

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

G.I.F. - PARIS

**PREVENIR L'USURE PROFESSIONNELLE , UNE NECESSITE AU
CCEUR DE LA PRISE EN CHARGE
EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE**

GAUTHIER Thierry

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1 /Les maisons d'accueil spécialisées : textes référentiels.	7
1.1 /La loi 75.534 du 30 juin 1975.	7
1.2/ La loi 75-535 du 30 juin 1975 :	8
1.3/ Le décret 78-1211 du 26 décembre 1978 :	9
1.4 / La circulaire 62 A.S. du 28 décembre 1978	9
2/ La population accueillie :	13
2.1/ historique du concept de polyhandicap :	13
2.2 / Les résidents du Mascaret :	15
2.2.1 / Les origines des placements :	16
2.2.2. / Les diverses pathologies :	17
2.2.3 / les troubles associés :	17
2.2.4 / Les pathologies intercurrentes les plus fréquentes :	20
2.2.5 / L'évolution des résidents :	20
3 L'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) :	22
3.1 / La fédération nationale :	22
3.2 / Le comité APAJH de l'Essonne :	23
3.2.1 / La période 1984/1992 :	24
3.2.2 / Depuis 1992 :	25
3.2.3 / les instances associatives	26
3.2.4 / Les administrateurs délégués :	26
3.2.5 / Le siège de l'association :	27
3.2.6/ le comité de directeurs :	28
3.2.7 / La politique sociale de l'association :	28
3.3/ Les délégations du directeur :	28
4/ La maison d'accueil spécialisée Le Mascaret :	31
4.1/ Les aspects juridico-administratifs :	31
4.2/ L'implantation géographique :	32
4.2.1/ Le département :	32
4.2.2/ La commune :	33
4.3/ La topographie :	33
4.4/ Le projet institutionnel :	35
4.4.1/ Organisation de la prise en charge des résidents	37
4.5/ La dynamique de direction :	38
4.6/ le personnel :	39
4.7/ Le budget :	41

DEUXIEME PARTIE

1/du burn out à l'identité professionnelle :	43
2/ Les facteurs concourant à l'usure professionnelle :	45
2.1/ l'identité professionnelle et l'activité de l'AMP :	45
2.2/ Une charge de travail physique et psychique :	47
2.3/ Les facteurs organisationnels et psychosociaux :	49
2.4/ Le facteur structurel :	51
2.5/ Les caractéristiques individuelles :	52
3/ Les symptômes et conséquences de l'usure professionnelle :	53
3.1/ sur les salariés :	53
3.2/ Sur les résidants :	55
4/ Prévenir l'usure professionnelle au Mascaret :	56
4.1/ Adapter l'organisation à l'identité de l'établissement :	56
4.2/ La théorie des besoins et des motivations :	58
5/ les moyens mis en œuvre :	61
5.1/ La mobilité :	62
5.1.1/ L'accueil du salarié :	62
5.1.2/ La formation :	63
5.1.3/ Les encadrants :	66
5.1.4/ Favoriser l'imprévu et les changements :	68
5.1.5/ La mobilité inter-établissements :	69
5.2/ L'expression des émotions et de la parole :	71
5.2.1/ Les réunions sur le cadre :	72
5.2.2/ Les entretiens individuels :	73
5.3/ Des cadres pour des objectifs porteurs de sens et de vie :	74
5.3.1/ Les synthèses :	74
5.3.2/ Les commissions :	75
5.3.3/ un cadre relationnel avec les familles :	78
5.4/ La valorisation de l'établissement et l'ouverture sur l'environnement :	79
5.4.1/ La MAS, lieu de ressources :	79
5.4.2/ La MAS dans l'environnement associatif :	80
6/ L'évaluation :	82

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La création des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), suite à l'instauration de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, a fait naître l'espoir d'une prise en charge digne pour une population jusque là cantonnée dans les hôpitaux psychiatriques ou maintenue dans un milieu familial sans soutien.

La mission de ces nouveaux établissements est particulière puisqu'ils accueillent des adultes polyhandicapés qui vont y résider pour la plupart jusqu'à leur décès ; pour la MAS Le Mascaret, que je dirige depuis janvier 1995, les résidants avaient en majorité une vingtaine d'années à l'ouverture, en juillet 1992 ; cet établissement sera donc sans doute leur lieu de vie pendant plusieurs dizaines d'années.

Une telle durée de prise en charge ne peut que rendre très complexe cette mission ; celle-ci regroupe de nombreux paramètres: l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, les aides à la vie courante, les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance et les activités de la vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation.

Il s'agit ainsi de préserver, d'améliorer les acquis et de prévenir les régressions et les aggravations physiques, psychomotrices ou psychiques des personnes handicapées.

Mais ces paramètres, lorsqu'ils sont confrontés à la vie quotidienne en MAS, révèlent une prise en charge lourde, répétitive et souvent génératrice d'usure professionnelle du fait d'un investissement intense dans des situations émotionnellement exigeantes.

En effet, les personnes polyhandicapées ont gardé une image d'inhumanité voire de monstruosité dans une société qui véhicule des modèles basés sur la beauté, la performance et la communication, trois aspects le plus souvent absents de leurs possibilités.

De plus, l'aide et le soutien constants, nécessaires dans les moments les plus intimes, renvoient le personnel vers des affects, souvent enfouis dans son subconscient, car considérés comme honteux dans la vie sociale, la souillure permanente de certains résidants en est l'image la plus forte.

Ces constats imposent au directeur une prise en compte permanente des risques d'usure déjà particulièrement présente dans des milieux professionnels où la relation d'aide est très forte. Les conséquences sur les salariés peuvent entraîner un effondrement de la qualité la prise en charge et générer sur les résidants des risques de régression rapides et parfois irréversibles.

Plus globalement, le directeur devra alors faire face à un coût de cette usure en termes d'absentéisme, de dégradations du climat social, à une perte de sens de la mission confiée.

Mais les aspects législatifs et réglementaires, l'identité et les particularités des personnes confiées à ce type d'établissement ne peuvent suffire à une prise en compte des risques d'usure ; la fonction de direction doit également porter sur une analyse des forces et des faiblesses de la structure avec lesquelles le directeur devra composer pour élaborer une stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés par le projet institutionnel.

La MAS Le Mascaret présente ainsi des singularités qui sont porteuses de germes d'usure mais aussi de pistes pour les prévenir.

Ainsi, les locaux ont été construits sans programme préalable, sans cahier des charges relatif aux besoins de la population accueillie ; les recommandations en matière d'habitat, peu développées en ce qui concerne les MAS, n'ont pas été respectées, toilettes et chambres non conformes, absence de locaux spécialisés, de salles d'activités, de lingerie...

L'aspect structurel est à l'unisson ; murs fissurés, matériaux de mauvaise qualité représentent un établissement vieilli prématurément.

Enfin, le personnel, à l'instar des textes réglementaires qui l'autorisent, était à l'origine en grande majorité non formé mais aussi très jeune, accédant le plus souvent à un premier emploi et donc non préparé à *affronter* des adultes polyhandicapés.

Pourtant, ces faiblesses ont permis que s'instaure dans les premières années une dynamique exceptionnelle pour ce type d'établissement où se sont créés dès l'ouverture des forces positives en termes de créativité, d'innovation, de mobilité interne et externe.

Je fis cette observation dès mon embauche, mais je remarquai très vite que cet élan était fragile et risquait à moyen terme de disparaître.

En effet, on pouvait constater un manque d'organisation propre à cette dynamique basée sur l'improvisation ; le manque de rigueur dans la poursuite des actions, le personnel composé essentiellement d'aides médico psychologiques non formés, les graves défauts d'équipement, le besoin d'inscrire l'établissement dans une temporalité à l'image des résidants, nécessitaient de se pencher rapidement sur la réhabilitation complète de l'établissement, sur le besoin de reconnaissance des professionnels ; il m'était nécessaire pour Le Mascaret de trouver les moyens de pérenniser l'action entreprise avec l'appui de l'association gestionnaire et des pouvoirs publics.

Dans la première partie, je présenterai le cadre législatif et réglementaire, l'identité de la population accueillie, l'association gestionnaire et l'établissement en mettant en relief les facteurs qui peuvent induire des risques d'usure professionnelle mais aussi les moyens qui me sont donnés pour les prévenir, notamment mes délégations . Dans une deuxième partie, après avoir défini le concept d'usure professionnelle, les symptômes et les conséquences qu'elle risque d'engendrer sur les salariés et les résidants, je m'attacherai, à partir de la théorie des besoins et des motivations développée par A. H. Maslow et des travaux de Frederick Herzberg, à démontrer en quoi les moyens mis en place concourent à sa prévention; enfin je présenterai les outils d'évaluation déjà en place et ceux que je me propose de développer, garantissant le processus engagé pour mener à bien la mission qui est confiée à l'établissement.

PREMIERE PARTIE

1 /Les maisons d'accueil spécialisées : textes référentiels.

Directeur d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), j'étudierai ici le cadre législatif et réglementaire de ces établissements et plus particulièrement les différents aspects de la circulaire 62 AS du 28 décembre 1978 qui jouent un rôle déterminant dans la problématique de l'usure professionnelle.

1.1 /La loi 75.534 du 30 juin 1975.

Appelée «loi d'orientation en faveur des personnes handicapées », elle s'inscrit dans la logique des réformes des années 70, notamment dans la suite des effets de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Cette période a marqué un tournant décisif dans le sens de la reconnaissance et du droit de la personne humaine présentant un état de dépendance.

La loi 75-534 a été élaboré sous le gouvernement de Georges Pompidou suite au rapport de François Bloch-Lainé «Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées » réalisé en 1969 ; ce rapport voulait aménager le dispositif de protection sociale en limitant la dépendance des personnes handicapées.

Reprise sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, elle est menée à son terme par le secrétaire d'état aux affaires sociales René Lenoir. Elle fut votée à l'unanimité, illustrant le consensus autour de la condamnation de l'exclusion, de l'enfermement et de la ségrégation.

Cette loi évoque la nécessité d'une politique globale à l'égard de toutes les personnes handicapées : prévention, orientation, rééducation, emploi et compensation. Elle affirme les droits à l'éducation, au travail, à la formation, à la protection sociale, à la vie sociale et aux loisirs.

Dans le cadre de cette loi, l'état, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les établissements publics, les associations et les familles coordonnent leurs interventions pour

mettre en œuvre cette obligation nationale en vue d'assurer l'autonomie, l'insertion et l'intégration des personnes handicapées.

La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) instruit les dossiers de ces personnes et leur propose une orientation. Les compétences de cette commission, divisée en deux sections, concernent la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, l'attribution de l'allocation adulte handicapé et compensatrice, l'orientation vers les structures de travail protégé, de rééducation et d'accueil.

L'article 46 de la présente loi concerne directement les MAS.

Sa formulation est la suivante :

« Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».

1.2/ La loi 75-535 du 30 juin 1975 :

Relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiée notamment par la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, elle complète la loi 75-534 du même jour.

Elle vise à coordonner les institutions précitées par l'instauration d'un schéma départemental, fixe les modalités de création et d'extension de ces établissements et en précise le financement.

Elle définit les dispositions relatives aux établissements de formation des travailleurs sociaux.

Avant d'aller plus loin dans l'étude du cadre juridique, il convient de s'arrêter sur l'actualité concernant le secteur médico-social. En effet, ces lois du 30 juin 1975 ont été promulguées dans un contexte d'aisance économique et budgétaire ainsi que dans le cadre d'un pays décentralisé. Elles représentaient une étape décisive et un progrès considérable dans l'histoire de l'action sociale de la France.

Aujourd'hui, la philosophie et les grands principes de solidarité de cette législation restent fondés mais ces lois ont vieilli du fait des nombreuses modifications législatives dont elles ont fait l'objet, de nouvelles formes de prises en charge qui ont vu le jour et du besoin de les adapter à l'évolution du contexte social.

Les nouveaux enjeux sont clairs et ont été identifiés par un rapport de l'inspection générale de l'action sociale en 1995 autour de quatre orientations :

- Mieux affirmer la place de l'utilisateur au cœur du dispositif, charte des personnes accueillies, projet d'établissement...
- Mieux définir le champ d'application de la loi : « il s'agit de dépasser la stricte notion d'établissement au sens des murs qui l'abrite (...) le temps est venu de reconnaître légalement et de développer une gamme de prestations et de services diversifiés et coordonnés, bien adaptée à la diversité des situations rencontrées. »
- Etablir une programmation des objectifs en instaurant des schémas pluriannuels.
- Mieux organiser : une concertation et une coordination à la fois plus institutionnelle et plus opérationnelle entre les différents acteurs du domaine médico-social et social, conventionnement, démarches évaluatives, systèmes d'informations communes...

Cette réforme est encore en gestation en novembre 2000.

1.3/ Le décret 78-1211 du 26 décembre 1978 :

Portant application des dispositions de l'article 46 de la loi 75-534 du 30 juin 1975, il détermine les conditions d'agrément de la prise en charge en maison d'accueil spécialisée au titre de l'assurance maladie, en précisant notamment les personnes accueillies, les prestations, les conditions de création, de contrôle et de tarification.

Les articles 1 et 2 du présent décret soulignent que les personnes adultes accueillies sont incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Ce décret met en relief la nécessité d'avoir constamment recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante : levers, toilettes, changes, déplacements, repas...

1.4 / La circulaire 62 A.S. du 28 décembre 1978

Cette circulaire est relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi 75.534 du 30 juin 1975. Elle en précise les conditions d'application.

Le préambule est intéressant pour comprendre comment le besoin de créer des établissements spécifiques pour des personnes gravement handicapées a émergé durant cette période

Il y est rappelé que les progrès liés aux soins mais aussi à la multiplication d'accidents ont entraîné une augmentation importante de jeunes adultes dépourvus d'un minimum d'autonomie et nécessitant la mise en place de structures et d'encadrement pour les soutenir.

Avant les lois du 30 juin 1975, ceux-ci étaient accueillis en milieu hospitalier, adapté pour prodiguer des soins, mais non pour prendre en charge globalement ces personnes.

Il fallait donc *« combler une lacune de l'équipement destiné aux adultes handicapés et répondre à un besoin urgent. »*

Peu d'expériences avaient alors été menées et le décret ne prévoyait pas de normes minimales en équipement et en personnel.

Le législateur, dans sa sagesse, ne tenait pas à contraindre un domaine nouveau et rappelait à juste titre qu'il fallait *« ne pas créer un nouveau type de structures asilaires et fermées »*.

Il estimait que l'on avait *« tout à gagner »* d'expériences qui, à l'image des plus intéressantes, pourrait permettre d'enrichir et d'adapter le cadre originel.

Nous savons aujourd'hui qu'il n'en a rien été ; le décret et la circulaire susnommés restent les seuls à établir un cadre réglementaire permettant aux promoteurs de s'appuyer pour déterminer les orientations des projets d'élaboration de ces établissements.

Nous savons néanmoins que les centres de ressources et les associations conduisent depuis de nombreuses années des réflexions sur la mise en place de normes qualitatives et quantitatives pour les MAS mais que ce travail essentiellement en réseau ne trouve pas d'écho réglementaire, d'où la difficulté de faire accepter par les autorités de contrôle une modification en profondeur de ces établissements aujourd'hui.

Critères et conditions d'admission :

- Existence d'un handicap mental profond, moteur et/ou sensoriel.
- Avoir atteint l'âge adulte et ne plus relever de prise en charge dans les établissements médicaux éducatifs spécialisés.
- Présenter une absence d'autonomie, soit par manque d'acquisition, soit par perte des acquis suite à une maladie ou à un accident.
- Avoir besoin d'une surveillance médicale et de soins constants.

Admission dans les maisons d'accueil spécialisées :

L'article 14 de la loi d'orientation a donné compétence aux commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) pour orienter les adultes handicapés vers les maisons d'accueil spécialisées et pour désigner les établissements correspondant le mieux à l'état de la personne et à ses besoins.

Fonction des maisons d'accueil spécialisées :

Elles constituent des lieux de vie destinés à assurer :

- Les besoins courants de la vie (hébergement, nourriture, etc.).
- L'aide et l'assistance constantes appelées par l'absence d'autonomie.
- La surveillance médicale, la poursuite des traitements et de la rééducation, les soins nécessités par l'état des personnes handicapées.
- Des activités occupationnelles et d'éveil ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinée à préserver et à améliorer les acquis et prévenir les régressions.

les modalités de création :

Un double souci doit inspirer ses modalités :

Répondre aux besoins propres des catégories de personnes handicapées relevant des maisons d'accueil spécialisées et ne pas négliger les possibilités offertes par le patrimoine médico-social et sanitaire existant.

Les maisons d'accueil spécialisées peuvent être des établissements nouveaux ou résulter de la transformation de structures médico-sociales ou sanitaires existantes.

La constitution d'une maison d'accueil spécialisée sera soumise à l'avis de la commission régionale d'organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.), soit dans le cadre d'une création, soit dans celui de la réhabilitation d'une structure existante qui pourrait constituer la réponse aux besoins.

Dimension et implantation :

Les maisons d'accueil spécialisées doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

La lourdeur des pathologies des résidents et les difficultés rencontrées par les personnes au gré des prises en charges quotidiennes nécessitent, pour que leurs contacts soient permanents et véritables, que la structure n'accueille pas un nombre trop important de pensionnaires ; il

demeure que ses capacités d'accueil doivent permettre l'étalement des charges coûteuses sur un nombre suffisant de pensionnaires.

L'implantation quant à elle, doit tenir compte de la proximité des familles, des structures de soins d'urgence, ainsi que d'un maximum de composants de la vie sociale.

Locaux et équipements :

Les maisons d'accueil spécialisées doivent posséder des aménagements et des équipements adéquats, notamment en ce qui concerne les locaux relatifs à l'animation, aux activités occupationnelles et à l'accueil des familles.

Les personnels :

Ils doivent être différents des établissements pour enfants, en faisant appel notamment à des spécialistes (psychiatres, psychomotriciens...), et à un personnel nécessaire pour les aides et les soins quotidiens comme les aides médico-psychologiques et les aides-soignants.

La circulaire stipule qu'il pourra être fait largement appel à des personnels n'ayant pas la qualification d'aide médico-psychologique à condition toutefois qu'ils bénéficient de la formation en cours d'emploi à ce métier.

Elle détermine enfin qu'au vu des structures fonctionnant comme des maisons d'accueil spécialisées - nous sommes en 1978 - un ratio de personnel de un pour un permet un fonctionnement satisfaisant.

Pour conclure ce chapitre, il convient de remarquer que ces deux lois majeures dans le domaine de l'action sociale ont permis que «l'infirmes de jadis¹» devienne une personne citoyenne et que son insertion se transforme en «une dynamique qui mobilise une politique²».

« Les personnes handicapées n'ont plus seulement des aptitudes qu'il convient de reconnaître et de développer, ce sont des membres à part entière de la société³ »

RISSELIN Patrick, «*les personnes handicapées dans la société française au seuil de l'an 2000*», écrits de BUC, décembre 95, pp.17-34.

Op.cit., Ibid

Op.cit., Ibid

.Les lois 75-534 et 75-535 traduisaient de la part du législateur un important effort de rationalisation du dispositif mais auquel il manquait la définition essentielle, au vu de l'éventail important des solutions proposées, du handicap.

Il est vrai qu'à l'époque, les inspirateurs des textes législatifs voulaient «rendre les dispositifs flexibles et adaptables selon les progrès scientifiques à venir⁴ » : de plus, jusqu'aux années 70, les connaissances ne permettaient pas de clarifier nettement la notion de handicap.

C'est en 1975 en Angleterre, qu'un épidémiologiste, Phillip Wood, s'est attaché à sortir du vague concept du handicap, ce qui devait déboucher, en 1988, sur «la classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages » (CIH).

En 1997, L'Organisation Mondiale de la Santé a présenté une proposition de révision de la CIH. Tout en évitant les connotations négatives de certains termes précédemment employés, les auteurs se sont intéressés à l'ensemble de la population humaine et non plus à une population ségréguée par une déficience.

Je présenterai dans le chapitre suivant, à partir du concept de polyhandicap, les personnes accueillies en MAS et plus particulièrement à la MAS Le Mascaret.

2/ La population accueillie :

2.1/ historique du concept de polyhandicap :

Dans les années 1960 - 1965, débute une prise de conscience par les pédiatres des hôpitaux du nombre d'enfants dits " encéphalopathes " n'ayant aucun soin particulier ni structure d'accueil. Ils sont aussi désignés sous le terme d'arriérés profonds ; en opposition, les sujets infirmes moteurs cérébraux dont l'intelligence est conservée sont mieux connus et soignés.

Dès 1964, professionnels et parents s'élevèrent contre cette première approche purement négative et contre l'extrême rareté des possibilités d'accueil. En 1965, l'Assistance Publique de Paris crée un service spécialisé de même que le CESAP (Comité d'Etudes et de Soins aux Arriérés

Profonds) qui met en place des lieux de consultation, des structures d'aide à domicile, puis des établissements spécialisés. Le terme polyhandicapé grave congénital est employé pour la première fois.

En 1975, application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales.

En 1985 le Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) réunit un groupe d'études qui fait le point sur les trois grands groupes de handicaps associés :

- polyhandicap : handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde.
- plurihandicap : association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles.
- surhandicap : surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant.

En 1986, une première définition administrative figure dans la circulaire du 6 mars relative à l'accueil des enfants et adolescents présentant des handicaps associés.

1989: refonte des annexes XXIV par le décret du 29 octobre 1989 et circulaire d'application, créant des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants handicapés, conditions regroupées dans une annexe XXIV ter pour les enfants polyhandicapés. À la suite de ce décret et dans les années 1990, création progressive de service de soins à domicile, d'établissements spécialisés ou de sections spécialisées, par diverses associations françaises accueillant auparavant soit des enfants inadaptés et déficients mentaux, soit des enfants infirmes moteurs.

