31 décembre 1996.

Quant à ETAPES, le conseil d'administration délibère et accepte d'intégrer le foyer au sein d'ETAPES.

La fin de l'année 1996 est marquée par l'acte de transfert d'activité. Il comprend d'une part l'intégration du bilan financier de clôture dans le budget d'ETAPES, d'autre part, la reprise de l'ensemble du personnel soit par intégration dans la fonction publique hospitalière, soit par voie contractuelle et enfin le maintien de l'activité médico-sociale et éducative dans les locaux jusqu'à la finalisation du projet de réhabilitation.

Un bail de location est prévu jusqu'à la vente des locaux par la directrice à la mairie de Mont sous Vaudrey.

Les actes administratifs ont reconnu la passation du foyer du secteur associatif au secteur public.

Malgré la difficulté administrative, la réhabilitation du foyer n'en reste pas moins la problématique principale.

La mission d'assistance qu'ETAPES a réalisée tout au long de l'année 1996, lui a permis de considérer et d'analyser la situation du foyer et d'émettre des conditions à la conduite du projet.

3/ Les conditions émises par ETAPES

Tout au long de l'année 1996, ETAPES a conduit sa mission d'assistance auprès de l'association « La Tant'Arie » et de la directrice du foyer pour aider à la conception

d'un projet de réhabilitation. Très vite la direction d'ETAPES a mis en exergue les limites du projet préalablement conçu. Elles concernent dans un premier temps la réhabilitation des locaux, et par la suite le projet de vie des personnes handicapées au sein de l'établissement. Enfin, l'intégration du personnel du foyer est également une lourde charge.

La réhabilitation sur le site n'apportait pas de réels avantages et même plutôt de véritables inconvénients puisqu'il s'agissait d'un réaménagement de l'existant. Quant à prévoir une reconstruction neuve sur le terrain, ceci n'était pas concevable de part la longueur et l'étroitesse du terrain et de part sa superficie. Aucune opportunité ne permettait de concevoir une réhabilitation effective sur le site. De plus, la direction soulève les problèmes de sécurité engendrés par un éventuel réaménagement des locaux. En cas d'incidents, la responsabilité incomberait au propriétaire des locaux (donc la directrice), car ni ETAPES, ni l'OPAC ne sont prêts à en assurer la charge. Il devient donc impératif d'envisager une autre solution au problème.

La direction d'ETAPES s'est donc employée à le résoudre, et au regard des inconvénients relatés, elle s'oriente sur une construction neuve, fonctionnellement adaptée à la prise en charge des adultes handicapés et en cohérence avec l'éthique professionnelle présente au sein d'ETAPES. Elle trouve, au sein du village un terrain dont la superficie est appropriée et dont la situation géographique permet l'intégration sociale des personnes handicapées.

Une construction peut, donc, être envisagée à partir d'une organisation centrée sur la problématique de l'adulte handicapé. De ce fait, le projet financier prévu initialement en 1992, doit être modifié, et la suppression des éléments inutiles (logement de fonction, studios et administration) dans le nouveau projet occasionne une économie qui est profitable à la conception des locaux pour les résidents. La direction départementale des services sociaux est favorable à ce projet matériel. ETAPES s'entoure alors de compétences nécessaires à la poursuite du projet. Il missionne un cabinet conseil spécialisé en ingénierie sociale, pour que le projet aboutisse. Celui-ci prend forme et est conclu en 1999.

Quant au projet de vie, il fallait totalement le repenser. La prise en charge des adultes handicapés, réalisée au sein du foyer était en contradiction avec la conception de la prise en charge réalisée au sein d'ETAPES.

Concomitamment au projet matériel, le projet de vie est reformulé, par le directeur, le chef de service et un groupe de travail de professionnels, dans une éthique

professionnelle de prise en charge prenant en compte à la fois l'individualité de chaque résidant handicapé, la complexité des prises en charge, mais également le respect de la citoyenneté que chaque individu est en droit de réclamer au sein d'un établissement.

Il est centré sur le résidant, associe projet de vie et projet de soins (soins proprement dits, stimulation, prévention, accompagnement) pour le bien-être de la personne. Il envisage le vieillissement de la population accueillie et de ses effets sur le résidant, sur les autres résidants et sur les professionnels. Il est suffisamment souple pour ainsi s'adapter aux problématiques individuelles. La reconnaissance de la citoyenneté des résidants, oriente la conception du projet de vie sur le respect de la dignité, de l'intimité, d'intervention de qualité et vers l'intégration sociale par la vie dans la cité.

Elaborés simultanément, le projet de vie du foyer d'hébergement interagit sur le projet architectural. Il est nécessaire de les articuler pour les rendre cohérents. Le projet architectural s'organise donc, autour de quatre unités de vie de dix résidants, respecte l'espace privatif et permet une prise en charge individuelle et collective dans des locaux de vie adaptés.

Toutefois, les deux projets même bien articulés ne réalisent pas tout à eux seuls. Il reste à inclure la dimension de la compétence professionnelle, qui fait défaut.

La dernière préoccupation concernait la gestion des ressources humaines. L'intégration dans la fonction publique hospitalière du personnel de l'association, régi par la convention de 1966 n'était pas chose simple.

L'acte de transfert d'activité, signé le 31 décembre 1996 convenait dans son article 2, des dispositions concernant l'intégration des personnels. Ainsi, après parution d'un décret en Conseil d'Etat, il était prévu d'intégrer dans la fonction publique hospitalière, les personnels, pour qui la possibilité existait, sans perte salariale, ou de les maintenir en activité sous le statut de contractuel. Cette condition sine qua non, a été et est encore un véritable obstacle à une bonne gestion des ressources humaines.

En effet, hormis la secrétaire, aucun des trente agents en activité, pour vingt-cinq équivalents temps plein (ETP), dans le foyer ne possèdent les diplômes requis pour exercer les fonctions qui leur ont été attribuées dans l'établissement. Ils sont titulaires de certificat d'aptitude professionnelle, certains du brevet des collèges et pour la majorité d'entre eux, ils sont non diplômés. Vingt et un sont employés essentiellement comme auxiliaire de vie, c'est-à-dire essentiellement autour de l'entretien des locaux, du linge et de la restauration, et neuf en tant aide médico-pédagogique ou aide-soignant.

De ce fait, des difficultés ont été rencontrées lors de l'application des modalités d'intégration selon les principes qui régissent la fonction publique. Les agents, non titulaires d'un diplôme, ont donc, été intégrés dans les corps d'agents des services hospitaliers ; ceux, titulaires d'un diplôme, ont été intégrés dans les corps d'ouvriers professionnels. Une reconstitution de carrière a été opérée permettant de prendre en compte la moitié des services accomplis dans le secteur associatif. Pour autant, le maintien du niveau salarial a obligé la direction d'ETAPES à réévaluer certaines carrières. Ainsi, pour certaines situations, l'intégration dans un corps, le grade et la fonction occupée ne correspondent absolument pas. Pour ne pas pénaliser les agents, les situations ont été étudiées favorablement au détriment d'une certaine cohérence de gestion des ressources humaines au sein d'ETAPES. Consciente de cette difficulté, la direction a envisagé et pris les mesures nécessaires à la réduction de ces écarts.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Au vu des conditions de vie existantes, la question de l'opportunité de la réhabilitation du foyer ne se posait pas. Pour autant, le projet de réhabilitation conçu par la directrice, et orienté essentiellement sur le bien-être matériel des personnes handicapées, réduisait le concept de la prise en charge du handicap à sa plus simple expression.

Une réflexion plus approfondie des professionnels du Conseil Général a permis d'envisager la réhabilitation non pas sous le seul aspect matériel, mais également sous l'angle d'une réelle adéquation du handicap et de sa prise en charge et dans une perspective de changement.

Au sein de l'institution médico-sociale, le directeur est l'acteur principal pour impulser la démarche de changement. Pour conduire cette démarche nécessaire au sein du foyer et surtout garantir son succès, il ne peut se dessaisir de la composante essentielle que représente la gestion des ressources humaines. Au sein du foyer, le type de management qu'avait imposé la directrice, avait réduit le personnel à un agent d'exécution. Il appartient désormais au directeur de trouver les moyens de mise en oeuvre d'une nouvelle gestion des ressources humaines pour finaliser cette réhabilitation.

La situation présentée relève d'un véritable défi pour le directeur. En effet, outre le projet matériel, il est de sa responsabilité de mobiliser le personnel pour le rendre véritable acteur du changement. Ainsi la réhabilitation du foyer, tant du point de vue structurel, organisationnel et fonctionnel, pour garantir et assurer les missions qui incombent à l'établissement, sera une réussite.

CHAPITRE II

DES PRINCIPES AUX MODALITES DU **CHANGEMENT**

Soumis, le premier, aux forces et aux contraintes qui muent les principes du changement, le secteur de l'entreprise a, de part son expérience et son analyse, contribué à l'émergence de ce concept dans le secteur social et médico-social.

Il se fonde, sur des principes théoriques, véhiculés par le projet (section I), et par l'accompagnement managérial du personnel, acteur principal de la démarche de changement (section II).

SECTION 1 LE PROJET VECTEUR DU CHANGEMENT

Du concept économique à son immixtion dans le secteur médico-sociale

Fil conducteur, le projet détient en lui les paramètres qui conduisent un établissement ou une institution à enclenché dynamiquement et favorablement la démarche de changement.

A la fois source et objectifs, il s'entoure d'une philosophie particulière et s'active dans le cadre d'un processus global.

A/ PHILOSOPHIE DE LA DEMARCHE DE CHANGEMENT

Quelle que soit leur activité, toute institution s'inscrit dans un système évolutif, dans la durée, dans ses techniques et ses concepts, où l'interactivité de ces composantes conditionnent l'élaboration des politiques institutionnelles.

La connaissance, la compréhension du système, traduite au travers d'un projet, donne du sens à la démarche de changement impulsée, décidée et conduite par le directeur.

Changer pour changer n'a aucun sens. Souvent considéré comme un phénomène de mode, de conformité à une actualité, le changement, caractérisé par sa profonde instabilité, semble être le mal sociétal, du monde en général. Cette vertigineuse ascension de mutabilité handicape beaucoup de personnes qui éprouvent des difficultés à se situer et à se repérer.

1/ Donner du sens au changement

En fait, le changement se manifeste par des modifications structurelles de l'environnement, particulièrement autour de l'entreprise, et notamment dans le domaine sociologique.¹⁴

¹⁴ « Les 100 mots clés du management des hommes » POHANA Editions Dunod 1999

Dans un esprit de rentabilité, les entreprises ont toujours fonctionné selon un modèle idéal supposé du bien, donc de la recherche d'une organisation fonctionnelle et rationnelle.¹⁵ Ainsi du taylorisme définit par « one best way » : une seule façon de faire, orienté par l'objectif essentiel de l'augmentation de la production, du fordisme et de son concept du cercle vertueux « the best way » que caractérise l'intrinsèque relation exponentielle de la production, du profit, des salaires, de la consommation et de la demande. Ces systèmes économiques ont guidé stratégiquement les entreprises jusqu'aux périodes de crises sociale et économique.

Parallèlement, le secteur sanitaire et médico-social suit la même démarche et construit des établissements dans une logique identique à celle qui gouverne le domaine économique, à savoir répondre à une demande explosive de prises en charge des patients et des personnes handicapées. Seul, le concept de rentabilité, au sens de rendement économique, n'existe pas comme tel.

Dans ces systèmes, la considération de l'individu n'a pas de réelle place. Comme le consommateur s'adapte au produit de l'entreprise, l'utilisateur s'adapte à l'institution et la subit, (exemple des heures des repas, du lever et du coucher dans les établissements).

L'un et l'autre de ces secteurs n'ont pas envisagé la potentialité d'une demande divergente à leur modèle de construction. Ils se sont ainsi, eux-mêmes figés, sans pouvoir répondre à une demande en mutation. De fait, les institutions ont exclu le concept d'adaptabilité, c'est-à-dire la possibilité d'offrir une prestation en adéquation à la demande, en appréciant l'évolution de l'environnement, et en mettant en œuvre les moyens nécessaires à cette adaptation.

Le contexte de crises économique et sociale des années 70 permet une réelle prise de conscience de ce phénomène de paralysie des établissements. La pression sociale est forte pour intervenir en faveur des usagers, qu'ils soient reconnus dans leur intégrité et leur globalité d'être humain et non plus à l'image des pathologies ou des déficiences dont ils sont porteurs, et qui sont excluantes. Les établissements sont sévèrement montrés du doigt et interrogent la capacité de la société à prendre en charge les personnes les plus défavorisées. S. de Beauvoir, en 1970, dit « on juge une société au sort qu'elle réserve à ses vieux »¹⁶. Dans le domaine de la déficience, notamment mentale, le concept de handicap, dans le sens

¹⁵ Référence à l'intervention de P. BOULAY ENSP le 05/07/2000

¹⁶ « La vieillesse »

d'inadaptation, apparaît seulement avec les lois de 1975. Sous la pression des familles et des associations, le droit à la différence est revendiqué, dans un combat contre les représentations sociales entretenues jusqu'alors : « débile un jour, débile toujours »¹⁷.

Ainsi, de même que l'analyse économique japonaise (Toyota) est venu placé les exigences du client au cœur de la relation demande/offre, les lois du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées pour l'une et relative aux institutions sociales et médico-sociales pour l'autre, placent l'usager au centre de l'institution. Dès lors, la conception de la prise en charge est inversée ? En effet, l'usager ne s'adapte plus à l'institution, mais au contraire il dispose désormais d'une véritable considération en tant qu'individu et l'institution se voit dans l'obligation de s'adapter à l'usager. De nouvelles logiques d'actions se construisent et s'articulent autour de l'individu dans une analyse systémique, et relationnelle plus ou moins avancée en fonction des acteurs.

