

**PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE DE BIEN-ÊTRE POUR AMÉLIORER
LA QUALITÉ DES SOINS ET CELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT
DE PERSONNES ADULTES POLYHANDICAPÉES ACCUEILLIES EN MAS**

Jean-Yves QUINTEAU

Session 2015-2017

Remerciements

Ce travail d'écriture d'un mémoire a été pour moi un long cheminement durant lequel les contributions de plusieurs personnes ont permis la lente gestation d'un résultat jamais totalement abouti.

Je veux ici remercier celles et ceux qui m'ont aidé à mûrir, écrire et finaliser ce travail de fin de formation CAFDES.

En premier lieu, mes remerciements vont aux formateurs de l'IFTS d'Echirolles qui m'ont accompagné, soutenu, bousculé et aussi rassuré et particulièrement Elisabeth Thomasset, Bernard Alligier et Max Buchner.

Je tiens à remercier mes collègues de promotion qui, comme moi, ont travaillé et douté dans la réalisation de cet exercice.

Je remercie également les professionnels de la MAS Le Champ Rond qui ont contribué, à leur manière, à l'écriture de ce mémoire ; merci à mes collègues directeurs et au directeur du département médico-social des MFRS qui ont accepté mes absences pour suivre cette formation et m'ont encouragé dans ce travail.

Merci à Corinne et à Sylvie qui ont accepté de relire patiemment cet écrit pour en repérer les fautes et me permettre de les corriger.

Enfin, je remercie Patricia qui, depuis 30 ans, partage et soutient ce que j'engage dans ma vie personnelle et professionnelle ainsi que Jorane, Mathias, Florian, Maëlle et Cyprien, nos enfants, qui savent, avec humour et tendresse, me ramener à suffisamment d'humilité pour continuer à m'améliorer.

S o m m a i r e

Introduction	1
1 CONTEXTE GLOBAL	5
1.1 Le polyhandicap : de qui parlons-nous ?	5
1.1.1 Le polyhandicap, le plurihandicap : handicap complexe ou complexité du handicap ?	6
1.1.2 Les besoins de la personne polyhandicapée	8
1.1.3 Effets en lien avec la population accueillie.....	9
1.2 Le cadre législatif	11
1.2.1 Les MAS, cadre légal et réglementaire	12
1.2.2 La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002	14
1.2.3 La loi du 11 février 2005	16
1.2.4 La loi du 21 juillet 2009 dite loi « HPST »	17
1.2.5 Le décret du 20 mars 2009.....	18
1.3 La MAS « Le Champ Rond »	19
1.3.1 Les MFRS et l'ADIMCP	20
1.3.2 L'établissement, son histoire et ses missions	21
1.3.3 L'organisation et les moyens	22
1.3.4 Les personnes accompagnées à la MAS	25
2 LA BIENTRAITANCE : UNE DYNAMIQUE ETHIQUE POUR LA MAS	29
2.1 Bientraitance versus maltraitance	29
2.1.1 Des définitions.....	30
2.1.2 Les textes de référence	32
2.1.3 Ma définition et ma vision pour la MAS.....	36
2.2 Mon état des lieux et mon diagnostic de l'établissement	39
2.2.1 L'organisation globale de la MAS	40
2.2.2 Les soins	43

2.2.3	L'accompagnement éducatif	44
2.2.4	Le cadre de vie et les installations	47
2.3	Des regards complémentaires	49
2.3.1	L'évaluation interne.....	50
2.3.2	Expression du Conseil de la Vie Sociale.....	51
2.3.3	Représentation des professionnels	52
3	DE L'ETHIQUE A L'OPERATIONNEL : LA BIENTRAITANCE AU QUOTIDIEN	55
3.1	Les axes de travail à mettre en œuvre	55
3.1.1	Le projet d'établissement : socle commun de la bientraitance.....	57
3.1.2	Les coordinations et les réunions : penser la bientraitance	58
3.1.3	Le projet personnalisé.....	61
3.1.4	Le passeport de communication : mieux connaître pour mieux accompagner	62
3.1.5	L'alimentation, bien nourrir pour être bientraitant	63
3.2	Le pilotage du plan d'action.....	64
3.2.1	Mes stratégies de management	64
3.2.2	La planification et les outils mis en œuvre.....	69
3.2.3	Ma communication pour accompagner le plan d'action	72
3.3	Evaluation des objectifs visés	74
3.3.1	Les indicateurs en lien avec le plan d'action	74
3.3.2	L'évaluation externe et les autorités de contrôle	75
3.3.3	Le rôle du CVS, des IRP et du département médico-social des MFRS	76
	Conclusion.....	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

_Toc490389954

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ADIMCP	Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux et Polyhandicapés de l'Isère
AMP	Aide Médico- Psychologique
AMS	Auxiliaire Médico-Social
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
AT	Accident du Travail
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD 38	Conseil Départemental de l'Isère
CDA	Commission des Droits et de l'Autonomie
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CDS	Chef De Service
CE	Comité d'Entreprise
CESAP	Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFIL	COmité de PILotage
COTOREP	COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTNERHI	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDPP 38	Direction Départementale de la Protection des Populations de l'Isère

DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ES	Educateur Spécialisé
ESMS	Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GPF	Groupe Polyhandicap France
HACCP	Hazards Analysis Critical Control Point (méthode pour identifier, analyser et maîtriser la sécurité alimentaire)
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
IMOC	Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA 38	Maison Départementale de l'Isère
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
M de M	Maîtresse de Maison
ME	Moniteur Educateur
MFRS	Mutuelles de France Réseau Santé
MP	Maladie Professionnelle
ODPHI	Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère
PAJ	Pôle d'Activités de Jour
PMS	Plan de Maîtrise Sanitaire
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Programme Régional de Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RQS	Responsable de la qualité des soins
SAJ	Service d'Activités de Jour
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
TED	Troubles Envahissants du Développement
TSA	Troubles du Spectre Autistique

Introduction

« L'étrangeté de l'autre touche à quelque chose de dramatique ou d'insupportable au tréfonds de nous, aussi « normal » que nous nous jugions ¹ ». La rencontre de personnes polyhandicapées questionne en nous le cœur de notre humanité. Les professionnels de l'inadaptation qui accompagnent des personnes aux handicaps complexes sont mis à l'épreuve dans leur relation à l'autre et sont exposés quotidiennement à des situations éprouvantes nécessitant des ressources internes et externes. Pour les professionnels travaillant en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), l'accompagnement quotidien et les soins produisent de l'épuisement, de l'incompréhension pouvant générer leur indifférence, leur repli sur soi voire, dans les situations les plus extrêmes, de la maltraitance. Les questions du sens, des valeurs, des repères et de la motivation sont bousculées. Dans ce contexte, la personne polyhandicapée peut vite être réduite à un objet de prise en charge perdant ainsi sa dimension de sujet et les potentialités, aussi minimales soient-elles, sont négligées. De plus, le fait que le résidant² ne soit pas en mesure d'exprimer ses besoins, ses désirs ou ses attentes de façon immédiatement et suffisamment explicite pour tous, peut conduire à une prise en charge «chosifiante», même si celle-ci répond à ses besoins essentiels.

Directeur de la MAS Le Champ Rond à St Ismier en Isère depuis janvier 2017, je fais le constat que plusieurs professionnels de l'établissement, et particulièrement des unités de vie, ne parviennent pas, ou plus, à donner et à trouver suffisamment de sens à l'accompagnement quotidien des résidents qui leur sont confiés. Cela se traduit par une routine, des comportements de fuite, voire de l'absentéisme. Notre organisation peut aussi produire ces effets en visant l'opérationnalité au détriment de la réflexion. Cela conduit à de la maltraitance en creux, ou maltraitance passive, selon la définition de Claude MEUNIER, Directeur Général Adjoint de l'APF qui, dans son audition par le Sénat en 2003, explique que « *la maltraitance en creux peut être définie comme ce que nous ne favorisons pas en termes de qualité d'accompagnement et de soins* »³. Ainsi, j'ai pu observer des professionnels ne disant pas « bonjour » aux résidents lors de leur prise de poste, ou au moment des repas des professionnels donnant à manger à un résident tout en parlant avec un collègue, etc.

¹ Charles GARDOU, 2005, *Fragments sur le handicap*, Toulouse, Edition ERES, p.21

² L'orthographe singulière de cette dénomination sera expliquée dans le chapitre 1.3.2 p.21

³ La Maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, Rapport n°339, SENAT, p.22

L'établissement est globalement bienveillant vis-à-vis des personnes accueillies et les professionnels cherchent, pour la plupart, à faire de leur mieux. Il n'y a pas d'intentionnalité de maltraitance dans les actes mais des professionnels ne parviennent plus à accompagner le résidant au-delà des actes nécessaires et incontournables du quotidien et/ou l'organisation ne permet plus, selon moi, un accompagnement suffisamment bientraitant.

Les troubles du comportement et la difficile communication des résidants, la permanence d'une certaine immuabilité et le huis clos partiel de l'établissement ou de l'unité éprouvent l'engagement et la pensée des professionnels dans cette confrontation à la chronicité du public.

L'adulte polyhandicapé présente une dépendance forte qui l'oblige à s'en remettre entièrement aux professionnels qui sont chargés de l'accompagner et de prendre soin de lui. Il est rarement dans une dynamique de sollicitation et a besoin d'être soutenu et encouragé par des stimulations et des interactions relationnelles constantes. De ce fait, les professionnels doivent être attentifs et se tenir à l'affût des ébauches de communication et d'expression qui se manifestent. Ils sont invités à faire preuve de créativité et d'empathie. Cela suppose également ce que René Diakine nomme dans plusieurs de ses articles « l'illusion anticipatrice »⁴ qui inscrit l'enfant, et ici l'adulte polyhandicapé, dans un projet porté par celui qui prend soin de lui.

La mission de cet établissement est de permettre à des adultes au handicap complexe de vivre dans un lieu qui prend soin d'eux et qui leur garantit un bien-être et des possibilités d'épanouissement, voire de développement. Cela nécessite une réflexion sur ce qui est proposé, une recherche permanente sur le sens des actes posés et un engagement et une cohérence dans la conduite de l'accompagnement. L'enjeu est de soutenir et de développer une qualité des soins et un accompagnement bientraitant des personnes accueillies. Pour certains, la qualité des soins fait partie intégrante de l'accompagnement. Pour ma part, j'opère volontairement une distinction pour souligner la place qu'occupent les soins dans un établissement comme une MAS. Il ne s'agit pas d'un clivage mais du préalable indispensable qui veut que sans soins, l'accompagnement ne peut pas être bientraitant.

De ma place de directeur, je souhaite saisir l'opportunité de ce travail de mémoire pour traiter des modalités de promotion d'une dynamique de bientraitance au sein de la MAS Le Champ Rond qui accueille des personnes adultes polyhandicapées. Il s'agit pour moi d'accompagner une dynamique progressive, récurrente et permanente avec comme leviers le repérage et une action modificatrice sur les maltraitements passives qui se manifestent dans l'accompagnement quotidien et dans l'organisation. Ce travail se veut aussi une

⁴ <http://www.carmed.fr/clinique2.htm>

dimension stratégique afin de renforcer la culture commune de l'établissement que je dirige pour viser un idéal, peut-être utopique, d'un accompagnement de qualité de personnes qui ne sont pas automatiquement les plus au cœur des politiques publiques aujourd'hui. Cet idéal prendra en compte la réalité qui veut qu'il n'existe pas d'établissement ou de service totalement bientraitant.

Mon travail s'attachera dans un premier temps à présenter le contexte de ma réflexion et de l'accompagnement des personnes polyhandicapées en MAS. Le cadre légal viendra préciser les éléments spécifiques en lien avec l'accompagnement quotidien et la notion de bientraitance.

Dans une seconde partie, je définirai ce qui est dit aujourd'hui de la bientraitance et de la maltraitance. Je définirai plus précisément ce que j'entends par maltraitance passive en appui à la fois des publications de l'Anesm et des différents rapports. Ces apports viendront étayer ma vision et ma position. J'établirai un diagnostic de la structure et de son environnement à partir d'une part d'une grille de lecture inspirée de l'évaluation des risques de maltraitance et d'autre part de deux questionnaires, adressés l'un aux représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et l'autre aux professionnels de l'établissement. Ce diagnostic me permettra de repérer les points saillants qui pour moi nécessitent un changement.

Dans la troisième partie, je présenterai mon plan d'action de cette conduite du changement que je souhaite développer avec les professionnels et l'équipe cadre en lien avec la gouvernance. Je m'attacherai à expliquer comment je manage ces actions et ma manière de communiquer tout au long du processus. Les outils d'évaluation qui permettront d'apprécier l'efficacité de cette démarche dans la durée seront également développés dans cette troisième partie, notamment avec l'évaluation externe prévue en 2018. Il s'agit pour moi de présenter comment passer de l'éthique à l'opérationnalité car il n'y a pas d'amélioration sans mode d'action.

1 CONTEXTE GLOBAL

Toute démarche de conduite du changement, ou a minima d'amélioration de l'existant, nécessite au préalable de contextualiser les hypothèses et la réflexion. Cela est d'autant plus vrai quand il s'agit de l'accompagnement d'une population aux handicaps complexes et aux manifestations souvent déroutantes. Ainsi, je souhaite m'arrêter en premier lieu sur la nature et les manifestations des troubles que je rencontre dans mon travail de direction auprès de personnes adultes polyhandicapées. Par la suite, le cadre légal et la présentation plus précise du contexte de mon intervention viendront introduire les raisons de ma volonté d'engager un travail au sujet de la bienveillance, socle incontournable selon moi, de l'accompagnement dans le cadre des politiques publiques et particulièrement auprès de personnes vulnérables.

1.1 Le polyhandicap : de qui parlons-nous ?

La classification des handicaps et leur étiologie se sont développées progressivement depuis Esquirol en 1882 jusqu'aux classifications internationales que nous connaissons aujourd'hui. D'abord dans un souci d'identifier et de comprendre, elles contribuent désormais à affiner les réponses en termes de soin et d'accompagnement. Elles servent aussi de références pour orienter les personnes en fonction des besoins de prise en charge.

On trouve de nombreuses définitions du polyhandicap selon que celles-ci sont données par une association, par le cadre légal ou par des sources médicales.

Jusque dans les années 1960, les personnes polyhandicapées étaient appelées « *encéphalopathes, arriérés profonds, grabataires ou végétatifs* »⁵. Ce sont les travaux de plusieurs médecins, dont Stanislas Tomkiewicz, qui ont fait évoluer les regards et donc la manière de désigner ces formes de handicap. Elisabeth Zucman a également apporté sa contribution que ce soit par sa pratique clinique comme par son engagement militant de médecin travaillant auprès d'enfants touchés par ce handicap. « *Pour le grand public on peut répondre qu'une personne polyhandicapée est une personne très lourdement handicapée, qui cumule un grave handicap à la fois mental, moteur et même sensoriel.* »⁶

⁵ DEROUETTE C., 2015, « Polyhandicap » in RULLAC S. et OTT L., Dictionnaire Pratique du Travail Social, 2^{ème} Edition, Paris : DUNOD, p.373

⁶ JUZEAU D., 2010, *Vivre et grandir polyhandicapé*, Paris : DUNOD, p.14

1.1.1 Le polyhandicap, le plurihandicap : handicap complexe ou complexité du handicap ?

La terminologie de polyhandicap est spécifiquement française. Dans les autres pays européens et aux Etats-Unis, le terme n'est pas utilisé⁷ et c'est celui de multihandicap qui sert de référence commune. La terminologie française reste problématique parce qu'elle ne recouvre pas toujours la même acception. Cette difficulté d'une définition précise tient aussi au fait que, selon G. Saulus, « *l'invention du mot polyhandicap tient à trois soucis distincts : souci éthique, souci nosographique et souci épidémiologique*⁸. »

Le terme de polyhandicap apparaît pour la première fois sous la plume d'Elisabeth Zucman dans un article intitulé « *La guidance parentale* » et paru dans la revue « *Réadaptation* » en 1969⁹. En 1985, le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (C.T.N.E.R.H.I.) complète cette définition dans un rapport rédigé par le même auteur au sujet des enfants porteurs de handicaps associés.

La première définition officielle du polyhandicap est assez récente puisqu'elle date de 1989 et apparaît dans l'annexe 24 Ter du Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989. Le polyhandicap y est défini dans son article 1 comme un *"handicap grave à expression multiple avec déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale"*¹⁰. Cette définition est aussi celle que l'on retrouve dans l'article D 312-83 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), avec une précision complémentaire concernant les établissements prenant en charge les enfants et adolescents relevant de ce handicap.

Dans les années 80, l'apparition de la notion de handicaps associés permet de différencier ce qui relève du polyhandicap et du plurihandicap. La circulaire du 13 mars 1986 destinée à préciser la prise en charge des enfants et adolescents présentant des handicaps associés introduit trois catégories qui vont contribuer à une spécialisation des établissements et services.

⁷ JUZEAU D., Op. cit., p.19

⁸ SAULUS G, *Polyhandicap*, (consulté le 15/05/2017), http://www.credas.ch/www_G.S.final.pdf

⁹ JUZEAU D., Op. cit., p.16

¹⁰ Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

Ainsi, nous voyons apparaître trois notions distinctes : plurihandicap, polyhandicap et surhandicap qui sont caractérisés de la manière suivante :

- Le plurihandicap associe de façon circonstancielle deux handicaps ;
- Le surhandicap associe à un handicap initial un handicap acquis, cognitif ou relationnel ;
- Le polyhandicap relève d'un handicap grave à expression multiple pour lequel une déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs accompagnés fréquemment d'autres troubles.