La définition du polyhandicap dans l'annexe XXIV ter complète celle proposée ci-dessus :

« Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »

Cette définition recouvre des situations très variées et il n'est pas toujours simple de préciser les limites du polyhandicap.

Michel Creton, rapporteur du Conseil Economique et Social précise en juillet 1992 :

FONTAN Michel, « introduction », *Classification internationale des handicaps : du concept à l'application*, actes du colloque CTNERHI, Paris, CTNERHI, 1988, pp.1-2.

« Les déficiences, les incapacités qui s'intriquent, leur type, leur intensité, leur processus de survenue sont diversifiés à l'extrême, conduisant chaque polyhandicapé à une situation originale complexe, qui nécessite des aides multiples individualisées : rééducations diverses, action psychothérapeutiques et éducatives spécifiques ainsi qu'une surveillance médicale générale.

De plus, les polyhandicapés ont des besoins affectifs et requièrent des soins constants de maternage. En effet, leur perception est restreinte et leur univers limité dépend presque exclusivement de facteurs affectifs avec une possibilité d'expression et de communication réduite ou inexistante. »⁵

Le polyhandicap s'impose ainsi à nos yeux dans une complexité extrême, mettant en exergue une déficience multiple et une dépendance complète, sans défense propre, liant totalement l'individu à l'entourage et demandant de la part de celui-ci un engagement sans faille de tous les instants.

Comme l'indique la circulaire du 28 décembre 1978 dans son préambule, une latitude est donnée aux établissements pour promouvoir des expériences et ainsi construire un cadre pour ce type de structure.

Une MAS peut très bien recevoir plusieurs types de handicaps mais on retrouve souvent des établissements avec telle ou telle prédominance de handicap.

2.2 / Les résidents du Mascaret :

Après cette présentation générale, il me paraît à présent important de définir le plus précisément possible les personnes accueillies au Mascaret ; ce qui suit n'a pas vocation à énumérer simplement une litanie de déficiences pour marquer le lecteur ; il s'agit ici de mettre l'accent sur l'extrême difficulté de la prise en charge que rencontre chaque jour le personnel éducatif, sur le « bombardement du Réel » dont parle le docteur PH. Gabbai , disciple de François Tosquelles, dans sa préface de l'ouvrage de Ph. Chavaroché⁶ en précisant autant que possible en quoi les pathologies rencontrées sont porteuses de stress et concourent au danger d'usure de ce personnel.

Avis et rapports du conseil économique et social «*la situation des handicapés profonds* » journal officiel du 13 août 1992.

⁵ CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p 9

2.2.1 / Les origines des placements :

L'établissement accueille 42 résidants, dont 40 à titre permanent et 2 à titre temporaire. Il y a 21 hommes et 19 femmes.

La moyenne d'âge est de 33,41 ans, l'âge médiant se situant en dessous de 30 ans, mettant en relief la jeunesse de cette population et également celle des parents dont un certain nombre sont encore en situation active.

Ce constat a une répercussion sur les retours en famille, en fin de semaine ou pour des vacances, permettant à plus d'un tiers des résidents de vivre des périodes hors institution.

Le poids budgétaire de ce taux d'absentéisme est pris en compte par les autorités de contrôle qui nous autorisent un taux d'occupation de 82,19% sur un an soit 12600 journées annuelles (Ile de France, 89%).

Actuellement les personnes adultes handicapées viennent pour un tiers directement de leur milieu familial et n'ont pas connu de placement antérieur.

Le deuxième tiers provient des secteurs psychiatriques de rattachement sur le plan départemental.

Le dernier tiers correspond aux jeunes adultes qui, ayant atteint la limite d'âge pour le placement en structure pour adolescents, ne relèvent plus de la prise en charge de la commission départementale d'éducation spéciale.

Le choix des résidants s'est effectué en privilégiant une certaine hétérogénéité tout en restant dans le cadre fixé par la loi ; Je pense en effet qu'il est souhaitable qu'une MAS puisse accueillir plusieurs types de handicaps que l'on pourrait classer selon leur dépendance :

- la dépendance physique,
- la dépendance physique et relationnelle,
- la dépendance relationnelle (handicap mental, psychose)
- la dépendance vitale (polyhandicapés).

Ce choix est moteur pour l'équipe car cela décentre de la prise en charge quotidienne lourde des polyhandicapés et des gestes répétitifs qui finissent par user. La constitution de l'établissement en quatre unités doit prolonger le choix de départ ; chacune d'entre elles conserve l'hétérogénéité de l'ensemble.

2.2.2. / Les diverses pathologies :

- Le polyhandicap :

Cet état pathologique est marqué par l'intrication de plusieurs déficiences ou maladies.

L'atteinte neurologique, la plupart du temps très précoce, est gravement invalidante : incapacité motrice totale ou partielle, déficience sensorielle, déficience mentale profonde...

Dans de nombreux cas, des graves perturbations dans les interactions affectives de la petite enfance ont entraîné des états psychotiques.

- L'autisme, une pathologie spécifique :

Il associe dans des proportions variables et différentes pour chaque résidant des éléments génétiques, neuro-biologiques, affectifs, relationnels et psycho-sociaux au sens large. L'autisme se caractérise chez les résidants par un repliement extrême et une absence de communication interhumaine.

Les personnes atteintes d'autisme trouvent rarement encore aujourd'hui des structures adaptées ; leur accueil en MAS peut ressembler à un pari et n'est pas exempt de risques.

En effet l'autisme n'est jamais stable et les comportements sont souvent déroutants voire déstabilisants pour un personnel ayant peu de connaissances de cette pathologie. De plus, la prise en charge d'autistes nécessite un dévouement et une motivation particulière de l'équipe pour obtenir des résultats.

Sur 40 adultes actuellement hébergés, 8 relèvent d'autisme diagnostiqué dès leur enfance, 31 relèvent de déficiences mentales profondes liées à des encéphalopathies d'origines diverses, à des accidents néonataux ou à des malformations congénitales, enfin une personne est atteinte d'une aberration chromosomique (trisomie 21).

2.2.3 / les troubles associés :

- L'épilepsie :

Parmi les résidents de l'établissement, seize présentent une épilepsie qui, pour sept d'entre eux n'est pas stabilisée, ce qui impose la présence de personnel paramédical de façon quasi permanente et de fréquentes interventions du SAMU.

Chez certains, on relève également, suite à des chutes pendant les crises, des traumatismes répétés de la face avec des fractures dentaires puis des déformations qui finissent par constituer un véritable handicap secondaire. Des troubles du comportement peuvent aussi succéder à la répétition des crises (sommolences coupées d'accès d'hyperactivité, parfois agressivité ou conduites auto-offensives).

- Les troubles neurologiques :

Vingt-cinq d'entre eux souffrent d'une incontinence sphinctérienne complète qui nécessite une vigilance constante de la part du personnel.

Dix-huit résidants sont en fauteuil roulant (séquelles d'hémiplégies, dysfonctionnement du système nerveux central).

- Les troubles des conduites instinctuelles :

Quatre résidants sont incapables de discrimination alimentaire et sont susceptibles d'ingurgiter divers objets et liquides (produits d'entretien, gants, plastiques, excréments...). Ces troubles imposent de la part des personnels une vigilance accrue et particulièrement usante.

- Les troubles du langage de la communication :

Parmi les résidants, trente-trois n'ont aucun langage oral construit ; Leur mode de communication est limitée à une gestuelle approximative, une mimique faciale et des conduites corporelles plus ou moins possibles selon le degré de mobilité.

Quatre autres sont capables d'articuler quelques mots reconnaissables, mais très souvent utilisés hors contexte : le plus souvent, il s'agit de stéréotypies verbales.

Trois enfin sont capables de construire quelques phrases en contexte, d'exprimer des sensations, des sentiments, de faire des remarques, des commentaires.

Malgré tout, la communication n'est jamais absente, aussi ténue soit-elle. « Cela demande à l'entourage (...) une forte motivation, beaucoup de disponibilité, de l'obstination. (...) dans ce lent travail en duo, qui prend parfois l'allure d'un duel épuisant ».⁷

De leur côté, les encadrants doivent prêter une attention spéciale à la parole directement adressée au sujet, aux intonations, aux gestes d'accompagnement, en sachant que la moindre réponse peut

ZUCMAN Elisabeth, *accompagner les personnes polyhandicapées*, Paris, éditions du CTNERHI, 1998,p36.

demander un long délai ; l'interlocuteur pressé risque toujours d'avoir détourné son attention au moment où s'ébauche un signe qui pourrait montrer une compréhension et continuer l'échange.

- Les troubles du comportement :

Quelques résidants ont parfois des pulsions de destruction visant le mobilier, la décoration. Celles-ci sont imprévisibles et désorientent souvent le personnel qui, patiemment tente d'humaniser les locaux collectifs et individuels.

Parfois, des gestes, sans que l'on puisse y voir une agressivité volontaire, sont portés sur les salariés – étreintes très fortes autour du cou et aux bras, agrippement brutal déstabilisant ou faisant tomber l'encadrant - qui peuvent aller jusqu'à entraîner des arrêts de travail.

Cinq résidants sont susceptibles de quitter seuls l'établissement et demandent une surveillance particulière.

- Le manque d'autonomie alimentaire :

Dans leur majorité, les résidants doivent être aidés au cours des repas, pour le service ou le découpage par exemple.

Quatorze d'entre eux, les plus dépendants, doivent être nourris à la cuillère, nécessitant ainsi la présence permanente d'un salarié durant le repas. Afin de réduire au maximum le recours à une alimentation assistée par appareillage, le personnel doit prendre le temps avec calme et bien installer la personne en face ou à côté de lui.

L'établissement comprenant deux salles à manger, avec en moyenne quatre à six personnes encadrantes, il n'est jamais simple de respecter ces dispositions tout en surveillant des résidants connaissant des troubles divers du comportement. Malgré toutes les précautions, des «fausses routes » sont fréquentes entraînant des étouffements et par voie de conséquence la culpabilisation du personnel et une tension certaine durant les repas. Ce comportement lie à la fois la responsabilité du professionnel, la peur de la faute et la possibilité d'un éventuel décès par étouffement.

L'écoute, la reformulation de l'accident et le soutien sont alors nécessaires pour que le salarié ne vive pas un sentiment d'incompétence et de détresse.

2.2.4 / Les pathologies intercurrentes les plus fréquentes :

Il s'agit de tous les types d'accidents ou d'incidents somatiques qui peuvent se présenter et dont certains reviennent avec une fréquence plus importante tels que les troubles du transit, la déshydratation nécessitant une surveillance continue de l'alimentation, des problèmes dermatologiques dont certains entraînent des précautions d'hygiène renforcées, des problèmes pulmonaires liés le plus souvent à la répétition de petites fausses routes invisibles pour le salarié, des problèmes gynécologiques, stomatologiques et de l'ostéoporose entraînant des fractures soudaines avec arrêt d'activités pendant parfois de longues périodes.

2.2.5 / L'évolution des résidents :

Au-delà des pathologies et des troubles associés, tous les résidents sont dépendants pour tout ou partie des actes de la vie quotidienne ; les troubles du comportement sont quasi constants : errances, agressivité et auto agressivité, émergence d'une sexualité aux manifestations incongrues, troubles du sommeil, exigences tyranniques, enfermement dans la répétition et l'immuable.

Ils déroutent et exaspèrent tant ils sont imprévisibles, allant mieux, allant plus mal ; ils nous renvoient sans cesse à l'énigme, à l'opacité, au «non-sens »...

De plus, les pathologies et le vieillissement entraînent des changements physiques et comportementaux rapides souvent irréversibles ; ceux-ci sont vécus dramatiquement par le personnel qui constate un repli sur soi du résident et une incapacité de plus en plus fréquente à effectuer certaines activités. Ces facteurs liés à la sous qualification statutaire des professionnels et aux problèmes d'effectifs dus au fonctionnement permanent de l'internat favorisent à plus ou moins long terme l'ascension d'un phénomène d'usure.

Ainsi, le personnel du Mascaret doit percevoir, comprendre les difficultés de chaque personne polyhandicapée. Cela implique une importante sollicitation de chaque salarié de l'établissement qui doit puiser dans ses ressources physiques et mentales pour répondre au mieux aux besoins des résidents.

« Tout semble se passer comme si, face à ces personnes particulières, nous étions soumis à un véritable bombardement dissuasif, visant à nous écarter activement. (...) Nos tentatives de

communication, d'actions communes sont sans cesse menacées, (...) nos pensées s'épuisent, nos idées s'y tarissent, nos vocations s'y usent⁸. »

En tant que directeur, ma responsabilité m'engage à mettre en place les moyens de prévenir l'usure professionnelle des salariés.

L'établissement compte bien sûr plusieurs secteurs, mais je dois porter une attention plus importante aux professionnels du secteur éducatif, essentiellement constitué d'aides médico-psychologiques (AMP).

Ces salariés ont la particularité d'être au plus près des résidants, de les côtoyer dans l'intimité la plus forte. Mais si j'ai choisi de centrer plus particulièrement ma réflexion et mon action sur les AMP, je n'ignore pas que d'autres professions sont amenées à effectuer des tâches proches ; il s'agit des moniteurs éducateurs et surtout du personnel soignant ; je fais référence ici aux aides soignants qui travaillent dans des conditions de proximité avec les résidants identiques à celles des AMP et qui sont associés la plupart du temps à ces derniers au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Pour ce personnel, il est indispensable de trouver, à travers une éthique professionnelle, un sens profond à la démarche qui permette de relativiser les contraintes importantes qu'elle impose, d'autant que dans notre société, les valeurs dominantes se fondent sur des images valorisant l'esthétique corporelle et l'uniformisation concrétisée par les effets de mode ; les résidants y représentent, par leurs pathologies et les troubles qui y sont associés, les éléments les plus inquiétants et inacceptables.

En effet, les comportements et les attitudes marginales des personnes psychotiques ou polyhandicapées ne sont souvent pas compris ; on ne leur prête pour seules capacités que des fonctions neurovégétatives et on ne conçoit pour eux que les soins les plus élémentaires liés à leur survie.

Historiquement, ce rejet et cette ignorance, ainsi que la grande hétérogénéité des pathologies ont longtemps cantonné les personnes polyhandicapées dans un extrême dénuement. De ce fait, l'initiative de leur prise en charge s'est fait plus tardivement que pour des handicaps plus légers.

CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p7.

Ce n'est qu'au début des années 1970 qu'un certain nombre de parents et de professionnels ont cherché à se mobiliser ; ils se sont regroupés essentiellement autour de grandes associations comme le CESAP, l'Association des Paralysés de France (APF), l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) ou l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH).

La MAS Le Mascaret est géré par un comité départemental fédéré à cette dernière association.

Celui-ci s'articule autour de deux axes, l'action militante indispensable pour faire aboutir ses valeurs, «quand pendant des années on soigne des blessés, il ne faut pas oublier de rester en colère contre ce qui blesse »⁹, et la rigueur gestionnaire indispensable elle aussi.

Dans le chapitre suivant, après avoir présenté l'APAJH et le comité départemental de l'Essonne, je porterai une attention particulière aux délégations dont je dispose pour mettre en œuvre le projet d'établissement et les moyens nécessaires à l'accomplissement de la mission, entre autres une politique de prévention de l'usure professionnelle.

Enfin je présenterai l'établissement que je dirige depuis 1995 dans son environnement géographique ainsi que son projet institutionnel et enfin décrirai son personnel.

3 L'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) :

3.1 / La fédération nationale :

L'APAJH est née en 1962, sur l'initiative d'enseignants et de militants syndicalistes de l'éducation nationale. Ce réseau relationnel, appuyé par quelques personnalités proches du milieu enseignant - responsable national des syndicats d'instituteurs, président d'une mutuelle scolaire-entraîne un rapide développement de l'association. L'originalité de l'APAJH découle de son histoire militante : intégration scolaire, laïcité, citoyenneté et soutien aux familles. Elle va ensuite étendre son action en faveur des adultes, mais toujours en affirmant son idéal d'intégration

sociale et professionnelle. Deux textes fondateurs marquent l'APAJH : La charte d'Arras, publié en 1978, qui pose les fondements de sa politique d'intégration. La déclaration de Grenoble, en 1984, qui affirme le droit à la citoyenneté pour toute personne handicapée comme l'un de ses principaux objectifs.

L'APAJH fut reconnue d'utilité publique le 13 mai 1974. Elle s'est rapidement développée sur l'ensemble du territoire rendant difficile une gestion centralisée depuis son siège parisien ; l'association s'est alors organisée en structure fédérative et a confié la gestion de la plupart des établissements à des comités départementaux.

Elle poursuit une action politique auprès des pouvoirs publics et a mis en place des unions régionales. Elle anime également des groupes de réflexion et apporte aux comités départementaux une aide juridique et des informations par l'intermédiaire d'une revue.

Actuellement, l'APAJH fédère 91 comités départementaux. Elle compte 13.041 adhérents et emploie 9000 salariés. Elle comptabilise 475 établissements ou services répartis sur l'ensemble du territoire qui accueillent 22.000 personnes handicapées. Le siège de l'APAJH nationale gère encore directement trente-sept établissements.

3.2 / Le comité APAJH de l'Essonne :

Les comités départementaux ont une grande autonomie de par leur statut juridique. Ils participent au fonctionnement de l'APAJH via les établissements.

Comme les autres comités départementaux, le comité de l'Essonne est régi par la loi de 1901 sur les associations. L'association départementale a été créée le 31 janvier 1980, pour répondre à la demande de la fédération de prendre en gestion directe un centre d'aide par le travail sur le département.

Le 1^{er} juillet 1984, en accord avec les autorités concernées, la fédération rétrocédait 4 établissements au comité.

AFCHAIN Jean, « l'instrument réfléchit », *la lettre de l'Uriopss Ile de France*, sept 99, n° spécial, page12.

3.2.1 / La période 1984/1992 :

A l'image de la fédération, les premiers administrateurs étaient essentiellement des militants avec un président dont la personnalité imprégnait totalement l'association; doté d'un «carnet d'adresses» conséquent, figure connue dans le département, il arpentait sans relâche les rassemblements, inaugurations, réunions où étaient présents les élus locaux, maires et députés, et les fonctionnaires responsables de services départementaux et déconcentrés.

Son but était double, convaincre ses interlocuteurs qu'existaient des besoins émergents relatifs aux personnes handicapées, et donc mettre en place les moyens correspondants, et répondre à toutes les demandes émanant du conseil général ou de l'Etat pour élaborer puis concrétiser les projets ; la MAS le Mascaret est née de cette volonté.

Sa philosophie se résume bien dans le discours en forme de bilan qu'il fit en 1993 lors de sa dernière participation à un conseil d'administration (CA) de l'association ; en voici un extrait significatif :

« Nous avons mission de service public ; le CA a pour rôle de créer d'autres établissements, d'anticiper les besoins. J'ai toujours pensé : on met en place des choses, on les aura toujours. »

Sa dernière phrase en particulier illustre bien la conception associative de l'époque en matière de création d'équipement.

De cette façon furent créés progressivement les établissements et services qui répondaient aux besoins recensés jusqu'à l'ouverture de la MAS le Mascaret, dernière création à ce jour.

Au total, le comité gère depuis 1992 :

- 4 instituts médicaux éducatifs,
- 1 service pour déficients visuels et aveugles,
- 3 services d'éducation spécialisée et de soins à domicile,
- 1 foyer occupationnel,
- 2 foyers d'hébergement,
- 2 centres d'aide par le travail,
- 2 maisons d'accueil spécialisées,
- 1 siège départemental.

Soit près de 750 personnes en situation de handicap, dont 300 pour le secteur enfant et plus de 400 pour le secteur adulte dont 200 travailleurs handicapés. Le comité compte plus de 600 salariés avec un budget annuel de plus de 140 MF (1999).

3.2.2 / Depuis 1992 :

« L'enjeu patrimonial est dominant. Le souci de pérennisation l'emporte sur celui d'une nécessaire évolution. »¹⁰

Cette remarque aurait pu s'appliquer peu à peu au comité, se traduisant par des choix hâtifs basés sur la volonté d'étendre les possibilités offertes sans tenir compte véritablement de la qualité nécessaire ou d'une vision à long terme ; de plus des erreurs de gestion, de choix stratégiques ou de recrutement eurent pour effet de décrédibiliser le président et par voie de conséquence le CA dans son entier.

La « fronde » de quelques-uns apporta un renouvellement presque complet en 1992.

L'arrivée de nouveaux administrateurs, pour beaucoup parents d'enfants handicapés, et de quelques professionnels du secteur transforma radicalement le comité.

D'un siège basé dans un bureau prêté par un établissement avec une directrice administrative, l'association s'est dotée de locaux spacieux, situés dans la préfecture de l'Essonne, à Evry, au plus près des instances locales de décisions (voir 3.2.5).

Parallèlement, elle a engagé dès 1993 une réflexion autour de l'élaboration d'un projet associatif mis en application sous la dénomination « d'Options fondamentales ».

Celles-ci s'articule autour de trois principes fondateurs, l'exigence démocratique, l'idéal laïc et la citoyenneté.

Ce projet, loin d'être destiné à devenir un document poussiéreux, a fait l'objet d'une véritable réflexion associant les administrateurs et les salariés ; il a ainsi été débattu dans les établissements, ce qui a permis certaines modifications et explicitations.

Le « projet associatif doit se formaliser et développer (...) la mise en place de services pour les usagers ou des clients mais aussi un projet en direction des professionnels. »¹¹

J-M Miramon, D.Clouet, J-B Paturet « *Le métier de directeur, techniques et fictions* », Rennes, ENSP éditeur 1992 p20.

Les options fondamentales ont ainsi été discutées par tous les salariés et ont fait l'objet de nombreux amendements ; le résultat aujourd'hui est une véritable appropriation du projet associatif au sein des établissements.

3.2.3 / les instances associatives

Le conseil d'administration est composé de dix-huit membres qui se réunissent tous les mois.

Deux directeurs y assistent avec voix consultative. Ils sont nommés pour une année.