Ainsi, l'usager, ici le résidant dans le cadre du foyer, peut-il se prévaloir des principes fondamentaux qui régissent le service public, à savoir l'égalité, la continuité, l'adaptabilité et des droits que lui confèrent la république et la démocratie en particulier le droit au respect de l'individualité. Il en ressort dans le domaine de l'action sociale, que l'individu est en droit d'exiger une prise en charge individualisée unique, en tant qu'individu unique, en adéquation avec ses difficultés et ses déficiences propres, pour lui offrir le maximum de chances d'épanouissement. Il est alors difficile pour une institution de répondre à cette individualité, tant le domaine de la prise en charge se complexifie au regard de la complexité même de l'individu, et de l'étendue des domaines d'intervention (santé, éducation, travail, citoyenneté, politiques...).

D'une logique d'enfermement et d'exclusion, prédominante avant 1975, la volonté d'intégration impose aux institutions de s'ouvrir sur l'extérieur et de s'inscrire dans une dynamique relationnelle partenariale. Cette approche est progressive et prospective. En effet, il est nécessaire de prendre conscience de ce que B. JOUVENEL,¹⁸ appelle les tendances lourdes, ensemble d'idées qui se caractérisent par leur inscription dans la durée et qui dominant le système. Celles-ci peuvent être détrônées par les tendances émergentes, ensemble de variables où l'on croit discerner qu'elles ont des effets sur le présent et sur l'avenir. Il est

¹⁷ formule de Doll in « Construction de soi et handicap mental » G. Zribi, J. Sarfaty Editions ENSP 2000 p 18

¹⁸ id P BOULAY

bien sûr nécessaire d'évaluer le facteur temps, élément primordial pour inscrire durablement l'évolution des concepts.

Depuis les années 75, l'évolution de la prise en charge de la personne handicapée se situe dans cette logique de tendances émergentes où depuis 25 ans l'environnement induit des perspectives de changement dans le concept de la prise en charge, dans une dynamique progressive. L'idée d'intégration de la personne handicapée dans le « milieu ordinaire », c'est-à-dire la promotion de l'individu en tant que tel avec ses capacités et ses incapacités, au sein de la société, ne peut se démunir du principe d'adaptabilité. L'ouverture de l'institution sur son environnement est une nécessité pour assurer une prise en charge individualisée, en adéquation avec la problématique complexe de la personne handicapée. Le principe d'adaptabilité conditionne le changement. Ainsi l'adaptabilité se définit-elle ici, comme structurelle, fonctionnelle et organisationnelle en y insérant la composante humaine, essentielle.

Afin d'assurer la réussite de ce changement, il convient de ne pas le subir mais de le prévoir et de l'initier dans une démarche volontariste. Cette conception du changement, absente au foyer lors de l'intégration au sein d'ETAPES, nécessite néanmoins de réunir les conditions idéales pour s'engager dans cette démarche.

Pour survivre « les institutions ont un besoin d'adaptation permanent aux évolutions de l'environnement sociétal »¹⁹ : pratiques professionnelles et institutionnelles, techniques, architecture, législation, définition des besoins.

Le changement se trouve ainsi au cœur même de l'institution. Pour assurer les missions qui lui incombent, sa remise en cause est constante. Pour autant, la connaissance du contexte environnemental, si elle est une condition nécessaire, n'est pas suffisante.

Selon J.M. Miramon quatre conditions doivent être réunies avant d'engager un processus de changement dans une organisation médico-sociale : ²⁰

« La nécessité du changement : doit être clairement établie et perçue par l'ensemble des acteurs.

Les moyens indispensables : doivent être assurés pour mener à bien le changement.

La sécurité : les perspectives doivent reposer sur des données fiables

¹⁹ Intervention de P.Lefèvre ENSP « Management Projet et stratégie »

²⁰ « Manager le changement dans l'action sociale » J.M.Miramon édition ENSP 1996 p84

La mobilisation : ... le projet doit pouvoir mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs ... pour atteindre les objectifs »

Dans le cadre de la réhabilitation du foyer toutes ces conditions ont été réunies. La nécessité existe en tant que données matérielles quant aux bâtiments, pragmatique et morale quant à la prise en charge des résidants. Les moyens de mise en œuvre ont été acquis lors de la négociation tant pour la construction et son aménagement que pour le personnel. Le projet a été clairement défini et repose sur des données fiables de faisabilité. La sécurité du projet est, ainsi assurée. La présentation de ce projet par la direction auprès des personnels, des résidants et de leurs familles, de l'autorité de contrôle fédère une réelle dynamique et une mobilisation certaine. De plus, les premières actions menées par la direction, en matière de compétences multidisciplinaires répondent à la volonté de rendre le projet interactif et confirment le dynamisme institutionnel.

Toutefois, si pour répondre à la demande environnementale, le changement se situe au cœur du fonctionnement institutionnel, il appartient au directeur de manager le changement, c'est à dire de le décider, de l'impulser, de le conduire et d'en prévoir ses effets.

2/ Le directeur et le changement

« Le directeur doit être auteur et acteur du changement »²¹.

Ces propos définissent clairement la position du directeur dans le cadre du concept de changement. Ce dernier ne peut donc se réaliser, si à la première marche de la hiérarchie institutionnelle, la nécessité du changement n'est pas perçue et acquise et si des paradoxes persistent. Il apparaît donc, primordial, pour le directeur de bien cerner le projet de changement, de bien le définir mais aussi de bien admettre les rôles afférents à son métier, afin que lui-même ne mette pas en péril le projet, mais au contraire qu'il en assure concrètement sa réalisation.

En effet, le métier de directeur se conçoit bien sûr au regard des responsabilités qu'il incombe mais surtout en fonction des attentes et des regards des collaborateurs, des résidants et des différents acteurs avec lesquels il est en relation.

Ainsi P. Lefevre distingue-t-il sept rôles principaux du métier de directeur, à type « de symbolique, de leader, d'entrepreneur, d'observateur, de coordinateur, de

²¹ « Manager le changement dans l'action sociale » J.M.Miramón Editions. ENSP 1996 p 92

négociateur et de décideur »²², que se doit de tenir un directeur. Ces différents points rejoignent la conception de J.M.Miramon, dans le sens où le directeur est l'auteur et l'acteur principal du projet de changement et le précisent. Il est nécessaire pour un directeur, qui veut mener un projet de changement à son terme et en particulier celui du foyer de Mont sous Vaudrey, de concevoir ces rôles et de disposer de ces compétences. Elles interviennent concomitamment, au fur et à mesure du processus d'avancement du projet, pour aboutir à la décision finale prise par le directeur.

Résultante des phases d'observations, de négociations et de coordinations, la mobilisation et la motivation des acteurs demeurent néanmoins une donnée indispensable à la concrétisation de la décision. Elle se situe au point de rencontre des principes de réalisme (bon-sens), d'idéalisme (meilleure représentation) et de réfutabilité (risque) pour lui conférer la souplesse et l'adaptabilité nécessaire quant à sa mise en œuvre face à d'éventuels aléas.

De la conception à la réalisation, à chaque étape du projet de réhabilitation du foyer de Mont sous Vaudrey, la décision du directeur est intervenue en phase finale. Elle s'est fondée sur la négociation, l'écoute des besoins des résidents et des personnels.

Pour autant, si le processus de décision est bien établi au sein de la démarche engagée, il reste au directeur à piloter le projet de réhabilitation et donc de le maîtriser technologiquement, stratégiquement et pratiquement.

S'inscrire dans la démarche de changement ne se décrète pas. Sur la base de l'étude d'un projet défini par des tenants et des aboutissants, elle se prépare, s'analyse au regard des besoins des résidents, des personnels, et environnementaux en associant au centre de la démarche le facteur temps, élément essentiel à apprécier. Le changement induit des bouleversements et des remises en cause. Leurs bonnes intégrations seront les charnières des multiples phases à enclencher qui conduiront à la réalisation effective du projet.

La maîtrise du temps suppose, donc, de la part du directeur, une vigilance toute particulière. La réhabilitation doit donc se conduire pas à pas sans occasionner de rupture brutale mais dans un processus d'évolution et de maturation de la réflexion. La juste

²² « Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social » Editions Dunod 1999

appréciation de la durée est un élément complexe, et fait appel au bon sens et au ressenti personnel.

Dans le cas du foyer de Mont sous Vaudrey, le pas à pas est une nécessité pour ne pas brusquer, ni se heurter à de trop virulentes oppositions ou revendications des acteurs. Toutefois, une durée excessive de réflexion et de négociation conduirait inexorablement le projet à sa perte dans un enlisement, une noyade et une démotivation encore plus difficile à gérer par le directeur.

L'année 1996 a été pour le foyer de Mont sous Vaudrey et le directeur cette phase d'appréciation pour lancer progressivement des orientations et permettre qu'elles s'inscrivent au sein du projet, mais aussi qu'elles soient assimilées par les personnels et les résidents.

A ce jour, si technologiquement la réhabilitation matérielle est bien avancée de part l'expérience de directeur et des compétences dont il a su s'entourer, elle n'est pas encore terminée du point de vue structurel. Le projet matériel est finalisé. Les plans sont terminés et ont été validés par le personnel, et les résidents. Le financement est accordé. Le conseil d'administration a entériné le projet de réhabilitation ainsi que la convention liant ETAPES et l'OPAC du Jura maître d'ouvrage du projet. Le 19 janvier 2000, marque le début des travaux. Le 25 janvier 2000, date de la réalisation de la première fondation, symbolise pour les personnels et les résidents l'aboutissement d'un projet qui a eu beaucoup de mal à naître. Les travaux vont durer dix-huit mois. Si cette étape concrétise un rêve, tant espéré, le projet de réhabilitation n'est pas encore terminé.

Il consiste, encore, à mener stratégiquement des opérations d'aménagement des locaux, des extérieurs, de réorganisation de la vie collective et individuelle des résidents, d'une équipe pluridisciplinaire et du travail autour et en cohérence avec un projet d'établissement en phase d'élaboration.

La position même du directeur conditionne l'orientation stratégique et pratique du projet de réhabilitation. Selon les différents registres d'intervention, le directeur dispose de plusieurs modalités pour impulser la démarche de changement, qu'il utilisera en fonction de l'analyse des enjeux et des objectifs fixés.

J.M.Miramon définit trois modalités de changement : « imposé, participatif, et négocié »²³. Chacune d'entre elles se conçoit en fonction du degré de pouvoir à insérer dans le processus de changement et de sa répartition entre tous les collaborateurs.

Ainsi, le changement imposé, comme son nom l'indique n'accepte pas le partage du pouvoir. Il se rapproche du management autoritaire qui ne laisse aucune place à la négociation. S'il présente des avantages de rapidité, d'économie, les inconvénients notoires de dépendance, de stress, de passivité et de rébellion pour le personnel l'écarte dans le cas de la réhabilitation du foyer de Mont sous Vaudrey, puisque que déjà expérimenté et ayant occasionné des effets néfastes.

Selon que le changement permet un équilibre des pouvoirs avec une réelle collaboration des acteurs pour conduire à la réalisation des objectifs fixés ou bien que son partage puisse s'envisager en fonction de compétences spécifiques, le directeur choisit ou le changement participatif ou négocié.

Chacune de ces deux dernières modalités présente des avantages et des inconvénients qui devront être appréciés par le directeur. En effet, si la reconnaissance, la considération de l'individu et de ses compétences, le partage des responsabilités, l'initiative la participation sont de véritables atouts pour conduire la démarche de changement, ils s'associent en contre-partie aux risques de conflits, d'instabilité, de lenteur dans l'exécution, d'inflation des coûts et à la perte des objectifs. Ces derniers ne doivent pas être occultés, mais au contraire, sérieusement considérés par le directeur pour que le choix intervienne en toute connaissance, et qu'il corresponde au domaine d'intervention.

L'analyse des mutations environnementales, l'acceptation du principe de mutabilité, associée à la réunion des conditions du changement, donne du sens à la démarche.

Au sommet, de la pyramide institutionnelle, le directeur détient les clés de la réussite. Il lui convient d'envisager la démarche dans son ensemble pour obtenir un tout cohérent.

B/ LE CHANGEMENT : UN PROCESSUS GLOBAL

Les nécessaires adaptation et évolution des composantes de l'action sociale aux besoins environnementaux définissent le concept de changement. Leur mise en connexion suscite de concevoir la démarche dans sa globalité. Elle se décline au sein de l'établissement

²³« Manager le changement dans l'action sociale » Editions ENSP 1996

par l'articulation souple d'éléments pour obtenir un tout cohérent. C'est ce que J.M.Miramón appelle « le processus global »²⁴ car « tout changement passe par ses acteurs »²⁵. Le changement intervient dans différents domaines, au niveau des structures, des hommes et des techniques. Les actions sont plus ou moins intenses en fonction de la situation à régler et leur durée est variable dans le temps.

1/ Le changement et les structures

Ce domaine sera explicité autour de trois actions principales menées au sein du foyer de Mont sous Vaudrey. Elles concernent la construction, la redéfinition de la sphère professionnelle et de la communication. J.M.Miramón analyse également dans ce domaine d'intervention l'organisation du travail et le style de management. De part leur importance ces deux éléments font l'objet de développements particuliers.