Le Groupe Polyhandicap France (GPF), de son côté, considère que *« le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral, précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique. ¹¹»*

En 2005, au congrès national sur le polyhandicap, G. Ponsot et Ph Denormandie apportent, pour les personnes adultes atteintes de polyhandicap, la définition suivante qui prévaut actuellement et que je retiens comme guide de ma réflexion : *« (...) Adultes atteints de déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques ou dégénératives, chez lesquels le retard mental grave ou profond est associé à d'autres troubles, des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation. ¹²»*

Ces différentes définitions du polyhandicap me conduisent à qualifier le polyhandicap d'handicap complexe. Cette complexité est liée à la dimension multiple des troubles dont sont atteintes les personnes polyhandicapées. En effet, une même personne peut présenter différentes problématiques d'ordre somatique, plusieurs caractéristiques générant des troubles moteurs, et associer, à une déficience mentale, des troubles autistiques voire sensoriels. Cette complexité nécessite aussi une approche pluri voire transdisciplinaire

¹¹ GPF, *Définition du Polyhandicap*, (consulté le 23/04/2017), <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>

¹² JUZEAU D., Op. cit., p.21

comme le souligne le CESAP. « *La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales*¹³. » Cette distinction que j'opère entre pluri et transdisciplinarité traduit la nuance entre un état de fait, inscrit dans la pluri-disciplinarité, et une dynamique volontaire que sous-entend la transdisciplinarité. Le soin et l'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées, comme de tout public fragilisé, ne peut pas se limiter à une juxtaposition de regards et nécessite un enrichissement réciproque des savoir-faire des différents professionnels.

1.1.2 Les besoins de la personne polyhandicapée

Du fait de la complexité présentée ci-dessus, les besoins des personnes polyhandicapées, enfants ou adultes, même s'ils sont semblables à ceux des personnes valides, au sens de Maslow, s'expriment de manière différente et nécessitent des réponses singulières. En effet, comme tout un chacun, les personnes polyhandicapées sont soumises aux affections de la vie comme la maladie et le vieillissement. Cependant, chez elles, une infection bénigne peut prendre des proportions préoccupantes, graves voire vitales.

D'une manière générale, ces besoins relèvent à la fois du soin médical, de la rééducation, du nursing, de l'accompagnement éducatif et social, voire d'une approche pédagogique.

Au quotidien, ces besoins se déclinent dans :

- Des soins médicaux ;
- Une aide partielle ou totale pour les gestes du quotidien ;
- Une prise en compte et un traitement de la douleur ;
- Une alimentation adaptée ;
- Des rééducations nombreuses et des mobilisations physiques ;
- Une communication adaptée et ajustée ;
- Un maintien voire un développement de leurs capacités ;
- Une attention, une considération et de la reconnaissance.

Il est cependant nécessaire d'adopter une approche globale non segmentante afin de ne pas morceler l'accompagnement.

¹³ GPF, *Définition du Polyhandicap*, (consulté le 23/04/2017), <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>

Une approche transdisciplinaire plutôt que pluridisciplinaire trouve là tout son sens. « *La transdisciplinarité est la capacité d'un professionnel à enrichir sa pratique professionnelle de connaissances issues de disciplines qui ne sont pas les siennes, sans perdre sa spécificité professionnelle.*¹⁴ » Cette approche suggérée par G Saulus me semble essentielle dans la dynamique de bientraitance que je souhaite soutenir.

Bien évidemment, les soins somatiques sont le socle de l'accompagnement permettant à la personne de pouvoir accéder à d'autres dimensions plus sociales et intégrant des interactions avec autrui. De fait, la qualité de ces soins, tant de la part des professionnels soignants que des autres, est un préalable incontournable de la qualité de vie des personnes accueillies à la MAS. En effet, comment imaginer qu'une personne participe à une activité quelle qu'elle soit si son état de santé ne le lui permet pas. Ainsi, au sein d'un établissement comme le nôtre, l'accompagnement éducatif, social et la prise en soin sont étroitement liés et interdépendants les uns des autres.

1.1.3 Effets en lien avec la population accueillie

Les adultes polyhandicapés accueillis en MAS sont des personnes à part entière. Cette évidence constitue un prérequis à la bientraitance. Pourtant, le premier regard posé sur leurs corps et leurs visages marqués, voire déformés, peut générer un malaise, une gêne, et même une crainte. La rencontre de la personne polyhandicapée suppose un regard au-delà des apparences, au-delà d'une impression d'immobilité, du regard en apparence absent, de la réponse différée, ou décalée. Cela peut parfois déranger le visiteur, le nouveau professionnel, y compris la famille. Le vécu quotidien n'est pas naturel, il demande du temps, de l'humilité, de la patience et une certaine forme de désapprentissage des codes relationnels habituellement utilisés. Quelle que soit la place que l'on occupe au sein de l'établissement, et particulièrement pour le directeur, ce regard est le marchepied vers une approche humaniste et bienveillante de la personne accueillie.

Travailler dans l'accompagnement quotidien de personnes atteintes de ces types de handicaps n'est pas sans conséquences, que ce soit sur les organisations comme pour les professionnels eux-mêmes. L'entourage interagit aussi sur ces effets et se trouve lui-même impacté par la chronicité du handicap.

Travailler auprès de personnes polyhandicapées renvoie chacun de nous à ce qui fait proximité avec l'autre, ce qui témoigne de l'appartenance à une même communauté d'hommes. Ces corps d'adultes, voire de personnes vieillissantes, restent contenus dans

¹⁴ SAULUS G, *Polyhandicap*, (consulté le 15/05/2017), http://www.credas.ch/www_G.S.final.pdf

des registres infantiles. Pour autant, il ne faudrait pas les infantiliser du fait de leur grande dépendance.

Comment traiter le résidant en adulte et lui permettre une autonomie à l'échelle de son handicap et de ses capacités au-delà de sa dépendance ? Il s'agit souvent de petites choses : le choix d'un vêtement, d'un plat, la possibilité de refuser une activité, etc. En effet, l'autonomie n'est pas incompatible avec la dépendance, elle traduit, pour chacun de nous, notre capacité à accepter de vivre avec nos dépendances et comme le souligne Charles Gardou elle « *vise à permettre aux personnes en situation de handicap de devenir, chaque fois que possible, maîtresses de leur mode de vie¹⁵ »*. Autour de la question du soin, il s'agit aussi d'appréhender ce qui relève de la bientraitance pour garantir la dignité de la personne. Ainsi la dimension médicamenteuse, les contentions éventuelles et la nutrition peuvent tout autant être bientraitantes qu'exprimer l'émergence de maltraitements passives.

La faible communication, le besoin de repères et de stabilité au niveau des personnes qui accompagnent la personne polyhandicapée, qui a aussi besoin de les identifier¹⁶, et surtout la fragilité organique des personnes accueillies ainsi que la sur-majoration du moindre problème somatique, conduisent l'entourage au sens large, professionnel et familial, à vivre au quotidien dans un environnement pouvant être vécu comme mortifère . La perspective quasi quotidienne d'un risque vital amène les professionnels à être soit dans une posture surprotectrice, soit dans un détachement important pour se protéger des effets induits par l'accompagnement.

Ces attitudes peuvent conduire à des formes de maltraitance passive soit dans le fait de ne rien proposer, par risque d'accident ou par volonté de tenir compte de la fragilité du public, soit en sous-estimant la spécificité de ces handicaps et des besoins particuliers, en faisant comme si ces personnes s'inscrivaient dans une normalité et en les exposant à des risques de chute, de fausse route, d'anxiété liée à l'incompréhension de ce qui leur est proposé.

Par ailleurs, la singularité des modes de communication, davantage sonores, sensoriels et tactiles que verbaux, que l'on peut aussi retrouver auprès d'autres publics, comme les personnes atteintes d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA), conduit les professionnels à être en permanence dans des hypothèses et des interprétations. Cette situation produit des effets sur l'organisation institutionnelle. En effet, les espaces de régulation et d'élaboration sont d'autant plus nécessaires que chaque professionnel, quel que soit son champ d'intervention, peut dériver vers une forme d'accompagnement arbitraire l'amenant à penser que sa manière de voir et de faire est la bonne, voire l'unique acceptable.

¹⁵ GARDOU C., Op. cit., p.34

¹⁶ JUZEAU D., Op. cit., p.174

Ainsi, la cohérence et la cohésion des interventions, en partie garantes d'un accompagnement homogène, reposant a priori sur les besoins des résidents, peuvent s'en trouver attaquées. Cette dérive peut conduire involontairement à des dysharmonies de prise en charge. Le résident est alors soumis à des aléas de prise en soin liés à la présence de tel ou tel professionnel sans référence au projet de soin et d'accompagnement. Là aussi le risque de maltraitance passive est latent et nécessite un travail institutionnel et une organisation pour soutenir une cohérence.

De même, la faible communication et les interactions limitées des personnes accueillies entraînent les professionnels dans une répétition du quotidien qui affecte leur capacité de penser. Les équipes et l'encadrement peuvent, alors, se préoccuper prioritairement de la dimension organisationnelle de l'accompagnement et négliger la réflexion sur le sens de leur pratique, la pertinence des propositions qu'ils élaborent et surtout la prise en compte des besoins des résidents. Les professionnels peuvent surinvestir les temps de nursing où ils perçoivent une utilité à leurs actions plutôt que les temps d'activité ou de moments partagés avec les résidents. C'est notamment le cas des aide-soignants, souvent rassurés par leur technicité et déstabilisés lors de temps informels ou insuffisamment protocolisés. La force des habitudes, voire l'incertitude produite par les changements d'outils d'accompagnement, entraîne les professionnels dans une immuabilité qui peut négliger l'innovation et les apports des recherches. Le manque de curiosité, renforcé par l'impression que ce qui est fait reste toujours adapté aux besoins, altère la créativité. Il est ici question d'évaluation et de réajustement. Là aussi, je considère que les résidents sont exposés à un risque de maltraitance passive limitant un plein épanouissement de leurs potentialités aussi minimes soient-elles.

Ces différentes dimensions sont parfois inconscientes ou infimes et ne relèvent pas d'une volonté délibérée de la part des professionnels. Cependant, elles peuvent être préjudiciables aux personnes accueillies. Ce risque est majoré par le fait que les personnes polyhandicapées n'ont que rarement la capacité à alerter clairement sur leurs difficultés et sur leur insatisfaction.

1.2 Le cadre législatif

Historiquement, les lois de 1975 représentent le premier socle important aussi bien pour les personnes handicapées que pour les établissements et services chargés de les accompagner. Ces lois s'inscrivent dans la continuité de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière et contribuent à une différenciation entre secteur sanitaire et social. Ce cadre légal a été régulièrement enrichi pour répondre de manière toujours plus pertinente aux évolutions des besoins des personnes accueillies et pour prendre en compte la diversification de l'offre d'accueil. Il porte sur l'ensemble des

établissements et services médico-sociaux et il est complété par une législation spécifique concernant les MAS, les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

1.2.1 Les MAS, cadre légal et réglementaire

Dans la loi du 30 juin 1975, dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (loi n°75-534), l'article 46 instaure des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pas pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Cette loi a permis de passer de la notion d'assistance avec toute la dimension charitable que cela sous-tendait, à celle de solidarité de la Nation. Elle a conduit à l'affirmation d'un statut social de la personne handicapée au travers de la définition de droits et en initiant la promotion de l'intégration et de l'insertion en milieu ordinaire. Elle a mis en place un statut de la personne adulte handicapée au travers, notamment, du droit au travail, de la mise en place de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH). Ces premiers textes sont déterminants dans la prise en compte d'une place citoyenne de la personne handicapée et du même coup d'une amorce d'une approche bientraitante même si celle-ci n'est pas explicitement nommée.

La loi n°75-535, relative aux institutions sociales et médico-sociales, définissait et régissait, de manière complémentaire, l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Leur organisation et leur réglementation évolueront d'une part avec les lois de décentralisation de 1982 à 1986 puis au travers de la loi 2002-2, fruit du rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) de 1995 rédigé par Mme Join-Lambert mettant en avant les lacunes de la loi de 1975 et les disparités territoriales.

Le décret du 26 décembre 1978 institue juridiquement les MAS et la circulaire du 28 décembre 1978 précise quelles sont les personnes qui peuvent être accueillies au sein de ces établissements. Ainsi, le public accueilli est constitué de quatre catégories principales :

- Des personnes présentant une déficience intellectuelle profonde sans troubles mentaux dominants ;
- Des personnes atteintes de handicaps associés comme les personnes polyhandicapées ;
- Des personnes atteintes de handicaps physiques (moteurs et/ou sensoriels) à la suite d'un accident de la vie ;
- Des personnes atteintes de troubles du spectre autistique.

Le cadre légal qui permet de définir les missions des MAS est aujourd'hui inscrit dans le Code de l'Action Sociale et des Familles et défini par les articles R 344-1 et R 344-2.

Financées par l'assurance maladie et placées sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé (ARS), les MAS sont à la fois des lieux de soins et des lieux de vie. Leur tarification s'inscrit la plupart du temps dans le cadre d'un prix de journée et certaines bénéficient d'une dotation globale annuelle du forfait soin versé au douzième. À ce jour, elles s'inscrivent également, pour nombre d'entre elles, dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

L'admission est possible suite à une notification d'orientation établie par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). En Isère, le département a fait le choix d'une Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) regroupant les compétences concernant les personnes handicapées et les personnes âgées.

On compte 677¹⁷ MAS en mai 2016 en France (métropole et territoires d'outre-mer compris). Pour la nouvelle région Auvergne Rhône-Alpes, il y a 61 établissements recensés dont 6 en Isère gérés par 4 organismes gestionnaires différents. Deux MAS sont situées sur le même territoire : la MAS Le Champ Rond et la MAS Le Val Jeanne Rose qui sont toutes deux gérées par les Mutuelles de France Réseau Santé (MFRS) et qui constituent l'entité des Prairies de Belledonnes avec deux directions autonomes.

L'organisation de l'accueil des personnes polyhandicapées en France est assez singulière par rapport aux autres pays européens. Ainsi, nous ne retrouvons pas chez nos voisins les mêmes différenciations d'établissement et la même représentation des handicaps. Les réponses apportées diffèrent d'un pays de l'Union à l'autre. D'approches plus ou moins inclusives et plus ou moins spécialisées, les modalités d'accompagnement traduisent également la manière dont chaque pays pense la notion de bienveillance au travers des offres d'accueil. La France fait le choix de permettre l'inclusion et de maintenir la prise en charge en établissements spécialisés. Ces deux approches complémentaires visent à adapter l'offre de service aux besoins spécifiques à la fois des types de handicap et aussi et surtout des parcours de vie.

L'entrée en MAS ne représente pas un choix mais une nécessité liée de plus en plus à l'impossibilité pour l'entourage de répondre de manière satisfaisante et réaliste aux besoins de leur enfant. Je présenterai dans l'étude de la population accueillie au sein de la MAS Le Champ Rond l'origine des personnes qui vivent dans l'établissement. À ce jour, notre liste d'attente concerne pour les deux-tiers une demande d'accueil en externat ou en accueil temporaire et pour un tiers des demandes d'hébergement en internat complet. Sans avoir

¹⁷ ACTION SOCIALE, *Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)*, (consulté le 9/05/17), <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/maison-d-accueil-specialisee-m-a-s---255.html>

préalablement sondé les familles concernées, je constate que cette évolution des demandes tient à :

- La diversification de l'offre de service liée notamment au développement des services à domicile permettant un accompagnement plus durable dans l'environnement familial, qu'il s'agisse d'enfant ou d'adulte ;
- La difficulté, pour plusieurs familles, de déléguer de manière sereine la prise en charge de leur parent vulnérable. Cette difficulté est exprimée lors de l'admission par le fait que les parents sont dans l'incapacité de savoir de façon précise si ce choix convient à leur enfant. Il est là question de confiance, de délégation et aussi de feed-back pour savoir ce que vit et ressent précisément le résident.

D'une certaine manière, cette diversité de réponse va dans le sens d'une approche bientraitante de l'offre de service dans la mesure où elle tend à tenir compte de la singularité de chaque histoire de vie, dimension impulsée par les lois successives sur le handicap.

1.2.2 La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a redéfini les principes fondamentaux de l'action sociale qui : *« tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, (...). Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes (...) des personnes handicapées (...) sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature¹⁸. »*

Jusqu'alors le cadre légal présentait plusieurs points faibles :

- Une législation muette sur les droits des personnes ;
- Une législation trop centrée sur les prises en charge à temps complet ;
- Des outils peu efficaces pour adapter l'offre aux besoins (disparités des taux d'équipements) ;
- Une absence de partenariat organisé entre l'Etat et les Départements, entre établissements et services et entre tarificateurs et acteurs.

Ainsi la loi 2002-2 comporte quatre objectifs principaux qui tendent à corriger ces travers :

- L'affirmation de la promotion des droits des bénéficiaires ;
- L'élargissement des missions de l'action sociale avec une diversification des services ;
- L'amélioration des procédures techniques de pilotage des dispositifs ;

¹⁸ Art L 116-1 CASF

- L'institution d'une coordination des décideurs, des acteurs et l'organisation clarifiée de leurs relations.

La loi prévoit plusieurs orientations dont principalement une relative aux droits fondamentaux des usagers regroupant sept éléments :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité ;
- Libre choix entre les prestations : domicile / établissement ;
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- Accès à l'information ;
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ;
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement ;
- Définition des droits fondamentaux des personnes incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et la mise en œuvre de son accompagnement.