Les comités de gestion sont propres à chaque établissement. Ils se réunissent deux fois par an, décident du budget prévisionnel présenté par le directeur et approuvent le compte administratif avant qu'il ne soit présenté au conseil d'administration.

Soucieuse de créer des espaces de réflexion permanents, l'association a mis en place des commissions qui regroupent des administrateurs et des cadres d'établissement, directeurs et chefs de service, sur différents thèmes comme la formation, le droit du travail, les finances, la politique générale, le clinique ou la communication. Leur rôle est de préparer des dossiers et des orientations qui seront ensuite soumis au conseil d'administration. Je participe à l'une d'entre elles, la commission formation.

Ces instances sont un outil précieux pour le directeur car elles permettent une réflexion, des projets et des actions en faveur des usagers ou des salariés. Dans ce cadre, J'ai pu promouvoir la mise en place d'une procédure de soutien aux salariés en difficultés suite à un accident du travail et risquant à plus ou moins long terme d'être déclarés inapte par le médecin du travail (voir deuxième partie, 5/1/6).

De même, avec un collègue directeur, nous avons réalisé une étude statistique sur les niveaux des personnels des établissements et sur les carences en formation qualifiante des salariés. Ce travail, qui a été présenté au conseil d'administration, a permis de mettre en place une réflexion sur les formations des personnels des services généraux et des moniteurs d'atelier.

Ces commissions sont animées par des administrateurs.

3.2.4 / Les administrateurs délégués :

Ils sont au nombre de deux par établissement.

Hugonnec A. Management ou ménagement des entreprises sociales et médico-sociales, *Les cahiers de l'actif*, mai-

Leur fonction, définie par le conseil d'administration, est de soutenir le directeur en représentant l'association lors de réunions avec des partenaires extérieurs et à la demande de ce dernier.

Ils sont également pour le directeur une interface nécessaire avec le conseil d'administration en faisant remonter par exemple des préoccupations liées à la prise en charge des résidents.

Pour la maison d'accueil Le Mascaret, leur présence et leur soutien permettent de mieux faire saisir à l'ensemble des administrateurs les difficultés liées à la vie particulière de cette structure.

3.2.5 / Le siège de l'association :

Le souci de l'association d'un meilleur suivi et contrôle des établissements a suscité la restructuration du siège social durant la période 1993-1994. Le poste de directeur administratif a été transformé en poste de directeur d'association. Des postes de chef comptable et d'agents administratifs ont été créés en plus du secrétariat de direction existant.

Le directeur d'association a un rôle hiérarchique au niveau des directeurs d'établissement que le directeur administratif n'avait pas. Situé à l'interface entre le directeur d'établissement et le conseil d'administration, il doit faciliter le passage des propositions des directeurs vers les décideurs.

Dans l'autre sens il permet aux administrateurs d'expliquer certaines prises de position.

Le chef comptable a une fonction de coordination et de normalisation des comptabilités des établissements ainsi qu'une fonction de formation des comptables à la comptabilité associative ; il accompagne l'expert-comptable et le commissaire aux comptes lors de leurs passages dans les établissements.

L'organisation actuelle de l'association entraîne peu à peu un glissement de l'association historique d'hier vers l'association gestionnaire ; on peut craindre que «les instances politiques de l'association» aient «à leur disposition un siège qui confond trop souvent relations fonctionnelles et relations hiérarchiques»¹²

juin 96 *Le management* n°240-241, p3-12.

J-M Miramon, D.Clouet, J-B Paturet «*le métier de directeur, techniques et fictions*», Rennes, ENSP editeur 1992 p 22.

3.2.6/ le comité de directeurs :

Sur l'initiative du directeur d'association, un comité de directeurs a été instauré en 1993 ; il est animé par celui-ci. Les propositions ou avis qui en émanent sont ensuite soumis au bureau de l'association. Y sont présentés également les grands dossiers en cours afin que chaque directeur puisse connaître au mieux la vie des établissements

Il s'y développe une synergie utile à l'échange des compétences dans le respect des spécificités de chacun.

3.2.7 / La politique sociale de l'association :

Depuis 1997, le comité APAJH de l'Essonne s'est doté d'un comité central d'entreprise et a regroupé plusieurs établissements entre eux pour atteindre le seuil des 50 salariés permettant de créer des comités d'entreprise.

Cette intention faisait suite à la mise en place depuis 1992 d'une commission centrale des établissements qui se réunissait rarement et n'avait qu'un rôle symbolique faute de légitimité.

Des décisions très sociales ont été prises sans tenir compte des réalités des établissements ; par exemple, les congés trimestriels, initialement accordés aux établissements pour enfants par la convention collective, l'ont été par l'association aux établissements pour adultes.

Si cette intention est louable, il n'y a eu de la part de l'association aucune réflexion sur leur faisabilité, aucun suivi et aucune intervention auprès des autorités de contrôle en vue de tenter de les compenser.

Ainsi, au Mascaret, les congés trimestriels représentent une perte de trois équivalents temps pleins par an.

3.3/ Les délégations du directeur :

« Il appartient au dépositaire du pouvoir politique de déterminer les objectifs, concevoir les projets, contrôler et évaluer les actions entreprises. Au bénéficiaire de la délégation technique échoit à la responsabilité de la mise en œuvre et de la gestion des projets. »¹³

J-M Miramon, D.Clouet, J-B Paturet *«le métier de directeur, techniques et fictions»*, Rennes, ENSP editeur 1992 p 99.

Je tiens mes délégations du directeur d'association qui lui-même les tient du conseil d'administration. Pour ma part, elles sont définies à partir de la convention collective de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, de la circulaire du 26 février 1975 et de son annexe, du règlement intérieur de l'association et de mon contrat de travail.

J'ai classé ces délégations en trois domaines :

- Le projet

Dans le respect du projet associatif, le directeur rédige le projet d'établissement en collaboration avec le personnel ; il est garant de son utilisation et de son actualisation.

- La gestion financière

Je prépare le budget prévisionnel et la section d'investissement et les propose au comité de gestion. Cette instance me permet de préciser mes choix budgétaires ou de les réorienter. J'anime ensuite la discussion du budget avec les autorités de contrôle.

J'ai toute autonomie pour engager les dépenses et régler les achats.

- La gestion des ressources humaines

Cette délégation laisse toute latitude au directeur pour gérer son organisation au quotidien et pour choisir les options qui selon lui sont nécessaires à la gestion du personnel.

Ainsi dans le cadre de la prévention de l'usure professionnelle, des choix particuliers tels que l'organisation des équipes, la communication interne, le profil de la politique de formation sont laissés à ma seule appréciation.

Mais pour toute délégation un retour est indispensable dans un souci de cohésion avec l'association mais aussi afin de permettre au directeur d'association d'être tenu informé de l'évolution des établissements.

Dans l'autre sens, il me permet d'y trouver un soutien vis à vis d'une situation ou d'un recrutement difficile par exemple.

En conclusion, quelques constats sont à synthétiser :

- Les instances telles que les commissions, le comité de directeurs, les administrateurs délégués ou le retour de délégation auprès du directeur d'association sont autant de moyens au service du directeur d'établissement ; ils composent un partenariat interne à l'association qui lui permet d'être moins isolé dans les prises de décision et l'alimentent constamment dans les différents domaines de sa fonction.
- La séparation entre le pouvoir politique et la délégation technique n'empêche en rien les réflexions communes.
- Les administrateurs, soulagés des tâches de contrôle qu'ils délèguent aux professionnels ou confient au trésorier pour la partie financière, ont plus de temps à consacrer à l'action politique et idéologique permettant aux élus associatifs une présence auprès des élus politiques pour la promotion de la cause des personnes handicapées. De cette façon, ils sont mieux à même de répercuter les difficultés vécues dans les établissements, en termes de moyens humains ou matériels par exemple.
- L'association est à différencier du financeur ; d'où la nécessité d'identifier l'employeur pour tous les salariés. L'existence du projet associatif, le débat qu'il a suscité au sein des établissements, les informations régulières données aux salariés, notamment avec le soutien des administrateurs délégués, sur l'évolution des grands dossiers comme la réduction du temps de travail favorisent une meilleure connaissance de l'association, de ses pouvoirs et de ses limites, et créent des liens utiles à combattre l'isolement et la méconnaissance de l'employeur vis à vis de son personnel.
- Les délégations attribuées aux directeurs leur permettent d'envisager une véritable politique d'établissement, dans le respect du projet associatif, touchant les aspects les plus divers de leur fonction. Cette politique en direction de l'encadrement reconnaît les capacités professionnelles et personnelles des salariés concernés. Elle permet qu'à leur tour ceux-ci suscitent au sein de leur personnel les mêmes possibilités de délégation et de reconnaissance de capacités ; nous verrons dans l'étude sur la théorie des besoins et des motivations combien ces dispositions consolident le rôle du personnel dans la prise en charge des résidents.
- L'évolution actuelle du siège fait craindre une bureaucratisation de plus en plus importante ; l'éloignement du directeur d'association du terrain peut faire perdre toute efficacité à la

richesse relationnelle actuelle mettant même en danger la compréhension de l'action du directeur dans son établissement faute de repères communs avec le siège.

4/ La maison d'accueil spécialisée Le Mascaret :

L'établissement a ouvert ses portes en juillet 1992 et a été inauguré en janvier 1993.

Lors de cette manifestation, le paradoxe est vite apparu entre la volonté de répondre au plus vite, de la part de l'association, à une demande de la DDASS qui souhaitait poursuivre la création de places de MAS sur le département et les moyens mis en œuvre pour la concrétiser.

En effet, depuis plusieurs mois étaient déjà apparues des fissures sur les murs extérieurs et intérieurs qui ne purent être masquées à la vue des personnalités, des familles, des résidants et des salariés ; celles-ci étaient l'image même du déficit structurel important des locaux, qualitativement et quantitativement.

Pourtant cet établissement a fait l'objet, dans le cadre législatif et réglementaire, des modalités de création et de fonctionnement que je vais rappeler ci-dessous.

4.1/ Les aspects juridico-administratifs :

La convention :

Une convention a été établie avec la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France (C.R.A.M.I.F.) pour un an dans un premier temps, puis après le contrôle par le service médical de cette caisse, pour une durée indéterminée.

Cette convention bilatérale prévoit des dispositions générales relatives aux conditions médicales, démographiques et juridiques concernant l'accueil des résidants, à la conformité des locaux ainsi que les dispositions financières inhérentes à ce type d'établissement.

L'agrément :

Il est prévu pour 42 adultes principalement originaires de l'Essonne.

L'agrément fixe le calendrier prévisionnel en proposant un nombre de journées à réaliser. Ces journées sont calculées annuellement lors du budget prévisionnel et ce calcul est soumis à l'appréciation des autorités de tutelle lors de la négociation budgétaire annuelle.

L'habilitation :

L'habilitation est l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux. Elle offre la possibilité d'accueillir des personnes adultes bénéficiant de l'aide sociale relevant du département et de l'Etat.

Cette habilitation permet la présence d'adultes placés sur avis favorable de la (C.O.T.O.R.E.P.).

Le financement :

La maison d'accueil spécialisée est essentiellement financée par un prix de journée fixé par le préfet du département. Ce prix de journée est intégralement couvert par la caisse primaire d'assurance maladie.

Complémentairement au prix de journée, les personnes accueillies règlent un forfait journalier en fonction de leur présence effective dans l'établissement.

Les autorités de contrôle :

Les maisons d'accueil spécialisées sont des établissements mentionnés à l'article 3 de la loi n° 75- 535 du 30 juin 1975.

Elles sont soumises au contrôle des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

4.2/ L'implantation géographique :

4.2.1/ Le département :

Le département de l'Essonne s'est doté d'un schéma départemental pour la période 2000/2005 depuis le 22 juin 2000 conformément à l'article 2.2 de la loi 75-535 du, 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée par la loi du 6 janvier 1986.

Dans sa présentation de l'existant, le schéma tient compte de la situation du Mascaret puisqu'il note que dans cet établissement *il est à déplorer une inadaptation des locaux et des malfaçons*

importantes. Cette reconnaissance tient à la réalisation d'un bilan argumenté que nous avons établi au Mascaret et qui a été soutenu par l'association pour être présenté aux autorités de contrôle.

A l'heure actuelle le taux d'équipement de l'Essonne est de 0,40 place pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, pour 0,17 en Ile de France. Il regroupe en 1999, 272 places sur 1034 en Ile de France.

4.2.2/ La commune :

L'établissement est bâti sur la commune de Montgeron, à la place d'un ancien terrain vague, bordée par une déviation de la nationale 6 et un quartier faisant l'objet d'une procédure de contrat de ville (contrat passé entre l'Etat et les communes en vue de fixer leurs engagements respectifs en vue de la réhabilitation de quartiers en difficultés, circulaire n°89-13 du 7 septembre 1989 relative aux politiques sanitaires et sociales et au développement social urbain).

L'accès par les transports est très limité, une station de bus mal desservie située à 1 km rend difficile le déplacement de certains salariés.

Le terrain sur lequel est situé l'établissement a une surface totale de 3.000 m² ce qui ne laisse quasiment aucune liberté de déambuler pour les personnes accueillies.

Par contre, l'équipe municipale actuelle se montre particulièrement sensible à l'insertion des personnes handicapées sur sa commune. Ainsi, l'établissement a un accès au centre social et aux équipements municipaux, piscine, conservatoire.

De même, nous sommes sollicités lorsque des décisions sont prises intéressant l'insertion des personnes handicapées sur la commune ; par exemple, pour élaborer un projet visant à intégrer les personnes handicapées à mobilité réduite lors de la mise en place de jardins familiaux.

Plus largement, l'établissement se trouve relativement proche de structures pouvant accueillir des personnes handicapées, aires de promenade, bases de loisirs et centres hippiques...

4.3/ La topographie :

Peu de textes législatifs ou réglementaires existent sur les MAS concernant les locaux et l'équipement du fait sans doute du caractère novateur (en 1978) qui présida à la création de tels établissements et de l'absence par la suite de nouvelles dispositions visant à préciser ce cadre.

Ainsi la circulaire 62 AS, dans son préambule, rappelait : « il faut remarquer que le décret N° 781211 du 26 décembre 1978 n'a pas prévu de normes minimales en équipement et en personnel (...) dans un domaine nouveau qui a tout à gagner aux expériences... ».

L'article 600 de la circulaire, relatif aux locaux et équipements, stipulait tout de même l'accessibilité à tous les locaux de façon «à permettre aux personnes en fauteuil roulant de se rendre sans difficultés à l'extérieur (...) et d'avoir accès à l'intérieur, à tous les niveaux et à toutes les pièces. »

De même y était indiquée la nécessité de locaux adaptés pour des activités, un cabinet médical et «chaque fois que nécessaire, une salle de kinésithérapie voire des équipements spécifiques. »

Au-delà de cette circulaire, le concepteur peut se référer aux nouvelles annexes XXIV ter (décret n°89-798 du 27 octobre 1989) relatives aux conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge les enfants et adolescents polyhandicapés qui précisent beaucoup mieux les besoins en équipement, ainsi qu'aux normes relatives à l'accueil des personnes handicapées et plus particulièrement celles à mobilité réduite dans les locaux publics et d'habitation collective.

Même si ces recommandations sont généralistes et laissent le champ ouvert à l'interprétation, l'association eut plus le souci de construire un logement que de concevoir un habitat.

Ainsi des oublis et des mauvaises conceptions d'équipements ont été constatés, par exemple :

- Les toilettes pour les résidents ne répondent pas aux normes d'utilisation par des personnes en fauteuil roulant ; il en est de même pour le sas d'entrée de l'établissement.
- Certains locaux ont été oubliés comme la lingerie qui fut dans un premier temps installée dans un local de rangement sans aération ou les cuisines installées en sous-sol sans ventilation.
- Certaines chambres accueillant trois résidents ne sont pas non plus aux normes vis à vis des fauteuils roulants.
- La circulation entre les chambres et la salle de bains de l'unité des lèves-malades ou du chariot-douche est rendu difficile du fait du peu d'espace de dégagement.
- Il n'y eut pas à l'ouverture de locaux prévus pour les prises en charge spécialisées.
- Faute de salle de réunions celles-ci se font dans une salle à manger.
- Il n'y a qu'une seule salle d'activités, de grande taille et non modulable, ce qui a longtemps obligé les salariés à faire les activités dans les chambres ou les salles à manger...

Ce descriptif appelle plusieurs remarques, la prise en compte très insuffisante des besoins des personnes handicapées d'une part, l'existence de conditions de travail difficiles, notamment dans le domaine de la manipulation lors des toilettes et la confusion que peut engendrer le manque de repères lorsque des locaux professionnels accueillent plusieurs activités de nature très différentes.

Le bâtiment est conçu sur trois niveaux :

- le sous-sol accueille la cuisine et des locaux techniques,
- le rez-de-chaussée accueillant le lieu de vie des résidents, les locaux des animations, le bureau du chef de service, l'infirmerie et la lingerie,
- le premier étage accueillant les locaux administratifs.

Les lieux de vie des résidents sont disposés en « ailes de papillon » comprenant quatre unités de 10 ou 11 personnes.

Chaque unité possède une salle de bains, un lieu de rangement et des toilettes.

Cette disposition que l'on retrouve fréquemment dans ce type de structure favorise l'éclatement du grand groupe et facilite la communication entre salariés et résidents.

Il existe une salle à manger pour deux unités.

Les résidents disposent d'une salle de balnéothérapie.

À l'extérieur, ceux-ci ont seulement accès à une pelouse de 200 m carrés, à une terrasse couverte à l'arrière ainsi qu'à un espace bitumé devant l'établissement.

4.4/ Le projet institutionnel :

Le projet doit être avant tout le moteur qui va faire avancer l'établissement ; c'est le préalable aux moyens pour lutter contre l'usure professionnelle.

Pris au sens étymologique le plus large, « projet » veut dire lancer en avant, ce qui implique donc le mouvement d'un acte vers une orientation.

Parler du projet, c'est aussi parler du temps, privilégier le temps futur plutôt que le passé.

Il doit être une articulation entre le langage et l'action et est porteur de sens.

Ce projet, dont le directeur d'établissement est le garant, doit être le fruit de la réflexion collective sur les actions menées et à venir. Il entretient la mobilisation des salariés dans l'accomplissement des tâches et dans des objectifs motivant la démarche quotidienne.

Le projet institutionnel qui me fut donné à étudier durant la procédure d'embauche reflétait bien le « constat de l'inadéquation entre le fonctionnement de l'établissement (modalités de prise en charge, architecture, lieux d'implantation...) et les besoins de la population accueillie »¹⁴ qui prévalait à son élaboration.

Ainsi, par exemple, les défauts architecturaux du Mascaret et son implantation dans un espace réduit ont favorisé la recherche de lieux d'accueil et d'activités extérieures mais sans oublier qu'un lieu de vie est avant tout un lieu animé.

Le projet de l'établissement a été rédigé en octobre 1994 et repris en septembre 1996.

A travers lui le Mascaret a pour vocation de redonner ou de donner un sens à une vie qui semble l'avoir perdue ou ne l'avoir jamais trouvée.

Epanouissement de la personne, maintien de son équilibre et de son dynamisme, recherche d'émotions et de sensations, continuité de la prise en charge effectuée auparavant dans des établissements d'enfants, tels sont les résultats attendus.

Il met en relief le souci permanent des responsables de tenir le cap afin d'aboutir aux objectifs fixés en tenant compte des difficultés telles que les défauts et les manques structurels de l'établissement, l'usure professionnelle, les conflits individuels ou collectifs. La réalisation du projet suppose le partage d'un ensemble de valeurs se traduisant par la reconnaissance mutuelle du rôle et des différences de chacun, par la circulation de l'information, une écoute et un dialogue, la confiance dans le comportement professionnel et humain des salariés, et la qualité des prestations offertes aux personnes accueillies.

Nous avons voulu que Le Mascaret soit un lieu de vie et non un lieu de passage pour les résidents.

Afin de parvenir à cette finalité, nous avons fixé les objectifs suivants :

- Un hébergement et des soins permanents adaptés aux troubles psychiques, physiques et physiologiques clairement identifiés au moment de l'admission et régulièrement reconsidérés.
- Le maintien des liens familiaux lorsque cela est encore possible et prend sens pour le résident.

J-M Miramon, D.Clouet, J-B Paturet *« le métier de directeur, techniques et fictions »*, Rennes, ENSP éditeur 1992 p 144

- Favoriser et préserver les acquis, prévenir les régressions par des activités d'éveil et par l'intégration la plus large et riche possible dans le tissu social environnant.
- Le souci d'offrir un cadre de vie agréable et chaleureux.

4.4.1/ Organisation de la prise en charge des résidants

- Organiser les soins au sens de prendre soin :

Le Mascaret est organisé en quatre unités de 10 ou 11 résidants évitant le risque de grand groupe, d'une parole et d'un discours institutionnel anonyme.

Ces unités sont le lieu privilégié de la vie quotidienne ; leur disposition éloignée des locaux communs préserve une intimité afin que les résidants puissent s'isoler et retrouver leurs objets personnels.

Les temps de repas, de toilettes, de levers et de couchers sont au cœur de la relation de « corps à corps » entre le résidant et le salarié ; il s'y exprime la plus extrême dépendance de l'un vis à vis de l'autre, c'est pourquoi le projet institutionnel doit prévoir pour ces moments des moyens matériels et humains en rapport avec la nécessité de préserver la sécurité et d'apporter confort et bien être à la personne prise en charge : un encadrement suffisant, un esprit d'équipe basé sur l'échange et le respect, un environnement agréable et un matériel conforme à pallier les déficits physiques des personnes.

- Organiser les moyens d'accès aux acquisitions, à la socialisation et à l'éveil des sens :

Les résidents du Mascaret pour la plupart sont peu demandeurs d'activités et a priori semblent peu capable de réalisations.

Ils peuvent même parfois sembler très loin de nous ; cependant notre expérience nous montre que nous pouvons les rejoindre, les rencontrer au travers de propositions pensées pour eux, leur offrir des moments chargés d'émotion, leur permettre de nouvelles expériences, leur fournir des occasions de développer leurs capacités.