Eu égard à la vétusté des locaux et de ses conséquences sur la vie des résidents et des professionnels, la première priorité a été de se concentrer sur le projet de reconstruction. Le projet architectural travaillé par la direction, en concertation avec les personnels et les résidents, en association avec le cabinet conseil est fondé sur une éthique professionnelle prédominée par le respect permanent de la personne handicapée. Il en ressort une valorisation de l'organisation spatiale des bâtiments qui accorde un réel espace privatif aux adultes handicapés en fonction de leurs désirs, du respect de leur dignité et de leur intimité. Aussi, des espaces collectifs (par unité de vie), communautaires (tous ensemble) et occupationnels ont été créés. L'aménagement des espaces et des aires extérieurs est conçu avec la même philosophie, à l'image de l'organisation architecturale intérieure. Toute la conception de ces locaux a été animée par la logique de fonctionnalité inhérente à l'utilisation par les personnes handicapées et dans le respect des normes en vigueur afin d'assurer une sécurité optimale. Une attention particulière a été portée au respect des normes d'accessibilité, mais aussi aux multiples détails qui, à long terme, parasitent et empêchent une déambulation facile des adultes handicapés vieillissants, (exemple des seuils des portes-fenêtres quelque peu surélevés, ou de l'ascenseur insuffisamment spacieux.) Pour autant, dans l'esprit, le maintien des acquis n'a pas été perdu de vue, et l'aménagement des locaux permet la stimulation motrice et fonctionnelle des personnes handicapées, (escaliers dotés de marches basses).

²⁴ « Manager le changement dans l'action sociale » Editions ENSP 1996

²⁵ « Manager le changement dans l'action sociale » Editions ENSP 1996

Sur un site agréable, il se dégage de cette conception architecturale une certaine quiétude, un équilibre voulu et établis par la direction d'ETAPES lors du projet de réhabilitation. Les aspects esthétiques, de clarté, de confort associé à la sécurité n'ont pas été omis. Le cadre de vie agréable et fonctionnel assure, ainsi, l'intégration sociale de la personne handicapée en favorisant les échanges et les rencontres tout en préservant l'intimité et l'autonomie.

Du point de vue professionnel, un grand bouleversement devait s'opérer et s'inscrire dans la réorientation nécessaire. Aussi, le pas à pas et la progressivité dans l'action sont d'actualité. A ce jour, de nombreuses avancées sont réalisées, mais le chemin est encore long, et certains concepts ne sont pas encore acquis par les personnels.

Il a fallu, pour le directeur, redéfinir administrativement la sphère professionnelle. Du secteur associatif donc du secteur privé, le foyer est passé dans le secteur public ce qui implique d'explicitier certains fonctionnements et certaines règles souvent perçues comme trop rigides mais qui pourtant assurent une certaine sécurité à la fois pour les résidents et les professionnels. Le simple fait de l'accueil de la population suffisait à justifier la mission de service public qui incombait au foyer. L'arrivée de la notion de service public élargit la notion de mission et se définit beaucoup plus précisément. Elle se caractérise par les principes fondamentaux du droit, qui la gouvernent. L'égalité des citoyens devant le service public, le respect de ses droits même pour une personne handicapée, la continuité du service public, c'est-à-dire une prise en charge de qualité de jour comme de nuit et le week-end, l'adaptabilité en fonction de chacun sont autant d'exigences qu'il a fallu admettre et intégrer.

Pour les personnels, eux-même, il leur a fallu admettre qu'ils devenaient agent de la fonction publique hospitalière. Au-delà des préjugés, l'appréhension des droits et obligations des fonctionnaires est difficile. Se repositionner dans une organisation légale des titres I et IV de la fonction publique est perçu défavorablement. Beaucoup d'entre eux n'envisagent que les contraintes inhérentes à la situation de fonctionnaire. Dans la majorité des cas, leur situation professionnelle et personnelle ne leur permet plus d'envisager une carrière dans le fonctionnariat. De plus, ils ne pourront pas bénéficier des avantages que confère la situation de fonctionnaire en matière de retraite puisque eux-mêmes sont proches de la retraite. Enfin, certains avantages et possibilités qui se concevaient dans le secteur privé ne sont absolument plus à l'ordre du jour ; ainsi des négociations salariales concernant les augmentations ou des éventuelles primes qui sont réglementées par les statuts particuliers de

chaque corps. Dans ce domaine, ces derniers ne laissent pas de place à l'affectif, ce à quoi étaient habitués les personnels précédemment.

Ainsi, au-delà des détriments occasionnés lors de la première année d'intégration dans le secteur public (problèmes des congés payés encadrés par l'année civile dans le service public et différemment dans le secteur privé, des salaires équivalents sur la base du salaire brut et non du salaire net), le personnel doit apprendre une autre culture professionnelle. Il perd, donc, ces anciens points de repères et se trouve confronté à une mouvance d'incertitudes et à l'appréhension de règles jusqu'alors inconnues et ignorées.

Celles-ci s'acquièrent progressivement, au gré des situations qui se présentent. Toutefois, la nostalgie du passé perdure, où la soumission était de mise, et d'une situation bien plus confortable. Le rôle du directeur est alors essentiel dans ce domaine. Il faut expliquer, expliciter, argumenter et rassurer à tout instant, et impulser les initiatives en levant le spectre du contrôle malveillant présent encore dans les esprits. Le directeur doit alors développer des capacités d'adaptation, d'ouverture d'esprit, de patience de diplomatie et se rendre disponible pour saisir toutes les opportunités propices à l'intégration et à la compréhension de ces nouvelles normes et méthodes de travail. Tel a été le cas du problème soulevé par le secret professionnel lors d'une réunion de service sur le projet d'établissement, alors qu'il n'était pas à l'ordre du jour. Les prises de conscience sont alors importantes et suscitent des interrogations quant à la pratique professionnelle quotidienne, ou des recherches et des approfondissements de la question ou parfois des réticences voire des freins. La considération et la reconnaissance du personnel, l'appel à ses compétences, à son bon sens et à son intelligence favorisent la négociation et déverrouillent les objections qui ont été formulées.

En fait, au-delà du repositionnement de la sphère professionnelle, c'est l'élaboration d'une culture du sentiment d'appartenance à une nouvelle communauté qui se dessine en filigrane en définissant des objectifs communs, en insérant la volonté de chacun dans un climat de confiance réciproque. De part son fonctionnement social et intellectuel, l'individu éprouve le besoin d'appartenir à un groupe reconnu.

L'enjeu est conséquent. De la satisfaction de ce besoin, de sa bonne harmonie, de sa cohésion, de son orientation et de la réalisation d'objectifs communs découlent une ambiance, une qualité de vie et des prestations de qualité en cohérence et en parfaite adéquation avec les attentes des adultes handicapés et de tous les acteurs environnementaux.

Il est de la responsabilité du directeur de favoriser et de cultiver ce sentiment d'appartenance afin que celui-ci apporte ses fruits. A mon sens, seule la construction d'un réseau de communication efficace permettra de rétablir la confiance nécessaire à la satisfaction de ce besoin d'appartenance.

Le réseau de communication est souvent confondu avec la circulation de l'information. Pour cette dernière, la technicité d'aujourd'hui offre de multiples moyens à la disposition du directeur. A lui de choisir celui ou ceux qui lui semblent les plus opportuns et adéquats pour que l'information soit répandue le plus objectivement possible mais de façon percutante. « Trop d'info, tue l'info ». Cet adage largement diffusé lors d'une campagne publicitaire est également valable au sein de n'importe quel établissement. En effet, il ne suffit pas de faire circuler l'information. Il convient de définir quelle information où et quand elle doit circuler et les personnes concernées. Dans ce cas, seul le directeur détient le pouvoir de décision. Il joue alors le rôle de « filtrage », non pour cacher ou taire, mais au contraire pour éviter que l'information soit pervertie, déformée, transformée et que sa juste valeur soit conservée. La circulation de l'information est un des aspects du réseau de communication. Celui-ci s'entend et s'articule autour de deux axes. L'un est centré sur l'institution en interne et l'autre est tourné vers l'extérieur.

En interne, outre les notes, les affichages et les rapports qui sont à la disposition de tous, c'est une communication fondée sur les échanges qui participera à l'émergence du sentiment d'appartenance. C'est en prenant en considération les difficultés que rencontrent les personnels par la présence du directeur, en instituant des lieux de paroles ouverts à tous que, petit à petit, le réseau de communication se construit. Au foyer de Mont sous Vaudrey, l'organisation de réunion de service par quinzaine, en présence du directeur ont favorisé les échanges. Ainsi, l'ensemble des personnels se sent concerné par la vie de son établissement. Le directeur est là pour éclairer, pour expliquer les nouvelles orientations et pour impulser leurs mises en œuvre. Les personnels participent tous à leur manière à ses réunions et partagent leurs idées, leurs angoisses et leurs persuasions dans le cadre de définition d'objectifs communs de vie dans et à l'extérieur de l'institution. Ils se projettent ainsi plus volontiers, dans une perspective d'avenir où la place de leur établissement, de part son activité spécifique, est essentielle au sein d'un environnement complexe. Cette ouverture renforce l'émergence d'une culture institutionnelle, pour le cas celles du foyer et d'ETAPES, marquée par une identité

propre, unique et fédère de ce fait des comportements dynamiques et innovants. A titre d'exemple, quelques professionnels dans le cadre d'activités ouvertes sur l'extérieur avec les résidants, rédigent mensuellement un petit journal sur l'état d'avancement du projet de réhabilitation. « Du côté de la Cuisance » est largement diffusé au sein du foyer, bien sûr, mais également d'ETAPES, et des familles. Il s'accompagne d'un petit dossier informatif à thème, qui concerne le village.

Acquérir, pour un professionnel, ce sentiment d'appartenance à une institution dans laquelle il se sent considéré, reconnu, où il occupe une véritable place dans le rouage institutionnel lui permet de refléter à l'extérieur l'image que lui-même se fait de son établissement et de son ressenti. Et qui mieux qu'un professionnel peut se faire l'ambassadeur du lieu où il travaille expliquer et défendre ce qu'il fait au quotidien. « L'enjeu en vaut la chandelle », puisque même s'il déforme beaucoup les données, « le bouche à oreille » reste dans notre société et encore plus en milieu rural un réel vecteur de communication

Partager avec l'extérieur, une culture institutionnelle, professionnelle contribue à élargir le champ d'intervention de la communication. L'ouverture d'esprit qui en découle, favorise les relations humaines et la construction d'échanges favorables à la fois pour les professionnels et les résidants. C'est alors que se trame, les prémices d'un travail en réseau.

2/ Le changement et le personnel

La situation dans laquelle se trouvait le foyer de Mont sous Vaudrey n'offrait que peu d'alternatives au personnel. Le changement bien qu'entrevu depuis plusieurs années, inéluctable au départ à la retraite de la directrice est intervenu comme un couperet au niveau du personnel. Imposé, le changement ne laissait apparaître que deux choix possibles pour le personnel : partir ou rester. Dans un contexte économique défavorable, au regard de leurs qualifications tous les personnels sont restés.

Dans un premier temps, le comportement a été de résister, attitude rationnelle de l'individu face aux incertitudes et aux interrogations. Dans un deuxième temps, sous l'influence de la direction, la confiance s'est installée, et le comportement est passé de la passivité à une attitude plus active.

Pour le personnel, 1996 et 1997 ont été des années de toutes les incertitudes et interrogations. Habitué à la soumission et à l'exécution, il leur a été demandé, certes progressivement, de changer d'attitude et de devenir de véritables professionnels de l'action

sociale. Or, ce qu'on leur avait demandé jusqu'à présent était d'assurer les moyens d'existence des résidents du foyer, et non d'aller au-delà. Cette position de repli, bien que peu agréable et source de conflits, s'avérait en fait une situation professionnelle confortable, car les questionnements n'avaient pas leur place. Il suffisait d'exécuter. Concevoir une véritable prise en charge digne de ce nom, n'était pas, de prime abord, la conception en vogue au foyer. De plus, elle faisait appel à la remise en cause personnelle du travail quotidien, et aux qualifications que ces personnels ne possédaient pas. Enfin, depuis plus de trente ans, le travail avait été conçu de cette façon, et les freins consistaient à se replier derrière la permanence et à prévaloir les effets négatifs des nouvelles orientations à type de pertes de repères pour les résidents, et de bouleversements néfastes.

Le travail de la direction a été, alors, de repositionner les choses clairement, d'expliquer, et de promouvoir avec diplomatie un réel professionnalisme.

La première étape a consisté à rassurer le personnel. Tout d'abord économiquement. Les règles établies lors du transfert d'activité garantissaient aux personnels le maintien de leur niveau salarial.

La deuxième étape était de garantir les postes de travail. Aucun personnel ne serait déplacé. Ceux qui travaillaient auprès des personnes handicapées y restaient, et pour ceux qui désiraient travailler au plus près des résidents, une solution était envisagée.

La troisième étape était plus délicate, mais représentait la contre-partie du maintien d'un niveau salarial. Il a été demandé au personnel dont la qualification ne correspondait pas à la fonction de s'inscrire aux différentes formations qualificatives. C'est alors que le mot « promouvoir » a pris tout son sens et sa dimension dans la démarche de changement. Le dictionnaire encyclopédique en donne la définition suivante : du latin « *promovere* », promouvoir consiste « à préconiser quelque chose en essayant de le faire adopter, d'en favoriser le développement »²⁶.