Cette loi, non spécifique aux MAS, fait désormais partie intégrante du paysage et de la culture des établissements et services. Dans sa définition des missions des établissements et de la place des usagers, elle vient introduire une approche bientraitante des personnes accueillies et pose comme incontournable la place de ceux-ci au cœur du projet institutionnel.

Les différents outils qu'elle promeut : livret d'accueil, contrat de séjour, charte des droits et libertés, etc., ainsi que la notion de représentation des usagers au travers du CVS sont autant d'éléments qui nécessitent que les établissements, et les MAS en particulier, ne considèrent pas les résidents comme des objets de prise en charge mais bien comme des sujets et des interlocuteurs à part entière. Ces dispositions sont à recevoir comme de véritables avancées dans la prise en compte du public comme acteur à part entière de son accompagnement.

Il convient toutefois de souligner que dans le cadre du polyhandicap, il est nécessaire de faire preuve de créativité pour donner tout son sens au cadre légal. En effet, la participation des résidents et la prise en compte de leur expression ne vont pas de soi. La communication principalement non verbale rend, en effet, difficile l'expression des attentes et nécessite de trouver des modes alternatifs pour discerner ce que veut l'utilisateur. Nous verrons ultérieurement comment je souhaite travailler avec les professionnels et les familles pour renforcer et soutenir cette place qui ne peut se contenter d'une application rigoureuse du cadre légal ou d'une présence symbolique lors des temps qui concernent directement le résident.

1.2.3 La loi du 11 février 2005

La loi de février 2005, au même titre que celle du 2 janvier 2002, représente une évolution très importante depuis les lois de 1975 sur les droits des personnes handicapées. Ce texte affirme et rappelle les droits fondamentaux des personnes handicapées et donne une définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » (Art L 114 du CASF). Elle insiste sur la notion de citoyenneté et contribue à donner une place nouvelle dans la cité pour les personnes handicapées.

La loi apporte de nombreuses avancées dans les domaines suivants :

- L'accueil ;
- Le droit à compensation ;
- Les ressources ;
- La scolarité ;
- L'emploi ;
- L'accessibilité ;
- La citoyenneté et la participation à la vie sociale.

La dimension de l'accessibilité est un axe fort de cette loi, même si cet aspect peine à se concrétiser pleinement. En terme d'accessibilité, il est important de souligner qu'il ne s'agit pas seulement d'une adaptation technique des espaces mais aussi d'une place donnée aux personnes tant sur le plan de la scolarité que des droits. Cette question est fortement portée par les associations qui revendiquent une inclusion plus qu'une intégration. Au niveau d'une MAS, la question de l'accès à l'information est complexe car elle nécessite de trouver des modalités d'adaptation des outils de communication et de vérifier que ceux-ci sont pertinents.

Par ailleurs, la loi a créé, au sein de chaque département, une « Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) » qui, sous la responsabilité des Conseils Départementaux (ex Conseils Généraux), joue un rôle incontournable dans l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur entourage, ainsi que pour la sensibilisation de tous au sujet du handicap.

Les COmmissions Techniques d'OriEntation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et les Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES), instaurées par les lois de 1975, sont remplacées par les CDAPH qui prennent, au sein des

MDPH, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne en termes de notification d'orientation, d'allocation de ressources et de compensation du handicap.

De plus, la loi définit les missions et le fonctionnement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Elle crée un « PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) » chargé de la gestion des crédits dédiés à la création d'établissements d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de handicap.

Elle a aussi instauré deux nouveaux compléments à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) : le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome.

Un élément est également présent dans cette loi qui renforce la notion de prévention des handicaps et souligne à travers l'article 114-3 du CASF l'importance des actions de soutien et de formation en direction des professionnels et de la prévention concernant la maltraitance des personnes handicapées. Cette dernière notion est présente également dans plusieurs décrets et circulaires sur lesquels je reviendrai dans la deuxième partie de ce mémoire.

La loi du 11 février 2005 a vu le statut des MDPH réformé par la loi du 28 juillet 2011. Cette modification porte principalement sur des questions de gestion administrative et ne modifie pas l'esprit central de la loi initiale.

1.2.4 La loi du 21 juillet 2009 dite loi « HPST »

Cette loi, à logique principalement hospitalière, est un texte incontournable pour le secteur social et médico-social. Outre le fait qu'elle a vocation à réformer le système de santé à la fois sur le plan hospitalier comme au niveau des territoires, elle fonde la création des ARS qui représente le cœur de la loi. Cette nouvelle gouvernance se met en place avec des compétences renforcées, notamment en termes de coordination, de contrôle et d'autorisation. Les besoins des territoires sont désormais déclinés à l'échelle régionale dans le cadre notamment d'un Plan Régional de Santé (PRS). Si les départements restent chefs de file de l'action sociale et de l'aide sociale, les ARS, par le fait de la réunion des moyens de l'état et de ceux de l'assurance maladie, pilotent l'ensemble des dispositifs sanitaires.

Pour le secteur médico-social, cette loi s'accompagne de nouvelles dispositions qui modifient considérablement la vision et l'organisation des réponses aux besoins des usagers.

En premier lieu, il convient de souligner que, désormais, la création d'un nouvel établissement ou service, ou l'extension d'un dispositif déjà existant, relève d'un appel à projet lancé par l'autorité compétente (Etat, ARS, Département, etc.). La logique est

désormais inversée, le besoin est au cœur du processus notamment parce qu'il engage le financement. De ce fait, les autorisations sont étroitement liées au diagnostic et s'inscrivent dans une planification pluriannuelle.

Un second aspect relève de la tarification, du financement et de la contractualisation. Les CPOM sont désormais un des outils majeurs du financement des établissements. Ce financement est autorisé et contrôlé par les ARS qui en définissent les enveloppes budgétaires. La convergence tarifaire conduit progressivement à une harmonisation des moyens alloués à l'échelle régionale. Cette convergence est en partie alimentée par différents indicateurs tant sur le plan régional que national, notamment ceux produits par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Enfin, l'ARS exerce un rôle central dans le contrôle des établissements avec autorité pour décider d'une éventuelle fermeture. L'ARS est particulièrement attentive aux signalements liés aux divers dysfonctionnements et événements indésirables, tout particulièrement pour ce qui relève des faits de maltraitance. Dans ce domaine, elle joue un rôle en amont et en aval des situations problématiques, notamment en sensibilisant et en veillant à la formation des professionnels. Cette vigilance a fait l'objet d'une circulaire en 2014 (DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014) que je reprendrai dans le deuxième chapitre.

En tant que directeur, l'ARS est l'interlocuteur principal que ce soit sur le plan budgétaire ou pour ce qui relève de l'accompagnement des usagers. Certes, elle représente l'autorité de contrôle et de tarification mais c'est également un interlocuteur, voire un appui pour traiter les situations complexes. Un dialogue constant existe qui repose sur l'honnêteté et la transparence, la connaissance des textes et la compétence nécessaire à leur mise en œuvre.

1.2.5 Le décret du 20 mars 2009

Le Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 constitue un cadre incontournable de l'accompagnement des personnes accueillies en MAS, FAM et SAMSAH, puisqu'il définit aussi bien le public concerné en précisant qu'il vise les « *personnes présentant une situation complexe de handicap* » (article D. 344-5-1) que les modalités de prise en charge. Destiné à répondre aux besoins des personnes handicapées adultes n'ayant pas pu acquérir un minimum d'autonomie, il vient, d'une certaine manière, poser les bases d'un accompagnement bientraitant pour ce public accueilli en établissement ou suivi par un service. Ainsi articulé autour de plusieurs dispositions générales, il pose des axes d'interventions reposant sur les besoins des personnes accompagnées, à savoir :

- Besoin d'une aide à l'entretien personnel et parfois à la mobilité ;
- Besoin d'une aide à la communication ;

- Besoin d'une aide pour la relation avec autrui et pour les décisions ;
- Besoin d'une aide sur le plan cognitif ;
- Besoin de soins de santé et de soutien psychologique.

La réponse à ces besoins passe par des points d'attention et des interventions concernant :

- La qualité et la continuité de l'accompagnement ;
- Le contrat de séjour ;
- L'organisation ;
- Le personnel.

Pour la problématique qui m'intéresse, je retiens que ce décret souligne entre autres plusieurs éléments relevant de la qualité de l'accompagnement. Il s'agit notamment de tout ce qui permettra et favorisera le consentement, l'expression, le maintien des acquis et l'autonomie des usagers. Cette dimension doit contribuer à favoriser la participation à la vie sociale, culturelle et sportive. L'article D. 344-5-3 aborde les différents axes de la prise en charge, en posant les fondements de ce qui pourrait être qualifié d'accompagnement bientraitant ou tout au moins d'axes incontournables pour un accompagnement de qualité. Les dimensions de communication, stimulation, autonomie, sont à développer et à prendre en compte. Le projet d'établissement doit intégrer différents aspects dont la désignation d'un référent (art. D. 344-5-5 alinéa 3) et veiller à la coordination de l'accompagnement et particulièrement des soins. Il est noté des éléments concernant l'amélioration de la qualité, le travail en réseaux et en partenariats ainsi que la transmission des informations nécessaires à la continuité et la cohérence de l'accompagnement, notamment en cas de réorientation.

Une partie importante concerne ce qui relève des soins médicaux, dimension incontournable du travail en MAS. Enfin je retiens les éléments relatifs au personnel et particulièrement la nature des différents métiers qui doivent être présents directement ou par le biais de conventions et la place qui doit être accordée à la formation continue des professionnels.

D'une façon générale, ce décret, qui peut se traduire comme une adaptation des lois 2002-2 et du 11 février 2005 en direction des MAS et FAM, représente une feuille de route pour ces établissements. En ce qui me concerne, je le considère comme une référence incontournable et comme le soutien d'une dynamique de bientraitance de l'établissement.

1.3 La MAS « Le Champ Rond »

Créé en 2005, à la fois jeune et déjà installé dans des habitudes de fonctionnement, l'établissement que je dirige s'inscrit dans la culture des MAS et dans les valeurs des MFRS et de l'Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux et Polyhandicapés de

l'Isère (ADIMCP). Le public accueilli colore de manière forte les modalités d'accompagnement.

1.3.1 Les MFRS et l'ADIMCP

Gérée par les MFRS, l'établissement est en lien très étroit avec l'ADIMCP qui participe à la réflexion sur les projets et les orientations.

L'ADIMCP de l'Isère, association reconnue d'utilité publique, a été créée en 1967 à l'initiative de parents soucieux d'offrir à leurs enfants, très sévèrement handicapés, une prise en charge dans un cadre convivial, familial, qui s'éloigne du modèle des structures sanitaires de l'époque. Elle est à l'origine de 5 structures sur le département de l'Isère, d'abord des structures pour enfants, puis ceux-ci grandissant, des structures pour adultes. À ce jour, 260 enfants et adultes infirmes moteurs cérébraux (IMC) ou polyhandicapés sont accueillis dans des établissements dont l'ADIMCP a contribué à porter le projet.

L'histoire des MFRS s'inscrit dans le mouvement global de la Mutualité lié au mouvement syndical. Les MFRS tirent leur origine des mutuelles de travailleurs en Isère. Au début des années 1970, en parallèle au développement de la complémentaire santé, les mutuelles poursuivent deux objectifs :

- Développer un réseau de prestations correspondant à des préoccupations spécifiques des adhérents salariés pour favoriser un accès plus facile aux soins ;
- Développer une sensibilité, une technicité sur des problèmes de santé au travail et une écoute en faveur des personnes les plus démunies.

Les MFRS déploient leur activité essentiellement en Isère mais également, par le jeu des fusions et regroupements, sur les départements de l'Ain, de l'Ardèche, de la Côte d'Or, de la Saône et Loire et du Rhône.

Aujourd'hui les MFRS comptent 962 salariés et 80 000 bénéficiaires au sein de 44 établissements et services.

Cette offre s'organise dans deux domaines :

- Celui du « médico-social » avec 11 établissements et services gérés : IME, ITEP, SAJ, MAS, FAM, Foyer de Vie, EHPAD et SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile) ;
- Celui de l'« inter-secteur » avec 14 magasins d'optique, 3 centres d'audioprothèse, 14 centres de santé, 1 centre de soins infirmiers, 1 service de location de 200 logements pour étudiants et personnes en situation de handicap.

Les MFRS défendent des valeurs de partage, de solidarité et d'entraide. Au travers de ces engagements et réalisations, elles se donnent, entre autres, pour objectifs de :

- Construire des dispositifs d'accueil et d'accompagnement adaptés en réponse aux besoins des personnes fragilisées ;
- Accueillir chaque personne sans exclusion ni discrimination ;
- Dispenser les meilleurs conseils de santé dans le respect des choix de chacun ;
- S'inscrire dans une démarche de service qualité.

Le département médico-social des MFRS a été créé en 1998 et s'est développé jusqu'à représenter aujourd'hui plus de la moitié de l'activité de l'entreprise. Il compte aujourd'hui 542 salariés.

Le travail et la réflexion du département médico-social s'inscrit dans différents partenariats et collaborations comme celui avec l'Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère (ODPHI).

1.3.2 L'établissement, son histoire et ses missions

La MAS le Champ Rond, implantée en périphérie de Grenoble sur la commune de St Ismier, s'inscrit dans la logique portée par le département médico-social des MFRS.

Cet établissement voulu par l'ADIMCP, en lien avec le centre hospitalier local, a ouvert ses portes pour répondre aux besoins d'accompagnement d'adultes handicapés accueillis au long court au sein d'une unité d'hospitalisation et d'un établissement ne présentant plus les normes attendues par les autorités. Ces personnes étaient soignées sur le plan des besoins vitaux mais aucune proposition complémentaire n'était construite. Leur état végétatif envahissait la pensée des professionnels au point de ne pas pouvoir imaginer d'autres modalités d'accompagnement que des soins corporels.

Conformément à l'arrêté n° 2005-6740 délivré par la Préfecture de l'Isère et la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (devenue ARS dans le cadre de la loi HPST) le 16 juin 2005, la MAS « Le Champ Rond » a ouvert en juillet 2005.

L'agrément autorise l'accueil de 44 internes, 4 externes et 2 places d'accueil temporaire de 90 jours par an et par résidant, conformément au décret n° 2004-231 du 17 mars 2004.

Ouvert sur un versant essentiellement sanitaire, la MAS a progressivement évolué pour devenir un établissement médico-social alliant lieu de soin et lieu de vie. Aujourd'hui les personnes accueillies sont appelées « résidants » pour souligner deux aspects :

- Elles habitent l'établissement et donc cette dénomination établit un parallèle avec « habitant » ;
- « Résidant » est, sur un plan plus anecdotique, l'anagramme de « désirant ».

Composé de 4 unités d'internat : Mélisse, Aurore, Genêt et Iris, l'établissement a également voulu identifier une équipe pour des propositions d'activités : le Pôle d'Activités de Jour (PAJ), et un espace ouvert pour l'ensemble des résidants et les professionnels, dénommé *Jean-Yves QUINTEAU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017*

la Place du Village (PDV). Cette dernière est devenue en avril 2017 le lieu d'accueil des externes qui sont accompagnés 210 jours par an.

De manière synthétique, je peux dire que la MAS Le Champ Rond décline et met en œuvre les valeurs développées dans le projet du département médico-social des MFRS.

Selon ce projet, l'accompagnement à la MAS Le Champ Rond est résolument marqué par :

- L'engagement pour mettre en œuvre avec honnêteté la mission de service public qui nous est confiée ; pour mettre en sens la politique publique qui la détermine. Plus particulièrement cette politique doit être déclinée en référence au décret du 20 mars 2009 s'appliquant aux MAS - FAM et SAMSAH ;
- L'engagement pour « être au service de », pour défendre la plus grande qualité de vie possible pour les personnes vulnérables accompagnées et soignées ; pour décliner le sens du mot « accueillir » ; pour saisir l'expression du désir des personnes handicapées et les rendre parties prenantes de leur vie ; pour développer la créativité dans l'accompagnement ; et enfin pour leur offrir un lieu de vie accessible, chaleureux et bienveillant ;
- L'absence de discrimination et de jugement, la notion de respect indéfectible à l'égard des personnes accueillies, adultes particulièrement vulnérables, ainsi que la recherche de leur implication et de leur consentement éclairé ;
- La volonté de porter une écoute bienveillante à l'entourage, de prendre en compte et développer le lien aux familles, partenaires incontournables dans le projet d'accompagnement ;
- L'évaluation continue des besoins et des attentes des personnes accueillies et la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé, dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins et attentes de chacun.

Ces dimensions de l'accompagnement rejoignent une forme d'idéal qui anime ma volonté de soutenir une approche bientraitante. Il n'en demeure pas moins qu'au quotidien, un certain nombre d'éléments ne sont pas mis en œuvre et conduisent à une maltraitance passive que je souhaite, en lien avec le Département Médico-Social des MFRS, faire évoluer et améliorer.

1.3.3 L'organisation et les moyens

La MAS Le Champ Rond est placée, comme toutes les MAS, sous l'autorité et le contrôle administratif de l'ARS et dans le cas présent de celle de la région Auvergne Rhône-Alpes

Le forfait soin, déterminé par l'ARS en référence au CPOM et à l'activité, est financé en dotation annuelle globale versée par douzième par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CAPM) de l'Isère.

La MAS le Champ Rond est intégrée, avec les autres établissements et services du Département Médico-Social des MFRS dépendant de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, dans le périmètre du CPOM renouvelé pour la période 2014-2018.