Les activités introduisent pour le résidant des notions tels que l'attente, l'absence, le délai, le dedans et le dehors, elles sollicitent les sens, les exacerbent, les développent...

Pour le salarié de MAS et plus particulièrement pour le personnel des unités, elles représentent un espace en dehors de la vie quotidienne dont elles sont le complément.

Ne pas être cantonné dans les contraintes de la vie quotidienne limite les risques d'usure dans un espace routinier et peu gratifiant.

De plus le travail autour des activités met en valeur des capacités, apporte d'autres compétences et parfois de nouveaux choix professionnels tel cette AMP qui a passé un diplôme d'animatrice et qui a désormais cette fonction au Mascaret.

Le personnel doit faire preuve d'imagination, c'est à dire s'investir, proposer, essayer et réajuster des actions susceptibles de favoriser l'expression des résidents et leur bien être.

Il est également indispensable de travailler la notion de rythme tant la structure de l'institution pourrait annuler la temporalité. La créativité et l'intention permettent que les gestes, les paroles, les regards soient porteurs de vie.

Les activités internes et externes sont organisées en fonction :

- Du travail de rééducation fonctionnelle avec des professionnels et des équipements spécialisés.
- Des prises en charge thérapeutiques.
- Des exercices d'expression, peinture, dessin, musique, contes esthétiques, sports.
- Des ateliers éducatifs, poterie, sculpture, pâtisserie.
- Des activités sportives extérieures, équitation, gymnastique, piscine, promenades en nature.
- Des temps de détente, relaxation fêtes.

4.5/ La dynamique de direction :

Diriger un établissement médico-social demande du dynamisme, de la méthodologie, une capacité à appréhender rapidement les problèmes, les sérier, en faire une lecture synthétique pour mettre en place les actions requises, et ce au moment le plus opportun.

Comme priorité, imposant de façon péremptoire et nécessaire les actions à mettre en marche pour répondre aux besoins des personnes hébergées, il convient cependant que le directeur fasse preuve de diplomatie, d'écoute et de capacité d'adaptation face aux situations conflictuelles.

En effet, au regard du phénomène d'usure professionnelle, le directeur se doit d'adopter une stratégie de gestion prenant en compte les facteurs inhibiteurs gênant la bonne marche de l'établissement.

Il lui convient de faire preuve de méthodologie et de pouvoir lier la théorie à la pratique dans une démarche engageante, consciente et multiple des difficultés vécues par le personnel.

Le directeur se doit donc de prévoir les actions à mener en fonction des objectifs déterminés par le projet d'établissement, de décider les stratégies et les politiques à adopter en fonction de l'organisation mise en place, d'animer et commander les personnels requis, de communiquer dans et à l'extérieur de l'établissement avec les partenaires et les interlocuteurs nécessaires, enfin de contrôler en évaluant et comparant les objectifs visés aux résultats obtenus.

Face à cette complexité, on peut dire que, au sein d'une MAS, lieu de paradoxe, «le métier de directeur peut être considéré actuellement comme un des métiers de l'impossible : veiller à tout à l'intérieur de l'institution, tout en la maintenant ouverte à l'extérieur, maintenir aux yeux des partenaires la clarté des objectifs dans une optique contractuelle, obtenir les moyens matériels et humains de les réaliser, animer, coordonner, diriger sans impérialisme, exercer une véritable autorité sur les personnels, tout en étant le relais des deniers publics. »¹⁵

4.6/ le personnel :

Le contenu de la circulaire 62 A.S. rappelle sans cesse la proximité des objectifs et des moyens mis en œuvre avec le secteur sanitaire ; il est vrai que les résidents nécessitent des soins constants mais cette dimension recouvre tout aussi bien les soins médicaux que les soins au sens de prendre soin ; l'incitation à créer les nouvelles MAS dans les locaux hospitaliers ou de s'entourer de services sanitaires renforcent cette tendance ; certaines MAS se sont ouvertes à partir de ces derniers critères, ainsi l'expérience de Daniel Brandeho lors de la création d'une MAS par redéploiement d'un service psychiatrique existant avec des salariés issus du secteur sanitaire «la majorité du personnel est alors affectée contre son gré, dans une dynamique de conflit social. »¹⁶. L'énumération du personnel fait apparaître une forte coloration sanitaire ; aucune profession éducative n'est citée, seules les AMP le sont sous la rubrique des aides et des soins. Enfin, et seulement en conclusion, est évoqué de façon imprécise la fonction d'animation.

15 ZUCMAN Elizabeth, *Entre adultes, les personnels auprès de personnes handicapées*, CTNERHI Paris, éditions INSERM, PUF, 1978, p71.

BRANDEHO Daniel, *Usure dans l'institution, la prise en charge de psychologues déficitaires dans une MAS*, Rennes, Editions ENSP, 1991, p 13.

Cette circulaire datant de 1978 n'a jamais été réactualisée malgré le souhait de laisser aux créations d'établissements toute latitude pour construire un futur cadre réglementaire à ce qui était à l'époque encore très expérimental.

L'exemple de l'établissement reflète bien les critères légaux ; il fut ouvert en 1992 avec seulement 4 aides médico-psychologiques et 2 aides soignants diplômés sur un total de 38 postes dévolus à l'éducatif et au paramédical.

Hormis le directeur et le chef de service, des postes de spécialistes à temps partiel, un poste d'infirmière et 2 postes de psychomotriciens furent créés en sus de l'administration et de l'entretien (*voir annexe 1*).

Rappelons-nous que la circulaire 62 AS conseillait un ratio de un pour un. Or le développement des MAS depuis 1978 a permis à ce ratio d'évoluer surtout en Ile de France (1,27 pour 1,05 pour la France entière). Celui de l'Essonne est de 1,29 et celui du Mascaret est de 1,23. ¹⁷

Ce ratio ne doit pas faire oublier qu'existe une grande disparité avec les établissements pour enfants en termes de formations et de statuts professionnels ; je dois, en tant que directeur, sensibiliser l'association mais aussi les organismes de contrôle et de financement sur le fait que les MAS ne doivent pas se contenter de cette situation, aggravée, en ce qui concerne le Mascaret, par d'autres facteurs que nous verrons plus loin.

D'autre part, d'autres aspects liés au personnel doivent être pris en compte, la disproportion entre le nombre de salariés possédant un très faible niveau de qualification et celui de quelques rares professionnels de niveau I ou II, et le déséquilibre entre la mission demandée et les moyens humains qualitatifs donnés pour sa réalisation.

Ces constats sont primordiaux pour comprendre que dans une maison d'accueil spécialisée, la prise en compte des facteurs liés à l'identité professionnelle et sociale du personnel est une composante incontournable de la fonction de direction ; le directeur connaît les difficultés du personnel et y accorde attention, intérêt et vigilance.

« Il semble que dans ces lieux, c'est moins la pénibilité de la tâche qui importe que ce que l'on est appelé à côtoyer : la folie, la souillure, le sang, la mort (...), dans ces lieux aux confins de

Analyse de gestion des Mas de la région Ile de France. DRASS Ile de France, Service des établissements sanitaires et sociaux. Avril 1999.

l'humain, mais qui ne peuvent être renvoyés pour autant hors de l'humain, des professionnels y travaillent jour après jour. »¹⁸

4.7/ Le budget :

Tout établissement pour mener à bien sa mission engage des frais structurels et des frais fonctionnels ; leur attribution n'est possible qu'en regard d'un budget prévisionnel qui inscrit tous les postes et aspects du travail.

La tenue des comptes et le non-dépassement des budgets alloués représentent pour le directeur un enjeu double dans la mesure où ces sommes correspondent à des besoins analysés contrôlés et évalués chaque année en synergie avec le nombre de salariés répartis de façon catégorielle permettant de répondre aux soins et accompagnements dus aux résidents.

Les aléas du fonctionnement institutionnel, et en particulier l'usure professionnelle peuvent enrayer l'exécution normale du budget tel qu'il avait été élaboré.

Ainsi, les conséquences financières s'objectivent à travers la nécessité de remplacement des salariés en arrêt de travail, la multiplication des contrats à durée déterminée et des primes de précarité qui en découlent par exemple.

Devant la spécificité de l'établissement, le directeur doit avoir la capacité de travailler en partenariat avec les autorités de contrôle en les associant à ses démarches et projets ; ce partenariat ne se limite pas aux seules discussions budgétaires, il doit être permanent afin qu'une compréhension des problèmes de l'établissement soit perçue au mieux de ses intérêts par nos interlocuteurs.

Ainsi, au Mascaret, le budget tient compte d'un besoin important de moyens pour le financement des séjours (compte 611220, 60000F), des fêtes ou des activités ; il prend en compte également le besoin de remplacement du personnel lors des congés annuels (1,35 ETP budgetés) ; il intègre le coût important généré par la formation qualifiante (compte 648810, 155018F) ; la section d'investissement doit supporter les nécessaires renouvellement de matériel ou d'amélioration de l'existant. Les transformations nécessaires à une mise en conformité de l'établissement, création d'une lingerie par exemple.

CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p 8

Le cadre étant posé, intégrant les dimensions législatives, réglementaires, fonctionnelles et associatives d'une part et l'identité particulière du Mascaret d'autre part, je vais présenter dans la deuxième partie en quoi le personnel éducatif du Mascaret, au centre de la prise en charge des résidants, est confronté au danger d'une usure professionnelle par plusieurs facteurs, le fait d'exercer une profession d'aide, le travail auprès de personnes adultes polyhandicapées, la place particulière qu'il occupe dans la sphère des métiers éducatifs et le contexte sociologique, tout au moins en Ile de France, dans lequel il évolue en dehors de son temps de travail.

Pour ce faire je reprendrai l'historique des recherches et définitions autour de l'usure professionnelle, les facteurs favorisant celle-ci au regard de l'identité professionnelle et sociale du personnel éducatif du Mascaret et les symptômes couramment rencontrés et les conséquences possibles ; je présenterai ensuite les moyens mis en place pour prévenir cette usure dans le cadre de la politique de direction favorisant à la fois la réponse aux besoins des résidants et le maintien d'un travail de qualité réalisé par une équipe soutenue, valorisée dans l'intérêt de la pérennisation de la mission.

DEUXIEME PARTIE

1/du burn out à l'identité professionnelle :

En 1983, j'ai effectué, dans le cadre de ma formation d'éducateur spécialisé, un stage à Montréal, au Québec.

Outre la découverte de formes nouvelles d'interventions sociales qui, aussi intéressantes soient-elles, ne relèvent pas du présent sujet, j'ai entendu pour la première fois parler de «burn out » au sujet de la fatigue ou de désengagement de certains éducateurs.

Nous savons les Québécois ardents défenseurs de la langue française mais aussi habiles à mélanger les anglicismes et les mots de notre langue.

La traduction littérale de « burn out » pourrait signifier la destruction totale par incendie ce qui rend le concept très fort et dévastateur.

Dans les traductions des années 80 on pouvait également lire les termes d'épuisement professionnel ou d'usure professionnelle.

Dans les différents ouvrages écrits plus récemment, cette dernière traduction est le plus souvent employée ; dans un souci de clarté, j'utiliserai donc «l'usure professionnelle » comme concept générique.

C'est le docteur Herbert J. Freudenberger, psychanalyste, qui en donna une première définition en 1974 dans un article sur l'épuisement professionnel dans les services para-professionnels : « auto-épuisement causé par un énorme effort pour atteindre un but utopique. »

On s'aperçut bientôt que ce concept s'appliquait tout aussi bien au personnel des institutions sanitaires et sociales.

Ainsi d'autres auteurs, américains et canadiens, précisèrent ce concept dans le cadre des professions d'aide, en étudiant par exemple en sus de notre secteur, les symptômes de l'usure professionnelle chez les médecins, les dentistes ou les avocats.

Ainsi pour Christina Maslach, citée dans l'article de R. Floru et J. C. Cnokaert pour les Cahiers de l'ACTIF¹⁹ «le burn-out est un syndrome caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un faible sentiment de réalisation personnelle. »

On peut citer également la définition de Pines, Aronson et Kafry qui rejoint et précise la précédente : « Même si la durée, la fréquence ne sont pas les mêmes, l'épuisement et la lassitude présentent trois composantes fondamentales : une fatigue physique, émotionnelle et mentale. »²⁰

Elisabeth Zucman²¹ décrit bien comment chemina en France ce concept vers les professions sanitaires et sociales ; des études furent d'abord réalisées auprès du personnel soignant jusqu'à introduire dans la formation de celui-ci des thèmes comme la détection et la prévention de l'usure professionnelle. Parallèlement, des études sociologiques permirent de légitimer dans notre secteur son existence en mettant en relief des facteurs tels que les conditions de travail. Valérie Pezet, Roger Villate et Pierre Logeay en ont proposé une définition qui s'applique particulièrement à notre secteur : « *sentiment d'épuisement fonctionnel*, impression d'avoir tari son énergie, de ne plus pouvoir donner sur le plan relationnel ; *tendance à la déshumanisation de la relation* en développant une représentation dépersonnalisée des clients, associée à une gestion froide et distante de la relation ; *une diminution de l'accomplissement personnel* avec un sentiment d'échec par rapport à une réussite personnelle dans son travail. »²²

Si l'essentiel des recherches et définitions ont pour cadre les métiers où existe une relation d'aide, c'est essentiellement du à plusieurs paramètres qui définissent ces professions tels que le contact direct avec la maladie, la difformité ou la mort, les rapports étroits entre le stress du professionnel et l'état de l'usager, l'un influençant l'autre, le poids des responsabilités vis à vis des décisions prises, celles-ci ayant souvent des conséquences importantes sur l'état mental ou physique de l'usager et le stress lié aux risques physiques, accidents causés suite à un acte volontaire ou non de l'usager, manipulations difficiles, agressions directes (violences...) ou indirectes (côtoyer quotidiennement la maladie mentale...).

FLORU R. et CNOCKAERT J.C., Stress professionnel et burn out, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 25-40.

AYALA M. Pines, ELLIOT Aranson, DITSA Kafry *Le burn out, se vider dans la vie et au travail*. Traduit de l'américain par P. Bouyoucas, Le Jour éditeur, 1981, Montréal p29.

ZUCMAN Elisabeth, du burn out à l'épuisement professionnel : historique et tribulation du concept en France, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 17-24.

PEZET, VILLATE, LOGEAY, *de l'usure à l'identité professionnelle, le burn out des travailleurs sociaux*, TSA Editions, 1993, Paris p76.

Aujourd'hui les termes d'usure professionnelle sont passés dans le langage courant, si bien qu'on les associe fréquemment avec le stress ou la dépression.

De façon synthétique, nous pouvons dire que l'usure professionnelle est un syndrome d'épuisement intellectuel, physique, émotionnel, comprenant une image négative de soi-même, une attitude non positive envers le travail, une perte d'intérêt et des préoccupations envers les personnes qui nous sont confiées.

Mais avant d'aller plus avant, il convient de poser le cadre de l'étude sur la prévention de l'usure professionnelle au Mascaret.

2/ Les facteurs concourant à l'usure professionnelle :

On peut regrouper ces facteurs en trois grandes catégories :

- L'identité professionnelle et l'activité de l'AMP, la charge de travail physique et psychique,
- Les aspects psychosociaux et organisationnels, notamment en terme de soutien, de reconnaissance dans et hors l'établissement,
- L'identité particulière du personnel, sa fragilité sociale.

2.1/ l'identité professionnelle et l'activité de l'AMP :

Au Mascaret en juin 2000, les postes d'AMP représentent 28,8 ETP soit environ 53% de l'effectif total de l'établissement ; dans la prise en charge directe, ils représentaient à l'ouverture de l'établissement, en 1992, 64% du personnel, les autres salariés concernés étant aides soignants.

La profession d'AMP est particulière de par son histoire, son contenu et sa place dans le secteur médico-social.

L'apparition du métier se confond avec le travail de François Tosquelles, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban dans les années 60, considéré par beaucoup comme le «père» des AMP. Celui-ci avait démontré que ce qui caractérisait cette fonction était le travail de *maternage thérapeutique*.²³

François Tosquelles, *la rééducation des débilés mentaux*, Editions Privat, Toulouse, 1975

Ce n'est qu'en 1972 que le métier d'AMP reçoit un véritable statut par la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique.

Mais il garde une position de retrait, voire de dépendance qui ne lui donne pas une reconnaissance à l'instar de celle d'éducateur spécialisé.

Ainsi l'annexe de l'arrêté du 4 septembre 1972 instituant le certificat stipule que l'AMP intervient dans cette relation de maternage thérapeutique et d'assistance, en coopération avec un autre travailleur social, responsable du groupe.

De même, le guide du Syndicat national d'associations pour l'enfance inadaptée définit dans son édition de 1994 l'AMP comme secondant les éducateurs dans les tâches éducatives en vue de l'assistance individualisée auprès des mineurs handicapés.

Enfin, en 1994, l'enquête de Promofaf, organisme de formation, précise que les AMP exercent sous la responsabilité d'un travailleur social ou médical.

Dans ce cadre, leurs fonctions sont également mal définies, à la frontière entre le médical et le social ; Ils sont parfois classés avec les aides ménagères, les auxiliaires de vie ; parfois encore on leur attribue un rôle proche de celui de moniteurs éducateurs, parfois d'aides soignants...

Participant chaque année aux jurys pour l'attribution du certificat d'aptitude à la fonction d'AMP, j'ai pu me rendre compte par moi-même de la multitude des postes dans lesquels on retrouve ces professionnels ; certains expliquent qu'ils sont exclusivement centrés sur les toilettes et les repas, les éducateurs assurant les activités, d'autres sont employés comme précédemment avec en plus des tâches ménagères.

Les AMP eux-mêmes décrivent souvent leur métier comme un passage obligé vers d'autres jugés plus gratifiants ; ils ont des facilités pour poursuivre une formation de moniteur éducateur ou d'éducateur spécialisé : dispense d'examen d'admission, réduction de la formation théorique après 5 ans d'ancienneté dans la fonction d'AMP ; selon la même enquête Promofaf, ils seraient 84 % à souhaiter accéder à une autre profession du secteur, or la réalité est toute autre : de par leur faible niveau de qualification scolaire d'origine, CAP ou BEP majoritairement, et le niveau reconnu de leur formation, 5 pour AMP, 4 pour moniteur éducateur, 3 pour éducateur spécialisé, seulement 48 AMP sont entrés en formation moniteur éducateur en 1994 sur 1600 personnes et 47 en formation éducateur sur 2000 personnes la même année, pour un total de 7122 AMP diplômés en poste.

Les AMP peuvent ainsi avoir le sentiment d'être dans une impasse en terme de parcours professionnel et d'être considérés par leurs collègues comme étant uniquement des subalternes.

Pour reprendre Didier Martin dans son article «de l'emprise à l'impuissance, les travailleurs sociaux face aux risques d'un engagement »²⁴, on constate *un risque d'appauvrissement face au flou des directives* -l'AMP dans l'attente de missions claires ne réfléchit plus- *une perte de maîtrise dans le travail quotidien* ressenti comme répétitif et inutile, *se faire le plus petit possible*, - on n'existe pas ou peu- *méconnaître l'autre* puisque l'on est isolé, *ressentir une agression interne* du fait d'une organisation qui vous écrase, interdisant la réalisation de soi et enfin *ressentir en permanence des pesanteurs hiérarchiques* officielles et officieuses.

2.2/ Une charge de travail physique et psychique :

On entend souvent cette phrase, le matin, au moment des toilettes : « j'ai fait un résidant » ; elle recouvre les deux aspects de la charge de travail : « faire un résidant », c'est tout d'abord le prendre en charge au sens propre malgré la présence d'appareils destinés à aider le salarié qui se heurte souvent aux contraintes de temps et ne les utilise pas.

Une étude effectuée pour un séminaire de directeurs de MAS en 1990 avait conclu qu'il fallait en théorie une demi-heure par résidant pour la toilette, l'habillage et le petit déjeuner, ce qui équivaldrait à un temps de lever d'une durée de 5 heures pour une unité ! De plus la présence et l'utilisation de ces appareils ne garantissent pas la protection des salariés ; ainsi, à partir du bilan social, j'ai pu constater que les accidents du travail sont souvent liés à la soudaineté d'une chute d'un résidant par déséquilibre, crise ou encore par un geste involontaire.

Le temps des toilettes est également celui où l'AMP doit traiter la souillure du fait des défaillances de contrôle sphinctérien de nombreux résidants. « S'il s'agit pour le soignant de *torché* et de *démerder*, l'usure dans le travail est totale (...) et la relation s'effectuera sans affectivité ; bien au contraire, c'est la répulsion qui l'emportera. La dévalorisation de l'adulte

MARTIN Didier, de l'emprise à l'impuissance : les travailleurs sociaux face aux risques d'un engagement, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 5-16.

handicapé sera absolue. »²⁵ On est là dans la dimension la plus fragile, la plus angoissante du métier, celle qui fait souvent fuir le remplaçant mal préparé.

Les AMP sont les plus à même d'apporter aux personnes accueillies les soins indispensables requis tant au point de vue de l'hygiène, de l'alimentation que de la construction d'une communication par les gestes et la parole.

Il leur est demandé une attention soutenue lors de déplacements ou de comportements psychotiques pouvant mettre en danger les résidents et les salariés ; l'état de vigilance permanente est une charge de travail à considérer.

Encore une fois se sont les AMP qui doivent mettre en œuvre une véritable protection et assurer à ces résidents des conditions de sécurité suffisantes.

Enfin les AMP perçoivent les affects, souvent frustrés et inorganisés des résidents, ce qui équivaut souvent, en reprenant le mot de Philippe Chavaroche, à subir un véritable « bombardement » d'émotions.

Face aux comportements souvent incompréhensibles, inattendus, agressifs et dérangeants des résidents, les salariés peuvent facilement être déstabilisés ou dégoûtés, d'autant plus qu'ils sont jeunes et peu expérimentés.