Pour le directeur, il s'agissait donc, de démontrer que chacun des personnels possédait des capacités à assurer une prise en charge de qualité. Il fallait, donc, mettre en valeur à la fois la place des personnels dans l'établissement mais également la place de l'établissement au sein d'ETAPES et de son environnement. C'est bien la question de l'intérêt qui se posait, alors. Pour les professionnels, l'intérêt est d'abord d'ordre financier et ceci se comprend, mais il est aussi de l'ordre des savoirs, des savoir-faire, et des savoir-être. Il en

²⁶ Dictionnaire encyclopédique « Grand Usuel » Collection In Extensio Edition Larousse

ressort une meilleure qualité de prestations, et pour les professionnels une meilleure compréhension de leur univers quotidien de travail, des actes réalisés, et des prises d'initiative et de responsabilité. En fait tout ce qui n'était pas envisageable auparavant.

Ni le budget de la formation professionnelle, ni l'organisation matérielle du foyer ne permettaient d'offrir à tous, la première année, une possibilité de qualification. Un plan de formation pluriannuel sur cinq ans a été établi. Les personnels les plus avertis et qui avaient intégré l'enjeu de cette qualification dans une perspective de carrière professionnelle si courte soit elle dans le fonctionnariat, ont enclenché facilement la démarche et se sont inscrits les premiers. Ceux qui n'étaient pas encore convaincus, et encore réticents se sont laissés persuader au retour des premiers. De plus la meilleure connaissance de l'institution ETAPES a favorisé cette persuasion. Très vite, ETAPES a offert de part sa multiplicité, des opportunités de mobilité. La barrière du manque de qualification devait alors disparaître. De plus, ETAPES dispose d'un réseau d'informations conséquent. Un service de documentation ouvert à tous, disponible a élargi la connaissance du champ d'intervention du monde du handicap, et a favorisé la curiosité et la prise de conscience qu'une prise en charge de qualité allait au-delà de la garantie de la subsistance « primaire ».

Pour le directeur, convaincu de son utilité et de son intérêt, soutenu par les autorités départementales, promouvoir ce professionnalisme et la multidisciplinarité a été un défi compliqué. A ce jour, il a été favorablement contré, dans un contexte budgétaire rationalisé, où l'explosion des dépenses de personnel incite à la prudence.

La prise en charge se conçoit, maintenant, avec une certaine éthique professionnelle, où le respect est une priorité et l'ouverture sur la vie sociale, en particulier au sein de la commune de Mont sous Vaudrey est devenue une réalité. Le regard sur la personne handicapé a complètement été bouleversé et s'est désormais orienté sur l'épanouissement de l'individu en fonction de ses désirs et de ses envies. L'achèvement du nouveau bâtiment va parfaire ce nouveau regard.

L'apport de nouveaux savoirs et savoir-faire a impulsé auprès de l'équipe de nouveaux comportements bienfaisants auprès des résidents. La conception du management, dans des rapports non plus de forces, ni d'assise du pouvoir et de l'autorité, mais dans une logique de rétablissement de la confiance, conforte et complète ces actions pour une meilleure qualité de vie des résidents et des professionnels.

Pour cela, et en complément, il a été également nécessaire d'inclure dans le projet, de nouvelles techniques de travail.

3/ Les Techniques

Outre, les structures, les qualifications, le changement passe également par les techniques. Elles s'entendent dans le sens de la considération du statut de la personne handicapée, des équipements, et des méthodes de travail, pour améliorer la prise en charge.

La première priorité, dans le cas du foyer de Mont sous Vaudrey a été de concevoir le statut d'adulte handicapé. Un adulte handicapé n'est pas un enfant majeur handicapé. Ceci a impliqué, pour la population accueillie, de remettre de l'ordre dans les situations administratives personnelles des résidents et de formuler réglementairement et concrètement les curatelles. Dès lors, il a été possible d'envisager, pour les résidents une approche matérielle de la qualité de vie. Les résidents qui le désirent, et qui disposent de la possibilité sont propriétaires de leur mobilier. Inscrire cette possibilité dans des locaux vétustes est difficile, mais non insurmontable. Dans le respect de vie collective, et d'autrui, chacun d'entre eux a pu acquérir, du mobilier et du matériel hi-fi...

Du point de vue collectif, les sanitaires et les salles de bain ont été fermés assurant ainsi le respect de l'intimité de chacun. Les espaces collectifs, les ateliers ont été rafraîchis et équipés de matériel pour adultes. Les équipements pour enfants ont été supprimés.

Dans la conception du travail, les familles ont une place beaucoup plus large. Elles sont averties et renseignées de ce qui se passe pour le membre de leur famille, au sein du foyer. Concevoir le statut d'adulte, c'est admettre l'idée d'avertir et non plus de demander la permission. C'est considérer que l'adulte handicapé peut lui aussi désirer et savoir ce qui lui plaît, ne plus décider à sa place dans un raisonnement de connaissance « de ce qui est bon pour lui », dans un fonctionnement professionnel unilatéral « dans une attitude personnelle et professionnelle de toute puissance »²⁷.

Cette démarche est compliquée, difficile à acquérir. Elle est aux antipodes de ce qui était réalisé auparavant, et réclame de la part des professionnels des capacités relationnelles de compréhension au-delà de la parole. Il lui appartient de susciter l'envie et d'accompagner à sa satisfaction, en gérant ses réactions affectives et passionnelles dans un souci d'acceptation de la personne handicapée et en évaluant ses capacités pour donner tout son sens à la prise en charge.

²⁷ « Construction de soi et handicap mental » G. Zribi, J.Sarfaty Editions ENSP 2000 p151

Cette conception de prise en charge de qualité, s'accompagne d'une ouverture sur l'extérieur afin de rétablir le lien social nécessaire à l'intégration. A Mont sous Vaudrey, les habitants connaissent l'existence du foyer et de la population qui y est accueillie. C'est par une démarche d'ouverture, que les fantasmes et les préjugés ont été anéantis. Aujourd'hui, les citoyens de la commune montrent une certaine responsabilité lors d'incident ou de faits qui paraissent « anormaux », témoin de l'intégration du foyer dans la commune. Grâce à des initiatives du foyer, des échanges ont pu se faire et les résidants sont parfaitement intégrés dans le village et ne sont plus montrés du doigt.

Parler d'une prise en charge de qualité, implique que la personne handicapée soit acteur de sa propre vie. Il en ressort une individualisation de la prise en charge et une nouvelle orientation, mais également une considération collective de la prise en charge. Le conseil d'établissement n'existait pas au foyer. Le directeur s'est donc afférent à le créer, afin qu'il soit le lieu d'expression des familles et des résidants.

Enfin, ouvrir le domaine de la prise en charge s'entend dans le sens de l'extériorisation mais également à l'intérieur de l'établissement. Au foyer, il a fallu réorganiser les méthodes de travail, recadrer les fonctions de chacun, créer une équipe pluridisciplinaire et l'organiser pour que chacun trouve sa place et de l'intérêt dans un esprit de continuité de service public, mais également de souplesse. En effet, celle-ci favorise l'expression des initiatives. Les compétences des personnels ne sont pas uniquement professionnelles. La souplesse suscite et favorise l'expression des passions et participe à l'ouverture de la prise en charge dans une démarche innovante et originale.

Bien qu'il réponde aux mutations systémiques, le concept du changement se caractérise par une prise en charge de qualité qui reste donc l'objectif principal.

« Processus global qui passe par tous ses acteurs », ces derniers ne peuvent conduire, seuls, sans coordination, une démarche cohérente. Impulser et coordonner appartient au directeur. Il initie la démarche du changement au travers d'un projet et l'accompagne dans sa réalisation.

La gestion pratique des ressources humaines, en dehors de ses fonctions, réclame à elle seule un accompagnement particulier, pour rendre les personnels acteurs du changement.

SECTION 2 ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DANS LA DEMARCHE DU CHANGEMENT

Du diagnostic au positionnement du directeur

La stratégie d'accompagnement du personnel est, pour le directeur, un enjeu primordial dans la démarche de changement. Elle consiste en l'élaboration d'un diagnostic sûr, résultat d'une analyse quantitative et qualitative. Conséquences de ce diagnostic : le directeur doit se positionner clairement quant aux objectifs qu'il se donne pour adapter des solutions. Quant à son management, c'est-à-dire sa manière de faire, s'il veut installer un climat de confiance, sensibiliser et motiver, le personnel doit pouvoir compter sur lui, comprendre ses décisions, en apprécier les effets positifs pour enfin, adhérer au projet.

A/ LE DIAGNOSTIC

Il porte sur deux constats. D'une part l'aspect quantitatif et qualitatif proprement dit du personnel, et d'autre part la situation psychologique dans laquelle se trouve le personnel.

1/ L'analyse de la situation du personnel

Lors de la reprise du foyer par ETAPES, à l'exclusion des domaines administratif, logistique, et technique, le foyer de Mont sous Vaudrey est sous-doté en personnel d'encadrement de la personne handicapée. Les statistiques départementales²⁸ montrent une moyenne d'encadrement de 0.84 % alors que le constat au niveau du foyer fait apparaître un taux d'encadrement à 0.40 %, donc bien inférieur. La conception de la prise en charge, qui était précédemment assurée, corroborait ce sous-effectif. De fait, le budget du personnel n'augmentait qu'en fonction de la prise en compte de l'ancienneté.

Toutefois, cette donnée devient conséquente. La pyramide des âges fait apparaître un vieillissement accru des personnels. En effet, 20 % des personnels sont susceptibles de faire valoir leur droit à la retraite dans les trois années à venir, 45 % dans les six années.

Les qualifications dans le domaine de la prise en charge sont défailiantes, même si les personnels font preuve de bienveillance et d'attention.

²⁸ Les statistiques nationales n'existent pas pour les foyers d'hébergement

Le reclassement des personnels dans les corps de métiers de la fonction publique hospitalière à salaire équivalent a des incidences sur la carrière de certains agents. Pour deux d'entre eux, leur niveau salarial a obligé leur reclassement dans des corps qui ne correspondent pas à leur fonction ; ainsi de la secrétaire reclassée dans le corps d'adjoint des cadres hospitaliers, et d'un travailleur social reclassé dans le corps de moniteur d'atelier. De plus, ils ont été placés au dernier échelon de leur grille indiciaire, paralysant ainsi toutes perspectives d'avancement, alors qu'une dizaine d'années de travail se profilent encore devant eux.

D'autre part, l'impact de l'intégration de ces personnels, se ressent sur la cohérence de la politique de gestion des ressources humaines d'ETAPES. Alors, qu'elle s'oriente vers une prestation de qualité promue par les qualifications et les compétences, les écarts provoqués par l'intégration des personnels du foyer, interrogent beaucoup les autres personnels d'ETAPES eu égard aux rémunérations à travail équivalent.

Enfin, la situation psychologique des personnels soulève un réel problème. Le cumul de l'âge, le défaut de qualifications, l'intensité du travail auprès des personnes handicapées, le manque d'effectif, les conséquences du management, ont déstabilisé l'équipe qui se trouve dans un état de fatigue et de fatigabilité intense.

2/ Le syndrome du burnout : le comprendre, déceler son apparition

Etudié dès 1974, aux USA, H.J. Freudenberger définit le concept de burnout, par « un auto épuisement causé par un énorme effort pour atteindre un but utopique »²⁹. Il est communément admis la traduction de cet anglicisme par le vocable d'épuisement professionnel ou usure professionnelle.

E. Zuchmann, au travers de ses travaux publiés dans les cahiers du CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et ses Inadaptations), contribue dès 1982 à faire admettre ce concept dans nos institutions sociales et médico-sociales françaises. Elle-même, avait constaté en tant que professionnelle, auprès d'une équipe chargée de la prise en charge d'enfants encéphalopathes, ce phénomène d'usure professionnelle. Engagée à faire connaître et libéraliser ce nouveau concept, elle se heurte à des résistances et des freins culturels : désaveu du sentiment de culpabilité.

²⁹ H.J. Freudenberger « The staff Burnout » Journal of social issues. Vol 30N° 1974 in « Les cahiers de l'actif » N°264/265

Soutenue dans sa réflexion par la découverte des travaux nord américains, elle poursuit son combat. Le développement du concept de burnout par A. Pines la conforte dans sa réflexion. A. Pines définit ainsi le concept de burnout : « Etat d'épuisement physique et mental. Il se manifeste par un épuisement physique et une fatigue chronique, par un sentiment de découragement et d'isolement et par le développement d'une vision négative de soi et d'attitudes négatives vis-à-vis du travail et des autres... »³⁰

Dès lors, E. Zuchman s'engage à impulser une véritable prise de conscience auprès des dirigeants des institutions sociales et médico-sociales, sur l'impact individuel, professionnel, institutionnel et les conséquences du burnout. Elle détermine les risques majeurs qui conduisent à l'usure professionnelle, qu'elle qualifie comme « processus insidieux, progressif et aggravé dans la durée »³¹.

Face à la multiplicité des facettes de la prise en charge du handicap, les professionnels du travail social sont amenés à gérer des situations de plus en plus complexes et compliquées. Caractérisé par un engagement, qui s'inscrit dans la relation avec l'autre, en tant que finalité, le travail social est rendu difficile. Il se situe dans cette logique où l'accompagnement, l'aide, le soin, l'action éducative, riment avec stress, fatigue, épuisement, démotivation... Ainsi confrontés aux objectifs de leur travail associés à un facteur temps, les professionnels éprouvent le sentiment d'impuissance face aux situations qu'ils rencontrent ou d'insatisfaction quant aux résultats obtenus. Le professionnel ne se reconnaît plus, perd ses points de repères, confiance en lui. S'installe, alors, un sentiment de culpabilité face à des situations qu'il ne maîtrise plus, où il ne possède aucune emprise.