Au niveau des effectifs, l'établissement compte 79 Equivalent Temps Plein (ETP) pour environ 98 personnes physiques. Les professionnels se répartissent en quatre catégories principales :

- Soins et rééducations jour et nuit : médecin, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) jour et nuit, Aide-Soignant (AS) nuit, ergothérapeute, kinésithérapeute et psychomotricien soit 16,85 ETP ;
- Accompagnement éducatif : Educateur Spécialisé (ES), Moniteur Educateur (ME), Aide Médico-Psychologique (AMP), AS, Accompagnateur Médico-Social (AMS), Maîtresse de Maison (M de M) soit 43,3 ETP ;
- Logistique : cuisine, lingerie, Agent d'Entretien (AE), technicien soit 14,92 ETP ;
- Administratif : direction, économat et secrétariat soit 3,93 ETP.

L'équipe cadre qui accompagne le projet institutionnel est composée d'un Chef de Service (CDS), d'une Responsable de la Qualité des Soins (RQS), d'un médecin, d'un psychologue et du directeur. Il est à noter qu'une partie du personnel est rattachée aux effectifs du Département Médico-Social et n'émerge pas sur l'organigramme¹⁹ de l'établissement. C'est le cas du service RH et de la comptabilité.

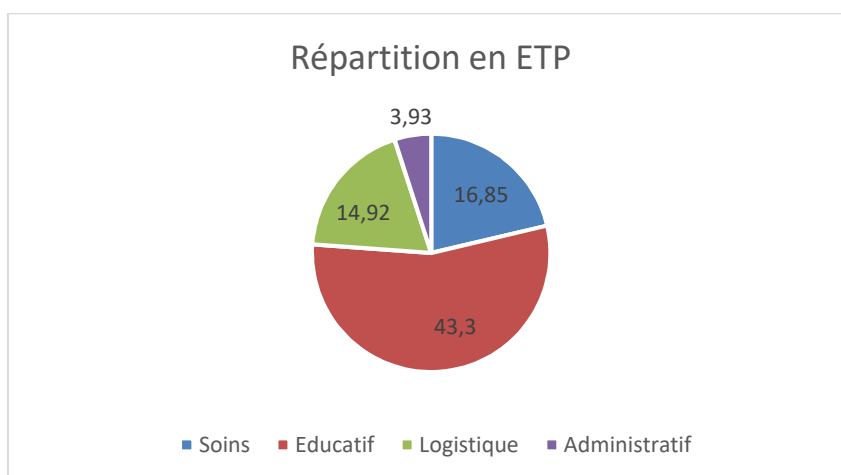


TABLEAU 1 : REPARTITION DES METIERS 2017

L'accompagnement s'organise à la fois de manière sectorisée au sein de chaque unité de vie et de manière transversale au travers des soins médicaux et de rééducation et dans le cadre des activités proposées par le PAJ.

¹⁹ Annexe 2

Chaque unité de vie est accompagnée par une équipe pluri-professionnelle (ES, ME, AMP, AS et M de M) composée de 8,5 ETP pour 11 résidents. L'ensemble des professionnels intervient dans les soins de nursing et l'accompagnement de la vie quotidienne des résidents. L'objectif est, face à la complexité de la prise en soin des personnes polyhandicapées, de pouvoir mettre en œuvre une complémentarité des savoirs et des compétences des professionnels, voire d'avoir une capacité à construire un accompagnement en transdisciplinarité. Le travail et la réflexion des unités sont animés par le CDS avec le soutien du psychologue.

Les soins représentent une part importante de la vie quotidienne des résidents et comportent une dimension éducative par leur ancrage dans la relation. Ces temps constituent souvent un balisage ritualisé qui structure et sécurise le quotidien. Ils portent notamment sur la surveillance du transit, la prise en charge de la douleur physique et psychique et la stabilisation médicamenteuse des pathologies psychiatriques. La réalisation de ces soins est, pour une grande majorité de résidents, un prérequis indispensable qui permet notamment de les rendre disponibles pour investir leur environnement de vie et les activités.

Ces soins quotidiens s'accompagnent de prises en charge rééducatives liées aux besoins de mobilisation physique, d'adaptation des différentes prothèses et des aides à la respiration. L'ensemble de ces soins est subordonné aux prescriptions du médecin de l'établissement ou de spécialistes externes et supervisés par la RQS de filière IDE.

La dimension logistique participe également de l'accompagnement quotidien des résidents. Qu'il s'agisse de la préparation des repas, de l'entretien du linge ou du nettoyage des locaux, chaque professionnel dans son cœur de métier travaille au bien-être des résidents.

Prendre soin ne dépend pas exclusivement des professionnels médicaux ou paramédicaux mais relève d'une préoccupation transversale. Dans une dynamique de soutien à la bientraitance, il m'appartient de veiller à ce que tous abordent leurs tâches avec une dimension éthique et que le collectif ait le souci non seulement des résidents mais aussi de la collaboration et du prendre soin des uns et des autres. En effet, à l'instar de Roland Janvier, je pense qu'il faut tenir ensemble « *bien veiller les uns sur les autres, (...) les uns pour les autres, les uns avec les autres (...) et les uns et les autres (...) pour concentrer les attentions sur ceux dont les professionnels ont à « prendre soin ».*²⁰ ». Ainsi, je formule le postulat que des professionnels bien traités pourront être bientraitants. Je vois là une

²⁰ JANVIER R., 2015, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, 2^{ème} Edition, Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, p.49.

corrélation possible et non une relation de cause à effet, car il serait illusoire de croire que faire du bien à autrui est suffisant pour en faire aux autres à son tour.

1.3.4 Les personnes accompagnées à la MAS

La MAS Le Champ Rond accueille des personnes polyhandicapées et/ou infirmes motrices cérébrales le plus souvent depuis la naissance ou la toute petite enfance. La population est mixte et âgée de 21 à 82 ans.

Ces résidents ont des besoins importants sur le plan médical et paramédical du fait de leur grande vulnérabilité.

Une étude de la population et une évaluation détaillée de la dépendance sont présentées en annexe²¹. Toutefois, il est important de relever dès à présent quelques caractéristiques pour souligner l'extrême dépendance et la grande vulnérabilité des résidents de l'établissement. Je retiens ici quatre éléments:

- L'expression ;
- Les déplacements ;
- La vie quotidienne ;
- L'alimentation.

78% des résidents ont une communication pas ou peu intelligible. Leurs expressions sonores ou gestuelles sont de ce fait soumises à hypothèses et interprétations. Selon le professionnel présent, sa connaissance du résident, sa relation voire son implication dans cette relation, l'expression du résident sera plus ou moins prise en compte, plus ou moins comprise et de ce fait traitée de manière plus ou moins aléatoire.

58% des résidents dépendent d'autrui pour se déplacer et 82% ont besoin d'une aide pour réaliser leur transfert, comme par exemple pour passer du lit au fauteuil. De ce fait, leur choix de déplacement ou de lieu d'installation est soumis d'une part à la disponibilité d'un tiers pour les aider et d'autre part est tributaire de la compréhension de cette envie ou de ce besoin. Les résidents ont de fait peu de liberté de déplacement et une attention insuffisante peut les contraindre à un environnement restreint ou répétitif.

Pour 50% des résidents, l'entourage est peu ou pas présent (se manifestant au maximum une fois par an ou décédé). Cet indicateur nous renseigne sur l'appui des aidants dans la connaissance des personnes accueillies. En effet, malgré toute l'attention des professionnels, l'entourage, et plus particulièrement la famille, est un acteur incontournable de la connaissance du résident. De plus, c'est souvent l'entourage qui alerte sur un dysfonctionnement et peut exprimer une insatisfaction que le résident lui-même ne peut

²¹ Annexe 1

faire valoir. Ainsi, cet élément nous montre la nécessité pour les professionnels d'être suffisamment attentifs et de ce fait suffisamment bientraitants pour repérer, décoder et comprendre les besoins, les attentes voire les désirs des personnes dont ils sont chargés d'accompagner le quotidien.

66% des résidants bénéficient d'une alimentation en texture modifiée, hachée ou mixée, et 86% nécessitent une aide totale ou partielle aux repas. Outre la dépendance que cela souligne, ces deux indicateurs témoignent de l'importance d'une alimentation adaptée en termes de santé. Les risques de fausse route, d'inhalation, pouvant engendrer des pneumopathies, sont un risque quasi quotidien pour les personnes polyhandicapées. De ce fait, le risque vital est très présent et nécessite une bonne connaissance des besoins, que ce soit sur le plan nutritif comme sur le plan de l'accompagnement à la prise des repas. Un risque de maltraitance passive existe si l'alimentation n'est pas adaptée, si la texture n'est pas respectée et si la prise du repas n'intègre pas une attention suffisante en termes d'installation du résidant, de rythme de la prise des plats voire de l'ambiance dans l'espace de repas.

Dans un autre registre, l'origine des résidants témoigne du parcours de vie de chacun d'eux. À l'ouverture, la très grande majorité arrivait de deux structures sanitaires qui s'avéraient inadaptées à leur situation, le Pavillon A dépendant du CHU de Grenoble et l'établissement « Les Tilleuls » situé à Veurey-Voroize. Certains, moins nombreux, arrivaient de structures psychiatriques pour enfants ou adultes.

Aujourd'hui, les admissions ont lieu principalement à l'issue d'un parcours en IME. Quelques résidants arrivent du domicile.

Ainsi au 31/01/2017, la répartition des résidants présents se décompose comme suit :

Origine	Nombre
Etablissement sanitaire	31
Etablissement Médico-Social	12
Domicile	7

TABLEAU 2 : REPARTITION DES RESIDANTS EN 2017

Ce parcours de vie témoigne d'une grande familiarité des résidants et de leur entourage avec les institutions sanitaires et médico-sociales. Ils en connaissent les codes et la culture. Lorsqu'ils expriment de l'insatisfaction, ils le font souvent en nuanciant leur propos comme conscients des lourdeurs institutionnelles. Cette posture peut aussi laisser s'installer des maltraitances passives sans gravité mais préjudiciables à la qualité de vie des résidants.

Enfin, certains résidants présentent des déficiences secondaires très diversifiées. J'ai fait le choix de présenter celles qui impactent le plus les résidants dans leur quotidien et leur

accompagnement à la MAS. Ce tableau est un recensement établi par le médecin et le psychologue de l'établissement à partir du public accueilli au 1/01/2017.

Trouble associé	Nombre de résidents concernés
Autisme ou TED	14 résidents, soit 28% des résidents
Troubles psychiques	8 résidents, soit 16%
Déficiência visuelle	16 résidents (soit 32%) dont 4 sont compensés par des verres correcteurs et 4 présentent une cécité complète
Déficiência métabolique	29 résidents (58%) souffrent de troubles métaboliques, parmi lesquels : les troubles de la déglutition avec les risques de fausse route, la dénutrition, les troubles de l'hydratation, les troubles ioniques
Epilepsie	29 résidents (58%) sont épileptiques, dont 18 présentent une épilepsie non stabilisée
Troubles pesant sur la vie quotidienne :	-Troubles de la régulation thermique : 3 -Rétention urinaire : 8 résidents -Difficultés respiratoires

TABLEAU 3 : TYPES DE HANDICAP DES RESIDENTS EN 2017

Ces éléments complémentaires renforcent la complexité de l'accompagnement et le nécessaire ajustement constant des professionnels. La description du public accueilli, la réalité d'une MAS accueillant des personnes adultes polyhandicapées ainsi que les politiques publiques conduisent les établissements à développer une dynamique de bientraitance dans le cadre de leurs projets d'accompagnement.

Pour autant, l'accompagnement de ce public comme l'organisation institutionnelle peuvent laisser émerger des maltraitances passives que le directeur se doit de repérer, de traiter et de transformer avec l'appui et l'adhésion des professionnels pour renforcer un accompagnement bientraitant.

L'éthique est au cœur de cette préoccupation mais ne peut se contenter d'une posture qui pourrait être perçue comme idéologique. Il convient pour moi de clarifier ce que j'entends par bientraitance et maltraitance passive afin d'accompagner les équipes vers une nouvelle dynamique et une culture partagée au sein de l'établissement.

2 LA BIENTRAITANCE : UNE DYNAMIQUE ETHIQUE POUR LA MAS

« *La bientraitance est l'une des dimensions essentielles de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement*²². » Si cette affirmation peut apparaître comme une évidence, il ne va pas de soi qu'un accompagnement soit de facto bientraitant, ni que la bientraitance constitue systématiquement le socle du projet de l'établissement. Le cadre législatif et les diverses recommandations nous enjoignent à développer et renforcer cette dimension.

L'établissement que je dirige est déjà dans une posture bientraitante vis-à-vis des résidents accueillis. Cependant, j'observe, qu'insidieusement, demeure ou émerge de la maltraitance passive.

Après une définition de ce que j'entends par bientraitance et maltraitance passive, je développerai ma vision pour la MAS le Champ Rond. Dans un second temps, je repérerai et j'analyserai ce qui, dans les modalités organisationnelles et opérationnelles de l'établissement, peut être attendu pour un accompagnement bientraitant et quels écarts, voire quels manques, peuvent être repérés pour être ensuite corrigés.

2.1 Bientraitance versus maltraitance

La bientraitance, à la différence de la maltraitance, ne fait pas l'objet de loi ou de décret spécifique, même si nous pouvons la retrouver présente dans tout le cadre légal depuis la loi 2002-2. La lutte contre la maltraitance est à la fois inscrite dans le CASF (articles L 311-3 à 311-11, sur le droit des personnes hospitalisées ou accueillies en maison de retraite et articles L 313-24 à 313-27 concernant le signalement des cas de maltraitance en maison de retraite ou à l'hôpital), dans le code pénal (art 226-13 à 226-14 relatifs aux dérogations au secret professionnel et articles 434-1 à 434-7 portant sur le non signalement des faits de maltraitance) et fait l'objet d'un décret spécifique en date du 20 février 2014.

La lutte contre la maltraitance est au cœur des préoccupations du législateur et préexiste avant la promotion de la bientraitance qui progressivement occupe le premier plan. Cette position est sans doute liée au fait qu'il est plus aisé de repérer ce qui relève de la maltraitance. La bientraitance semble davantage soumise à une part de subjectivité et ne fait pas toujours consensus.

²² ANESM, *Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'Accueils Médicalisés*, (consulté le 30/04/2017), http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-Rapport_d_enquete_Bientraitance-SYNTHESE.pdf

Parler de bientraitance amène à traiter de la qualité de l'accompagnement et de la prise en compte des personnes accueillies comme sujet. Cette vision, éminemment éthique, rejoint la pensée de Paul Ricœur²³, comme le fait de vivre bien, avec et pour l'autre, dans des institutions justes, et s'enracine dans différentes approches humanistes et spirituelles.

Cette dimension éthique relève, pour moi, d'une posture de direction au sens où la présente Roland Janvier²⁴. Elle est sous-tendue par la notion d'engagement et de responsabilité et suppose une volonté au service d'un projet de justice et d'équité. Elle est, de fait, éminemment subjective et traduit l'incarnation des valeurs du directeur.

Dans cette première partie, je vais chercher à comprendre ce qui relève de l'un et de l'autre, le cheminement qui a conduit aux positions actuelles sur la bientraitance et la maltraitance et ce que je souhaite retenir pour l'établissement.

2.1.1 Des définitions

La notion de bientraitance est relativement récente et s'est principalement construite en référence à celle de maltraitance.

Cette notion de maltraitance a également évolué et est profondément liée à une culture et à une époque. Elle n'a pas toujours été présente et a évolué d'enfants maltraités à la notion même de maltraitance.

C'est de la lutte contre la maltraitance, initialement apparue dans le cadre de la protection de l'enfance par la loi du 10 juillet 1989, que l'État et ses représentants en sont venus à vouloir promouvoir la notion de bientraitance. Celle-ci est aussi le fruit d'autres notions antérieures comme la bienfaisance puis la bienveillance. Cette évolution traduit une volonté positive d'accompagner les institutions vers un positionnement prenant davantage en compte l'usager comme personne et aussi le fait de tendre vers une forme de normalisation des modalités de prise en charge.

Selon le dictionnaire Larousse en ligne, la bientraitance est définie comme le « *fait de bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc. ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes.*²⁵ »

²³ RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris, LE SEUIL, p.202

²⁴ JANVIER R., Op. Cit., p.15 à 34,

²⁵ LAROUSSE, *Bientraitance*, (consulté le 30/04/2017), <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bientraitance/186881?q=bientraitance#10928332>

Cette notion récente tire son origine de « l'Opération pouponnières », impulsée à partir de 1978 par le ministère de la Santé et de la Famille alors dirigé par Simone Veil²⁶

Parallèlement et comme le souligne la recommandation de l'Anesm²⁷, des notions avaient préparé le terrain en parlant de bienfaisance, comme dans le rapport Belmont de 1979 au sujet de la protection des sujets humains dans la cadre de la recherche, et de bienveillance, notion plus récente se situant au niveau de l'intention des professionnels, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour l'utilisateur.

De son côté, et depuis au moins une quarantaine d'années, la maltraitance fait l'objet d'une littérature abondante et repose sur un cadre législatif de plus en plus important. Une journée internationale de lutte contre la maltraitance est instituée chaque année au mois de juin. Deux numéros d'appel, le 119 pour l'enfance et le 3977 destiné aux personnes âgées ou handicapées, sont dédiés aux situations préoccupantes et aux signalements.