Mais un autre facteur lié aux résidents est une source importante de déstabilisation ; en effet, les résidents en MAS sont des adultes, or l'accession à cet âge détruit souvent les illusions que les familles entretenaient depuis l'enfance.

Pour les professionnels, la chronicité du handicap peut devenir un facteur majeur d'usure. Face aux résidents, qui malgré des soins et une attention sans cesse répétée n'évoluent pas voire régressent, le salarié doute de ses capacités et peut se poser la question de son aptitude, de sa place dans l'établissement.

La charge émotionnelle du personnel s'accroît face aux risques de régression, brutales ou non, qui demandent une mobilisation supplémentaire des forces, et aux risques de décès inexorablement présents dans le quotidien.

Les MAS sont des établissements qui ne renouvellent pas leurs populations de façon visible, et dont les résidents peuvent s'étioiler et glisser vers l'immobilisme par la perte de toute autonomie.

Les parents vieillissent eux aussi, même si au Mascaret les résidents sont encore jeunes ; Au mois d'août, nous pouvons ainsi fermer une unité du fait du départ d'un tiers d'entre eux. Mais dans

BRANDEHO Daniel, Usure dans l'institution, la prise en charge de psychologues déficitaires dans une MAS,

l'autre MAS de l'association, plus ancienne, les résidants sont seulement trois à partir, ce qui accentue la difficulté de prise en charge l'été et le sentiment que plus rien ne changera le quotidien, pas même les saisons.

2.3/ Les facteurs organisationnels et psychosociaux :

L'organigramme d'une MAS (*voir annexe 2*) présente le plus souvent un encadrement hiérarchique limité, c'est à dire un directeur et un chef de service, en général pour une capacité allant jusqu'à 44 lits, qui prend le titre de directeur adjoint lors que cette capacité est dépassée.

Dans le cas de la MAS le Mascaret, le chef de service est également remplaçant permanent du directeur.

Si en théorie la reconnaissance est officielle, il n'en est souvent pas de même dans la réalité où l'on voit ces salariés uniquement limités au rôle de chef de service éducatif par les directeurs. Dans cette situation, les salariés ne peuvent à leur tour trouver en leurs supérieurs hiérarchiques un soutien et encadrement clairement défini. La démotivation guette le cadre qui n'a pas les moyens pour exercer sa fonction, ce qui peut même déboucher sur un conflit, rampant ou ouvert, préjudiciable au fonctionnement de l'établissement.

Enfin, les écarts entre les faibles niveaux de qualification et les salariés de niveau I, la plupart du temps les médecins, ne facilitent pas le travail en équipe, d'autant que les professions intermédiaires sont très peu représentées.

Ces constats peuvent présenter plusieurs inconvénients : celui de ne pas permettre aux salariés AMP et aides soignants, les plus nombreux, d'être soutenus et reconnus dans la difficulté de leur travail et celui de ne pas leur donner l'attention nécessaire lorsqu'ils s'expriment sur l'évolution des résidants ou sur l'inquiétude suscitée par le brusque changement de comportement de l'un d'eux.

J'ai connu ainsi par le passé l'exemple d'un médecin qui ne comprenait pas l'inquiétude du personnel vis à vis d'une résidante, alors même qu'il ne voyait aucun signe clinique à son examen.

Cette attitude provoqua chez les salariés un doute sur la reconnaissance de leur fonction, «à quoi je sers, on est du petit personnel... » et un sentiment de méfiance vis à vis du médecin.

Rennes, Editions ENSP, 1991, p37.

Pourtant, dans les professions d'aide, et plus particulièrement lorsqu'on exerce auprès de personnes polyhandicapées, l'observation et sa restitution, l'écoute attentive de l'ensemble de l'équipe, quel que soit le niveau de qualification ou la place hiérarchique, sont indispensables à la réalisation de la prise en charge. Les résidents de MAS ne parlent pas ; sans la reconnaissance du personnel qui, chaque jour, vit auprès d'eux et partage leur intimité, il n'y a pas de possibilité de soins, d'amélioration, de projet individuel vivant et évolutif.

Ainsi les salariés peuvent se sentir mésestimés dans leurs rôles professionnels, d'où un risque prononcé d'usure professionnelle.

La répartition des tâches peut également accentuer ce risque ; l'AMP est souvent cantonné dans un champ qu'il va considérer comme peu gratifiant, alors que d'autres professionnels accéderaient à des tâches plus nobles comme l'animation, les rencontres avec les familles, les synthèses...

Ce sentiment risque de lui faire ressentir le travail autour des toilettes ou des repas comme étant le signe d'une dévaluation. « Il est fréquent que cet espace/temps soit accepté par défaut par les AMP et non comme un véritable champ professionnel. »²⁶

En même temps, l'éducateur porté par une fonction valorisée aux yeux de l'AMP se trouve dans les faits avoir un rôle hiérarchique non écrit ; sa formation est vécue comme pouvant lui permettre d'embrasser un champ d'intervention que l'AMP ne pourrait pas gérer, expliquant en partie cette volonté des AMP à accéder en grand nombre à des formations plus qualifiées.

D'autres aspects peuvent également concourir à l'apparition de l'usure professionnelle ; la relation avec les familles est un élément dans lequel le salarié n'est pas souvent reconnu pour ce qu'il fait. En effet, la blessure inqualifiable face à leur enfant les rend intransigeantes.

Ainsi, lors des contacts avec les AMP pendant les départs et les retours de week end ou de vacances, la relation peut être particulièrement dure avec les familles. Le personnel représentant l'institution est pris à parti, des reproches lui sont faits auxquels il n'est souvent pas armé pour répondre d'autant plus si son statut ne lui permet pas de parler en tant que professionnel reconnu.

CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p 106

Là encore, on peut assister à un véritable retrait et à un ressentiment qui peu à peu se traduira par un comportement de rejet vis à vis du résidant ou de la famille (voir 5/3/3).

2.4/ Le facteur structurel :

Les défauts structurels du Mascaret sont très importants et peuvent engendrer un risque d'usure professionnelle.

En effet, ils touchent à la fois la vie du résidant -sanitaires qui ne sont pas aux normes par exemple- et aux conditions de travail des salariés comme la lingerie non ventilée occupant un lieu destiné au rangement.

Cet état de fait accroît le sentiment d'abandon de la part du personnel, «une maison au rabais pour des résidants au rabais » et il augmente la charge de travail du fait de l'existence de lieux inadaptés.

De plus, son incidence sur la gestion de l'établissement est significative du fait des surcoûts provoqués par les nombreux dysfonctionnements. Ils détournent ainsi de sa vocation la politique d'investissement en lui faisant supporter l'essentiel des remises aux normes ; ainsi la construction d'une lingerie, d'une salle de réunions et pour les années à venir, de salles d'activité et de locaux d'entretien.

Le rôle du directeur est primordial face à ce constat ; l'absence de réaction de sa part pourrait entraîner un renforcement du sentiment de solitude, un amalgame entre sa personne, sa fonction et «les décideurs, les politiques » et renforcer le sentiment d'abandon.

Possédant les délégations nécessaires à ma fonction, je dois engager un travail relationnel important, en liaison avec l'association qui apporte le soutien et le poids de sa représentation, auprès des pouvoirs publics visant à présenter de façon argumentée et cohérente les constats effectués, leur influence sur la prise en charge à plus ou moins long terme, les solutions envisageables et les possibilités de financement.

2.5/ Les caractéristiques individuelles :

Il s'agit là d'un facteur sans doute régional et particulièrement accentué dans le cadre du Mascaret.

Lors de ma participation à un séminaire des directeurs de MAS en 1995, j'ai expliqué les difficultés sociales importantes que rencontrent les salariés, à tel point qu'elles mettent parfois en danger la poursuite de leur contrat de travail. Mes collègues de province m'avaient exprimé leur surprise, ne rencontrant pas ce type de problème ; par contre ceux de la région parisienne avaient confirmé mes observations.

A l'ouverture de la MAS, en 1992, la plupart des salariés occupant des postes d'AMP ou d'aides soignants n'avaient aucun diplôme ; leur recrutement s'était essentiellement fait autour du bassin local, avec un pourcentage important issu du quartier voisin dit en difficultés et relevant d'une procédure de contrat de ville. D'autres avaient été proposés par la mission locale pour l'emploi. La grande majorité avait juste vingt ans et découvrait le monde du travail. L'origine de ces salariés était très hétérogène, pas moins de 11 nationalités y étaient représentées créant des incompréhensions à l'intérieur de l'établissement entre différentes cultures.

Aujourd'hui, leur situation sociale reste fragile, sans doute due à une difficulté de gestion des ressources ; les avis de tiers détenteur ne sont pas rares, environ trois par mois ; les demandes de prêts sont incessantes auprès du comité d'entreprise. De même les seules œuvres sociales qui trouvent intérêt aux yeux des salariés sont les bons d'achat, permettant de hausser le niveau de rémunération.

Enfin, il y a 13 salariés en situation de famille monoparentale, exclusivement de sexe féminin, créant ainsi de nombreuses absences motivées par une gestion difficile de la garde des enfants et une fatigabilité plus importante du fait des charges liées à leur vie personnelle.

La fragilité sociale chez certains engendre un affaiblissement de leurs défenses face au risque d'usure dans l'institution. Plusieurs études, rapportées par Pierre Perreault dans son article «relations entre l'état de stress psychologique, l'épuisement professionnel et le soutien social»²⁷ tendent à prouver qu'existe bien un rapport de cause à effet entre ces concepts.

PERREAULT P «Relations entre l'état de stress psychologique, l'épuisement professionnelle et le soutien social», *Les cahiers de l'actif*, mai-juin 98 *Vaincre l'usure professionnelle* n°264-265, p55-70.

Cette situation entraîne une fausse stabilité de l'effectif et fait craindre le refus de toute mobilité.

« Il y a ceux qui ne démissionnent jamais. Motivés pour la plupart par le besoin de sécurité, ils s'accrochent comme du bois mort à tout emploi qui leur offre cette sécurité. »²⁸

Ne pas tenir compte de cette situation sociale, ne voir que la dimension professionnelle en refusant d'y reconnaître une interaction avec le milieu social est un leurre et un danger pour le directeur. En effet, ces salariés ont déjà le sentiment d'évoluer en marge du secteur sanitaire et social. Ne pas prendre en compte leur «bagage» socioculturel, c'est risquer de renouveler un échec et cette fois-ci d'en faire supporter le poids à la personne handicapée.

3/ Les symptômes et conséquences de l'usure professionnelle :

Les facteurs concourant à l'usure professionnelle doivent être connus du directeur ; il existe des invariants que l'on peut trouver dans l'ensemble des MAS, puis d'autres spécifiques au Mascaret ; celui-ci possède des facteurs qui lui sont propres et loin d'être négligeables ; ce fut d'ailleurs l'un de mes premiers questionnements lors de ma prise de fonction, comment ne pas considérer que cet établissement portait en lui les germes d'usure à venir ? Entre l'importante charge de travail physique et psychique, les faibles compétences du personnel, la présence permanente du déficit structurel, comment mettre en place des moyens valorisants et dynamisants ?

Il est essentiel par conséquent d'analyser les premières manifestations de l'usure professionnelle et ses conséquences probables afin de mettre en œuvre une stratégie de direction pour en limiter les risques.

3.1/ sur les salariés :

L'usure psychologique apparaît insidieusement, jamais pour une cause repérée mais pour un ensemble de facteurs. Dans un premier temps le salarié, quel qu'il soit dans l'établissement, va

AYALA M. Pines, ELLIOT Aranson, DITSA Kafry *Le burn out, se vider dans la vie et au travail*. Traduit de l'américain par P. Bouyoucas, LE JOUR Editeur, 1981, Montréal, p37.

tenter de se prémunir, en s'isolant et en se murant dans le silence, en évitant de s'occuper de tel résidant ou de faire telle activité dont il fait porter la charge sur d'autres, en voulant trouver dans une agitation soudaine ou une agressivité nouvelle, le moyen d'oublier son mal être ou sa démotivation profonde.

Son comportement est rarement isolé, d'autres ressentent cette usure et celle-ci s'auto-alimente de façon que, peu à peu, l'équipe tout entière soit touchée ; les comportements s'exacerbent, les tensions puis les conflits apparaissent.

Dans la pratique quotidienne, cela se concrétisera par la formation de «clans », de clivages remettant en cause une pratique d'unité jusqu'ici acceptée par tous ou par une activité de soins bâclée au nom d'intérêts mal définis par exemple.

Un autre aspect retient l'attention : la «chronicité », la répétition des échanges avec les mêmes partenaires, dans les mêmes lieux, aux mêmes heures, aboutit à un champ clos, à une sorte de ritualisation telle que finalement, il n'y a plus de futur (aujourd'hui est comme hier et demain sera comme aujourd'hui) donc plus rien à imaginer ; seules s'imposent à la perception les constantes de la situation. Le reste est gommé ; ce qui réussit est, à cause de sa précarité même, non valorisé : il ne peut fonder une autre vision.

A terme, c'est la réduction des aspirations, la perte de sens du projet professionnel, d'une identité professionnelle. Mais pour l'immédiat du moins, c'est la perte de l'intérêt du travail, le cloisonnement de chacun sur sa tâche, la fin de toute synergie dans l'institution.

Les facteurs personnels interagissent alors dans les deux sens ; ce qui était difficile à gérer dans la vie personnelle accapare désormais le salarié qui ne se réalise plus dans son travail.

La concentration mentale moins soutenue lors des toilettes provoque des accidents chez les salariés ; les locaux laissés souillés ou trempés, l'inattention face aux règles d'hygiène peuvent entraîner des mycoses, des maladies de peau. Les absences pour maladie se multiplient au moindre soupçon de dégradation de l'état de santé.

Pour toutes ces raisons, l'absentéisme peut augmenter, souvent par de petits arrêts de moins d'une semaine, ce qui rend tout remplacement difficile du fait de la durée et du coût du remplacement supporté en totalité par le budget jusqu'à trois jours d'absence.

Lorsque les arrêts se prolongent et que les remplacements s'avèrent nécessaires, le surcoût des charges de salaires lié à la multiplication des contrats à durée déterminée obligeant, à leur issue,

le versement d'une prime de précarité non provisionnée au budget prévisionnel, participent ensemble à d'éventuels dépassements financiers.

Outre cet aspect, il faut souligner l'existence d'une pression supplémentaire qui s'exerce sur l'équipe, liée au nombre de jours d'absences ne pouvant être remplacées, et les variations du comportement des résidants provoquées par la présence de salariés qui leur sont inconnus. Ces phénomènes génèrent un surcroît de travail qui, à terme, entraîne tension, fatigue et désinvestissement. Les retards eux aussi s'accumulent pour peu que les autres salariés dans la synergie provoquée par l'usure de l'équipe couvrent leurs collègues.

3.2/ Sur les résidants :

Je l'ai évoqué à plusieurs reprises, la population du Mascaret n'a pas la capacité de répondre seule à des besoins comme se nourrir ou se protéger des agressions, qu'elles soient naturelles, volontaires ou involontaires. De plus elle ne possède pas ou très peu le langage et la faculté de communiquer.

Sans l'aide et le soutien permanent d'un encadrement attentif, le résidant risque d'être doublement victime de l'usure professionnelle des personnels.

Tout d'abord parce que le salarié, s'il risque l'accident ou la maladie de par ses négligences, soumet à ce même risque la personne dont il a la charge. Mais, a contrario de ses capacités de récupération, les effets immédiats et secondaires sur les résidants sont souvent catastrophiques du fait de sa fragilité ; ainsi l'exemple d'une personne qui, suite à une chute, a perdu la marche et ne bénéficie plus d'activités extérieures.

De même le regard que l'on porte sur la personne polyhandicapée peut changer ; à quoi bon l'habiller correctement, la préparer pour une fête, la parfumer...

D'autre part, nous savons que le personnel, par son observation et son écoute est capable de rapporter à l'équipe les humeurs, les envies, les douleurs du résidant, permettant ainsi que le projet individuel vive et évolue.

Si cet aspect du travail s'étiole ou disparaît, il condamne les usagers à la régression et à l'immobilisme. Leur état de santé ne fait plus l'objet d'une attention particulière, les premiers symptômes d'une maladie ne sont plus rapportés, apportant le risque de soins plus importants et plus longs, voire de décès. L'exclusion devient alors totale.

Cette situation est d'autant plus dangereuse qu'elle ne porte pas forcément en elle, malgré sa gravité, le germe d'une remise en cause institutionnelle ; en effet, lors des colloques et des séminaires où sont conviés les cadres de MAS, on entend parfois dans les travées l'histoire de cet établissement qui est devenu un mouvoir suite à une usure non maîtrisée qui peu à peu s'est transformée en apathie de tout le personnel, y compris du directeur...

Sans l'intervention de l'employeur, des familles et des autorités de contrôle, combien d'années durera cette situation ?

4/ Prévenir l'usure professionnelle au Mascaret :

L'usure professionnelle du personnel d'une MAS est à mon avis la menace principale vis à vis de la mission de l'établissement ; son apparition peut être très rapide du fait de la lourdeur du handicap accueillie, de la fragilité identitaire et sociale du personnel et des conditions de travail et avoir une répercussion instantanée sur les résidants du fait de leur dépendance totale.

Je vais tout d'abord présenter le mode d'organisation du Mascaret à partir du contexte de l'établissement, notamment l'interaction entre l'identité sociale et professionnelle du personnel et la mission de l'établissement, puis j'évoquerai en quoi la théorie des besoins et des motivations m'apporte les connaissances nécessaires pour adapter au mieux mon action vis à vis de la prévention de l'usure professionnelle

Je terminerai enfin sur la nécessaire évaluation afin d'en mesurer les résultats et les écarts éventuels.

4.1/ Adapter l'organisation à l'identité de l'établissement :

Entre 1992 et 1994, Le Mascaret a vécu une période d'intense activité où les projets d'activités et de séjours représentaient la préoccupation essentielle de tous. Cette situation paraissait très séduisante car elle engendrait une mobilité importante au sein et à l'extérieur de l'établissement.

L'organisation ne semblait intéresser personne, les plannings étaient sans cesse modifiés selon les besoins personnels ou la création d'une nouvelle activité, les réunions étaient disjointes et sans suivi, les séjours se succédaient provoquant des absences pour récupération de plus en plus importantes.

En 1994, la création du projet institutionnel donna un début de sens et de forme à ce fonctionnement ; par contre, faute de participation du personnel à son élaboration et d'explications, le projet resta au stade de l'intention.

En 1995, lorsque je pris mes fonctions, des conflits commençaient à apparaître, certains salariés se retranchaient derrière les activités ou les séjours pour échapper à la prise en charge quotidienne ; les aides soignants s'éloignaient des unités par un fonctionnement exclusivement sanitaire...

De plus, l'identité sociale et culturelle et le manque de formation des salariés accentuaient ces dysfonctionnements.

Il me fallut donc pour inscrire la mission de l'établissement dans la durée, et au fur et à mesure que le personnel se formait et mûrissait professionnellement, structurer tous les aspects éducatifs mais aussi fonctionnels et administratifs de l'établissement.

L'erreur aurait été d'imposer un modèle d'organisation comme celui de la culture du retrait ou de la soumission tel que décrit par Renaud Saintsaureau dans son ouvrage, *l'identité au travail* (presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1985) ; « ce modèle se définit par une organisation bâtie autour de relations purement techniques, où l'investissement des personnes au travail est minimum. Les chefs ont pour seul rôle celui d'indiquer la règle. »²⁹

Si je cite ce modèle c'est qu'il peut sembler convenir à un établissement possédant une division du travail importante et une qualification majoritairement faible du personnel.

Mais il ne peut convenir à un établissement qui, au-delà d'un aspect fonctionnaliste clairement posé par la loi, à savoir procurer des soins constants à une population caractérisée par la gravité de son handicap, a également pour mission de donner à ces personnes *un sens à une vie qui semble l'avoir perdu ou ne l'avoir jamais trouvée*, comme nous l'avons énoncé dans le projet institutionnel.

J-M Miramon, D.Clouet, J-B Paturet «*le métier de directeur, techniques et fictions*», Rennes, ENSP editeur 1992 p 149.

Un autre modèle relatif à la culture de la négociation et du débat a donné sens à mon action : celui-ci prône la prépondérance des valeurs professionnelles des métiers dominants, la mise en place de groupes de discussion et de négociation et un rôle d'encadrement basé sur la compétence dans le domaine de l'entreprise avec des qualités permettant de donner clarté, sens et direction à la parole collective.

Je retrouve dans ce modèle une vertu que j'estime primordiale pour remplir mon rôle de directeur : le respect dû au professionnel et entre professionnels et le rappel permanent du sens donné à notre travail ; que chacun puisse s'exprimer mais que chacun ait en tête la mission qui lui a été confié. En traduisant en actions ce modèle, je cherche à prévenir une usure professionnelle en prenant en compte particulièrement les interactions de la chronicisation réciproque résidant-personnel, des conditions concrètes de travail, de la lourdeur du handicap, du faible niveau de formation, des facteurs sociaux des salariés sans oublier les impératifs budgétaires et réglementaires.

Mais développer un plan d'actions visant à prévenir l'usure professionnelle, la connaissance de ses causes et de ses effets et la volonté d'établir des rapports riches professionnellement ne peut être efficace sans une réflexion sur ce qu'attend précisément l'individu, ses motivations à mieux travailler et à s'intégrer à l'établissement.

L'étude de la théorie des besoins et des motivations apporte au dirigeant un soutien et une compréhension liés à ces attentes.

4.2/ La théorie des besoins et des motivations :

Cette théorie a eu un impact très important sur les organisateurs et les promoteurs de nouvelles formes d'organisation du travail. Elaborée dans les années 1950-1960, elle a donné lieu à un courant important de restructuration des tâches, d'enrichissement du travail et de nouvelles formes de travail.