Pour autant, le professionnel n'est pas le seul responsable de l'apparition du syndrome du burnout. En effet, c'est bien un ensemble de faisceaux convergents qui engendrent l'usure professionnelle. Ceux-ci sont souvent proportionnels à l'importance des dysfonctionnements qui existent au sein de l'institution : rigidité du management, absences ou manques de qualifications des professionnels, absence de solidarité dans les équipes, d'appartenance, de relations dans l'équipe, confusions des tâches, rivalité de pouvoir...

L'apparition du phénomène de l'usure professionnelle dans une institution est donc bien la convergence de circonstances induites par l'environnement du professionnel.

³⁰ E.Zuchman « Les Cahiers de l'Actif » N°264/265 p 22

³¹ Op.Cit p22

E. Zuchman insiste sur le processus latent et progressif de l'apparition de l'usure professionnelle. Seul le facteur temps ne révèle pas suffisamment de la progressivité de ce syndrome. C. Maslach et Maslach et Jackson ³²ont déterminé au cours de leurs études sur le phénomène de burnout trois facteurs qui interviennent successivement ou en association dans le processus d'épuisement professionnel.

En premier lieu, il résulte de l'épuisement émotionnel. L'intensité des émotions engagées dans la relation avec l'autre et la répétition successive des demandes conduisent le professionnel ainsi sollicité au sentiment de diminution de ses ressources. Dès lors, un ressenti de vide émotionnel et physique s'installe.

Les auteurs définissent ensuite le phénomène de dépersonnalisation. Du fait de l'épuisement émotionnel, le professionnel instaure une distanciation émotionnelle dans la relation avec l'autre. Il cultive, alors, des sentiments négatifs et une perte d'intérêt professionnel. S'instaure alors « une baisse graduelle du sentiment d'efficacité au travail »³³.

Enfin, le processus d'usure professionnelle aboutit à la perte d'accomplissement personnel au travail favorisé par l'insatisfaction du professionnel eu égard à l'inadéquation de l'investissement et des résultats obtenus.

L'épuisement professionnel est également une résultante d'un stress aggravé. Celui-ci ne se rencontre pas uniquement sur le lieu du travail. Le stress est l'expression de multiples sollicitations (familiales, privées, sociétales, et professionnelles) auxquelles l'individu ne peut plus répondre.

La réalité du travail auprès des personnes handicapées mentales porteuses de handicaps associés, où la relation d'aide est intense sur le plan physique, moral, émotionnel, implique fortement le professionnel. Associé à un environnement professionnel défaillant, et une organisation institutionnelle rigide ou mal définie prédispose à l'émergence du facteur stress et active l'apparition du syndrome d'usure professionnelle.

Envahi par l'usure professionnelle de ses acteurs, un établissement devient vulnérable. Le comportement des professionnels, victimes d'épuisement professionnel, interfèrent sur la qualité de la prise en charge. Ce processus d'usure induit des comportements individuels de défense, véritables boucliers et refuges ; ainsi de la surconsommation médicale, médicamenteuse, d'alcool, voire de produits illicites et d'arrêts de travail successifs qui

³² Op.Cit p56-57

³³Op.Cit p57

représentent un coût pour l'établissement. De même, a-t-il été remarqué des réactions d'irritabilité, voire de violence, consécutives à l'usure professionnelle.

Ces situations décrédibilisent un établissement auprès des services de tutelle mais surtout auprès des personnes handicapées et des familles. Celui-ci, par le fait, n'assure plus les missions qui lui incombent ou difficilement. De plus, il lui sera d'autant plus difficile de résorber et de guérir ces maux quand l'environnement extérieur aura favorisé la rumeur.

Il est de la responsabilité du directeur de mettre en place les moyens de la prévention de ce processus d'usure professionnelle. Malheureusement, au sein du foyer, la direction préalablement en place n'avait pas pris conscience de la dimension destructrice de ce phénomène. Lors de l'intégration du foyer au sein d'ETAPES, le personnel manifeste déjà les symptômes d'usure professionnelle. Démotivation, sentiment de ne servir à rien, perte brutale de l'environnement professionnel, incertitude quant à l'avenir et la nouvelle culture institutionnelle rendent la situation préoccupante dans le foyer. Dans un premier temps, il s'agit de guérir, pour ensuite éviter le retour de l'épuisement professionnel.

B/ POSITIONNEMENT DU DIRECTEUR

La situation en matière de gestion des ressources humaines, n'est donc pas très encourageante. Bien que déjà bien avancée dans le phénomène de destruction, le point catastrophique n'est pas encore atteint. Des solutions sont envisageables et le directeur va s'attacher à les mettre en place le plus rapidement possible. La diplomatie est de rigueur, la théorie doit se concrétiser par l'acte pour ne pas discréditer et rompre la confiance mutuelle. La dimension du management prend donc tout son intérêt.

1/ Initier le changement

Dans le cas du foyer de Mont sous Vaudrey, initier le changement, tout en accompagnant le personnel signifiait une intervention en douceur, pour ne pas brusquer, ni froisser les susceptibilités. Cette stratégie conduite avec diplomatie et parcimonie amenait progressivement les personnels à reconsidérer leur travail au quotidien, et leur organisation. Très vite, ils se sont rendus à l'évidence que leurs qualifications ne leur permettaient pas d'affronter qualitativement la nouvelle prise en charge qui leur était demandée. Ils ont accepté assez facilement les nouveaux apports de compétences.

Dans un premier temps, une infirmière a été mise à disposition au foyer lors de l'année 1996. Elle a pu organiser les soins para-médicaux, la distribution des médicaments,

construire les dossiers médicaux des résidents et faire partager son savoir. Ceci a été apprécié, car elle apportait un réel soulagement. Cette première étape a été complétée par une réelle organisation courant 1997 et 1998.

La qualité de la prise en charge, que revendiquait l'éthique professionnelle d'ETAPES supposait d'ouvrir le champ des compétences. L'enjeu consistait à apporter de nouveaux savoirs, mais aussi de redynamiser l'équipe par des compétences et de nouvelles méthodes de travail. Un nouveau souffle, une grande bouffée entraient ainsi dans l'équipe. Le choix du directeur s'est orienté également sur la préférence de personnels expérimentés, bien sûr, mais jeunes, pour alléger la pyramide des âges. Ainsi, ont été recrutés quatre assistants sociaux-éducatifs à temps complet, une infirmière diplômée d'Etat à trois-quart temps, un psychologue et un ergothérapeute à mi-temps, et un cadre socio-éducatif à temps complet mais financé sur le budget du foyer à mi-temps.

Dès lors, il a été possible de réorganiser l'équipe. Les promesses faites à l'intégration ont été tenues. Les agents assurant un encadrement auprès des adultes handicapés sont restés en place. Ils concernaient neuf postes en ETP. Une redistribution des postes au niveau des services techniques et de la logistique a offert une opportunité de reclassement et a permis d'augmenter les postes d'encadrement sans déstabiliser le budget. De plus, un animateur sportif et une psychomotricienne peuvent intervenir au cas par cas quand le besoin se fait ressentir. En tout état de cause, le foyer possédait désormais les compétences idoines et la capacité d'offrir une prise en charge de qualité. Il fallait toutefois, les organiser pour les mettre en synergie. Et là, encore, l'action a été progressive. La qualité de vie au travail est aussi un aspect important que le directeur doit sérieusement considérer. Tel n'était pas le cas. En concertation avec les personnels, une nouvelle organisation des plannings a été élaborée, facilitant à la fois la vie privée et l'harmonie de la prise en charge. Cette organisation n'est encore pas parfaite. La progressivité nécessaire à la démarche était essentielle, et la négociation a obligé la direction à concevoir un planning qui n'est pas totalement en adéquation avec la réglementation. De plus, la rigueur budgétaire étant, un accroissement trop important du nombre de postes portait à de trop grandes conséquences budgétaires à moyen terme. De ce fait, l'amplitude du temps de travail des nuits et des week-end, bien que déjà raccourcie est encore trop longue eu égard à la réglementation. Ceci a été la contre-partie pour ne pas bloquer la situation. Ce problème sera remis à l'ordre du jour lors de l'entrée dans les nouveaux locaux et de la négociation sur la réduction du temps de travail.

Enfin les méthodes de travail ont été définies. Chacun est référent d'un certain nombre de résidants. Ce rôle comprend un aspect relationnel important avec les résidants, les familles, et tous les acteurs qui participent à la prise en charge. Il responsabilise le professionnel face à sa fonction. Les assistants socio-éducatifs sont positionnés en référent de l'équipe. Ils sont les personnes ressources de chaque groupe de neuf résidants. La prise en charge se conçoit avec un projet pour chaque résidant. Celui-ci n'est pas encore bien finalisé, mais se construit progressivement au travers des synthèses où la pluralité professionnelle a été mise en œuvre.

Cette nouvelle organisation a permis, de fait, de mieux répartir la charge de travail, de la rendre plus équitable et a contribué à soulager et à redynamiser l'équipe. Il existe désormais, une certaine aisance dans la conception du travail.

Toutefois, il fallait considérer le problème de l'usure professionnelle et de la qualification.

Le problème de l'usure professionnelle a fait l'objet d'une attention sérieuse et précise. Les conséquences pour l'institution et le personnel peuvent être désastreuses. Vaincre l'usure professionnelle devenait une priorité. La phase organisationnelle avait déjà contribué à une première réparation, mais elle ne suffisait pas. Une phase beaucoup plus « curative » était nécessaire. Offrir aux professionnels, la possibilité d'exprimer leur souffrance semblait être la solution. D.Fablet³⁴ préconise les groupes d'analyses des pratiques professionnelles. Appui venant de l'extérieur de l'institution, l'analyse de la pratique a pour visée le changement des personnes en traitant des problèmes rencontrés dans leur situation professionnelle, en essayant d'apporter des solutions et en les évaluant. Elle permet de repérer les dysfonctionnements, et de réfléchir à un remède approprié. Ne sont traitées que des situations vécues et proposées par les personnels.

Ces groupes de parole mis en place, depuis 1998, ont permis de réfléchir sur la place du sujet dans l'institution, de partager des expériences similaires sans les avoir vécues forcément ou de s'enrichir de l'expérience des autres professionnels du foyer. Par des échanges, des regards sur le handicap et les résidants, des angoisses et des peurs qu'ils inspirent, le collectif et le travail en équipe ont repris tout leur sens. Le professionnel ne se sent plus exclu du groupe mais appartient à une équipe, motivé par un objectif commun. Aujourd'hui l'analyse de la pratique continue, mais va désormais s'orienter sur des

³⁴ Les cahiers de l'Actif N°264/265 p83à98

connaissances plus théoriques à titre de thèmes que les professionnels auront choisi afin d'enrichir les échanges d'un plus grand savoir.

Enfin, dans un autre champ d'action, la formation professionnelle offre de véritables opportunités. Hormis, les dispositions prises lors de l'intégration du foyer au sein d'ETAPES, un plan pluriannuel de formation est élaboré. Chaque année, il est réévalué et la direction essaie d'impulser et de favoriser les initiatives personnelles. Les personnels ont appris à se servir de cet atout dont il ne disposait pas auparavant. Ainsi, une autre ouverture d'esprit se dessine, favorable à des actions innovantes au niveau de la prise en charge, à la mise en place de nouvelles techniques et à l'extension de multiples compétences.

Assurer tout cela brutalement, ne serait pas profitable ni pour l'individu, ni pour l'établissement. Il faut y inclure un vecteur très actif pour obtenir l'adhésion nécessaire à sa réalisation. Se pose alors la question du choix du management.

2/ Un management participatif

Là, encore, influencé par le monde de l'entreprise et ses modèles d'efficacité, le secteur médico-social s'est également vu envahi par la sphère managériale.

Le management se définit selon J.M.Miramon par « l'art de gérer et piloter des hommes au cœur d'une organisation »³⁵.

Le choix du directeur du foyer de Mont sous Vaudrey s'est orienté sur un management qui permettait de fédérer toutes les forces vives existantes et latentes au sein du foyer, c'est-à-dire un management participatif. Il consacre la notion de participation, par l'interactivité de tous ces acteurs, où le directeur anime, coordonne, délègue mais où il détient l'ultime pouvoir de décision. Il ne supprime en rien les rapports hiérarchiques. Il suppose une organisation rationnelle et donc un organigramme bien défini, où il est facile de se repérer, une certaine transparence et un réseau de communication et de circulation de l'information efficace.

Ce type de management fait appel à l'intelligence de chacun, valorisée par un esprit d'équipe et de solidarité professionnelle.

Au vu des expériences qu'il avait connues, le personnel du foyer ne connaissait pas ce type de management et n'envisageait pas d'être un jour impliqué dans les décisions.

³⁵ « Les cahiers de l'Actif » N°240/241 1996 p13 « Directeur un métier »

L'association de nouvelles compétences au sein de l'organisation, la mise en place d'échanges, la reconnaissance de chacun par le directeur ont participé à la concrétisation progressive de ce type de management. Les débuts ont été difficiles, car le personnel était méfiant et demandait à être sécurisé.