Au-delà des définitions sémantiques, la bientraitance repose sur des notions éthiques et sur une posture pragmatique. Comme pour la plupart des auteurs et particulièrement le rapport de l'Anesm, la bientraitance ne se conçoit pas comme l'absence de maltraitance ou comme le contraire de celle-ci. Elle s'inscrit dans une démarche positive, volontaire voire volontariste.

La maltraitance relève d'un acte répréhensible s'inscrivant dans le cadre juridique. La bientraitance est une posture éthique, une volonté d'action voire un engagement collectif. Si une personne peut agir individuellement de manière bientraitante, à l'échelle d'un établissement cette question est à travailler de manière collective. Pour autant, il ne s'agit pas, selon moi, de viser une prise en charge idéale relevant de l'utopie et donc générant inévitablement une insatisfaction potentielle. En ce sens, je partage l'idée que « *la traque de toute maltraitance physique se déplace aujourd'hui vers un idéal de bientraitance. Cet idéal se focalise sur d'autres comportements jugés déviants, à savoir que ne pas assez faire de bien à l'enfant, l'adulte ou la personne âgée, devient un comportement défaillant qu'il faut corriger.*²⁸ »

La bientraitance repose sur la reconnaissance de la personne accompagnée comme une personne à part entière, un individu capable d'exprimer des choix, de manifester des désaccords et de ressentir des émotions même de manière infime. D'une certaine manière,

²⁶ BLAEVOET J.-P., CROGNIER P., 2015, « Bientraitance » in RULLAC S. et OTT L., Dictionnaire Pratique du Travail Social, 2^{ème} Edition, Paris : DUNOD, p. 46

²⁷ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, (consulté le 30/04/2017), http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

²⁸ RULLAC S. et OTT L., 2015, *Dictionnaire pratique du travail social*, 2^{ème} Edition, Paris : DUNOD, p.47

dans cette perspective, le professionnel est invité à considérer la personne accompagnée comme un autre soi-même ou tout au moins un membre pleinement appartenant à la communauté humaine.

Auprès de personnes présentant un handicap important et dont la communication ne se situe pas systématiquement dans le registre verbal, adopter une attitude bienveillante nécessite de l'attention, des outils de communication et une volonté de considérer l'autre comme détenant des capacités qu'il faut soutenir et développer. Cette perspective part d'une culture commune partagée et vécue de manière continue, notamment par la direction qui vise à promouvoir cette dynamique.

De plus, la bienveillance exige de reconnaître l'autonomie de l'autre et d'être persuadé qu'une personne accueillie en MAS a des capacités d'autonomie, même limitées. Cet aspect est probablement le plus complexe car, bien souvent, face à la difficulté de valider ses hypothèses, le professionnel fait les questions et les réponses sans mesurer qu'au final, le résident n'a plus sa place. La place de l'équipe et de l'échange est ici un aspect incontournable car sinon cette posture peut relever d'une maltraitance malgré un souci de bien faire. L'entourage peut aussi conduire à cette dérive en insistant sur le fait qu'il connaît bien le résident et qu'il sait systématiquement ce qui est bon pour lui.

Il est important de considérer que la pensée et la réflexion sont au cœur de toute démarche de bienveillance car, à défaut, la volonté de bienveillance ne pourrait être qu'une volonté de conformité à une recommandation. Il importe donc que la bienveillance repose sur des espaces de régulation et d'échange permettant d'ajuster au mieux l'accompagnement proposé.

La bienveillance devrait donc s'inscrire pour tout professionnel à la fois dans une dimension de projet et dans l'accompagnement au quotidien des personnes accueillies. Cela ne passe pas nécessairement par des perspectives ambitieuses et se traduit souvent au travers d'actions de petite envergure dans une visée opérationnelle et pragmatique.

2.1.2 Les textes de référence

La bienveillance est au cœur des politiques et des dispositifs d'évaluation et d'amélioration du secteur médico-social. Les outils élaborés pour sa mise en œuvre et son suivi sont nombreux. Je me suis arrêté à ceux qui me paraissent les plus importants.

Avant tout, la bienveillance s'enracine dans la déclaration universelle des droits de l'homme publiée en 1948 et dont l'article 1 déclare « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». Ce principe est repris dans la constitution de la République française et figure au fronton de tous nos établissements publics par ces trois mots « liberté, égalité, fraternité ». La bienveillance est une vision humaniste de la société et plus particulièrement de l'accompagnement de la personne. Au vu de ces références, nous

pourrions penser qu'il n'y a pas lieu de se référer à d'autres textes. Pour autant, au-delà des principes, il convient de constater que, s'agissant des personnes vulnérables il y a lieu de renforcer le cadre légal, ce que le législateur s'est appliqué à faire ces dernières décennies.

Dans la lignée de la loi 2002-2, un rapport paru en 2003 et porté par le sénateur Paul Blanc²⁹ dresse un état des lieux des situations de maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissement. Ce rapport formule des propositions d'améliorations qui vont guider les différentes réformes à venir. C'est pour les auteurs un problème de société qui ne doit pas faire l'objet de demi-mesures afin de briser ce qu'ils qualifient de « loi du silence ». Ils formulent ainsi 27 propositions pour aller vers davantage de bienveillance.

Pour lutter contre la maltraitance, il convient tout d'abord de la définir pour mieux la cerner. C'est ce que fait ce rapport à travers d'une part, la définition de l'ONU sur les violences, et d'autre part celle du Conseil de l'Europe³⁰ sur les abus en direction des personnes handicapées et enfin celle du ministère en charge des personnes handicapées à l'époque du rapport.

Si, selon le rapport du Sénat, l'ONU, dans sa manière de définir la maltraitance, fait référence à tous les actes de violence susceptibles d'entraîner un préjudice physique, sexuel ou psychologique, il est noté que, de son côté, le Conseil de l'Europe parle d'abus conduisant à six types d'exercices de la maltraitance :

- La violence physique ;
- Les abus et l'exploitation sexuels ;
- Les menaces et les préjudices psychologiques ;
- Les interventions portant atteinte à l'intégrité de la personne ;
- Les abus financiers, les fraudes et les vols ;
- Les négligences, les abandons et les privations, d'ordre matériel ou affectif.

Pour la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, Mme Marie-Thérèse Boisseau, interrogée dans le cadre de ce rapport sénatorial, « la maltraitance est partout »³¹, des

²⁹ BLANC P., 2003, *La Maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*, Rapport n°339, SENAT, 249 p.

³⁰ Rapport sur « La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus », sous la direction de la professeure Hilary Brown, 30 janvier 2002

³¹ BLANC P., Op. Cit., p. 19

petites négligences aux violences graves. Pour sa part, la DGAS différencie négligences et abus ou maltraitance active³².

À leur tour, les sénateurs définissent ce qu'ils entendent par maltraitance, soulignant la complexité du sujet et reconnaissant la difficulté de tendre à l'exhaustivité et à une définition suffisamment précise. Ainsi, ils font une distinction entre maltraitance active et maltraitance passive ou en creux. Ils introduisent une gradation légitime entre les actes volontaires et involontaires. La notion de maltraitance passive se définit comme la succession de petits actes anodins ou caractéristiques de manques, dus à des déficits de formation ou de connaissance du handicap. Elle est très présente dans les établissements et ne découle pas d'une mauvaise volonté ou d'une intention de faire du mal. De ce fait, elle apparaît moins visible et moins consciente. Elle peut être liée à un manque de connaissances, à une organisation défailante ou inappropriée, à la charge émotionnelle vécue par les professionnels, à une insuffisance de moyens, et aussi, voire surtout, au fait de ne voir l'autre qu'à travers le prisme de son handicap sans le considérer comme une personne dans sa globalité.

Cette commission d'enquête sénatoriale préconise de lutter de manière plus efficace contre la maltraitance en renforçant et améliorant le dispositif de signalement, en accentuant les contrôles et pas uniquement sur un versant comptable et budgétaire.

Surtout, et de manière innovante, elle propose d'amplifier la prévention de la lutte contre la maltraitance et de susciter une dynamique de la bientraitance à travers deux axes principaux : l'ouverture des établissements vers l'extérieur et l'amélioration de la gouvernance.

La circulaire DGSC/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 renforce la lutte contre la maltraitance et le développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux. Elle est modifiée par la circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014. Ces deux textes précisent également la compétence des services déconcentrés de l'Etat au titre de la protection des personnes. Ces deux circulaires viennent en complément de l'instruction interministérielle du DGAS/2A/2007/112 du 20 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

La politique nationale mise en œuvre dans ce domaine est organisée autour de trois axes principaux :

- Renforcement de la détection et du signalement des situations de maltraitance ;
- Renforcement des contrôles des établissements médico-sociaux ;

³² Ibid., p. 21

- Dispositifs et outils de soutien et d'appui à la qualité.

Le législateur tient à la fois à améliorer le suivi de situations de maltraitance, en amont et en aval de leur détection et parallèlement à soutenir une politique de bientraitance, notamment au travers des démarches d'évaluation internes et externes. Cependant, si la bientraitance relève d'une notion de qualité des services rendus à partir d'indicateurs de conformité, elle est avant tout une vision éthique de l'accompagnement qui ne peut se limiter à des recommandations ou à des normes.

Le décret n° 2013-16 du 07 janvier 2013, portant création du Comité National pour la Bientraitance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées installe cette instance en lieu et place du comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, créé par le décret n° 2007-330 du 12 mars 2007. En référence au Code de l'Action Sociale et des Familles, le Comité National pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées est entré en vigueur le 08 janvier 2013. Il vise à la promotion de la bientraitance des publics concernés. Cette instance est uniquement consultative. Sa composition est très largement représentative des principaux secteurs et acteurs concernés.

De son côté, l'Anesm est à ce jour l'instance qui, au travers de ses recommandations, invite les établissements à penser leur accompagnement avec et pour les usagers. Ses recommandations n'ont pas valeur de lois ni de règles mais définissent une référence qui sert de point d'appui aux diverses évaluations. De même, ces recommandations et particulièrement celles relevant de la bientraitance, de l'éthique et celles traitant des MAS et des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) constituent des points de référence et d'appui pour le directeur que je suis. Même si elles n'ont pas de caractère injonctif, elles sont rédigées pour guider les bonnes pratiques et améliorer la qualité de l'accompagnement. Elles donnent des pistes et des repères qui guideront mon plan d'action et m'invitent à une conduite à tenir dans le pilotage de l'établissement. Ces recommandations ne donnent pas de solutions toutes faites et proposent de mettre la focale, selon le contexte, sur les points d'attention à traiter.

De toutes ces recommandations, je retiens principalement celle concernant la bientraitance qui traite directement du sujet de ma problématique. J'emprunte à Oriane Delivre³³ une lecture de cette recommandation et notamment de ses aspects principaux.

³³ CREAM PACA et Corse, 28 mai 2009, « *Bientraitance : approche du concept, sens pour agir, objet d'évaluation* », Actes de la conférence, Aix en Provence, p. 7 à 11

Pour l'Anesm, la maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain mais un risque incontournable et inhérent aux pratiques des professionnels. Afin de lutter contre ce risque et promouvoir des pratiques bientraitantes au sein des établissements, l'Anesm a défini quatre repères :

- L'utilisateur co-auteur de son parcours : « *quel que soit son éloignement des normes de comportement habituellement en vigueur, quelle que soit la difficulté de compréhension qu'il peut rencontrer, l'utilisateur est et demeure un être qui s'exprime et doit être rencontré en tant que tel*³⁴ » ;
- La qualité du lien entre professionnel et usager : « *Veiller à la connaissance et au respect du droit au sein de la structure : réciprocité professionnels/utilisateurs, ne pas réduire l'utilisateur à son handicap et ne pas renoncer à « sanctionner » un comportement irrespectueux du fait du handicap*³⁵ » ;
- L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes : « *Créer un environnement qui prend en compte l'entourage et entend sa propre analyse sur la situation de l'utilisateur en complémentarité des autres analyses : l'entourage est détenteur d'une analyse sur sa situation qui est extrêmement précieuse*³⁶ » ;
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance : « *Sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission : c'est lorsqu'ils trouvent un sens à leur mission que les professionnels sont le mieux à même de déployer la bientraitance*³⁷ ».

Ces éléments sont à travailler de façon régulière au sein de l'établissement pour rendre cette recommandation efficiente. Ils demandent à être interrogés et adaptés au public accueilli car il n'est pas envisageable de plaquer un dispositif sur une institution comme une méthodologie prête à l'emploi.

2.1.3 Ma définition et ma vision pour la MAS

Fort des éléments ci-dessus, je m'appuie sur ce que ce que j'ai pu relever pour définir ma propre vision pour la MAS. Cette vision traduit la manière dont je conçois un accompagnement bientraitant envers des résidents vulnérables. Elle vise aussi à repérer dans le diagnostic que j'opère les situations de maltraitance passive au sens où elles ont été précisées plus haut.

³⁴ ANESM, Op. cit.

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

Ma définition de la bientraitance n'est pas l'absence de maltraitance mais une posture positive et volontaire d'un accompagnement positionnant le résidant au cœur de l'ensemble de nos préoccupations de l'organisation au management.

De ce fait, il est nécessaire que les choix que nous opérons, qu'ils soient organisationnels, managériaux, logistiques ou budgétaires, le soient prioritairement pour prendre en compte et répondre aux besoins des résidants. Je souhaite développer un management intégrant la qualité de vie au travail des professionnels, mais ce choix ne peut pas se faire au détriment des résidants, raison première de notre mission et de notre présence au sein de l'établissement.

Ces principes relèvent d'une posture éthique de ma place de directeur. La promotion de la bientraitance est pour moi, avant tout, une approche humaniste de la personne accueillie. C'est une démarche qui vise à améliorer autant que possible, dans un lieu de vie, la qualité de l'accompagnement et celle des soins dispensés tenant compte du fait que ces deux aspects sont très souvent étroitement liés. La bientraitance se traduit par une réponse adaptée aux besoins et aux demandes du résidant. Elle est soutenue par le projet d'établissement et la mise en œuvre qui en découle.

En premier lieu, la bientraitance passe, pour moi, par le fait de considérer le résidant comme une personne. Il s'agit tout à la fois de prendre en compte ses choix, ses demandes et ses refus et d'aller à son rythme. D'une manière générale, il convient d'associer le résidant à ce qui le concerne. Il m'appartient de veiller à ce que les professionnels disposent d'espace pour interroger leur pratique, comprendre les besoins des résidants et décrypter leur expression.

Pour cela, il convient de communiquer de façon adaptée et particulièrement « *en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique.*³⁸ » Cela suppose également que les professionnels ne doutent pas du fait que la personne accueillie a une compréhension même partielle de ce qu'on lui dit et que la réponse à apporter peut nécessiter des détours et du temps.

Dans l'accompagnement quotidien, il convient de respecter l'intimité des personnes accueillies au moment de la toilette et des changes. Cela repose également sur la conscience que le fait de pénétrer dans leur chambre représente une intrusion dans leur espace privé qui nécessite a minima de signaler son arrivée, voire de demander l'autorisation d'entrer. Nombre de résidants ne sont pas en mesure de donner une autorisation au professionnel. De ce fait, c'est davantage la lecture des manifestations

³⁸ Décret 20 mars 2009, Art. D. 344-5-3 alinéa 1

corporelles ou des sons qui peut donner une indication sur l'accord ou le refus du résidant. Cela peut nécessiter du temps. Il convient également d'accepter que le résidant ait besoin de moments de retrait. De plus, les professionnels auront à travailler l'autonomie des résidants dans les gestes et les choix du quotidien, comme par exemple celui de choisir un vêtement. Il ne s'agit pas de systématiser une forme de réponse mais d'intégrer comme possible cette dimension dans le projet d'accompagnement de la personne.

Dans la dimension du soin, et parce qu'il s'agit d'un préalable à tout autre accompagnement, il ne faut pas négliger la question de la douleur. L'ensemble des professionnels, et pas uniquement les IDE, « *Portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique*³⁹ ».

Les professionnels peuvent être confrontés à une opposition d'un résidant pour la prise d'un traitement. Celui-ci est très souvent indispensable à la santé de la personne. Pour autant, la contrainte peut être ressentie par le professionnel comme une forme de maltraitance et le mettre en tension. Il importe donc de pouvoir traiter ces situations sans culpabilité et en cherchant de manière collective, avec le médecin, les modalités les plus adaptées pour prendre soin du résidant et tenir compte de ses résistances.

Sur le plan des propositions d'activité ou d'animation, il convient que celles-ci soient adaptées en s'appuyant sur les potentialités des résidants et en considérant que, même s'il s'agit d'adultes, voire de personnes vieillissantes, des possibilités d'évolution existent et sont à encourager. Là aussi, une réflexion collective est indispensable pour évaluer les propositions faites au résidant. Certes, des propositions spontanées existent et sont à soutenir pour que la vie, au sein de l'établissement, ne soit pas figée ou trop programmée. Cependant, il est nécessaire que les plannings d'activités fassent l'objet d'un regard croisé et transdisciplinaire pour répondre de façon adaptée aux envies et besoins des résidants.

Les dimensions de la vie sociale et de l'entourage constituent également deux axes importants de l'accompagnement qui contribuent à une approche bientraitante. Pour cela, la parole de l'entourage, à l'instar de ce que préconise l'Anesm⁴⁰, peut permettre une meilleure connaissance de la personne accueillie, faciliter son accompagnement, et servir de relais et de ressource complémentaire. Il appartient aussi à l'établissement de veiller à élargir l'horizon des résidants en prenant en compte la dimension sociale de la vie institutionnelle.

³⁹ Décret 20 mars 2009, Art. D. 344-5-3 alinéa 4

⁴⁰ ANESM, Op. cit.