La théorie des motivations est fondée sur la théorie des besoins mise en évidence par le psychosociologue américain A.H. Maslow (1954). Il démontre que les besoins inhérents à l'individu s'imposent à lui de manière contraignante ; ils sont d'origine à la fois instinctive et sociale, et sont hiérarchisés : un besoin supérieur ne peut vraiment être satisfait que dans la mesure où les précédents le sont. Ils engendrent les motivations, raisons que l'individu se donne

d'agir. Cette théorie s'est traduite par la célèbre pyramide des besoins répartis en cinq grandes catégories, chacune n'apparaissant qu'après que la précédente ait été satisfaite.

Ainsi, après avoir satisfait ses besoins physiologiques, l'individu chercherait à satisfaire des besoins de sécurité, puis des besoins d'appartenance qui, à leur tour, laisseraient la place à des besoins d'estime et enfin à des besoins d'actualisation, c'est à dire de réalisation de soi-même.

Cette classification est intéressante dans le contexte du Mascaret, notamment en ce qui concerne le besoin relatif à l'estime caractérisé par deux niveaux, individuel, l'estime de soi, et social, le prestige.

Par exemple, l'AMP est soumis uniquement à des tâches peu valorisantes et cantonné exclusivement dans une fonction d'exécutant ; élargir son champ d'action, lui reconnaître des compétences et tenir compte de sa réflexion, c'est lui donner la possibilité de recouvrer le besoin d'estime de soi.

La composante sociale du prestige me paraît également importante dans notre cas de figure car le métier d'AMP a besoin de trouver une place véritable dans l'éventail des professions sociales ; sa valorisation doit entraîner la reconnaissance par l'environnement professionnel, établissement, employeur, organismes de formations...

Le dernier besoin, placé le plus haut dans la hiérarchie est l'accomplissement total, la réussite de sa vie.

Il se démarque totalement du taylorisme de *l'homo economicus*, avec la permanence du cycle *production, salaire, consommation*.

En effet, la théorie des besoins de Maslow démontre que les besoins des salariés ne sont pas uniquement pécuniaires.

Mais Philippe Bernoux dans son ouvrage sur la sociologie des organisations estime qu'il y a deux limites à cette théorie, celle relative à la traduction des fonctions psychologiques en enjeux sociaux et la seconde qui est la hiérarchisation des besoins. « Toute tension sociale exprime toujours plusieurs types de besoins qui n'interfèrent pas forcément de manière hiérarchisée et qui se traduisent socialement à travers des enjeux divers. »³⁰

En effet les salariés du Mascaret qui connaissent des difficultés financières avec avis de tiers détenteur, acomptes systématiques... ne sont pas pour autant en train de satisfaire un besoin organique mais de subir les conséquences d'un achat dépassant leurs capacités budgétaires.

BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du Seuil 1985.p 81.

D'autre part, quand les salariés portent de nouvelles revendications, cela ne traduit pas forcément que les anciennes ont été satisfaites mais que le contexte ayant changé, elles ont été provisoirement ou définitivement abandonnées.

Mais les apports de Maslow ont ouvert la voie à d'autres théoriciens-organiseurs dont le plus célèbre est le psychosociologue Frederick Herzberg. Il fonde son analyse sur le postulat implicite de la valorisation de l'être humain par le travail ; selon lui tout être humain peut s'épanouir par le travail et c'est le rôle des directions de le lui permettre en l'aidant à développer ses potentialités.

F. Herzberg démontre que l'individu cherche simultanément à réaliser deux aspirations différentes dans son travail : d'une part échapper aux désagréments de son environnement professionnel, d'autre part y trouver la possibilité de développer et de réaliser au mieux toutes ses capacités. Pour lui existent deux sortes de facteurs :

Les facteurs porteurs de mécontentement et d'insatisfaction, ou facteurs d'hygiène, qui concernent essentiellement l'environnement du travail :

- la politique et le mode d'organisation de l'entreprise,
- les relations avec son supérieur hiérarchique,
- la rémunération,
- les relations avec les autres salariés,
- les conditions de travail.

Les facteurs de satisfaction, ou facteurs moteurs, qui concernent le contenu du travail et les satisfactions qu'il procure :

- la reconnaissance accordée par le supérieur ou l'entreprise,
- l'intérêt du travail proprement dit,
- la possibilité d'avoir des responsabilités,
- la possibilité d'obtenir de l'avancement dans sa carrière.

Si les premiers fonctionnent normalement, le salarié ne se sent pas insatisfait mais cela ne veut pas dire qu'il sera heureux dans son travail ; dans l'hypothèse contraire, l'insatisfaction pourra engendrer des revendications, des conflits institutionnels.

Si les deuxièmes fonctionnent bien, le salarié se réalisera à l'image du besoin supérieur de Maslow ; dans le cas contraire il sera démotivé pour son travail, l'accomplissant de façon mécanique, sans intérêt.

Si on peut critiquer le postulat d'Herzberg considérant que «le travail est par excellence le lieu de l'épanouissement humain»³¹, on doit reconnaître à sa théorie le fait d'avoir dépassé le cadre du taylorisme en affirmant l'importance de la motivation au travail et de son impact positif sur le salarié.

Dans notre secteur, cette dimension doit obligatoirement être prise en compte dans la fonction de direction car elle a une répercussion immédiate sur les personnes dont nous avons la charge.

Mais le directeur et plus largement l'environnement associatif doivent également et parallèlement donner au personnel un cadre de travail respectant ce qu'Herzberg définit comme étant les facteurs d'hygiène.

Ces deux facteurs interagissent sans cesse ; on ne peut les prendre en compte l'un après l'autre.

5/ les moyens mis en œuvre :

Les moyens que j'ai mis en œuvre ne sont pas nouveaux dans le domaine de la prévention de l'usure professionnelle ; mais ce qui est important, c'est leur utilisation organisée, concertée et expliquée avec le personnel. Ils font partie du projet institutionnel en tant qu'outils organisationnels encadrant la prise en charge. Ainsi, chaque salarié connaît le sens de ces actions et y adhère d'autant mieux qu'il en a compris l'intérêt ; certains sont du ressort du directeur vis à vis de l'environnement extérieur et de l'image de l'établissement, d'autres sont liés à son organisation, d'autres encore concourent à la reconnaissance des compétences et des valeurs des salariés et de leurs acquis professionnels, d'autres enfin concernent les aspects matériels liés entre autres aux conditions de travail.

Ils ne sont pas isolés les uns des autres et interagissent entre eux ; je les ai regroupés en quatre catégories : la mobilité, l'expression des émotions et de la parole, des cadres pour des projets porteurs de sens et de vie, la valorisation de l'établissement et l'ouverture sur l'environnement.

BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du Seuil 1985, p88.

5.1/ La mobilité :

De ces quatre catégories, celle concernant les mobilités est la plus importante en terme de moyens qui font appeler aux ressources internes et externes.

Dans mobilité, il y a mouvement mais aussi les notions de mobilisation et de son contraire démobilisation. Ces termes ont été et sont toujours utilisés dans le langage militaire et ont trait à la stratégie, *guerre de mouvement, mobilité des troupes*, qui visent l'efficacité et bien sûr la victoire. Cette métaphore renvoie bien à la fonction de direction : « la tâche prépondérante du directeur, celle qui spécifie sa fonction, est l'élaboration de la politique et de la stratégie de son établissement ou service. »³²

5.1.1/ L'accueil du salarié :

« L'accueil est la préparation à l'action dans l'entreprise des nouveaux salariés. »³³ Elle les mobilise vis à vis de l'établissement : accueillir un nouveau salarié à titre permanent ou temporaire, est un acte qui nécessite de le soutenir dans un passage difficile ; il peut ne pas connaître la population, en être à son premier emploi...

Lors d'un entretien annuel, une salariée m'a dit : « je suis arrivée un matin pour les toilettes ; on m'a désigné un résidant en me disant : *fais le, mais je te préviens, il casse comme du verre. J'ai failli ne pas revenir, c'était trop dur.* »

L'expérience était particulièrement traumatisante pour qu'elle exprime, trois ans après, ce témoignage, « tous les témoignages concordent : c'est le premier contact avec la personne polyhandicapée qui est le plus difficile ; il laissera une trace indélébile dans la mémoire. »³⁴

Chaque année, nous avons ainsi plusieurs entrées dans notre personnel : des salariés en CDI et des CDD dans tous les secteurs, particulièrement pendant les vacances d'été. Parmi ceux-ci, il y en a toujours quelques-uns qui repartent au plus vite, ne supportant pas la vue des résidants ; d'autres y ressentent une blessure qui ne se referme pas.

MIRAMON J.M., D.Clouet, J-B Paturet «*le métier de directeur, techniques et fictions*», Rennes, ENSP editeur 1992 p 135

HUGONNEC A *Management ou ménagement des entreprises sociales et médico sociales*, Les cahiers de l'actif, mai-juin 96 *Le management* n°240-241, p3-12.

BRANDEHO Daniel, *Usure dans l'institution, la prise en charge de psychologues déficitaires dans une MAS*, Rennes, Editions ENSP, 1991, p29.

Afin de préparer au mieux ce futur personnel, nous avons mis en place une sensibilisation et un tutorat qui, durant les premiers jours, permet de suivre la personne et lui expliquer les règles de vie des résidants. Cette tâche est dévolue aux encadrants ou aux plus anciens salariés. Par exemple, lors des premières toilettes, le tuteur explique les gestes et postures, toujours différents selon le résidant et évite ainsi une approche inadaptée, traumatisante pour l'adulte et le salarié. Plus tard, en réunion hebdomadaire d'unité, une évaluation est réalisée avec l'équipe et la chef de service. A mon niveau, je complète ses connaissances en lui présentant les documents de référence institutionnels ainsi que l'association.

5.1.2/ La formation :

La formation du personnel ne doit pas être considéré par le directeur comme un passage obligé, laissé aux envies de chacun et sans réflexion sur les besoins et les priorités.

Elle ne doit pas répondre à une logique d'achat mais à une logique d'investissement ; la logique d'achat enrichit provisoirement le professionnel mais ne lui apportera aucun soutien sur le long terme. A contrario, la logique d'investissement permet au même professionnel de dessiner un devenir, pas seulement en termes de changement de métier mais aussi en améliorant ses compétences acquises lors de sa formation qualifiante et de ses expériences professionnelles.

Le Mascaret a ouvert en 1992 avec dans son effectif 28 AMP et aides soignants non formés ; une vingtaine d'entre eux ne possédait pas le minimum requis pour entrer directement en école et devait donc passer des sélections.

Parmi ceux-ci douze salariés étaient proches de l'illétrisme et n'auraient pu envisager s'engager dans le cursus de formation qualifiante ; ils avaient pour la plupart connu l'échec scolaire et étaient inscrits dans une mission locale d'insertion au moment de leur embauche.

De plus des facteurs psychosociaux interagissaient, manque de confiance en soi, comportement trop affectifs auprès des résidants, vie personnelle envahissante car mal gérée...

Ne pas tenir compte de ces constats comportait un double risque, individuel tout d'abord avec la crainte pour le salarié de connaître un nouvel échec, celui-ci aurait pu échouer, arrêter en cours de formation avec des conséquences importantes pour son avenir professionnel ou être exclu d'une dynamique institutionnelle ; risque plus global ensuite de ne pouvoir s'adapter à la perspective des changements environnementaux et organisationnels induits par l'importance

accrue de comprendre les consignes de nouveaux modes opératoires liés à une procédure, savoir rédiger un compte rendu, répondre aux consignes d'une feuille de poste...

C'est pourquoi j'ai décidé de mettre en place une organisation particulière du cycle de formation au Mascaret en liant étroitement formations qualifiante et continue ; la deuxième épaulant la première en donnant aux salariés concernés le niveau nécessaire pour réussir la sélection et entrer à l'école.

Un établissement proche de la même association connaissait ces problèmes, il s'agit d'un foyer occupationnel employant également des AMP.

Nous avons étudié, avec sa directrice et un organisme de formation, la création d'un cursus de remise à niveau sur deux ans, ce qui fit l'objet d'une convention tripartite spécifique. Le rapprochement des deux établissements nous a permis de réduire les coûts mais aussi de provoquer une émulation entre salariés. Son financement est pris en charge dans le cadre de la formation continue et a reçu un avis favorable du comité d'entreprise.

Ce cursus fait appel essentiellement à des thèmes sociaux connus des salariés dans lesquels ceux-ci peuvent plus aisément libérer leur parole et apprendre à parler en groupe ; des exercices de français viennent ensuite compléter la séance qui dure deux heures, une fois par semaine et des travaux écrits sont demandés entre chaque regroupement.

Tous les trimestres, nous rencontrons le formateur afin d'évaluer les stagiaires ; ceux-ci sont détachés de l'établissement pour les séances mais effectuent leurs travaux sur leur temps personnel.

Concrètement, à partir de 1993, 4 AMP et un aide soignant sont partis en formation ; les premiers bénéficiaires n'avaient pas à passer de sélection et possédaient une maturité professionnelle due à des expériences antérieures ; ils ont été en quelque sorte « moteurs » pour ceux qui sont partis à leur suite ; à partir de 1995, 3 AMP par an ont été engagées dans la remise à niveau (voir annexe 3).

Jusqu'à l'année 2000 nous n'avons connu aucun échec en sélection et un seul redoublement ; tous ces salariés ont obtenu leur diplôme.

Mais le processus amenant à qualifier l'ensemble du personnel ne fait pas oublier l'importance de l'adéquation d'une formation continue au service du projet institutionnel d'une part et d'une réalisation de soi d'autre part.

En effet, le projet institutionnel prône la diversité de la vie à l'intérieur mais aussi vers l'extérieur de l'établissement ; l'éventail des activités proposées pour devenir une réalité doit s'appuyer sur des compétences qui pour certaines sont issues des expériences passées des salariés mais pour d'autres qui nécessitent une formation adéquate.

Ainsi des activités très spécialisées, comme l'équitation ou la conduite d'attelage, sont tributaires d'une formation spécifique. Dans les propositions qui me sont présentées chaque année, le choix des stages est en étroite corrélation avec les choix effectués lors de l'établissement des projets individuels ou collectifs des résidants.

Une autre conséquence d'une formation bien maîtrisée est la reconnaissance d'une nouvelle compétence du salarié par ses pairs ; pour reprendre l'exemple de la conduite de l'attelage, l'acquisition d'une telle technique permet au salarié d'être valorisé dans un domaine actif dans les projets des résidants. Au-delà il représente une capacité de ressources pour d'autres établissements lors de séjours organisés en commun par exemple.

Enfin, la formation renforce le salarié, et je pense surtout à l'AMP, dans la construction d'un métier valorisé où le maternage n'est plus la seule compétence et où les activités proposées à l'origine de l'établissement pourraient tourner à l'activisme stérile si elles ne sont pas régulièrement référées à une réflexion.

Un troisième volet de formation a une place particulièrement importante au Mascaret, il s'agit de la formation permanente aux gestes et postures ; celle-ci est une priorité dans ce type d'établissement où la majorité des accidents du travail sont causés soient par des accidents soudains comme les chutes ou des blocages dus à des mouvements inadaptés, soit par une usure lente du corps pour qui le salarié ne porte plus l'attention nécessaire à cause de la routine, de la fatigue.

La formation est réalisée entièrement dans l'établissement et comprend deux volets : un programme financé par la formation continue qui consiste à faire effectuer un stage annuel d'une semaine pour deux groupes de cinq salariés avec des intervenants extérieurs, il s'agit ici de réactualiser des acquis généraux sur les gestes et postures dans des situations quotidiennes comme les toilettes.

L'autre volet est axé sur les prises en charge individuelles ou le déroulement des activités comme la balnéothérapie, mais aussi l'installation de résidants dans un véhicule par exemple ; cette

formation est dispensée par le kinésithérapeute de l'établissement dont une heure par semaine est consacrée à l'accompagnement de salariés en situation.

Ce programme a fait l'objet d'une concertation avec le médecin du travail avec lequel nous avons étudié la fréquence et le type de formation nécessaire. Hélas, il ne permet pas de prévenir les accidents soudains, particulièrement lorsqu'un résidant tombe brutalement et qu'un salarié tente de le retenir, je présenterai plus avant une action mis en place dans ce contexte.

5.1.3/ Les encadrants :

Lors de ma prise de poste, en 1995, quatre salariés avaient été désignés comme encadrants d'unité ; cette fonction, bien qu'inscrite dans le projet institutionnel, était honorifique, ne consistant qu'à suivre les comptes des résidants pour l'essentiel ; pourtant une réunion dite d'encadrement se tenait chaque semaine entre ceux-ci et la direction. Elle devait servir d'interface entre les unités et les cadres pour les problèmes du quotidien. En réalité elle consistait presque exclusivement à tenter de régler certains dysfonctionnements, en chargeant les encadrants de répercuter les décisions sur les équipes.

Les conséquences étaient prévisibles, rejet de la transmission par les équipes, apparition d'une image de *petits chefs*, malaise puis démotivation des personnes concernées que rien ne différenciait statutairement des autres salariés de leurs unités si ce n'est une maturité professionnelle et une ancienneté dans le métier supérieures.

Pourtant, cette fonction doit être valorisée et reconnue ; en effet, sa mise en place répond à plusieurs facteurs : celui d'établir sur le terrain un relais organisationnel du fait du déficit en cadres, d'accompagner des équipes jeunes et inexpérimentées et de mettre en place un système de promotion interne. «Il y a à réinventer des chemins d'évolution qui conduisent réellement à un esprit commun d'entreprise tout en sauvegardant le nécessaire de l'évolution professionnel de chacun ». ³⁵

L'idée de créer ce poste était intéressante et j'ai observé que, hormis les rejets relevés ci dessus, les encadrants étaient reconnus pour leurs qualités professionnelles ; plusieurs jeunes salariés nous rapportent lors des entretiens individuels avoir beaucoup appris à leur contact.

HUGONNEC A *management ou ménagement des entreprises sociales et médico sociales*, Les cahiers de l'actif, mai-juin 96 *Le management* n°240-241 p7

Leur reconnaissance officielle s'est fait autour de quatre axes :

- Une légitimité acquise autour de procédures leur permettant d'agir à titre organisationnel et de conseil auprès des unités mais ne donnant à l'encadrant aucun rôle hiérarchique ; elle est concrétisée par une fiche de poste ayant fait l'objet d'une explication à tous les salariés ainsi qu'aux familles et d'un nouvel écrit dans le projet institutionnel. Parmi leurs tâches on peut citer, outre le tutorat, l'encadrement de séjours, le rôle d'interface avec le chef de service en ce qui concerne les congés, et avec moi-même pour ce qui concerne les demandes d'aménagements, d'investissements... Ils gèrent chaque semaine la réunion de l'unité et participe toujours avec les cadres à la réunion d'encadrement hebdomadaire.
- La mise en place d'une formation de moniteur éducateur : celle-ci a fait l'objet d'une demande auprès de l'organisme de contrôle en argumentant notamment sur l'absence de professions intermédiaires au Mascaret et sur l'existence d'un compte de formation qualifiante. Les encadrants sont aujourd'hui reconnus par l'association et les autorités de contrôle ; ainsi, en 1996, du fait de l'absence pour longue maladie du chef de service, j'ai obtenu du financeur l'obtention d'une prime liée à des délégations provisoires données aux encadrants.
- Une organisation spécifique qui nécessite un planning particulier intégrant les réunions, l'accueil des parents lors des départs et des retours de week end et l'encadrement des jours fériés et des fins de semaine.
- La présence d'au moins un encadrant à certains stages de groupe comme les séminaires annuels du personnel des MAS ou le suivi de sessions de formation autour de la conduite de réunions, la résolution des conflits ; ces stages entrent dans le programme annuel de formation continue.

Lorsqu'ils sont absents pour congés ou formation, d'autres salariés, AMP diplômés répondant aux mêmes critères de maturité professionnelle, ont été désignés pour les suppléer. Ceux-ci reprennent les tâches confiées aux encadrants ; quand ils sont présents, les suppléants conservent un rôle de soutien vis à vis de l'équipe.

On peut opposer à ces moyens le fait qu'ils divisent encore plus un travail déjà bien morcelé ; pourtant la mise en place de ces postes a donné aux équipes une perspective d'évolution interne par la possibilité pour chacun, en fonction de son évolution, d'y accéder ; ceux-ci n'ont rien de virtuel ; en effet, l'accession à ce poste a permis à l'un d'entre eux de mettre en place une

formation d'éducateur avec une mutation dans un autre établissement ; son départ fait l'objet d'un recrutement interne pour le poste d'encadrant.

Leur existence permet de proposer aux AMP un pôle de ressourcement supplémentaire, étant en général tuteur des salariés en formation, des stagiaires ou des nouveaux arrivants. Enfin ils répondent à une situation imposée à l'origine du fait du recrutement qui se traduisait par une faiblesse importante du plateau technique.

Il serait opportun à mon sens que le statut d'encadrant soit reconnu officiellement ; ainsi, une étude de Promofaf proposait en 1994 la création de paliers de formation pour les AMP liés à la prise de responsabilités, la coordination d'une petite équipe, le tutorat. Elle concluait qu'il serait souhaitable que ces paliers soient acquis par l'exercice de l'emploi, confortés par des sessions de formation de validation puis reconnus par une procédure de certification.³⁶

5.1.4/ Favoriser l'imprévu et les changements :

Le temps des résidants n'est pas celui des salariés, ne pas en tenir compte, c'est les soumettre à notre bon vouloir. Il s'agit donc d'élaborer avec l'équipe un projet de vie intégrant la structuration de la journée, de la semaine, du mois ou de l'année en évitant d'uniformiser les réponses mais plutôt d'en proposer qui tiennent compte des capacités, du rythme et des désirs de la personne accueillie.

L'élaboration d'un tel projet de vie pour une institution modifie sans conteste les habitudes éducatives, bouscule la routine ; c'est en cela aussi qu'un projet est mobilisateur.

Certaines prises en charge ou activités doivent être structurées dans l'espace et dans le temps, d'autres doivent répondre à des temps forts tels que les fêtes mais aussi et surtout à des envies émanant des salariés qui ont le désir de transmettre un plaisir aux résidants mais aussi d'y voir reconnu une compétence, une qualité personnelle.