Le pari sur les hommes et la persévérance du directeur ont été fructueux. Le personnel a largement contribué au sein d'un groupe de travail³⁶ à l'élaboration du projet de réhabilitation. L'information a bien circulé et chacun a pu partager ses aspirations. La démarche est maintenant bien engagée et l'implication des personnels est une réalité. Ils sont désormais capables d'exprimer leurs attentes, leurs envies dans le cadre institutionnel bien organisé pour apporter une réflexion constructive et conduire à une décision objective.

Développer ce management est un véritable enjeu directorial. Le directeur a tout à gagner à fédérer et à mettre en synergie les forces humaines de son établissement. Il en ressort une responsabilisation de chaque professionnel et la possibilité d'accorder des délégations de pouvoir en fonction des compétences de chacun. Les réunions régulières sont alors des lieux d'échanges et d'évaluation où se discutent les objectifs et les résultats des actions menées. De fait, une souplesse s'est instaurée dans un climat de confiance, sans supprimer l'existence des liens hiérarchiques. Dans un fonctionnement institutionnel repérable et bien établi, les professionnels disposent d'une certaine latitude pour mener leurs actions en respectant la réglementation et en informant le directeur. Il n'intervient que pour trancher d'éventuel litige.

Ce fonctionnement nécessite des capacités d'écoute, de négociation, de coordination. Il favorise l'implication personnelle, et l'émergence du sentiment d'appartenance. Il lutte, en complément, contre le phénomène d'usure professionnelle en plaçant le professionnel au cœur de l'action et de la politique institutionnelle, en lui rendant une place bien légitime.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Le concept de changement s'inscrit, donc, dans une démarche globale d'appréhension de l'environnement, de dynamique institutionnelle animée par un projet et activée par toutes les composantes de l'institution.

Le chef d'orchestre en est le directeur, qui de part, sa pratique managériale assure la faisabilité et la cohérence du projet en le décidant, en l'impulsant et en le gérant stratégiquement, en fédérant toutes les forces présentes dans l'établissement.

La démarche conduite au sein du foyer de Mont sous Vaudrey, a eu des débuts difficiles. Conduite favorablement, elle atteint, aujourd'hui, sa phase finale. Des ajustements restent encore à opérer pour assurer une prise en charge optimale.

Pour autant, le travail n'est pas terminé. Il faut tenir compte du cycle de vie de l'institution ; « la tendance de l'objet institutionnel à se conserver tel qu'il est » comme le rappelle J. Ladsous. Il faut éviter d'atteindre le stade terminal, donc, celui de la crise qu'a connu le foyer.

L'initiative appartient, là encore, au directeur. Le concept de changement s'analyse au regard du passé, dans un temps présent, dans des perspectives d'avenir. Il est donc, nécessaire d'établir une stratégie évolutive.

³⁶ Comité de pilotage constitué de représentants de toutes les catégories de personnels exerçant au foyer, et désignés par les personnels eux-mêmes.

CHAPITRE III

INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS UNE STRATEGIE EVOLUTIVE

Si le changement ne se vit pas jusqu'au cœur même de l'institution, celle-ci est condamnée à mourir. Le projet est le vecteur du changement. La démarche comporte des phases obligatoires, mais suivant la situation de l'établissement, elles sont plus ou moins nombreuses, intenses et nécessitent forcément d'être coordonnées. Elles agissent à tous les niveaux que sont les structures, les techniques et les hommes.

Une fois le changement opéré, le risque consiste en la stagnation. Pour l'éviter le directeur doit concevoir et conduire une stratégie qui lui permette d'inscrire le concept de changement dans la durée. Cette stratégie est centrée sur les hommes. Elle nécessite de les rendre acteurs (section I), mais aussi d'envisager la gestion des ressources humaines dans une perspective d'avenir(section II).

SECTION 1 Rendre le personnel acteur du changement dans la durée

Du projet à l'évolution de la prise en charge

Initier, impliquer, motiver, communiquer, négocier, décider définissent, en partie, le métier de directeur. Activer tous ces rôles, quand certaines difficultés existent, demandent de déployer des capacités de tact, de patience et de diplomatie pour atteindre l'objectif fixé préalablement.

Rendre le personnel acteur du changement dans une perspective de continuité et d'avenir, alors que celui-ci se manifeste par un certain flou, est un peu plus compliqué à concevoir. C'est impliquer pour responsabiliser, afin que le personnel envisage, aussi, dans son domaine d'activité, des perspectives à moyen terme.

A) IMPLIQUER ET RESPONSABILISER LE PERSONNEL

Essayer de concrétiser, au moment présent, les orientations de l'avenir est un paradoxe. Si l'on peut discerner des tendances émergentes, rien, ni personne ne peut confirmer qu'elles deviendront des certitudes. Un moyen souple, donc révisable, permettant d'avancer sur un terrain incertain et « mouvant » doit donc être initié et défini par le directeur, en concertation avec le personnel. Le projet est le moyen idéal.

Du latin « projicere », il signifie se projeter en avant. Ce concept détient en lui, la réfutabilité de la fatalité et la volonté d'orienter son avenir.

Du projet institutionnel au projet individuel, le projet transfère le principe à la pratique. Adaptable aux mutations politiques, techniques, et sociales, conçu par les hommes pour les hommes, il les implique et les responsabilise face à ce qu'ils ont eux-même proposé.

1/ Le projet institutionnel

Le projet institutionnel, ou d'établissement, est une démarche déjà ancienne au niveau des établissements médico-sociaux. Elle a été confirmée par les annexes XXIV dans le domaine de la prise en charge de l'enfant handicapé, et revalorisée par les politiques sociales. Les directions des établissements ont été incitées, puis obligées d'élaborer un projet institutionnel qui allie la théorie à la pratique en rapport aux missions qui incombent aux établissements, aux orientations et aux actions qui y sont conduites.

Le projet détermine une volonté d'anticipation et d'adaptation qui constitue un vecteur du changement et se situe au cœur même de la politique institutionnelle. Il est initié, orienté et conduit par le directeur. L'article 2 du décret du 28 décembre 1994, lie directement le projet à la responsabilité du métier de directeur. « Le directeur est chargé de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement ainsi que de la définition des projets individuels des personnes accueillies ».

Dans l'idée, le projet s'inscrit dans la vie des organisations médico-sociales. Il élabore un cadre méthodologique, écrit, auquel se réfèrent les pratiques professionnelles. Son évaluation et sa révision régulières permettent son adaptabilité aux exigences de l'environnement. Le projet est un véritable outil référentiel pour les professionnels et le directeur. Ses finalités sont multiples. P. Lefèvre les qualifie « d'identitaire, symbolique, culturelle, existentielle, politique, stratégique, humaine, contractuelle, et médiateur »³⁷.

Au foyer de Mont sous Vaudrey, la démarche de changement était indissociable de l'élaboration du projet d'établissement. Concevoir une prise en charge de qualité nécessitait de délimiter un cadre de référence. Le projet a pris naissance petit à petit. Du ressort du directeur, les orientations et les politiques institutionnelles ont été définies. La contribution du personnel, sous la forme d'un groupe de travail ouvert, a enrichi la démarche de leurs réflexions et de leurs expériences afin de fixer des méthodes de travail. L'apport de nouvelles compétences au sein de l'équipe a favorisé ce travail, et a été un réel atout. A ce jour, la réflexion est terminée et la rédaction est en cours.

³⁷ « Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social » Editions Dunod 1999 p 155-156

En fait, le projet d'établissement, est conditionné par la définition des objectifs et de leur réalisation lors du projet de réhabilitation conçu lors de l'intégration du foyer au sein d'ETAPES.

Il corrobore le dynamisme institutionnel mis en pratique, depuis trois ans. Il est fédérateur d'une identité et d'une culture commune, favorise le sentiment d'appartenance, s'ouvre sur la complexité environnementale et mutualise les connaissances et les compétences dans un esprit d'équipe.

Il s'inscrit dans un esprit d'ouverture de l'établissement, dans un travail en réseau, au sein d'ETAPES, mais aussi, avec les collaborateurs extérieurs. Les échanges apportent de nouvelles réflexions, ou compétences, et sont riches de ressources pour élaborer de nouvelles politiques institutionnelles.

Le dernier point sera de finaliser le projet dans l'action c'est-à-dire de le décliner au travers de la prise en charge des résidants. Ils justifient la raison d'être du foyer, ses missions et les prestations offertes. Ils se placent, donc, bien au cœur du dispositif institutionnel où les orientations générales définies dans le projet d'établissement s'articulent au sein des projets individuels de chacun.

2/ Le projet individuel

L'élaboration du projet individuel repose sur trois fondements : l'évaluation des besoins des résidants, la définition d'objectifs en fonction des besoins et des capacités du résidant, et les moyens de mise en œuvre.

L'évaluation des besoins du résidant suppose une méthode de travail, qui au foyer se délimite par une phase d'observation, le recueil d'informations par le référent du résidant, une réflexion en équipe pluridisciplinaire, pour déterminer des objectifs.

Les moyens mis en œuvre découleront du diagnostic posé préalablement, et devront être en adéquation avec le projet d'établissement. Ils interrogent alors les pratiques professionnelles quotidiennes, dans le domaine de la qualité et de l'évaluation. Ces concepts émergent au niveau du projet institutionnel et individuel, au regard des résultats obtenus dans la prise en charge des résidants.

Le concept de qualité se traduit en trois points³⁸ :

- « Le contrôle de la conformité » : des objectifs fixés
- « Le contrôle de l'efficacité » : les projets et les objectifs produisent-ils

les effets escomptés ?

- « Le contrôle des résultats » : une évolution a-t-elle été constatée ?

La qualité fait appel à l'évaluation et donc à la mise en place d'outils et à la redéfinition du projet individuel, voire institutionnel, en fonction des nouveaux facteurs à prendre en compte.

La position du directeur, responsable, au titre de l'article 2 du décret du 28 décembre 1994 des projets, est donc la clé de voûte du succès de l'élaboration, de la mise en œuvre, et de l'évaluation des projets.

En général, si dans sa conception première, le projet se distingue relativement clairement, dans le monde de l'action sociale, il n'en est pas de même de l'évaluation. Elle est souvent absente, car refusée. Elle angoisse et fait peur. Elle est souvent synonyme de jugement négatif, subjectif. La stratégie évaluative dans le monde de l'action sociale est opposée à ce raisonnement. Evaluer du latin « value » signifie déterminer, fixer, apprécier.³⁹ La démarche est du ressort de « la marche en avant » pour atteindre « le mieux » dans l'action. Les travailleurs sociaux se retranchent souvent derrière le non « disible », une déontologie de l'oralité, du manque d'objectivité de l'écrit, car l'essence du travail social se fonde sur le relationnel et la subjectivité du ressenti personnel et affectif. Cette conception du travail n'est plus concevable. Les professionnels doivent être en mesure de rendre compte de ce qu'ils font pour expliquer, analyser en fonction de données fiables et dans une logique de traçabilité.

Il appartient, donc, au directeur de promouvoir une stratégie évaluative régulière, fondée sur l'adaptation des pratiques professionnelles à la problématique de la population accueillie. Le problème de l'écrit dans le travail social, souvent très restreint voire inexistant, prend, ici, toute sa dimension dans la démarche évaluative.

Les projets institutionnel et individuel participent à l'implication et à la responsabilisation des professionnels. C'est le travail de l'homme pour l'homme dans sa déclinaison la plus large (institutionnel), à la plus petite (individuel).

³⁸ « Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social » Editions Dunod 1999 p150

³⁹ Dictionnaire encyclopédique « Grand Usuel » Collection In Extensio Edition Larousse

Si le projet d'établissement se conçoit sur une durée de trois à cinq ans, le changement s'envisage sur un plus long terme. Il suscite, alors, la révision du projet institutionnel parfois, plus tôt, en fonction des missions de l'établissement, et surtout si le besoin se fait ressentir au niveau de la population accueillie. C'est le cas au foyer de Mont sous Vaudrey. Le personnel se trouve stimulé par d'autres perspectives de prise en charge. Leur action s'inscrit donc dans la durée.

B/ ENVISAGER LES PERSPECTIVES A MOYEN TERME

Les perspectives s'envisagent au-delà de la durée du projet d'établissement. Il s'agit de prévenir l'avenir face aux besoins inéluctables produits par la problématique de la population accueillie. Une nouvelle prise en charge et les adaptations nécessaires de l'institution se dessinent alors rapidement.

1/ Prévoir une nouvelle prise en charge des personnes handicapées.

Autrefois, lorsqu'une personne déficiente était accueillie dans un établissement médico-social, elle y vivait, en général, jusqu'à sa mort. Cette logique prédominait la politique institutionnelle et était bien présente au foyer.

Aujourd'hui, les projets individuels, élaborés dans le sens de l'épanouissement et d'une progression de l'individu en tenant compte de ses incapacités, d'une part, et l'évolution des politiques sociales autour des prestations de services et de la multiplicité, d'autre part, offrent des possibilités d'orientation favorables aux déplacements des résidents.

Ces mutations se préparent. Elles ont des effets sur les personnels et sur les résidents. Il faut accepter le départ du résident. L'évolution favorable est la plus facilement acceptée. Elle réjouit l'équipe et la valorise. Par contre, l'orientation vers une MAS ou le décès affectent l'équipe. Ils culpabilisent, et sont synonyme d'échec. Ces sentiments sont le témoin de l'intensité affective de la relation résident/professionnel. L'analyse de la pratique aide à surmonter ces difficultés, mais ne suffit pas. Il est, également nécessaire, que le projet d'établissement détermine des axes institutionnels au regard de la population accueillie.