Le projet personnalisé doit permettre de définir des objectifs à mettre en œuvre et à évaluer. Il s'agit de proposer un accompagnement cohérent, repéré, prévisible et sécurisé, qui est sous-tendu par un projet d'établissement intégrant la bientraitance comme « *une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement*⁴¹ ».

Enfin, et cet élément est un point incontournable et primordial de l'accompagnement des professionnels, il s'agit de faire en sorte que la pensée ne soit pas séparée de l'action. Le socle de cette dimension est le projet d'établissement et s'articule avec les différents espaces de régulation et de concertations. La communication interne joue ici un rôle important et la formation continue des professionnels est essentielle.

La bientraitance est pour moi une dynamique qui traverse l'ensemble de ce qui est vécu au sein de l'établissement. Elle part du résidant et intègre ce qui contribue à promouvoir un accompagnement global de qualité. La bientraitance peut être définie comme un objectif continu dont il serait illusoire de croire qu'il sera atteint un jour. Je considère que nous tendons à la bientraitance mais qu'aucun établissement ou service n'est jamais complètement bientraitant.

Ainsi, après avoir défini ce que je souhaite porter comme valeurs et comme modalités d'accompagnement, je vais analyser ce qu'il en est précisément dans l'établissement que je dirige.

2.2 Mon état des lieux et mon diagnostic de l'établissement

Le diagnostic réalisé dans ce chapitre est le fruit à la fois de mon rapport d'étonnement réalisé après deux mois passés au sein de l'établissement et reposant sur les observations, questions et écarts repérés en amont et en aval de mon arrivée, et de l'analyse partagée avec l'équipe cadre dans la perspective de l'élaboration d'un plan d'action.

Le travail conduit avec les cadres de la MAS contribue à analyser les différentes thématiques abordées et à comprendre comment cela s'inscrit dans l'histoire de l'établissement. Les autres cadres de l'établissement, à l'exception du CDS, sont présents depuis plusieurs années au sein de la structure. Ils ont une connaissance fine des résidants et des professionnels. Nos rencontres hebdomadaires permettent de travailler des questions de fond et des sujets d'actualité. La place de ces collaborateurs sera centrale dans le plan d'action que je souhaite mettre en œuvre au terme de ce diagnostic.

Pour établir l'état des lieux et le diagnostic de l'établissement, je me suis appuyé sur trois outils d'analyse :

⁴¹ ANESM, Op. cit.

- Le guide de la DGAS proposé dans le cadre de son programme pluriannuel 2007-2011 de prévention de la maltraitance ;
- La grille intitulée « Gestion des risques de maltraitance en établissement », publiée en 2008 par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et personnes handicapées ;
- Le questionnaire d'autoévaluation « Bientraitance des personnes accueillies en Maison d'Accueil Spécialisée et en Foyer d'Accueil Médicalisé » construit par l'Anesm pour l'enquête réalisée en 2012.

À partir de ces trois grilles, j'ai retenu une partie des rubriques et des items qui les composent pour effectuer une lecture critique de l'établissement. J'ai volontairement effectué un choix dans les thématiques traitées pour deux raisons principales : d'une part le fait que je ne puisse pas, dans le cadre de ce mémoire, traiter de toutes les problématiques et d'autre part, tenant compte du fait que cette démarche s'inscrit dans une dynamique durable, j'ai privilégié des thématiques pour lesquelles je pouvais mettre en œuvre une action à court ou moyen terme. Cela se décline ensuite dans les trois parties qui suivent avec pour chacune d'elles plusieurs points d'analyse. Cette sélection ne m'empêchera pas de repérer des thématiques à traiter ultérieurement, afin de poursuivre de manière continue la promotion d'une dynamique de bientraitance.

Ce diagnostic, issu d'un état des lieux catégorisé, porte principalement sur le repérage des signes de maltraitance passive qui permettront de travailler sur des points d'amélioration afin d'inscrire la dynamique de l'établissement dans une visée durable et pérenne.

2.2.1 L'organisation globale de la MAS

Derrière la question de l'organisation, je regroupe plusieurs thématiques qui relèvent :

- Du pilotage de l'établissement ;
- De l'accompagnement des professionnels ;
- De l'animation et de la coordination des équipes ;
- De l'organisation du travail ;
- De la formation.

A) Etat des lieux

Le premier élément repéré concerne l'absence de projet d'établissement formalisé. Un projet d'ouverture a été rédigé et des rapports d'activité ont régulièrement été produits. Cependant aucun document ne fait référence commune pour les professionnels. Une forte culture orale existe avec un formalisme assez faible.

D'autre part, le recrutement des professionnels ne repose sur aucune procédure formalisée. Il n'existe pas de fiche de poste pour l'ensemble des métiers. De plus, la période d'essai

n'est que peu utilisée pour évaluer les compétences en termes d'accompagnement, l'appropriation d'une culture commune et la qualité des soins prodigués. Cette dimension est renforcée par l'absence de livret d'accueil à destination des professionnels qui permettrait la diffusion de valeurs partagées.

Pour les équipes des unités, mais aussi pour les professionnels du soin, la coordination est faible voire inexistante. Le CDS ne peut pas s'appuyer sur des relais de proximité pour la réflexion et l'animation des équipes qui, dans d'autres établissements, sont assurés par les coordonnateurs ou référents d'équipe. Là aussi un certain nombre d'éléments aléatoires, voire arbitraires (rythme de la journée variable selon le professionnel, goût des résidents oubliés, axes d'accompagnement du projet personnalisés ignorés, etc.), prennent le dessus sur une posture cohérente et un travail de cohésion. Sans standardiser les soins et l'accompagnement, il apparaît nécessaire que des repères stables en termes de temps, d'espace et de besoins soient respectés.

Enfin, les événements indésirables font l'objet de signalements au travers soit d'une information orale soit d'une fiche écrite. Ces événements sont traités de manière variable sans qu'ils s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue.

B) Diagnostic

L'analyse de cet état des lieux fait apparaître plusieurs raisons à cette situation.

Un premier élément tient au turn-over important de l'équipe de direction qui, en douze ans, a connu 5 directeurs et 6 chefs de service (licenciement, décès, démissions). Cette situation n'a pas permis de garantir une continuité dans les actions menées et les préoccupations des uns et des autres n'ont pas facilité un travail de cohérence. Ainsi le projet d'établissement n'a d'abord pas été une priorité pour un établissement qui se structurait, puis une différence d'appréciation de calendrier entre l'ARS et les MFRS a rajouté un délai supplémentaire pour ce travail. Aujourd'hui une ébauche, avec des axes du projet, a débuté mais ce document n'existe pas encore et il fragilise la constitution d'une culture commune.

Par ailleurs, l'absentéisme apparaît de plus en plus élevé : 17% en 2016 contre 14% en 2015 et 13% en 2014. Ces chiffres ne peuvent pas facilement être comparés avec d'autres structures car nous ne disposons pas d'études spécifiques à ce sujet. L'absentéisme est un problème plurifactoriel lié entre autres à la démotivation et à la charge de travail. La complexité des personnes accueillies et les changements d'organisation ne sont pas non plus étrangers à cette évolution. L'absentéisme entraîne une difficulté à construire un dispositif relativement stable, et témoigne en partie d'une usure professionnelle. La notion d'appartenance à un groupe ou à une entreprise et le sens et la place donnés au travail évoluent et ne sont plus majoritairement partagés. Cela s'apparente à un changement de culture et de rapport au travail, à une évolution de la notion d'engagement dans le secteur

médico-social et, pour la situation spécifique de la MAS, semble une conséquence de l'accompagnement du public accompagné. Chacun de ces facteurs intervient à des degrés divers selon les métiers.

De plus, des accidents du travail (AT) sont nombreux et en augmentation ces cinq dernières années avec un taux de fréquence passant de 50,48% en 2012 à 78,19% en 2016 (source bilan du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) 2016). Ces AT conduisent certains professionnels à des situations d'inaptitude professionnelle fragilisant encore davantage l'organisation institutionnelle et un projet de culture commune.

Cette culture d'établissement n'est que faiblement diffusée lors de l'embauche d'un nouveau professionnel du fait de l'absence de livret d'accueil et d'une procédure d'intégration peu formalisée. Il en découle que la période d'essai de deux mois est peu efficiente et ne permet pas suffisamment l'accompagnement des nouveaux embauchés. Il s'ensuit un fonctionnement par habitudes, reposant principalement sur une transmission orale qui engendre un processus de reproduction des dysfonctionnements, lié entre autres à un manque de disponibilité de l'encadrement absorbé par le traitement des remplacements, la supervision du quotidien et la gestion des urgences.

Les résidents sont, de fait, soumis, dans l'accompagnement qui leur est offert, à des postures aléatoires sans la cohérence nécessaire à leurs besoins.

L'absence d'une coordination formalisée des équipes d'accompagnement, comme de l'équipe de soins, en complément du travail du CDS et de la RQS, fragilise également cette dimension de cohérence. Cette coordination nécessiterait d'identifier des missions et d'accompagner celles-ci d'une reconnaissance effective avec un temps dédié.

Parallèlement, il conviendrait de proposer davantage de formation en lien avec les besoins de la population accueillie. Cet élément ressort entre autres des réponses des professionnels au questionnaire sur la bientraitance que je leur ai adressé et de l'analyse des cadres de l'établissement. Ce besoin est particulièrement flagrant pour ce qui relève de tout ce qui touche aux soins de nursing, à l'épilepsie et à l'alimentation.

De plus, les temps de réunions des unités, animées conjointement par le CDS et le psychologue, s'organisent principalement autour du traitement de questions d'ordre opérationnel sans hiérarchisation des priorités. Des comptes-rendus existent mais ne font pas l'objet d'un suivi, ce qui amène les équipes à avoir le sentiment de régulièrement tourner en rond. La réflexion sur le sens de l'accompagnement est faible par manque de temps et d'espace dédié à cette question. Actuellement, les unités disposent d'une réunion mensuelle de deux heures et d'un temps hebdomadaire d'une demi-heure sans cadre défini. Les réunions liées à la préparation des projets personnalisés se déroulent à un rythme d'environ une par mois durant une heure et demie. L'ensemble de ces réunions

représente à mon sens très peu de temps, au vu de la complexité des besoins des personnes accueillies. De plus, les modalités d'animation de ces réunions ne me paraissent ni suffisamment pertinentes ni assez efficaces et ne contribuent pas nécessairement à une approche cohérente et pragmatique.

L'analyse de la pratique permet aux professionnels de réfléchir à leur posture professionnelle. Elle traite des situations vécues qui ont un impact sur l'accompagnement quotidien, mais de manière insuffisante, en termes de fréquence (6 séances par an), pour un travail de fond sur le sens et la singularité de l'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées.

D'autre part, les fiches de poste font partiellement défaut et cela contribue à une fragilisation des repères communs. Par le passé, elles ont été perçues comme secondaires du fait d'un manque de temps pour les réaliser. Les professionnels sont en demande d'un cadre formalisé qui structure l'accompagnement. Cela s'exprime lors des réunions d'unité, par le biais des représentants du personnel et dans le cadre d'entretiens individuels. L'évaluation interne a également souligné ce besoin.

Enfin, les événements indésirables traduisent les différents dysfonctionnements internes. L'absence de procédure à ce sujet relève à la fois d'un manque de temps et du fait que ceux-ci apparaissent comme une préoccupation secondaire. Les fiches de signalement, quand elles sont utilisées, sont difficilement exploitables et analysables pour en tirer des axes d'amélioration. La culture principalement orale contribue aussi à minimiser l'importance de traces écrites. De plus, le public accueilli, étant peu ou pas en capacité de signaler par lui-même les situations de dysfonctionnement, produit indirectement auprès des professionnels l'idée d'une forme de relativisation des incidents.

2.2.2 Les soins

La qualité des soins repose sur le travail des IDE et du médecin ainsi que sur l'ensemble des rééducateurs. De plus, les soins d'hygiène qui s'inscrivent dans le cadre d'un accompagnement quotidien font également partie intégrante de cette dimension.

A) Etat des lieux

Les soins et les rééducations sont inscrits dans un plan de soin qui est suivi par les différents professionnels. Les soins concernent ce qui relève des soins médicaux et ce qui appartient au nursing. Ces soins relèvent à la fois de protocoles et des projets personnalisés. Ils sont indispensables pour le bien-être voire le mieux-être des résidents. De ce fait, il est nécessaire que chaque professionnel respecte un socle commun d'intervention. Cependant, il est noté des manques de respect de certains protocoles et des rééducations en nombre insuffisant. Ce dernier aspect est dû à deux éléments principaux,

l'absentéisme important des kinésithérapeutes pour arrêt maladie (longue maladie et burn-out) non remplacés par manque de candidats, et le fait que les rééducateurs ont progressivement bénéficié de temps de réunions de plus en plus importants au cours de la semaine, les détournant, de fait, d'une présence auprès des résidents. À ce jour, ils disposent de deux à quatre heures de réunions hebdomadaires soit environ 25% de leur temps de travail du fait de leur temps partiel.

Les coordinations entre les IDE et les équipes des unités reposent à ce jour principalement sur la RQS qui assure cette mission de manière insuffisamment satisfaisante, principalement par manque de temps. Sa fiche de poste prévoit également un accompagnement et un contrôle des pratiques qui sont assurés de manière aléatoire. Son rôle est aussi de garantir la mise en œuvre des protocoles en lien avec le médecin et d'assurer un rôle de conseil en termes de bonnes pratiques auprès du directeur. Je considère, avec elle et les autres membres de l'équipe cadre, qu'il y a un chaînon manquant en termes d'interface et de relais entre les IDE et les unités. Les transmissions avec les unités sont peu formalisées et sont soumises aux aléas de l'organisation et des urgences qui peuvent bousculer le quotidien.

Enfin, un élément important est la difficulté à associer des praticiens libéraux pour répondre à nos besoins. Cela est particulièrement repérable pour ce qui est des kinésithérapeutes et des médecins. Cette difficulté, liée en partie à la pénurie de professionnels et surtout à la difficulté, voire à la résistance, pour ceux-ci de prendre en soin des personnes adultes polyhandicapées, renforce la fragilisation de notre réponse en termes de qualité de soins. Cette faiblesse est pour moi source de maltraitance pour laquelle nous sommes relativement démunis malgré nos sollicitations auprès de l'ARS et des différents conseils de l'ordre.

B) Diagnostic

Les soins et les rééducations souffrent d'un déficit de coordination comme nous avons pu le voir ci-dessus. Au même titre que le CDS, la responsable de la qualité des soins a besoin de relais de proximité pour assurer une interface opérationnelle entre les IDE et les unités. Cette dimension, non envisagée jusqu'alors, pourra contribuer à une meilleure qualité des soins et d'une meilleure appropriation des bonnes pratiques.

Par ailleurs, pour les rééducateurs, il existe un déséquilibre entre leur temps de soins et leur temps de réunions au détriment des résidents. Cette question s'est déjà posée mais n'a jamais vraiment été traitée et là aussi les habitudes ont pris le pas sur les besoins.

2.2.3 L'accompagnement éducatif

Dans le cadre de cette thématique je m'attache à regarder ce qui concerne :

- Le projet personnalisé
- La prise en compte de l'expression des résidants ;
- Le respect des habitudes et des libertés des résidants ;
- L'intimité et la dignité ;
- La communication ;
- La vie sociale.

A) Etat des lieux

Concernant l'accompagnement des résidants, il apparaît un souci global de bienveillance, voire de bientraitance qui se traduit par une attention forte à chaque personne. Pour autant, je repère que des situations posent problème et contribuent à des maltraitements passives.

En premier lieu, je note que les projets personnalisés existent mais restent des documents peu exploités. En effet, un investissement important a lieu au moment de leur formalisation. L'équipe pluridisciplinaire est associée à leur réalisation qui se déroule tous les 16 à 18 mois. Cette fréquence est inacceptable et de surcroît les professionnels se réfèrent peu à ce projet une fois celui-ci réalisé. Le projet est peu ou pas évalué en cours de période. À partir du moment où le projet est rédigé, il est inséré dans le dossier du résidant et le dispositif de travail ne prévoit pas qu'il soit systématiquement réinterrogé avant le prochain projet. L'absence de référent désigné, garant de la mise en œuvre de l'accompagnement, contribue à ce qu'on n'en garde qu'un souvenir aléatoire, voire qu'on l'oublie. Ce n'est qu'au moment de l'évaluation que l'équipe réalise souvent que des axes d'accompagnement ont été oubliés.

Le résidant est présent physiquement lors des réunions liées à son admission et lors de la construction du projet personnalisé. Cette présence s'accompagne systématiquement du fait qu'on s'adresse à lui. Son avis essaie d'être recueilli afin que sa présence ne soit pas que symbolique. Les professionnels sont parfois démunis envers nombre de résidants pour évaluer leur expression et « entendre » leurs souhaits. Ils s'appuient souvent sur l'entourage et sur la formulation d'hypothèses pour évaluer l'expression des résidants.

La dimension collective essaie de prendre en compte les habitudes de chacun des résidants. Ces habitudes sont celles transmises par l'entourage ou repérées par les professionnels qui, s'ils ne sont pas assez attentifs, peuvent les oublier ou tout au moins les négliger.

La communication avec les résidants se fait presque exclusivement sur le mode verbal, ce qui m'interroge concernant un public en grande difficulté de communication. Il n'existe que très peu d'autres outils de communication au sein de l'établissement. À ce jour, rien n'est mis en place pour accompagner la communication avec des supports visuels.