« Les AMP sont des vecteurs culturels importants qui sont, pour les résidants, des passeurs vers des valeurs, des traditions (...). Les traditionnelles fêtes sont certainement les témoignages les plus manifestes de cette culture au sein de laquelle les résidants ont leur place. »³⁷

Sous la direction de EKOL R., MENGIN S., LEYGNES M., *les AMP, une monographie professionnelle*, Promofaf, « Observatoire Emploi Formation », 1994, p48 et49.

CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p 118.

Par exemple, l'aspect multi-culturel du personnel est un formidable vecteur de diversité pour peu que soit laissé aux salariés la possibilité d'exprimer la richesse de leur culture. Celle-ci dans la vie sociale a souvent des difficultés à s'exprimer ou quand elle peut le faire, à être reconnue. Au Mascaret ce facteur est perçu comme une chance à saisir pour ouvrir l'établissement sur le monde avec l'apport de saveurs et de couleurs inhabituelles.

C'est également un formidable moteur d'intégration et de respect ; les salariés concernés éprouvent toujours une grande fierté, mais ce qui est le plus valorisant pour le personnel c'est la vision de résidants, préparés par les soins de l'activité esthétique et habillés pour l'occasion, et la joie que ceux-ci expriment.

Ces fêtes ont lieu régulièrement sans qu'une programmation soit prévue à l'avance ; elles demandent de ma part et de celle du chef de service une bonne coordination car elles bouleversent évidemment l'ordre quotidien ; elles nécessitent également un budget en conséquence concernant l'alimentation et les fournitures éducatives.

L'intérêt pour ces temps forts ne s'est jamais démenti sans doute du fait du désir des salariés mais aussi de l'autonomie qui leur y est reconnue et officialisée par le projet institutionnel.

C'est également un formidable ciment pour les relations intersecteurs ; même si la préparation en incombe principalement au personnel éducatif, les autres salariés sont toujours participants et y viennent volontiers.

5.1.5/ La mobilité inter-établissements :

La mobilité du personnel peut exister également au plan des moyens associatifs.

Des propositions peuvent être faites par une association gérant plusieurs institutions accueillant des populations différenciées par leur âge, leurs handicaps.

Celle-ci a la capacité d'aider les professionnels à s'inscrire eux-mêmes dans des projets d'évolution qui conditionneront à l'avenir, de façon sensible, leurs possibilités d'anticiper sur les phénomènes d'usure et de perte d'implication personnelle.

Lors de la mise en place des commissions associatives, j'ai porté mon choix sur celle concernant la formation ; j'y vois un intérêt direct pour l'établissement que je dirige, connaissant le faible nombre de diplômés, les bas niveaux de qualification et les débouchés limités pour la plupart.

Nous avons effectué une enquête sur le profil des salariés en termes de niveau scolaire et de qualification ; sur 15 établissements et services, les 2 plus faibles étaient les MAS, suivies par les Centres d'Aide par le Travail.

Nous avons ensuite réfléchi à la mise en place d'une politique associative qui a débouché sur les moyens suivants :

- mutualisation du reliquat du plan annuel de formation en septembre et redistribution sur les établissements ayant des projets de formation inaboutis faute de budget insuffisant.
- Affirmation dans le cadre du projet associatif de grands principes liés à la formation professionnelle, en particulier favoriser la qualification ou l'enrichissement en terme de compétences des salariés les plus démunis tels que les personnels des services généraux ; au-delà des objectifs de formation, il s'agit également de leur donner une place reconnue parmi le personnel et une approche du monde du handicap pour lequel ils ont rarement été préparés.
- A partir de cet objectif, mettre en place des formations regroupant, par exemple, l'ensemble des services généraux de deux ou plusieurs établissements ; ces formations se font en intra.
- Mise en place du suivi des postes vacants, réactualisé à chaque comité des directeurs (une fois par mois).

C'est l'occasion d'alerter un collègue sur un salarié qui pourrait être intéressé par une mutation et d'informer le personnel par voie d'affichage. Les salariés concernés n'ont pas forcément la qualification requise ; lorsque cela est possible nous pouvons proposer la mise en place d'une formation qualifiante, si le niveau général et la motivation du salarié correspondent au poste. Ce moyen demande de la part des directeurs qu'ils «jouent » tous le jeu ; c'est parfois difficile du fait d'une méfiance vis à vis des propositions et de prérogatives que certains pensent ainsi perdre... Pourtant nous savons qu'il y a priorité de consultation et non-obligation pour le directeur d'embaucher ce personnel ; je pense que c'est à l'association de faire comprendre l'intérêt de cet outil pour le plus grand bénéfice de tous.

- Création d'une procédure visant les salariés fragilisés physiquement suite à un accident du travail.

Depuis plusieurs années, j'ai étudié avec le médecin du travail et l'Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH), les problèmes liés aux accidents causés par la manipulation des résidants ; certains sont liés à l'inadaptation des locaux et j'en ai tenu compte dans mon argumentaire relatif à la restructuration de l'établissement

présenté à l'autorité de contrôle en janvier 2000 ; d'autres sont liés à de mauvaises positions des salariés et sont reprises régulièrement en formation continue ; mais celles découlant d'actes imprévisibles, gestes incontrôlés, chutes des résidants, n'ont pas trouvé de remèdes ; ainsi, le bilan social fait état régulièrement d'accidents du travail relatifs à ce type de circonstances.

Il y a deux ans une salariée AMP a été victime d'un mouvement brusque d'un résidant ce qui a entraîné un arrêt de plus d'un an. A son retour, j'ai observé que celle-ci souffrait toujours et que la charge physique de travail pouvait dans un délai assez proche entraîner un nouvel arrêt et peut-être même la contraindre à devoir quitter son poste. Connaissant ses compétences, j'ai pensé qu'elle pourrait bénéficier d'un poste auprès d'enfants avec une formation de monitrice éducatrice. Après avis des délégués du personnel de l'établissement, j'ai fait cette proposition à l'association qui l'a reprise pour l'ensemble des établissements. L'intérêt était de ne pas attendre une procédure de licenciement pour inaptitude avec une recherche de reclassement. Celui-ci propose un délai trop court pour avoir, le plus souvent, une opportunité de trouver un poste vacant correspondant au handicap de la personne. Je pense de plus qu'une association, dont la mission est la prise en charge des personnes handicapées, ne peut se soustraire à envisager et à mettre en place des moyens de soutien pour le personnel fragilisé.

5.2/ L'expression des émotions et de la parole

La plupart des établissements ont des réunions prévues pour le fonctionnement, des synthèses. D'autres font exister, de plus, à intervalles réguliers, des rencontres d'un autre type, par exemple des rencontres de caractère optionnel animées par le psychiatre, où l'on peut échanger librement à partir de thèmes retenus.

« Immense et exaltant travail de tenter(...) de continuer de penser sur et à propos des patients, à la fois dans la vie partagée avec eux, mais aussi dans ces moments de respiration indispensables que sont les réunions. »³⁸

CHAVAROCHE Philippe, *Aide médico-psychologique : de la souillure à la professionnalisation*, Castries, Groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, avril 1997 p 11

5.2.1/ Les réunions sur le cadre :

Chaque établissement doit trouver la façon dont peuvent se parler, s'exprimer la tension émotionnelle, les craintes, la lassitude, l'impression de blocage, en fait toutes ces émotions qui naissent du côtoiement des personnes polyhandicapées.

Emotions d'autant plus fortes que s'établit souvent une pression fusionnelle et d'autant plus nécessaires à réexprimer dans le cadre institutionnel qu'elles sont souvent tues à l'extérieur.

A l'instar des autres établissements, Le Mascaret a déjà des réunions prévues pour le fonctionnement et des synthèses (je reviendrai sur ces dernières plus avant).

Mais il m'a paru nécessaire de mettre en place des rencontres où les salariés puissent échanger en dehors du cadre hiérarchique. Ceci est d'autant plus important que l'expression de la thématique d'usure des personnels amène ou réactive des tensions, des conflits, à minima des divergences. Il est primordial alors que ces rencontres comportent des possibilités de régulation en dehors de la présence de l'encadrement.

C'est en effet de la responsabilité de l'établissement de se doter de moyens lui permettant d'introduire un tiers entre la personne handicapée et le professionnel dans les relations duelles qu'ils vivent afin de les protéger, tant l'un que l'autre, d'échanges fusionnels qui deviendraient intenables, tout comme un vide des échanges amènerait à une dépersonnalisation du résidant ; c'est pourquoi j'ai mis en place les réunions sur le cadre animées par deux psychologues vacataires, ce qui a nécessité un accord financier des autorités de contrôle (66000f par an). Ils interviennent deux heures par semaine et rencontrent conjointement les salariés de deux unités.

Il y a dans ce principe même un risque important : ce travail n'est pas facile, il peut parfois acher sur les « petites histoires » de la vie institutionnelle comme l'organisation des tâches matérielles, les conflits interpersonnels ; certains peuvent également avoir la sensation de ronronner, de répéter toujours la même chose... Mais il est facile de repérer que ces situations ont à voir avec les projets professionnels de chacun, qu'elles sont les vrais problèmes et qu'elles renvoient à l'objet même du travail : les relations avec les résidants.

En retour, plus les professionnels entreront dans des relations porteuses de sens, plus la communication entre membres du personnel s'enrichira de ce sens.

5.2.2/ Les entretiens individuels :

L'intérêt de tels entretiens n'est plus à démontrer à condition d'en respecter un mode de fonctionnement qui répondra aux finalités recherchées ; c'est à dire donner aux relations entre salariés et encadrement un éclairage différent, plus proche, sortant du caractère imposé par la hiérarchie, apporter des éléments plus objectifs sur l'identité personnelle et professionnelle des salariés et apporter à l'établissement un facteur de changement et d'évolution.

Je reçois les salariés avec le chef de service durant une heure, une fois par an, entre juin et septembre ; l'organisation de l'entretien est toujours la même : une première partie relative à l'activité hebdomadaire du professionnel, ce qui est plus facile à traiter pour lui, puis une discussion autour du bilan annuel, en rapport avec le précédent entretien, et, pour finir, autour des souhaits, un échange sur sa place dans l'établissement, ses éventuels désirs de changement, ses projets pour les résidants.

Ces entretiens font l'objet d'un écrit rédigé toujours dans le même ordre.

La première année, les entretiens étaient superficiels, la parole ne se libérant que difficilement ; il n'était pas simple pour de nombreux salariés de livrer aux cadres de l'établissement des impressions personnelles, des idées, des réflexions sans avoir peur de mal faire ; puis, peu à peu, la parole s'est libérée, le discours s'est construit, une maturité dans la réflexion est apparue, en parallèle avec l'augmentation du personnel formé et de la structuration de la prise en charge. Des sentiments en sont sortis, parfois refoulés depuis longtemps comme cette salariée que j'ai citée plus haut qui évoquait ses difficiles premiers pas auprès des résidants. De plus, les années et les entretiens se succédant, leur analyse a permis d'améliorer sensiblement certains aspects de la prise en charge, le travail pluridisciplinaire... Par exemple, le médecin psychiatre était vécu les premières années comme éloigné de la réalité du quotidien et de la difficulté à travailler avec certains résidants ; le poids des entretiens a sans doute été plus déterminant à corriger cette situation que si elle était restée sous forme détournée et agressive lors de réunions diverses. ; ainsi, cette année, plusieurs salariés ont rapporté le fait qu'ils sentent le médecin psychiatre plus proche de leurs préoccupations, qu'ils ont l'impression d'être mieux compris par lui.

5.3/ Des cadres pour des objectifs porteurs de sens et de vie :

En 1996, lorsque nous avons retravaillé le projet institutionnel, nous n'avons pas remis en cause son élan initial, mais nous y avons introduit des facteurs permettant de pérenniser un avenir où la place est toujours laissée à la parole, au projet ou à l'imaginaire, mais aussi à la remise en cause afin que la routine ne se transforme pas en une douce torpeur aux conséquences tragiques pour les résidants.

La formulation du projet institutionnel doit se traduire également par des *mini-projets* concernant telle personne, tel moment de la vie collective, tel besoin structurel...

Des objectifs limités, accessibles, permettent d'avoir mieux conscience de ce que l'on fait réellement, de son utilité, de savoir que des progrès porteurs de sens et de vie sont possibles.

5.3.1/ Les synthèses :

A l'ouverture de l'établissement les synthèses ne faisaient l'objet d'aucune préparation et leurs comptes rendus tenaient en quelques lignes. Des référents avaient été nommés pour chaque résidant sans que soit donné un sens à cette tâche.

Les conséquences pour les résidants étaient que les projets personnalisés n'évoluaient pas, que l'impression dominante était de faire et refaire la même chose ou, au contraire, que chacun faisait ce qu'il lui semblait bon puisque les décisions n'étaient pas clairement énoncées ; j'ai pu également constater que les années passant, celles-ci se confondaient les unes aux autres et que l'histoire du résidant et de son entourage se perdait dans les limbes de la mémoire collective.

Deux ans et demi après l'ouverture, le Mascaret vivait toujours le présent, certes intense, mais dans sa seule dimension immédiate, sans tenir compte du passé et de l'avenir. L'impression de «rabâcher » pour le personnel était déjà le signe d'un premier essoufflement vis à vis de la réflexion, au bénéfice exclusif de l'action à court terme ; les réunions ennuyaient, certains salariés pensant même qu'elles n'étaient pas obligatoires.

Comme le disait Jean Paul Sartre, il nous fallait *s'arrêter au seuil de l'instant*, effectuer avec le personnel un premier bilan et recentrer l'action sur le résidant et sa problématique. Entre autres, le travail entrepris avec le soutien des médecins, psychiatre et généraliste, et des psychologues a permis de structurer les synthèses et de mettre en place un véritable suivi des résidants ; il s'est effectué en plusieurs étapes, entre 1997 et 1998.

Un travail long et difficile a été réalisé par les référents autour de l'histoire des résidants avec consultation des anciens dossiers transmis par les précédents lieux de placement. Avec les médecins et le chef de service, nous avons sollicité des familles avec lesquelles nous n'avions pas de contact, ce qui a permis à plusieurs reprises de recréer des liens, même ténus. Cette première étape a été dense et riche en réactions ; les professionnels se sont attelés à la tâche avec passion, d'autant plus que cette recherche sollicitait plusieurs secteurs, secrétariat, infirmerie, des entretiens individuels avec les médecins et un soutien de la part du chef de service ; pour les AMP et les aides soignants ce fut également révélateur de capacités jusque là inexploitées : l'écrit avait acquis ses lettres de noblesse au Mascaret.

Ce travail étant réalisé, les synthèses ont fait l'objet d'une procédure de présentation de même que les rapports où apparaissent clairement les décisions prises. Nous n'avons pas voulu mettre en place une grille ou un exemplaire type ; nous nous sommes aperçus que l'écrit des salariés était plus aisé et trouvait plus de liberté et de richesse dans une souplesse relative quant aux règles énoncées.

Le suivi des décisions fait l'objet d'un retour une fois par mois dans les réunions d'unité ; y sont passés en revue l'ensemble des résidants de l'unité (10 ou 11) ; trois propositions peuvent être émises : maintien de la même prise en charge, modification d'un aspect ou de la totalité, suppression d'un aspect ou de la totalité. Ces propositions sont ou non validées par l'encadrement après consultation des médecins selon le cas.

5.3.2/ Les commissions :

Le dictionnaire *Le petit Robert* définit la commission comme une «réunion de personnes déléguées pour étudier un projet, préparer ou contrôler un travail, prendre des décisions».

Si décider est l'acte fondamental de la fonction de direction, le directeur doit se donner les moyens d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés ; déléguer lui permet de répartir sur ses collaborateurs, en fonction de leurs compétences et de leur place dans l'établissement des missions qu'il ne peut faire lui-même sous peine de perdre tout recul, toute possibilité de réflexion et de transformer son personnel en simples exécutants.

Mais déléguer, c'est aussi enrichir la capacité d'une institution à mettre en œuvre son imagination, à créer une synergie autour d'un projet, d'un problème.

La mise en place d'une commission au Mascaret répond à ces remarques. Ma fonction ne me donne pas l'accès à tous les savoirs et connaissances, mais à celle de décider qu'elle orientation doit être prise et pourquoi. L'apport extérieur m'est donc impératif pour réduire la marge d'erreur que je pourrais commettre, mais aussi pour que la décision prise ne soit pas isolée de la dynamique institutionnelle, incomprise voir mal interprétée ou rejetée.

La présence du salarié a une commission le valorise en reconnaissant officiellement ses compétences, en lui donnant une délégation et en lui laissant une autonomie.

Les commissions ont toujours été discutées en réunion institutionnelle où elles font l'objet d'appel à volontaires ; ainsi la commission fêtes existe depuis plusieurs années et propose les thèmes des fêtes traditionnelles et leur organisation.

Plus récemment, des représentants de tous les secteurs se sont proposés pour contribuer à la réalisation du projet de réhabilitation de l'établissement ; leurs apports dans la réfection des salles de bains, dans la circulation des fauteuils ou la création de salles spécialisées par exemple ont été fondamentaux et ont permis d'enrichir l'argumentation présentée.

Enfin, j'évoquerai plus particulièrement les circonstances dans lesquelles s'est déroulée la négociation sur la réduction du temps de travail (RTT) dans l'établissement.

Dans le cadre de nos délégations, chaque directeur avait toute latitude pour la gérer ; j'ai pour ma part décidé avec le chef de service de l'entreprendre dès le mois de mars 1999 vu l'ampleur du changement au plan qualitatif et quantitatif.

En effet, la RTT ne pouvait être considérée comme une modification marginale des conditions de travail, elle incitait les établissements à réfléchir en profondeur sur leurs organisations et à les reconfigurer.

C'est pourquoi les enjeux étaient à la fois d'ordre institutionnel (au regard de la qualité de la prise en charge) et d'ordre technique (il faut notamment une méthode pour sa mise en œuvre dans l'établissement).

Ainsi l'implication de tous les salariés était primordiale pour construire une nouvelle organisation car les scénarios prenant en compte l'activité réelle de travail s'élaborent avec eux et leur réalisme se vérifie dans la concertation.

Nous avons mis en place des commissions par secteur aux mêmes dates que les réunions institutionnelles ; c'était le moyen le plus simple d'avoir présent l'ensemble du personnel et de ne

pas trop bouleverser la vie quotidienne des résidents ; nous avons ainsi dégager 8 heures de travail en commun où nous étions sûr de la présence de tous les salariés.

A la première réunion, après une présentation des enjeux associatifs par les administrateurs délégués, j'ai expliqué le cahier des charges en mettant en avant en terme d'objectif l'amélioration de la prise en charge ; j'ai également informé le personnel de l'augmentation prévisionnel de l'effectif (3 ETP).

Ayant étudié au préalable la loi du 13 juin 1998 et des documents de réflexion sur la RTT, le chef de service et moi-même avons pris le rôle de personnes ressources pour les commissions.

Des débats importants ont eu lieu dans chacune d'entre elles, avec de nombreuses questions quant à la faisabilité de propositions, les encadrants répartis sur les quatre commissions du secteur éducatif y ont joué un rôle moteur non négligeable.

Ces rencontres ont sans doute renouveler le dialogue au sein de l'établissement ; ce grand chantier où chacun était concerné au même titre que d'autres et pouvait apporter sa contribution à été un temps fort pendant les quatre mois de travail ; il a donné aux salariés l'occasion de se parler autrement.

A l'issue de ces rencontres les propositions étaient très professionnelles, preuve que le cahier des charges avaient été bien compris ; selon les secteurs les scénarios variaient mais toujours pour les optimiser ; en résumé nous avons pu restructurer totalement ceux de l'entretien et de l'administratif et nous avons introduit un nouveau cycle de 4 semaines pour les secteurs éducatif et paramédical.

Les postes ont été répartis sans heurt, 2 ETP pour les unités de vie et 1 pour le service entretien. Ce dernier est sans doute celui qui a le plus bénéficié de cette négociation ; tout d'abord parce que sa restructuration fut la plus profonde, avec en plus de la création d'un poste, une refonte complète de l'organisation du travail, mais aussi parce que les salariés concernés ont pu exister «à égalité » avec les autres secteurs ; or, dans des structures comme les MAS, la facilité pourrait conduire à centrer son action sur la prise en charge directe, plus valorisante peut-être pour le directeur, alors que celle-ci ne peut se concevoir que globalement. Oublier certains services, certains salariés, dans une telle organisation risque de développer des facteurs de conflits, de rivalités dont le sens laissé aux acteurs eux-mêmes échappera au directeur.

5.3.3/ un cadre relationnel avec les familles :

Lorsqu'un salarié rencontre des parents de résidants, il est souvent confronté à la terrible blessure que ceux-ci portent, parfois depuis la naissance de leur enfant.

De plus, cette relation s'effectue la plupart du temps dans un contexte de rivalité teinté de culpabilité car les familles se représentent l'établissement comme étant censé faire mieux ce qu'ils ne peuvent ou ne savent pas faire.

Pourtant, leur présence est indispensable à la réussite de la prise en charge des résidants ; le directeur doit donc trouver les moyens de créer un climat où s'instaure une confiance réciproque.

L'introduction d'un tiers est souhaitable, car celui-ci étant moins exposé, il pourra entrer plus facilement dans la relation avec les familles.

Si le directeur et les médecins ont traditionnellement ce rôle, il n'est pourtant pas suffisant car les difficultés rencontrées par les salariés se situent le plus souvent aux moments des départs ou des retours les week-ends ou les vacances.

Le projet institutionnel de 1994 faisait référence au travail avec les familles dans le cadre purement clinique des entretiens avec le médecin psychiatre ; la dimension strictement relationnelle entre les salariés et les parents n'était pas abordée.

Mais très vite l'absence de cadre posé entre le personnel, la vie institutionnelle et les familles s'est fait sentir ; ainsi ces dernières ont peu à peu pris l'habitude de venir à toute heure et de se rendre sur les unités à des moments difficiles, lors des toilettes par exemple ; Les salariés sans aucun pouvoir n'osaient pas intervenir avec le sentiment naissant de n'être pas considérés dans leurs fonctions.