2/ Envisager l'évolution de l'institution au regard de l'évolution des résidants

Aujourd'hui, les progrès scientifiques et les connaissances sur les pathologies et le handicap permettent de s'inscrire dans cette démarche. Il est donc tout à fait concevable et même souhaitable de prendre en compte cette dimension au-delà de la durée du projet d'établissement. Elle permet de préparer, les résidants et les personnels, mais surtout de répondre au bon moment, efficacement, à la survenue du problème.

La pyramide des âges des résidants fait apparaître un vieillissement croissant. Cinq résidants, atteignent l'âge de cinquante-cinq ans. Dans cinq ans, ils auront soixante ans et, en théorie, ils devraient quitter le foyer pour être accueillis en maison de retraite. Les pathologies du handicap mental, associées à l'allongement de la durée de la vie, et au vieillissement accroissent le phénomène de dépendance. Or, la question de fond est de maintenir leurs acquis et de, toujours, leur offrir une prestation de qualité en fonction de leur problématique. A ce jour, les maisons de retraite ne disposent pas d'encadrement adéquat à la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes et ne sont pas en mesure de les accueillir.

Vieillir pour une personne handicapée est plus difficile que pour une personne « normale ». La situation est aggravée par l'absence de législation, et l'augmentation du nombre des personnes handicapées vieillissantes.

En principe, les résidants peuvent vieillir au sein de l'institution d'accueil. Ceci suppose des adaptations des locaux, prises en compte lors de la construction du nouveau foyer. Au niveau de la prise en charge quotidienne, il faudra certainement adjoindre de nouvelles compétences, reconsidérer le statut de l'adulte handicapé, mais surtout recomposer les groupes de résidants. La promiscuité de tous, à n'importe quel âge est une véritable question.

Enfin, ne pas disposer d'orientation possible pour les personnes handicapées vieillissantes induit un déficit d'accueil pour les adultes handicapés. Il existe, actuellement, une liste d'attente d'environ une trentaine de personnes au foyer d'hébergement spécialisé, pratiquement autant que sa capacité d'accueil. L'idéal, aurait été d'organiser une autre structure, à type de maison de retraite spécialisée pour personnes âgées handicapées, où une prise en charge à leur rythme aurait pu se concevoir. Les services départementaux n'adhèrent pas à cette solution, en raison du déficit du nombre de journées réalisées dans les maisons de

retraite du Jura. Pour autant, la prise en charge des personnes âgées handicapées et les personnes âgées ne peut être assimilable⁴⁰.

Les politiques sociales commencent seulement à envisager le phénomène de vieillissement des personnes handicapées. Les initiatives institutionnelles, en cohérence avec les propositions des personnels eux-même, impulseront par le bas, de nouvelles politiques sociales. Aujourd'hui, ce sont des alternatives, non reconnues réglementairement, qui parent l'absence de dispositifs réglementaires.

Inscrire le changement dans la durée conditionne la pérennité de l'établissement. Cela suppose d'impliquer et de responsabiliser le personnel quant à son regard sur l'institution au travers du projet d'établissement, quant au regard sur la pratique professionnelle quotidienne et des projets individualisés. Pour assurer cette pérennité, il appartient au directeur de maintenir un niveau de compétences qui correspondent à la qualité attendue au niveau de la prise en charge. Il convient, donc, dans le même sens, d'envisager une politique de gestion des ressources humaines perspective, qui corrobore le besoin d'évolutivité de l'institution.

SECTION II ENVISAGER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LA DUREE

D'un nouveau mode de gestion à son application

La politique de gestion des ressources humaines menée au sein du foyer de Mont sous Vaudrey, ainsi qu'au sein d'ETAPES, s'associe aux concepts de qualité, d'adaptabilité, de continuité qui qualifient la notion de service public.

En concertation et en coordination avec le personnel, la politique de gestion des ressources humaines s'oriente sur l'élaboration d'une démarche perspective, dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de la mise en place d'outils.

⁴⁰ « Construction de soi et handicap mental » G. Zribi, J.Sarfaty Editions ENSP 2000 b. Monnet p 193-205

A) INSCRIRE L'ETS DANS UNE DEMARCHE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

Concept qui provient, encore, du secteur de l'entreprise, la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une orientation nouvelle dans les établissements sanitaires et encore plus dans les établissements médico-sociaux. Souvent associée à des structures conséquentes en nombre de personnel, elle peut, toutefois, s'adapter à des petites structures.

Sa définition permet de bien en mesurer les intérêts pour un établissement médico-social pour l'aider à adapter les outils nécessaires à la démarche.

1/ Définition et intérêt de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, le directeur est amené à déterminer, en cohérence avec le projet d'établissement des priorités et des objectifs précis.

Dans une démarche perspective, des choix stratégiques, idoines, se révèlent déterminants. En matière de ressources humaines, eu égard à la charge financière que représente le personnel (68 % du budget principal à ETAPES), de la complexité de la réglementation, du besoin d'adaptation aux mutations environnementales, se limiter à une gestion administrative du personnel, au coup par coup, n'est plus concevable.

La recherche de l'efficience est une priorité et nécessite « d'anticiper sur l'évolution des effectifs et des personnes »⁴¹. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences répond à l'exigence d'anticipation, si, quelques préalables ont été correctement et clairement définis.

Qu'est-ce que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ?

Dans un premier temps, il est intéressant de définir⁴² chaque terme séparément, pour que leur articulation produise le mouvement général de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

⁴¹ « Gestion Prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques » S.Vallemont Ed. Berger-Levrault 1996

⁴²Dictionnaire encyclopédique « Grand Usuel » Collection In Extensio Edition Larousse

« Gestion » : du latin « gerere » est « l'action d'administrer », donc de « diriger ». Au niveau de la fonction publique hospitalière, la gestion des personnels se décline sur le versant :

- Statutaire au regard des positions d'activités, de la carrière et de la situation au sein de l'établissement ;
- Financier au regard des salaires et des coûts pour l'institution, des charges sociales et fiscales, et du glissement vieillissement technicité ;

« Prévisionnelle » : « qui se fonde sur des prévisions », c'est-à-dire sur « l'ensemble des techniques ayant pour but d'évaluer la situation à une échéance plus ou moins lointaine »

« Emploi » : « travail rémunéré dans une administration ». L'emploi est souvent assimilé à la notion de poste. Dans le secteur de l'entreprise, la gestion prévisionnelle a été subordonnée au processus de sélection et a contribué à la réduction des sureffectifs. Dans le secteur de la fonction publique hospitalière, l'emploi s'associe à la notion de métier et de regroupement de ces métiers par famille et sous-familles en fonction de la proximité et de la similitude de compétences.⁴³ Il en découle la notion d'emploi type qui « rassemble des activités identiques ou similaires, communes à des postes/situations de travail différents, et s'identifie par un espace de compétences dans lequel les salariés peuvent évoluer dans un délai court »⁴⁴. Cette définition est une approche globale de la notion d'emploi.

En fonction de la situation de l'établissement, il convient de déterminer les emplois sensibles, c'est-à-dire ceux à protéger de part leur rareté sur le marché du travail, ou ceux qui n'ont plus lieu d'exister dans l'établissement et pour lesquels, il faut envisager des solutions prochainement.

« Compétences » : « capacités reconnues en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne les droits d'en juger ». Elle se décompose en :

« Savoirs théoriques » : Ensemble de connaissances qu'il est nécessaire de posséder dans des disciplines...pour réaliser la tâche » ;

⁴³ Cf « La nomenclature des emplois type de l'hôpital » Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des Hôpitaux.

⁴⁴ « Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. Centre Hospitalier du Bassin de Thau M ; Barthes Ed 1999 Intervention ENSP

« Savoir-faire » : Maîtrise d'outils, de procédures, des méthodes requis pour réaliser la tâche » ;

« Savoir-être » : Attitudes et comportements, façon d'agir, exigés pour réaliser la tâche »⁴⁵.

Les compétences supposent de la motivation et des capacités d'adaptation. Selon G. Trépo et M.Ferrary, la compétence se définit par « la capacité individuelle et collective à s'adapter et à gérer des situations nouvelles : elle est au cœur de la flexibilité »⁴⁶.

Les quatre composantes de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont indissociables et intimement imbriquées. Les compétences subordonnent l'emploi, qui lui-même existe si le besoin est ressenti dans l'établissement dont la pérennité est assurée dans le cadre d'une gestion anticipative.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peut se définir comme le propose L. Mathis par le fait de « permettre à l'entreprise de disposer en temps voulu du personnel ayant des compétences (qualifications, connaissances, expériences et aptitudes) et la motivation nécessaires pour vouloir et pouvoir exercer les activités et les fonctions et assumer les responsabilités qui se révéleront nécessaires à tout moment à la vie et à l'évolution de l'entreprise »⁴⁷.

Cette définition induit que certains préalables quantitatifs et qualitatifs soient clairement établis. Elle suppose une analyse précise de l'existant (tableau des effectifs, des métiers, des carrières, évaluation des compétences), des besoins environnementaux et une politique stratégique des ressources humaines pour les recouvrir, tout en évitant les oppositions.

Dès lors, la mise en place d'outils, adaptés à la dimension de l'établissement, sera possible. Elle permettra l'évaluation des écarts entre l'existant et le requis, de les réduire en fonction des orientations et des objectifs du projet d'établissement, dans un souci de maîtrise anticipée des coûts et d'efficacité des compétences.

⁴⁵ « Gestion Prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques » S.Vallemont Ed. Berger-Levrault 1996

⁴⁶ « La gestion des compétences : un outil stratégique » sciences humaines Mars 1998

⁴⁷ « Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines » Ed Organisation 1994

2/ La démarche adaptée à la mesure du foyer au sein d'ETAPES

Au sein d'ETAPES, le directeur s'était centré sur une démarche de gestion prévisionnelle au sein du secteur habitat. L'avancée du projet de réhabilitation a recentré la démarche sur le foyer de Mont sous Vaudrey, tout en la concevant dans un processus global, adaptable à tous les départements d'activité.

L'objectif est de disposer d'outils dont l'analyse permettra de réorganiser le service (travail, planning), de recruter les personnels nécessaires en nombre et en compétences lors de l'ouverture de la nouvelle structure.

Dans un premier temps, l'orientation s'est voulue qualitative, sur un plan collectif, ce qui paraissait une priorité. L'approche quantitative, intervient dans un deuxième temps, à l'horizon 2001, avec l'ouverture de la nouvelle structure. La démarche sera poursuivie par une démarche individuelle.

Pour orienter le plan d'action, le projeter et le rendre effectif à l'horizon de juin 2001, la démarche est partie de l'effectif existant en janvier 2000, des nouvelles compétences qui ont été apportées en 1997, de l'organisation de travail qui avait été réalisée à l'époque, des plannings et des formations qualifiantes en cours.

Ce préalable posé, il convenait d'obtenir des données certaines pour évaluer et analyser les écarts en fonction des enjeux du projet d'établissement et établir des outils qui valorisent une gestion optimale des ressources humaines.

B/ LA MISE EN PLACE D'OUTILS

La mise en place d'outils est intervenue progressivement. Ils ont été élaborés par un groupe de travail composé des directeurs et des cadres du département habitat. Lors de réunions de service, le personnel a été avisé de la démarche de son objectif de réduction des écarts entre les ressources présentes et les besoins dans le cadre de la réhabilitation du point de vue qualitatif et quantitatif. Il a été associé et concerté aux différentes phases de l'élaboration des outils, afin qu'il prenne part au projet et qu'il se sente concerné par la démarche. Il a validé les différents outils conçus pour devenir des référentiels. La première étape pour le directeur a été de rassurer.

1/ La démarche entreprise

La gestion des emplois et des compétences angoisse. Dans les grands secteurs d'activité économique, elle a été synonyme de licenciement. Or, cette peur avait occulté, chez le personnel, son nouveau statut de fonctionnaire, où seules l'insuffisance professionnelle et la faute sont susceptibles de conduire à la révocation. La peur des mutations d'office est alors apparue.

Pour concevoir la démarche qualitative, il fallait encadrer nettement les différents niveaux de travail au foyer. Que faisait-on exactement au foyer de jour comme de nuit, quand, comment et qui les réalisait ?

Il a été demandé à tous les personnels, d'établir quotidiennement les tâches effectuées, individuellement et collectivement, d'en apprécier la durée et de les inscrire lisiblement sur un formulaire préparé à cet effet. Il a fallu, pour le directeur, faire preuve de diplomatie et de nouveau éliminer le spectre du contrôle malveillant.

L'analyse a permis d'établir un bilan d'activité par corps de métiers, et une journée type évaluant les moments forts et intenses de la journée, susceptibles de redéfinition et de réorganisation dans le travail.

Il a été, alors, remarqué, un certain nombre de dysfonctionnements, qui sont d'ailleurs source d'usure professionnelle, tant dans l'organisation du travail, des tâches, des plannings et de la vie au foyer.

La confusion des tâches prédomine. « Qui fait quoi ? ». Tous les corps de métiers réalisent la même tâche. L'agent des services hospitaliers aide l'aide médico-pédagogique, l'assistant socio-éducatif assure la même prise en charge que l'aide-soignante, etc. Se posait alors la question du pourquoi de la diversité des qualifications, si la confusion régnait et si la spécificité n'apparaissait plus. Dans un tel contexte, pour un directeur uniquement préoccupé par la maîtrise des dépenses en personnel, le seul critère économique quant à la charge salariale aurait motivé son choix.