Les résidants sont libres de circuler dans la limite de leurs capacités. Il n'y a pas de restriction ni d'empêchement à cela. Cependant, du fait de leur handicap, aucun n'est en mesure de se déplacer de sa propre initiative en dehors des unités. L'accès à l'extérieur est conditionné par la disponibilité, et le bon vouloir, des professionnels.

Les professionnels veillent à entretenir une vie sociale pour les résidants que ce soit avec l'entourage ou dans le cadre d'une vie culturelle à l'extérieur de l'établissement. Les choix proposés reposent sur les professionnels qui essaient soit de recueillir l'adhésion des résidants soit d'interpréter leurs souhaits et leurs goûts.

B) Diagnostic

Un premier élément de diagnostic repose sur la problématique et la réalité du public accueilli. En effet, les personnes adultes polyhandicapées présentes au sein de la MAS expriment peu spontanément et de manière insuffisamment explicite leurs besoins et leurs demandes.

De plus, le public accueilli met en lumière les limites de la participation des usagers et souligne la complexité d'une adaptation des dispositifs prévus par la loi aux réalités des résidants. Depuis décembre 2016, les résidants sont systématiquement présents à la construction de leur projet personnalisé. L'entourage est assez réticent à cette présence, considérant que cela peut perturber le résidant. Dans les faits, nous observons d'une part une grande attention de celui-ci et d'autre part une modification de la manière de présenter les choses en s'adressant directement à lui. Cependant, il ne suffit pas qu'un résidant soit présent lors de son projet personnalisé ou de son admission pour être assuré qu'il est pris en compte dans la démarche qui le concerne. L'entourage joue là un rôle de médiateur, d'interprète, voire de représentant qui est précieux. Une démarche complémentaire consisterait à développer et à s'approprier des modalités de communication adaptée (objet, pictogramme, etc.) pour mieux comprendre l'expression du résidant.

Par ailleurs, la force des habitudes fait que le moment spécifique consacré à la réalisation du projet personnalisé est très investi mais que le reste du temps cet écrit est partiellement voire totalement oublié. L'accompagnement peut alors ne plus être en phase avec les besoins du résidant ou ce qui a été décidé collégialement. Cela relève à la fois d'un déficit d'investissement de cet outil par les unités, de l'emprise du quotidien et du peu de temps de réunion consacré aux résidants. De plus, un manque de vigilance de l'encadrement amène à privilégier le traitement des très nombreux imprévus quotidiens, plus ou moins urgents, plutôt que de questionner régulièrement les projets de chaque résidant. Enfin une forte immuabilité des résidants engendre une forme d'immobilisme au sein d'une organisation qui ne prévoit pas une évaluation régulière.

La place du résidant, même si elle est au cœur des préoccupations de chaque professionnel, n'est pas suffisamment investie pour que l'on pense à l'associer à chaque moment qui le concerne. Cela est dû entre autres à la difficulté de communication, au peu de demandes exprimées, aux habitudes prises et aux freins de l'entourage.

L'absence d'orthophoniste au sein de l'équipe pluridisciplinaire renforce cette dimension.

Là aussi la force des habitudes ainsi que le manque d'exploration de nouvelles perspectives installent les résidants dans un mode de communication qui ne convient pas à tous.

De plus, l'entourage est peu en demande d'autres méthodes et tend à vouloir « normaliser » les modes d'échanges en privilégiant la modalité verbale.

La dimension collective est une réalité incontournable dans un établissement médico-social et particulièrement une MAS. De ce fait, l'accompagnement individualisé est nécessairement limité. Les unités de vie sont composées de onze résidants, ce qui ne permet pas de répondre de manière individualisée et personnalisée comme il serait souhaitable. L'organisation actuelle est le fruit d'un changement intervenu en 2014 et qui a été mal vécu par les professionnels. L'établissement est alors passé de cinq unités de vie de huit résidants à quatre de onze résidants. Cette nouvelle organisation a permis de renforcer les équipes des professionnels et de disposer de davantage d'intervenants aux différents moments de la journée et notamment les week-end.

2.2.4 Le cadre de vie et les installations

Je fais le choix d'ouvrir cette thématique en traitant non seulement des espaces et des équipements mais aussi d'autres questions en lien avec l'accompagnement dans une dimension logistique. Ainsi, je vais analyser ce qui relève de :

- La cuisine et l'alimentation ;
- L'adéquation entre les locaux et le public accueilli ;
- Les équipements présents ;
- L'entretien du matériel ;
- Les risques de chute.

A) Etat des lieux

Nous bénéficions d'une cuisine de production sur site employant du personnel salarié de l'établissement. Progressivement la cuisine a privilégié les souhaits des professionnels au détriment des besoins des résidants, qu'il s'agisse de l'organisation de travail comme des menus proposés.

Les textures proposées pour les repas (normal, haché, mixé, etc.) ne sont pas satisfaisantes du fait d'une irrégularité de la qualité. En effet, le personnel de cuisine n'a

pas encore bénéficié d'une formation spécifique pour les textures modifiées. Il s'est formé sur le tas sans disposer d'un regard critique et expert sur sa production et notamment sur la manière de garantir un produit fini stable en termes de qualité. Cette situation produit régulièrement deux effets : soit les résidants ne le mangent pas, soit ils sont exposés à des risques de fausse route avec les conséquences possibles qui en découlent.

La dimension collective des locaux est très présente et permet assez peu le respect de l'intimité des résidants.

Les chambres sont soit individuelles soit doubles et le choix de l'une ou de l'autre relève davantage des possibilités que de la prise en compte des souhaits ou du repérage des besoins des usagers.

Les salles de bains sont toutes collectives et ne garantissent pas une réelle intimité au moment des changes et des toilettes si ce n'est par la présence de rideaux de séparation. Les professionnels sont toutefois attentifs au respect de l'intimité et de la dignité des résidants en les couvrant lors d'un déplacement de la chambre à la salle de bain par exemple et en ne faisant cohabiter dans la salle de bain que des personnes du même sexe.

Les circulations et les espaces collectifs sont adaptés aux besoins du public accueilli. Les unités bénéficient de plusieurs points d'accès, ce qui permet de varier les déplacements de ceux qui se déplacent seuls. Cela contribue à moins de routine dans le quotidien.

L'établissement est globalement bien équipé tant pour les besoins des résidants que ceux des professionnels (présence de moteurs pour les transferts, lits médicalisés, chariots douches, etc.). Ces outils permettent d'assurer le confort des résidants et de garantir une qualité de travail aux professionnels, notamment en limitant les risques d'accident de travail.

Cependant, malgré un suivi régulier de ce matériel, celui-ci n'est pas traité de manière adaptée, du fait entre autres d'un manque de formation pour bien l'utiliser, et il se dégrade avec de nombreuses pannes et dysfonctionnements.

La plupart des résidants sont dépendants des professionnels pour les transferts, les déplacements et la sécurité. Toutefois, il arrive régulièrement que certains chutent, soit du fait d'une mauvaise installation, soit du fait d'une agitation excessive. Ces chutes souvent bénignes deviennent préoccupantes lorsqu'elles se répètent et peuvent occasionner des traumatismes qui ne sont pas toujours identifiés. Ceux-ci produisent alors des douleurs qui peuvent se traduire par des troubles du comportement et ne pas être traités pour leur véritable cause.

B) Diagnostic

Un élément essentiel de diagnostic tient à une connaissance insuffisante des besoins du public accueilli. Cela est vrai particulièrement pour ce qui concerne la question alimentaire.

Je fais le constat que les professionnels de la cuisine sont peu ou pas formés aux besoins nutritifs des résidents et aux risques liés aux problèmes de déglutition.

Les menus s'apparentent à ceux d'une collectivité ordinaire et ne sont pas établis par une diététicienne. Une IDE est formée à ce niveau mais ses compétences sont sous-utilisées. Une commission alimentation existait mais s'est arrêtée car elle était le lieu de règlements de différends entre la cuisine et les unités. De plus, l'absence pour congé parental de l'IDE susnommée et les changements de direction ont conduit à ne plus trop la solliciter. Pour autant, les besoins d'ajustement et de travail sur la nutrition et l'alimentation sont indispensables dans une MAS.

Cette méconnaissance ou cette insuffisance de formation au regard du public conduit aussi à des négligences dans la sécurité lors des transferts, lors des installations au fauteuil et par manque de surveillances nécessaires. Le fait que plusieurs professionnels ne disposent que de leur formation initiale ou d'une formation acquise au fur et à mesure de leur pratique au sein de l'établissement contribue à favoriser les situations de maltraitance passive en ne répondant pas aux besoins des résidents lors des toilettes, des changes ou des repas (gestes brusques ou inadaptés, forçage alimentaire, discussion avec un collègue en négligeant le résident qui ne parle pas, etc.)

Concernant l'adaptation des locaux, je dois composer avec une situation qui ne pourra pas évoluer du fait de la seule décision du directeur. La configuration des locaux ne permet pas de réaménagement à moindre coût. Le foncier n'offre pas de possibilité d'extension. L'ARS n'est pas disposée à imaginer la reconstruction d'un établissement qui financièrement ne pourrait pas être supportée par les MFRS, du fait que la durée d'amortissement est encore de 20 ans. Il convient de chercher des ajustements qui permettent de renforcer l'intimité des résidents.

Enfin, concernant le matériel, il subit les effets de la collectivité, c'est-à-dire que tous les professionnels ne se sentent pas concernés par le maintien en bon état de fonctionnement ou simplement par le fait d'en prendre soin. Ils considèrent, pour certains, que cela relève uniquement du technicien. Être soigneux avec le matériel contribue aussi à une bientraitance des résidents. Tenant compte du fait que les utilisateurs sont multiples, il convient de responsabiliser chacun sur le fait que le bien collectif est sous la responsabilité de tous.

2.3 Des regards complémentaires

Le diagnostic ci-dessus est complété par deux regards complémentaires recueillis à partir de deux questionnaires, l'un adressé aux représentants des usagers au CVS et l'autre adressé aux professionnels de l'établissement en charge de l'accompagnement et des soins. Ces questionnaires et leurs résultats figurent en annexe. Je croise également mon *Jean-Yves QUINTEAU - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2017*

analyse avec les principales remarques qui ressortent de l'évaluation interne réalisée en 2015.

2.3.1 L'évaluation interne

L'évaluation interne, réalisée de mai à décembre 2015, a été finalisée au cours de l'année 2016. Au niveau des MFRS, cette démarche poursuivait deux objectifs :

- Soutenir le développement d'une culture transversale au sein du département médico-social ;
- Renforcer l'identité propre de la structure au sein du département médico-social.

Les MFRS souhaitaient engager une démarche porteuse de sens et pas seulement répondre à une commande réglementaire afin de s'inscrire dans la conformité.

Il s'agissait de faire d'une contrainte une opportunité, pour valoriser le travail réalisé auprès des usagers, accompagner les professionnels dans l'analyse critique et la remise en question de leurs pratiques professionnelles ; et s'inscrire dans une démarche créative au bénéfice des personnes accueillies.

Cette démarche a souligné les points sur lesquels l'établissement met en œuvre une réponse adaptée aux besoins des résidents, en conformité avec les différentes réglementations et recommandations et en phase avec les valeurs des MFRS.

Concernant les points d'amélioration, ils ont fait l'objet d'un recensement dont je reprends les principaux axes en lien avec ma problématique :

- L'absence du projet d'établissement ;
- Les outils de la loi 2002-2 sont à revisiter, les recommandations de l'Anesm sont insuffisamment intégrées par rapport à la vie quotidienne
- La faible coordination des équipes ;
- L'absence d'un dossier unique du résident ;
- L'accompagnement de la fin de vie et du décès qui reste soumis à des aléas du fait notamment que ces situations se présentant occasionnellement, il n'existe pas d'habitudes d'accompagnement ancrées dans les pratiques ;
- Les modalités de recrutement avec comme corollaires les fiches de poste, l'évaluation de la période d'essai et le livret d'accueil ;
- Le plan de formation et les entretiens professionnels existent mais sont à retravailler et à inscrire davantage dans une démarche prospective ;
- Le dispositif des réunions est à questionner et à retravailler.

Le changement récent de direction et la vacance de poste pendant plusieurs mois ont eu pour effet de ralentir les actions envisagées que je compte retravailler dans le plan d'action avec la promotion de la bientraitance.

Pour l'heure, l'établissement n'a pas encore connu d'évaluation externe. Celle-ci est prévue pour 2018 et mon travail de mémoire, plus particulièrement mon plan d'action, contribuera aussi à alimenter sa préparation.

2.3.2 Expression du Conseil de la Vie Sociale

Dans cette démarche de repérage des dysfonctionnements et des insatisfactions, de réduction des maltraitance passives et de promotion d'une dynamique de la bientraitance, j'ai jugé opportun et pertinent, en lien avec le département médico-social des MFRS et l'équipe cadre, de recueillir l'avis des représentants des usagers au sein du CVS.

Le recueil de l'avis du CVS a été réalisé au travers d'un questionnaire⁴² dont le résultat figure en annexe⁴³. Leur avis est représentatif d'une partie des usagers ou tout au moins des familles de ceux-ci. Ils s'inscrivent dans une dynamique critique et constructive au sujet de la qualité de l'accompagnement et repèrent des éléments qui peuvent échapper aux professionnels. De plus, la qualité des relations avec l'établissement, soutenues par l'ADIMCP, rend possible un travail d'échange qui expose les pratiques de la MAS à une remise en question, notamment au sujet des maltraitances passives et de la promotion de la bientraitance.

Les quatre représentants au CVS ont répondu à ce questionnaire. Les résultats soulignent une bonne qualité de l'accompagnement et recensent un certain nombre de points d'amélioration qui relèvent, selon moi, de maltraitances passives. Ces questionnaires ont fait l'objet d'un échange lors du CVS du 31 mai 2017 et ont été intégrés à l'action globale mise en œuvre pour promouvoir la dynamique de bientraitance.

Même si ces résultats sont à relativiser du fait du faible échantillon consulté, ils rejoignent des remarques formulées oralement par d'autres familles lors des projets personnalisés ou des rencontres avec la direction. Ils soulignent une difficulté de régularité, des déficits de formation, un problème d'effectif. De plus, il apparaît que la question du soin, qui est prioritaire, n'est pas toujours mise à sa juste place ou respectée, ce qui peut engendrer une gêne, voire des problèmes secondaires. Les représentants du CVS apprécient la souplesse de l'établissement au niveau du lien avec les familles et reconnaissent que la formation et l'expérience sont deux aspects importants pour un accompagnement de qualité.

Au niveau de la communication, il me parait important de retenir deux remarques spécifiques :

⁴² Annexe 3

⁴³ Annexe 4

- La qualité de prise en charge et la qualité d'empathie sont à améliorer pour les professionnels intérimaires ou temporaires ;
- Les informations dans le cahier de liaison lorsqu'il existe, sur demande des parents, sont très aléatoires malgré des demandes récurrentes, notamment lors du projet personnalisé.

2.3.3 Représentation des professionnels

Je ne pouvais concevoir un diagnostic de l'établissement sans recueillir de manière explicite le point de vue des professionnels. Tenant compte du fait que, selon moi, les manifestations de maltraitance passive s'expriment principalement dans l'accompagnement quotidien et les soins, j'ai fait le choix d'adresser ce questionnaire aux professionnels directement concernés par cette réalité. Je les ai interrogés sur leur perception de la maltraitance⁴⁴ passive et sur leurs propositions d'amélioration. Les résultats de ce questionnaire⁴⁵ seront utilisées dans le cadre du plan d'action à venir.

Un peu plus de 50% des professionnels concernés ont répondu au questionnaire de façon anonyme.

Les résultats obtenus témoignent d'une conception homogène au niveau de la nécessité de traiter la question de la bientraitance puisque 77% des salariés qui se sont exprimés estiment qu'il s'agit d'un sujet essentiel.

Concernant leur représentation de l'établissement sur ce sujet, les avis sont plus partagés. 15% considèrent la MAS le Champ Rond comme bientraitante, 50% la considèrent globalement bientraitante et surtout 35% pensent qu'elle est occasionnellement maltraitante.

Les raisons de ces maltraitances sont diverses et deux raisons principales sont soulignées : l'organisation institutionnelle et la complexité des résidants. La première raison est à mettre en rapport avec ce qui revient souvent dans l'expression des salariés :

- Un absentéisme important ;
- Des remplacements assurés par des professionnels peu ou pas formés ;
- Une disponibilité perçue comme insuffisante de la part de l'encadrement ;
- Des formations à renforcer ;
- Une communication interne à améliorer.

⁴⁴ Annexe 5

⁴⁵ Annexe 6

Ces éléments soulignent le besoin de cohérence, de cohésion et aussi de contrôle voire de sanction. Certaines réponses expriment explicitement une forme de laxisme de la part de la direction qui nécessiterait, selon eux, que des mesures soient prises pour garantir davantage de qualité dans l'accompagnement des résidents.

Si le manque de formation n'arrive qu'en cinquième position, il est souvent noté dans la rubrique « autre ».

L'ensemble de ces éléments va faire l'objet d'un travail sur le long terme avec les professionnels. Dans un premier temps, le résultat de ce questionnaire leur sera restitué oralement et par écrit. Dans un second temps, un travail thématique sera engagé avec eux et repris pour partie dans la troisième partie du travail de ce mémoire.