J'ai proposé la mise en place d'un cadre relationnel partant d'une double préoccupation, le respect des moments et des zones d'intimité institutionnelles d'une part, et la nécessité pour les parents d'avoir des informations sur la vie de leurs enfants.

Quelques salariés ont travaillé de leur côté sur les périodes d'accueil et les moyens de communication possibles pendant que le conseil d'établissement travaillait sur les besoins des familles ; ce travail a été très long et pas toujours facile ; sa réussite aujourd'hui tient au fait que nous avons placé les résidants au cœur de la conception de ce cadre d'une part et que sa réalisation avec le conseil d'établissement lui a donné une légitimité pour tous.

5.4/ La valorisation de l'établissement et l'ouverture sur l'environnement :

« Soigner l'institution, il n'y a que deux voies (...) modifier les structures et changer ceux qui y travaillent – c'est à dire les mettre en situation de donner le meilleur d'eux-mêmes (...) à quoi il faut ajouter : modifier l'image de l'institution – auprès des familles, des collègues, des responsables politiques et administratifs, des médias, du public »³⁹

5.4.1/ La MAS, lieu de ressources :

L'établissement est par obligation un lieu où la formation qualifiante est permanente depuis son ouverture ; à raison de dix AMP (dont 6 en contrats de qualification), d'une monitrice éducatrice tous les deux ans et d'une aide soignante chaque année (entre 1994 et 1998), le Mascaret s'est forgé une image de centre de formation pratique auprès des écoles ; un partenariat en est issu qui propose l'accueil de stagiaires AMP, aides soignantes, infirmiers et psychomotriciens.

Chaque année du personnel éducatif diplômé participe au jury des épreuves pour l'obtention du certificat aux fonctions d'AMP et nous accueillons durant quatre mois par an des personnes en préqualification.

Cette ouverture ne va pas sans compliquer l'organisation du quotidien ; de ce fait, nous avons établi des règles strictes quant au déroulement du stage de chacun, ce qui fait l'objet d'une convention passée avec les écoles. Pour le Mascaret, c'est un moyen important de faire reconnaître les savoir-faire des professionnels, de les valoriser, d'entrer avec confiance dans des démarches où l'institution peut devenir terrain de recherche, c'est à dire capable de prendre de la distance par rapport à elle-même.

Pour le personnel en place, c'est un stimulus quotidien par le questionnement, l'observation ; la reconnaissance de sa compétence et l'accession au rôle de tuteur jouent également dans sa motivation à transmettre aux stagiaires son savoir professionnel mais aussi les petits gestes et attitudes qui font la différence entre le jeune diplômé et l'AMP connaissant bien chaque résidant de son unité.

BRANDEHO Daniel, *Usure dans l'institution, la prise en charge de psychologues déficitaires dans une MAS*, Rennes, Editions ENSP, 1991, préface de Roger Gentis , p7, 8.

5.4.2/ La MAS dans l'environnement associatif :

J'ai évoqué plus haut la politique associative en matière de mobilité, mais l'image que renvoie l'établissement à l'association était et reste encore aujourd'hui un point négatif.

Rappelons-nous que le Mascaret fut la dernière création de l'ancien CA et à ce titre la vitrine de *ce qu'il ne faut pas faire* pour les nouveaux administrateurs, c'est à dire, ne pas répondre à toutes les sollicitations si les moyens afférents ne sont pas adéquats.

L'établissement porte les stigmates de cette politique, les plus visibles en sont les fissures sur les murs internes et externes ; si, sur l'initiative du nouveau CA, une procédure judiciaire a été engagée en 1994 pour réparer le préjudice subit, il reste que dans les réunions à caractère associatif, le Mascaret était presque devenu un terme générique pour désigner l'exemple à ne pas suivre ; j'ai du lors d'un CA demander au président de se rappeler que derrière ces murs, certes en mauvais état, un travail de qualité se réalisait et que les salariés avaient plutôt besoin d'un soutien direct de la part de l'association ; cette interpellation fut suivie d'un courrier demandant que le comité APAJH s'engage fermement auprès des pouvoirs publics pour réhabiliter cet établissement ; mission m'a été donnée pour réaliser une étude et un projet. Le financeur a accepté la prise en charge des frais d'architecte et de géomètre et la situation de l'établissement a fait l'objet d'une reconnaissance dans le schéma départemental.

Cette action a été entreprise en collaboration avec le personnel, mais celui-ci reste méfiant vis à vis de l'association pour deux raisons :

- Lors de la venue du président de l'association au Mascaret pour présenter le projet associatif, il y a deux ans, celui-ci a évoqué un objectif qui a créé un profond malentendu avec le personnel ; il s'agissait d'obtenir pour les professionnels du secteur éducatif la qualification d'éducateur spécialisé. Le tollé fut général, «cela voulait donc dire que la profession d'AMP n'était pas reconnue, qu'elle n'était qu'un passage ». Le président modifia la partie concernée en expliquant que l'association favoriserait simplement des demandes de formations qualifiantes.
- Mais le malaise ne disparut pas pour autant puisque quelques temps après, lors d'une réunion du Comité Central d'Etablissement, les salariés des deux MAS critiquèrent la position associative qui selon eux privilégiait sans cesse les établissements pour enfants ; ceux-ci regroupaient l'ensemble des délégués syndicaux, sans doute plus rodés à la discussion et presque tous éducateurs spécialisés ou éducateurs techniques.

Aujourd'hui le malaise est encore perceptible, amplifié par la longue attente des résultats de la procédure judiciaire vis à vis des désordres structurels, qui peut faire penser à une nonchalance de l'association même si les premiers résultats positifs sont apparus en 1999.

Pour reprendre la théorie des motivations d'Herzberg, nous avons là une représentation d'un facteur d'hygiène, les relations avec l'employeur, qui restent difficiles et engendrent une insatisfaction pour le personnel.

Les constats effectués au Mascaret doivent être complétés des rapports établis entre l'autre maison d'accueil et l'association ; ses salariés, tout au moins leurs représentants, se retrouvent avec ceux du Mascaret lors de réunions dans les établissements ou au siège et ont des points de vue critiques souvent identiques ; si cette MAS ne connaît pas les défauts structurels du Mascaret, elle pourrait devoir quitter ses locaux, loués à l'Assistance Publique qui veut les récupérer. Cette incertitude a engendré là aussi un sentiment d'abandon de la part du personnel.

Ce ressenti nous préoccupe et nous en faisons part à l'association ; ses efforts de communication sont sincères, bien relayés par les administrateurs délégués, mais nous pensons, mon collègue et moi-même, que ce rapport difficile du personnel avec l'employeur tient pour une grande part à son identité professionnelle, à ce sentiment d'exister en marge.

Ces salariés connaissent bien les réactions de recul de membres de l'association, élus politiques ou partenaires institutionnels lors de leurs visites et ils rencontrent fréquemment d'autres professionnels dans les formations qui leur expriment leurs conditions difficiles de travail. Même s'ils se sentent reconnus dans les deux MAS, ils n'en conservent pas moins une méfiance vis à vis de l'extérieur.

Ma fonction de directeur, les délégations qui me sont données, l'écoute et la reconnaissance dont je bénéficie avec mes collègues me permettent de modifier peu à peu cette vision du personnel et celle de l'employeur.

Mais je pense que la résolution du problème ne pourra passer que par la valorisation du travail en Maison d'accueil spécialisée ; que ce type d'établissement soit une réponse à une demande spécifique et non plus le dernier recours suite à des désillusions et des drames qui frappent les familles depuis la naissance de leur enfant.

6/ L'évaluation :

Le secteur sanitaire s'est doté depuis plusieurs années d'une politique d'évaluation *des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation de soins et de toute action concourant à une prise en charge du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* (article L.710-4 de la loi n°91-748 du 3 juillet 1991 portant réforme hospitalière).

Pour les institutions sociales et médico-sociales, le législateur y faisait déjà référence dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 au sujet du schéma départemental (article 2.2) et en ce qui concerne les clauses de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (article 11.2).

La réforme prochaine du dispositif composé des deux lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975 soumettra vraisemblablement à une évaluation plus poussée les institutions sociales et médico-sociales ; par exemple, les dossiers présentés au CROSS devraient préciser les techniques d'évaluation utilisées par le futur équipement pour mener à bien sa mission; de même, les autorisations administratives ne seraient renouvelées qu'après examen des résultats de cette évaluation.

Cette obligation réglementaire ne fera qu'entériner l'intérêt grandissant des acteurs du secteur social pour un outil permettant de mesurer la pertinence d'un projet, de ses objectifs vis à vis des résultats et de pérenniser ou non les actions mises en place.

« L'évaluation accompagne toute pratique. Elle n'en est pas simplement la phase terminale, mais à travers différentes évaluations ponctuelles (...) la pratique prend mieux conscience de ce qu'elle fait. L'évaluation est cette appréciation de l'écart existant entre la règle incarnée par le projet et les réalisations effectives (...) l'évaluation d'un projet (...) est toujours multicritériée, respectant ainsi en cela la complexité d'un projet. »

L'évaluation est ce qui permet de ne pas être dans le leurre d'un projet qui se satisfait à lui-même, que ce soit un projet individuel, un projet éducatif ou un projet institutionnel.

C'est un moyen d'intégrer la réalité, démarche combien nécessaire pour une population comme celle du Mascaret. L'évaluation est aussi un moyen de rendre des comptes sur l'utilisation des fonds publics versée à l'établissement et de faire preuve de transparence quant aux attentes de la société.

« Si l'on veut que le financeur fasse son métier qui est de financer et aussi de contrôler, si l'on veut que le gestionnaire fasse le sien sans ingérence tatillonne, le seul point de rencontre entre ces objectifs est l'évaluation »

La démarche d'évaluation que je décris ici est celle d'un emboîtement de différents niveaux d'évaluation. Parmi l'ensemble des moyens mis en œuvre pour prévenir l'usure professionnelle au Mascaret, certains sont déjà inscrits dans une démarche évaluative.

- Les entretiens individuels annuels :

En mettant à plat les objectifs présentés par le salarié l'année précédente, ils permettent d'évaluer en commun des actions, non pas en terme de sanction, mais afin de les recentrer, de les améliorer, voire d'en reprendre le dispositif.

- Le suivi des décisions prises en synthèses :

La vie d'un résidant, surtout s'il possède des capacités relationnelles satisfait à lui-même, que ce soit un projet individuel, un projet éducatif ou un projet institutionnel.

C'est un moyen d'intégrer la réalité, démarche combien nécessaire pour une population comme celle du Mascaret. L'évaluation est aussi un moyen de rendre des comptes sur l'utilisation des fonds publics versés à l'établissement et de faire preuve de transparence quant aux attentes de la société.

« Si l'on veut que le financeur fasse son métier qui est de financer et aussi de contrôler, si l'on veut que le gestionnaire fasse le sien sans ingérence tatillonne, le seul point de rencontre entre ces objectifs est l'évaluation »

La démarche d'évaluation que je décris ici est celle d'un emboîtement de différents niveaux d'évaluation. Parmi l'ensemble des moyens mis en œuvre pour prévenir l'usure professionnelle au Mascaret, certains sont déjà inscrits dans une démarche évaluative.

- Les entretiens individuels annuels :

En mettant à plat les objectifs présentés par le salarié l'année précédente, ils permettent d'évaluer en commun ses actions, non pas en terme de sanction, mais afin de les recentrer, de les améliorer, voire d'en reprendre le dispositif.

- Le suivi des décisions prises en synthèses :

La vie d'un résidant, surtout s'il possède des capacités relationnelles très limitées, peut sembler immobile pour peu que l'attention, l'observation et l'action le laissent à l'écart de la dynamique institutionnelle. Les décisions prises en synthèse pourraient alors paraître purement formelles et, dans ce contexte, ne jamais être suivies d'effets car très vite abandonnées.

C'est pourquoi leur évaluation permanente est nécessaire. Ainsi, mensuellement, en réunion d'unité, le personnel reprend les projets individuels des résidants dont il est référent ; ce rappel a pour fonction de maintenir porteurs de sens et donc vivants des actions, des activités mais aussi de simples actes de la vie quotidienne qui sont nécessaires pour maintenir le résidant dans une démarche de progrès.

- Le bilan social :

Sa réalisation annuelle est rendue obligatoire pour les entreprises d'au moins 300 salariés par la loi du 12 juillet 1997. « Il fait apparaître la situation de l'entreprise dans le domaine social (...) afin que des comparaisons utiles puissent être faites sur une période minimum de trois ans » (lexique des termes juridiques, guide Dalloz, dixième édition, 1995).

Ce document, présenté et étudié avec les représentants du personnel, illustre au Mascaret la pénibilité de certaines tâches et leurs conséquences, telles les lombalgies ; il illustre également, par exemple, le faible niveau de qualification du personnel et d'autres paramètres permettant d'évaluer l'évolution des conditions de travail.

L'évaluation que permet le bilan social soutient la réflexion menée dans l'établissement mais aussi dans l'association ; ainsi, le travail réalisé en commission formation sur les niveaux de qualification des salariés a débouché sur des mesures de formation à destination des salariés des services généraux. (voir 5/1/6).

- Le médecin du travail :

Il est le conseiller du directeur, des salariés et des représentants du personnel dans le domaine des conditions de vie et de travail dans l'entreprise (code du travail, articles R.241, 41S).

N'ayant pas de Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (effectif pris en compte inférieur à 50 salariés), nous l'avons invité à réfléchir avec les délégués du personnel sur

⁴¹ THEVENET Amédée, *Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social*, Paris, ESF Editeur, 2°

différents thèmes, notamment l'évaluation des conditions de travail dans les unités, dans la lingerie et dans les cuisines. Ce partenariat s'est enrichi de la présence de l'AGEFIPH pour évaluer les besoins en équipement adapté pour certains salariés du secteur entretien.

Tous les moyens présentés ci-dessus concourent à une évaluation de la prise en charge des résidents, mais celle-ci reste empirique, soumise aux compétences du directeur, à ses choix et à sa personnalité ; de plus, la difficulté de prendre du recul ne permet que difficilement une analyse globale de l'action.

C'est pourquoi il me semble opportun de faire appel à un tiers pour atteindre cet objectif ; j'ai ainsi engagé pour l'année 2001 une demande d'intervention de l'Association Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

L'ANACT est un établissement public créé en 1973 par le ministère du travail et aujourd'hui sous tutelle du ministère de l'emploi et de la solidarité ; elle a pour objectif d'aider les entreprises et les salariés à développer des projets innovants de changements technologiques, organisationnels et sociaux améliorant les conditions de travail.

Je souhaite une première intervention sous la forme d'un *diagnostic court* ; cet appellation permet en effet une première intervention de l'ANACT à titre de conseil ; elle est gratuite pour l'établissement. Ce choix permet une implication progressive d'une procédure d'évaluation extérieure et présente l'intérêt immédiat d'apporter au travail actuellement réalisé avec la DDASS pour la réhabilitation du Mascaret, des arguments émanants d'une source officielle.

Le diagnostic court a également pour objectif d'engendrer une négociation interne afin que les solutions retenues soient les plus adaptées aux besoins de l'établissement et des salariés.

A son issue, j'aurai la possibilité de recourir à un consultant afin de nous accompagner dans la poursuite de cette démarche, en déposant une demande d'aide au conseil aux entreprises auprès de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

édition, 1993, p20.

CONCLUSION

La réflexion entreprise, puis les moyens mis en œuvre pour prévenir l'usure professionnelle au Mascaret, me sont apparus comme une nécessité pour le personnel et bien sûr pour la réussite de la mission confiée à l'établissement. Elle était tout d'abord centrée sur les possibilités qu'offraient les ressources propres de la MAS.

Mais l'importance du mal vivre ressenti par ce personnel, non pas vis à vis de l'organisation interne mais plutôt d'un sentiment général de non valorisation, m'a conduit à envisager peu à peu d'autres moyens lui permettant d'exprimer ses compétences, puis de les voir reconnues à l'extérieur, auprès de l'association, des pouvoirs publics et plus largement de la société. Cette dernière étape est encore en devenir, mais la reconnaissance est aujourd'hui effective et se traduit par l'attention portée au Mascaret pour qu'enfin cet établissement soit tout simplement conforme non plus seulement à un accueil ou à une assistance mais à un véritable projet de vie pour les résidents.

Je crois intimement que la prévention de l'usure professionnelle, si les facteurs liés à la difficulté de prise en charge du polyhandicap continuent bien sûr à être pris en compte, passera de plus en plus par la valorisation du travail réalisé dans ces établissements.

Celui-ci devrait bénéficier directement aux personnes accueillies en participant à une reconnaissance sociale que le législateur s'efforce aujourd'hui de promouvoir. La réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, en plaçant l'utilisateur au centre des organisations, notamment par les articles de la section 2, *des droits des usagers du secteur social ou médico-social*, laisse espérer que ceux-ci seront sans doute mieux reconnus, et donc entendus, et que les établissements et leur personnel pourront valoriser leur savoir-faire ; les directeurs auront sans nul doute un rôle capital à jouer pour que l'application de cette nouvelle loi réponde aux espérances des personnes handicapées, des familles et des associations.

Pour Le Mascaret, la mise en place du schéma départemental est également une chance d'ouverture, non seulement pour le fait que ses difficultés soient prises en compte, mais surtout parce qu'il offre des perspectives d'évolution en termes d'accueil de jour ou d'aide à domicile ; le projet de réhabilitation présenté aux autorités de contrôle va ainsi inclure un volet important liant les différentes prises en charge ; c'est à la fois un argument financier en permettant des

économies d'échelle sans sacrifier les besoins existants, une base compétente pour répondre à ces besoins nouvellement recensés et un formidable facteur moteur pour le personnel en place.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

Sous la Direction de AUBERT Nicole, *Diriger et Motiver, Secrets et Pratiques*, Paris, Editions de l'Organisation, 1996.

AYALA M. Pines, ELLIOT Aransar, DITSA Kafuy, *le burn out, se vider dans la vie et au travail*, Montréal, traduit de l'américain par P. BOUYOUCAS, LE JOUR Editeur, 1981.

BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Paris, Collection Essais, Editeur du Seuil, 1985.

BOUTINET Jean-Pierre, *anthropologie du projet*, Paris, Collection psychologie aujourd'hui, PUF, 1993.

BRANDEHO Daniel, *Usure dans l'institution, la prise en charge de psychologues déficitaires dans une MAS*, Rennes, Editions ENSP, 1991.

BRANDEHO Daniel, *Usure dans l'institution*, 2^{ème} Edition, Rennes Editions ENSP, 2000.

DREANO Guy, *Guide de l'aide médico psychologique*, Paris, DUNOD, 1997.

MIRAMON J.M., COURET D., PATURET J.B., *Le métier de Directeur, techniques et fictions*, Rennes, ENSP Editeur, 1997.

PEZET Valérie, VILLATTE Roger, LAGRAY Pierre, *De l'usure à l'identité professionnelle,; le burn out des travailleurs sociaux*, Paris, TSA Editions, 1993.

THEVENET Amédée, *créer, gérer, Contrôler un équipement social ou médico-social*, Paris, ESF Editeur, 1993.

TOSQUELLES François, *La rééducation des débiles mentaux*, Toulouse, Editions PRIVAT, 1975.

ZRIBI Gérard, *Handicapés mentaux graves et polyhandicapés en France*, Rennes, ENSP Editeur, 1993.

Sous la direction de ZRIBI Gérard, *l'accueil des Personnes gravement handicapées*, Rennes, Editions ENSP, 1994.

ZUCMAN Elisabeth, *Accompagner les Personnes polyhandicapées*, Paris, Editions du CTNERHI, 1998.

MEMOIRE :

CHAVAROCHE Philippe, *De la Souillure à la Professionnalisation*, Castries, groupe d'étude et de recherche du sud-est sur la déficience mentale, IRSTA Editeur, 1997.

ACTES DE COLLOQUES :

RISSELIN Patrick, «les personnes handicapées dans la société française au seuil de l'an 2000 », *écrits de BUC*, décembre 95, pp.17-34.

Classification internationale des handicaps : du concept à l'application, *Actes du Colloque CTNERHI*, Paris, PUF Diffusion, 28-29 novembre 1998.

Formules innovantes en M.A.S. et Foyers Médicalisés, Compte-rendu du Séminaire Technique des Directeurs de M.A.S et Foyers Médicalisés, Lyon, CREA I Pays de Loire, 1990.

DOCUMENT :

Sous la direction de EKOL R., MENGIN S., LEYGNES M., *les AMP, une monographie professionnelle*, Promofaf, « Observatoire Emploi Formation », 1994.

RAPPORTS :

Journal Officiel du 13 août 1992, *avis et rapports du Conseil économique et social*, « *La situation des handicapés profonds* », séances des 7 et 8 juillet 1992.

GROSJEAN Anne, *Analyse de gestion des Maisons d'accueil Spécialisées de la Région Ile-de-France*, rapport de la DRASS Ile-de-France, service des établissements sanitaires et sociaux, avril 1999.

REVUES :

AFCHAIN Jean, l'instrument réfléchit, *la lettre de l'URIOPSS Ile-de-France*, septembre 1999, n° spécial.

FLORU R. et CNOCKAERT J.C., Stress professionnel et burn out, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 25-40.

HUGOUNENC A. «Management ou ménagement des entreprises sociales et médico sociales », *Les cahiers de l'Actif*, mai-juin 1996, n°240-241, pages 3-12.

MARTIN Didier, de l'emprise à l'impuissance : les travailleurs sociaux face aux risques d'un engagement, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 5-16.

PERREAULT P «Relations entre l'état de stress psychologique, l'épuisement professionnelle et le soutien social», *Les cahiers de l'actif*, mai-juin 1998 n°264-265, p55-70.

ZUCMAN Elisabeth, du burn out à l'épuisement professionnel : historique et tribulation du concept en France, *Les Cahiers de l'Actif*, mai/juin 1998, n° 264-265, pages 17-24.