La désorganisation dans le travail, se fait ressentir. Sous prétexte de souplesse, pour favoriser la vie des résidants, ces derniers disposent d'une latitude totale pour se lever le matin, ce qui entraîne une désorganisation dans le travail pour accompagner le résidant (déjeuner toilette) mais également dans la prise en charge. De l'extrême connu précédemment

(une journée strictement organisée ; tous debout à sept heures), le foyer connaissait l'extrême inverse.

Du côté des plannings, l'organisation n'est pas satisfaisante. Bien que déjà revus, le rythme engendre des fatigues pour les personnels, et des risques pour le travailleur lui-même et le résidant. Il est nécessaire de les repenser, en les recentrant sur la prise en charge et en réorganisant le travail, dans la perspective d'ouverture de la nouvelle structure l'an prochain.

Une réflexion a donc été conduite pour trouver les moyens de recadrer l'organisation du travail. Elle aboutit sur le besoin de redéfinir les fonctions de chacun à l'aide de fiche de poste, pour que chaque agent se situe dans sa fonction individuellement et au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Les fiches de poste comportent les éléments suivants :

- Environnement du poste : aspect réglementaire de la profession, conditions de travail, les liaisons hiérarchique et fonctionnelle
- Environnement relationnel : interne au foyer, à ETAPES, et externe
- Missions et fonctions
- Compétences requises
- Evolution du poste
- Les passerelles de mobilité

La « journée type » a permis d'évaluer les moments intenses de la journée où le renfort en personnel (nombre et compétences) s'avère nécessaire. Fort de cet encadrement, des activités qui sont réalisées (réorganisée par pôle de deux agents), et du besoin de repères spatiaux et temporels des résidants, il a été possible de reconsidérer les plannings et de les organiser en conformité avec la réglementation en vigueur. Etablis par roulement de sept semaines, ils sont essentiellement orientés sur l'équilibre de la charge de travail, la régularité, et prennent en compte l'indispensable cohésion avec la vie personnelle.

Cette nouvelle organisation est soumise au personnel pour qu'il apporte les modifications qui lui semblent opportunes tout en respectant le cadre réglementaire. Après validation complète du personnel et de la direction, ce planning sera présenté pour avis aux instances administratives compétentes.

Enfin, la redéfinition de l'organigramme permet à chacun de se repérer et de se positionner au sein du foyer. Les assistants socio-éducatifs ont été repositionnés en tant que « personne ressource » et référent des personnels.

L'organisation fonctionnelle corrigée, l'aspect qualitatif devait, alors, être pris en compte.

La mise en place, par métier, d'un référentiel de compétences requises, pour assurer une prise en charge optimale a permis une comparaison collective de l'état des compétences dans le service. Le référentiel se décline par les aspects du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Il confirme les premières analyses en ce qui concerne le peu de qualifications des personnels en place lors de l'intégration, et il met en évidence les points particuliers où des actions de formation se révèlent indispensables.

Il a permis la construction objective du plan de formation collective de 2001. Des priorités ont été définies au regard des besoins urgents dans la nouvelle structure.

Celles-ci concernent en particulier les formations des personnels de la lingerie, des cuisines et des agents d'entretien. Une formation à la nouvelle technologie achetée d'une part, et à la garantie de l'hygiène dans un établissement médico-social, d'autre part s'imposent.

L'analyse de la pratique a été conservée, mais s'orientera, désormais, sur des connaissances plus théoriques. La souplesse de cette formation offre, à tous, le moyen d'acquérir de nouveaux savoirs ou de les parfaire et de les partager au sein de l'équipe.

Des formations plus individualisées par corps de métiers, seront proposées au regard du déficit de compétences qui persisteront ou de part les difficultés que rencontrent certains agents après évaluation de l'analyse de la pratique.

En terme d'évaluation des compétences de l'existant, le plan de formation associé à la nouvelle organisation opérationnelle à l'ouverture des nouveaux bâtiments devrait pallier les lacunes rencontrées actuellement.

Pour autant, l'augmentation des effectifs des résidents, l'absence régulière de certaines compétences, comme le psychomotricien, ou la quotité de travail assuré par certaines spécialités, ainsi du psychologue et de l'ergothérapeute, laissent entrevoir des besoins de recrutement lors de l'ouverture du foyer. Une appréciation quantitative termine la démarche stratégique mise en oeuvre au foyer.

2/ Appréciation quantitative

L'augmentation de la capacité d'accueil du foyer incite à réfléchir sur la réorganisation des groupes de résidants. Il semble opportun de réaliser un partage de quatre groupes de dix résidants. L'évolution de la pyramide des âges des résidants laisse à penser qu'il serait souhaitable d'organiser un groupe de personnes vieillissantes afin que les phénomènes de dépendance et de vieillissement soient inclus dans la prise en charge. Il ne s'agit pas d'exclure ces résidants des autres, mais au contraire de leur apporter un rythme de vie spécifique et des particularités dans la prise en charge. Les locaux, tels qu'ils ont été construits, proposent des lieux collectifs où les résidants pourront se retrouver. De fait, l'exclusion est écartée.

De part cette organisation, il est possible d'envisager de nouveaux recrutements.

En premier lieu, il convient de refaire un état précis des postes existants en ETP, de prendre en compte les formations en cours qui arriveront à échéance (deux AMP), et les départs à la retraite (deux AMP, la lingère et une cuisinière font faire valoir leur droit à la retraite).

Si l'on se conforme au taux d'encadrement moyen du département de 0.84 le total en personnel devrait être de 37.60 ETP, à ce jour il est de 32.60 ETP. La direction dispose d'une marge de création de cinq postes en ETP, si les services départementaux les acceptent. Même, si les négociations actuellement engagées, tendent vers cette issue, la prudence s'impose, car le budget 2000 ne connaît aucune création de postes.

Le nombre d'assistant socio-éducatifs reste constant.

Les départs à la retraite des deux AMP, seront comblés par le retour de ceux en formation.

La lingère, actuellement ASH, sera elle-même remplacée par un ASH.

Le poste de cuisinier nécessite une transformation de poste. En effet, les compétences requises pour assurer la qualité au niveau du travail culinaire et la gestion économique nécessitent d'employer un cuisinier qualifié. Il participera de part ses qualifications à former ces collègues à une pratique culinaire de qualité dans un respect des méthodes d'hygiène (circuit sale et propre, évaluation et contrôle). Cette transformation impute le potentiel de recrutement de 0.20 ETP.

De part les pathologies des résidants et l'augmentation de la charge de travail de l'infirmière, son poste actuellement à trois-quarts temps nécessite d'être augmenté à un temps plein.

Se pose maintenant, la question de l'encadrement direct des résidants. Il paraît opportun, de part la manifestation de l'usure professionnelle, du vieillissement des personnels d'apporter un réconfort, un soutien et une aide conséquents pour assurer la prise en charge. Quatre postes sont donc consacrés à l'encadrement du résidant. Il est probable que le vieillissement des résidants induit l'émergence de nouvelles pathologies. Le choix s'est donc porté sur le recrutement de deux AMP et deux AS. Un reliquat de 0.55 ETP sera consacré à l'augmentation de la quotité de travail du psychologue et de l'ergothérapeute à trois-quarts temps.

Ces recrutements ne font pas forcément l'objet d'embauche de nouvelles personnes. En effet, dans le cadre du plan de formation individuelle, ETAPES a donné à plusieurs de ses agents l'opportunité de se qualifier dans les métiers d'AMP ou d'AS. Ces nouveaux agents qualifiés, occuperont soit, les nouveaux postes, ou éventuellement ceux vacants à l'issue de la mobilité offerte par voie de mutation.

Enfin, la réduction du temps de travail à l'horizon 2002, réinscrit la politique institutionnelle dans une nouvelle perspective. La réflexion portée sur l'organisation du travail et des plannings a pris en considération cette dimension future. Il apparaît qu'il sera de nouveau nécessaire de recruter pour palier la réorganisation des plannings sans perturber les résidants. Si la réglementation actuelle sur l'amplitude de travail reste en vigueur, l'augmentation en postes de travail sera importante de 1.5 ETP par unité soit 6 postes. Par conséquent le problème du financement sera incontournable, et préjuge de négociations difficiles.

Ces nouveaux recrutements doivent, dès à présent, se préparer. De plus, les années 2002 et 2003 vont connaître d'autres départs à la retraite. La question de conserver ces postes en l'état ou de les transformer se posera alors. L'adjonction de cet élément à la réduction du temps de travail repositionne la réflexion quant à la gestion des ressources humaines.

CONCLUSION DU CHAPITRE

La capacité du directeur à apprécier le concept d'évolutivité conditionne le cycle de vie d'un établissement.

A l'aide des projets institutionnels et individuels, évalués et redéfinis, et d'une gestion anticipative, le directeur peut concevoir de nouvelles stratégies et assurer, ainsi, une prise en charge de qualité au sein du foyer, en adéquation avec les mutations environnementales.

Le travail en réseau parfait cette appréciation et permet de nouvelles réflexions, dont la mise en pratique, à un horizon plus ou moins lointain, au moment opportun, dépend de la capacité d'anticipation du directeur.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Sous l'influence d'un environnement en mutations, où toutes ses composantes interagissent, l'établissement médico-social est confronté à de nouvelles exigences et est contraint de s'adapter. Ces évolutions induisent de nombreux changements structurels et organisationnels, conséquences de l'évaluation de l'existant et d'une démarche perspective.

La pérennité et la crédibilité d'un établissement dépendent de la faculté d'appréciation de cet environnement et des capacités d'actions que le directeur pourra mettre en œuvre.

Dans l'optique d'une prise en charge de qualité, du respect des droits de la personne, dans une démarche de transparence, d'évolutivité, et d'amélioration, le projet est l'outil indispensable pour répondre à ces nouvelles exigences. Il introduit les besoins d'évaluation et d'adaptation pour une meilleure efficacité du travail et de l'organisation.

Cette réflexion présente lors de la conception de la réhabilitation du foyer d'accueil et d'hébergement spécialisé de Mont sous Vaudrey, a conduit le directeur, à associer la composante humaine dans sa démarche. Le travail entrepris dès 1996, « porte aujourd'hui ses fruits ». Il est le résultat d'un véritable travail en équipe pluridisciplinaire. L'importance de l'implication des personnels au niveau de la conception de la prise en charge, les transformations réalisées et constatées, sont perceptibles à la fois dans le domaine professionnel mais également auprès des résidents qui font preuve d'un réel bien-être.

Ainsi, en plaçant prioritairement l'adulte handicapé au cœur du projet de réhabilitation, le travail de l'homme pour l'homme, dans sa dimension institutionnelle et individuelle, a motivé et activé toutes les politiques institutionnelles et leurs mises en application. Entouré de conditions favorables, engagé et suivi par le directeur, le changement a pu concrètement s'opérer.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction directeur, Ed Dunod, 1999

J.B.PROST Gilbert, MERCIER J-Yves, BRUGGIMANN Olivier,
RAKOTOBARISON Ai na, Organisation et Management, Tome I,II,III, Ed Les
Editions d'Organisation,1997

DJAOUI Elian, Les organisation du secteur social, Ed ASH, 2000

MIRAMON J-Marie, Manager le changement dans l'action sociale, Ed ENSP 1996

OHANA Paul, Les 100 mots clés du management des hommes, Ed Dunod 1999

DANANCIER Jacques, Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif, Ed
Dunod, 1999

Collectif ANAS L'évaluation du travail social et de l'action social, Ed ESF éditeur
2000

ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, Construction de soi et handicap mental, Ed
ENSP 2000

Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences Ministère de l'emplois et
de la solidarité, mars 1998

VALLEMONT Serge, La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des
compétences dans les trois fonctions publiques, Ed Berger-Levrault, 1996

ZRIBI Gérard et POUPEE-FONTAINE Dominique, Dictionnaire du handicap Ed
ENSP,1997

DOSSIERS et ARTICLES

« Vaincre l'usure professionnelle », Les cahiers de l'Actif N°264/265, mai-juin1998

« Quelle place pour les personnes handicapées ? » Esprit N°259, décembre 1999

« projet du foyer d'accueil et d'hébergement spécialisé de Mont sous Vaudrey »
document institutionnel, ETAPES juin 1999

« La gestion des compétences : un outil stratégique », TREPO Georges et FERRARY
Michel, Extrait de Sciences Humaines° N°81, 1998

« La performance contre les ressources humaines ? », BEAUJOLIN Rachel, extrait de
Sciences Humaines N°89 1998

« La place du directeur » BENLOULOU Guy Lien Social N°401 5 juin 1997

« La fonction de directeur d'établissement social public » Info Public N°104, avril
1998

« Le dirigeant a toujours quelque chose à faire progresser » Le Nouveau Mascaret
N°54 Trimestre 98

MEMOIRES

« Du travail quotidien à l'usure professionnelle : réorganiser le travail et penser la prévention dans une MAS » MEUNIER Philippe CAFDES 1999

« Promouvoir professionnalisme et qualité de vie dans un foyer de travailleurs handicapés mentaux » LALAU Pierre CAFDES 1995

« Le projet au service du changement et de la qualité : de l'institutionnel à l'individuel . L'exemple de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras », PORTAIL Sandrine DES 1998-1999

DIVERS

Interventions de LEFEVRE P, BOULAY P, LE MOENNE C. Consultants du cabinet Techné conseil Juillet 2000, ENSP « Projet et Stratégie »

Interventions de Messieurs BARTHES et DONIUS . Module de formation professionnelle, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. ENSP 1999

In Extenso Grand Usuel Larousse Dictionnaire encyclopédique, Ed Larousse 1997