Le diagnostic réalisé et étayé par les questionnaires et l'évaluation interne font apparaître un certain nombre de besoins et d'améliorations à prendre en compte dans un processus de promotion d'une dynamique de bientraitance. Ce processus s'inscrit dans une perspective durable et ne se limite pas à des actions à court et moyen terme. Pour l'heure, je fais le choix de ne traiter qu'une partie des actions à mettre en œuvre. Ce choix est conduit à la fois par la temporalité et la faisabilité des opérations à mener pour pouvoir en rendre compte. J'ai organisé mes actions en privilégiant en premier lieu ce qui est le plus important et en second lieu la notion d'urgence. Au vu de la situation de l'établissement, il y a davantage de situations importantes à traiter que d'urgences laissées en souffrance.

Je fais le choix de centrer prioritairement mon action sur l'établissement sans pour autant négliger le travail en réseau et en partenariat. Les dimensions de travail et de réflexion avec l'ADIMCP et le département médico-social des MFRS constituent une ouverture constante vers l'extérieur de l'établissement. De plus, le partenariat fort existant avec un des centres de formation en travail social constitue également une dimension d'ouverture propice à un regard critique sur la manière dont la MAS Le Champ Rond va promouvoir une dynamique de bientraitance.

3 DE L'ETHIQUE A L'OPERATIONNEL : LA BIENTRAITANCE AU QUOTIDIEN

Si la bientraitance est une posture éthique, je veux l'incarner dans une dimension opérationnelle au sein de la MAS Le Champ Rond. L'analyse de l'établissement, confrontée à une vision partagée de la bientraitance, nous conduit à engager un processus de changement afin de promouvoir une dynamique au service du résident. Ce projet s'inscrit pour moi dans la durée et ne se limitera pas au plan d'action que je vais développer ci-après. Il s'appuie sur des axes stratégiques et sur des dispositifs opérationnels.

Ce travail prend son origine dans le diagnostic de l'établissement engagé depuis ma prise de poste et débute au mois de mai 2017. Il se déploie dans le cadre de l'échéance de l'évaluation externe dont la date est prévue en juin 2018 selon le calendrier validé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Il participe d'une dimension collective avec en premier lieu l'équipe cadre, les professionnels de l'établissement et le département médico-social des MFRS. Les résidents sont au cœur de ce projet et sont associés à la démarche, principalement à travers leurs représentants au CVS.

Les axes de ce plan d'action partent d'un socle commun pour en développer des ramifications. Pour chacun des axes de travail, je développerai les modalités de conduite des actions, le calendrier de mise en œuvre, les outils spécifiques développés, les acteurs. L'évaluation fera l'objet d'un développement spécifique.

3.1 Les axes de travail à mettre en œuvre

Le résident est la raison principale pour laquelle je veux promouvoir au sein de la MAS Le Champ Rond une dynamique de bientraitance. Il s'agit pour moi d'une part d'améliorer l'existant afin que le résident soit davantage au cœur de ce qui le concerne et de ce qui est élaboré et organisé pour lui, et si possible avec lui, et d'autre part de répondre encore mieux à ses besoins et à ses attentes.

Cela passe en premier lieu par un travail autour du projet d'établissement qui constitue un socle commun portant les perspectives et les valeurs de l'institution et de l'accompagnement.

Il apparaît un déficit de coordination et de cohésion. Cette dimension est portée par le CDS et doit, selon moi, s'articuler également autour d'une interface à faire vivre au niveau des unités. Ainsi un axe traitant de la coordination des unités et de la référence des soins est à prendre en compte et à traiter. Parallèlement, je développerai la notion de référent avec le projet personnalisé du résident.

Dans le même temps, la question du sens de l'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées, la réflexion autour des pratiques professionnelles et les apports cliniques contribuent tout à la fois à renforcer la professionnalisation des acteurs, à soutenir la cohésion des équipes et à structurer la cohérence des interventions. J'ai souligné l'importance de cette cohérence et les nombreuses situations où des incohérences voire des divergences peuvent apparaître. Ainsi, le travail autour des espaces de régulation, leur structuration et l'objectif des différentes réunions doit permettre de soutenir la bientraitance, d'orienter les pratiques vers un accompagnement adapté et d'introduire de la pensée dans le travail quotidien. En corollaire de cette question, la place des rééducateurs sera également abordée pour optimiser leur temps de présence auprès des résidents.

Il est apparu à de nombreux moments du diagnostic un déficit au niveau de la communication avec les résidents. Cela est renforcé par une connaissance insuffisamment partagée des besoins, envies et capacités des résidents. De ce fait, ce que je nomme le passeport de communication, document qui recense les habitudes, besoins et axes d'accompagnement du résident, pourra constituer un répertoire pour tout professionnel et sera enrichi au fur et à mesure de l'accompagnement.

J'ai souligné l'importance de la nutrition et de l'alimentation et les risques que cela représente pour le bien-être et la santé du résident. Un travail autour de cette question est, selon moi, un axe à prendre en compte dans une dynamique de bientraitance pour une MAS accueillant des personnes adultes polyhandicapées. Ce travail sera conduit bien évidemment avec l'équipe de cuisine et aussi avec tous les acteurs du soin qui peuvent enrichir le travail autour d'une alimentation plus adaptée aux besoins des résidents.

Le diagnostic de l'établissement fait apparaître d'autres axes à travailler comme, notamment, les fiches de postes, l'absentéisme ou encore le traitement des événements indésirables. Sans négliger ces aspects et tenant compte du fait que dans le cadre de ce mémoire je ne peux pas traiter l'intégralité des axes d'amélioration, je retiens ces aspects et les travaillerai avec l'équipe cadre dans les mois à venir. Toutefois, les actions que nous allons mettre en œuvre contribueront également à agir sur l'absentéisme et les événements indésirables du fait qu'ils participeront à une amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Enfin, je ne traiterai pas dans ce mémoire d'une partie spécifique sur la formation professionnelle. Pour autant, cette dimension sera présente en filigrane ou de manière plus explicite dans nombre des actions que je vais mener. De plus, elle est déjà prise en compte partiellement par l'établissement et le département médico-social des MFRS.

3.1.1 Le projet d'établissement : socle commun de la bientraitance

J'ai pu repérer qu'un des facteurs générant des maltraitances passives était lié à l'absence de repère commun et au manque de culture commune. Ainsi le projet d'établissement est pour moi le socle premier de ce qui fonde tous les axes de travail, c'est le support qui développe les perspectives et promeut les valeurs. Complémentairement de l'autorisation délivrée à la MAS, il est l'outil fédérateur de l'accompagnement.

Promouvoir la bientraitance est pour moi le socle du projet d'établissement afin de disposer d'une culture commune. Cet aspect ne se suffit pas à lui-même et au-delà de la rédaction d'un document de référence, il me faut veiller à ce que les différentes dimensions de la vie de la MAS et les différents services se sentent concernés par ce projet.

La loi 2002-2 fait obligation aux établissements médico-sociaux de disposer d'un projet d'établissement présenté aux différentes instances dont le CVS. Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 reprend cette exigence. À ce jour, la MAS Le Champ Rond ne dispose pas de projet d'établissement formalisé. Pour autant, je ne souhaite pas me limiter à une mise en conformité. En effet, il est pour moi prioritaire de débiter par ce sujet d'une part parce que ce document n'est pas formalisé et d'autre part parce que je souhaite que rapidement nous puissions disposer d'un écrit socle servant à soutenir des valeurs communes. Il est important pour moi que le projet d'établissement ne soit pas l'affaire que de quelques-uns même si tout le personnel ne peut pas raisonnablement être acteur de sa rédaction. Je rejoins dans cette vision des choses la position de Daniel Brandého à savoir : « *Le projet doit être construit par tous et doit recueillir l'adhésion de tous.* »⁴⁶

Tenant compte de la nécessité pour moi que la bientraitance figure de manière explicite et transversale dans ce projet d'établissement, j'ai proposé au département médico-social des MFRS de rajouter à la trame déjà existante et commune à nos établissements un chapitre sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitances.

Il est pour moi indispensable, qu'une fois formalisé, le projet d'établissement ne reste pas lettre morte et que régulièrement il soit repris pour être continuellement intégré. Il est important que le projet d'établissement fasse l'objet d'une veille continue et d'un rappel régulier dans les différentes instances de l'établissement. Pour cela, je vais proposer au COPIL, constitué pour la conduite de ce projet, de continuer de se réunir environ deux à trois fois par an pour évaluer l'état d'appropriation du projet d'établissement. Ce comité pourra également proposer toute mesure qu'il jugera souhaitable pour contribuer à une culture commune, partagée et appropriée. J'envisage également de faire régulièrement

⁴⁶ BRANDEHO D., 2017, *Usure dans l'institution*, 3^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p.245

référence à ce projet notamment lors de l'accueil et de l'intégration d'un nouveau professionnel.

3.1.2 Les coordinations et les réunions : penser la bientraitance

La coordination apparaît comme un point faible de notre organisation. À ce jour, la notion de référent est également floue. Cela contribue à un manque de cohérence au niveau de l'accompagnement ainsi que dans la qualité des soins et favorise l'existence de maltraitements passives.

Penser la coordination, les références et une meilleure articulation entre les différents services contribuera à une meilleure qualité de l'accompagnement et de ce fait à une bientraitance plus importante. Cet axe de travail est pour moi tout aussi important que ce qui relève du projet d'établissement car il constitue aussi un socle pour la dynamique que je souhaite promouvoir.

À la MAS le Champ Rond, la notion de coordination concerne cinq postes, un pour chaque unité de vie et un pour le PAJ. Les coordonnateurs seront sous la responsabilité hiérarchique du CDS. Leur statut sera celui d'un salarié non cadre. Je fais le choix de retenir comme base de référence le profil des ES. Toutefois, tenant compte qu'aujourd'hui je dispose de quatre ES au sein de l'établissement, une coordination sera assurée temporairement par un ME. En effet, un poste en CDI est occupé par un ME. Une évolution possible sera de permettre à ce professionnel d'évoluer vers une qualification d'ES dans le cadre d'une VAE et de l'accompagner pour acquérir les compétences requises pour les fonctions exercées. Cela passera par des temps de formations spécifiques inscrites au plan de formation annuel.

De plus, il est pour moi indispensable que ces postes soient établis sur la base d'un temps plein afin de permettre aux coordonnateurs d'exercer leurs missions tout en contribuant à l'accompagnement quotidien. Leurs missions seront déclinées dans le cadre d'une fiche spécifique basée sur le référentiel professionnel des ES et portant sur quatre axes principaux :

- Dynamique institutionnelle ;
- Conduite des projets ;
- Communication ;
- Accompagnement éducatif.

Dans le même temps et afin d'améliorer la qualité des soins, j'ai souhaité que nous développons une référence soin. Celle-ci reposera sur une aide-soignante par unité de vie et renforcera le lien avec la RQS. L'objectif de ces références est d'améliorer l'interface entre les IDE et les unités, de disposer d'une meilleure attention aux besoins somatiques des résidents, et de décliner de manière plus adaptée l'accompagnement des soins. Cette

nouvelle fonction se mettra en place au mois d'octobre 2017. Ces professionnels se réuniront régulièrement pour traiter les questions qui se posent et renforcer une culture commune du soin. C'est la RQS qui animera ces rencontres. Le contenu de ce qui sera travaillé fera l'objet d'un point régulier avec le directeur.

Les rééducateurs représentent pour l'établissement des personnes ressources dont nous n'utilisons pas tout le potentiel. J'ai souligné le temps important passé en réunions pour ces professionnels et je vais réorienter progressivement leur temps de travail au service des résidents et secondairement à l'appui des professionnels des unités pour accompagner les positionnements, renforcer l'accompagnement à la marche et soutenir les temps de repas. Pour cela, je vais réunir, deux à trois fois, les rééducateurs pour travailler avec eux le sens de leur intervention, repérer les besoins des résidents et les conduire à une prise de conscience qu'aujourd'hui nous avons une perte d'efficacité par rapport à leur temps de travail. Je souhaite les amener à adhérer au fait que leur présence en réunion est importante mais pas systématique et pas de manière massive. De plus, je souhaite qu'un projet de l'équipe des rééducateurs précisant le sens de leurs interventions, leurs outils et leurs perspectives de travail soit élaboré dans les mois qui viennent. J'ai déjà repéré qu'ils étaient en questionnement à ce sujet et je pense que ce changement et cette perspective seront assez aisés. En contrepartie, afin de leur permettre de disposer d'un peu plus de temps de réflexion, je vais augmenter, dans un premier temps, le nombre de séances d'analyse de la pratique en passant de 4 à 6. À défaut, si je rencontrais une résistance, j'imposerais cette nouvelle répartition entre réunion et prise en charge qui pour moi est un élément important pour les résidents. Au final, les rééducateurs passeront de trois heures quarante-cinq minutes de réunions par semaine à deux heures. Dans le même temps, ils disposeront de neuf heures d'analyse de la pratique sur l'année au lieu des six heures actuelles. Le financement de ces heures supplémentaires est rendu possible par le fait que je dispose d'une petite marge budgétaire dans la ligne consacrée à cette action.

Parallèlement, j'engage un travail et une réforme globale des temps de réunions en travaillant prioritairement sur le sens de celles-ci et secondairement sur leur organisation. Ce choix repose sur le fait que les professionnels des unités disposent de peu de temps de réflexion et qu'accompagner des personnes au handicap complexe nécessite de prendre du recul, de confronter les points de vue, de réfléchir ensemble et de partager la charge mentale que cela représente. Je souhaite que les unités travaillent davantage en quantité et en qualité avec le CDS, car actuellement le CDS ne dispose d'aucun temps de travail seul avec les équipes. Cela est préjudiciable tant au management quotidien qu'au travail sur la cohérence et la cohésion des équipes. Il m'apparaît nécessaire que des temps spécifiques existent et qu'ils soient suffisamment fréquents pour être opérants. Ainsi, nous allons passer d'une réunion de deux heures par mois et par unité à une réunion de deux

heures tous les quinze jours dont une heure pour le CDS et l'unité. Cela est rendu possible par l'annualisation et la modulation du temps de travail. En effet, je dispose d'une marge de manœuvre dans l'organisation du temps de travail qui me permet de réorganiser une partie des heures de travail des professionnels. Ce changement représente au global un maximum de douze heures par professionnel des unités et par an, ce qui est tout à fait absorbable. Ces réunions d'une heure avec le CDS auront plusieurs objectifs :

- Contribuer à une meilleure articulation des professionnels ;
- Aider à la régulation de l'équipe ;
- Interroger le sens de l'accompagnement ;
- Répondre de manière plus fine aux besoins des résidents.

Le CDS aura la responsabilité d'orienter le contenu de ces réunions en fonction des besoins spécifiques de chaque unité.

Dans le même temps, je veux développer les temps de réunions cliniques animées par le psychologue pour les professionnels des unités. Ces temps de travail contribueront à davantage de pensée dans l'accompagnement et à donner du sens à ce qui est proposé, contribuant ainsi à davantage de bien-être. Ils seront l'occasion d'aborder de manière plus approfondie les besoins et capacités des résidents. Aujourd'hui ces temps de travail existent mais de manière occasionnelle et le plus souvent lors de situation de crise des équipes. Il est pour moi important de permettre aux professionnels de disposer d'éléments de compréhension des besoins du public accueilli et de pouvoir repérer ce qui peut faire problème afin de prévenir et d'anticiper les difficultés sources de maltraitances passives. Ces réunions cliniques d'une durée d'une heure auront un rythme mensuel. Elles seront inscrites dans le prolongement des réunions d'unités et pourront le cas échéant intégrer la présence du CDS. La marge de manœuvre évoquée plus haut permettra d'intégrer cette nouvelle organisation dans le cadre de l'horaire annualisé des professionnels des unités.

D'autre part, l'analyse des pratiques sera maintenue pour l'heure selon le format actuel, c'est-à-dire six séances par an et par unité et dans le même temps j'augmenterai celles des éducateurs comme précisé plus haut. Les IDE et les équipes de nuit continueront de bénéficier de ces séances. Je ne dispose pas des moyens budgétaires suffisant pour augmenter le nombre de séances pour tous les professionnels malgré un besoin repéré. Au printemps 2018, nous réaliserons une évaluation de ce qui est proposé et réfléchirons en équipe cadre aux besoins qu'il faudrait soutenir. Ces séances sont indispensables pour traiter ce que fait vivre l'accompagnement quotidien de personnes adultes polyhandicapées et prévenir la maltraitance.

Enfin, je souhaite également, comme je l'ai fait quelque temps après mon arrivée, organiser une à deux fois par an une réunion institutionnelle. Ces temps collectifs contribuent à la

culture commune et permettent de soutenir la dynamique de bienveillance que je veux promouvoir. En effet, ces réunions sont tout autant l'occasion d'information collective, de sensibilisation aux valeurs de l'établissement et d'une réflexion collective, y compris avec les métiers logistiques. Il est pour moi important que tout professionnel de l'établissement, quel que soit son rôle et son ancienneté, participe régulièrement à des temps de travail collégial qui renforcent également l'identité professionnelle.

3.1.3 Le projet personnalisé

Le projet personnalisé existe déjà mais il est pour moi insuffisamment utilisé comme outil d'accompagnement et comme levier de promotion de la bienveillance. En effet, le constat est fait d'un très fort investissement au moment de sa formalisation puis d'un quasi oubli durant plusieurs mois pour enfin le ressortir au moment de son renouvellement. Le projet personnalisé ne doit pas se limiter à un écrit aussi élaboré soit-il mais doit être le fil rouge de l'accompagnement.

Il repose tout autant sur la préoccupation de l'établissement que de l'entourage et doit faire l'objet d'évaluations régulières. Le nouveau dispositif de réunion contribuera à cette évaluation une à deux fois par an, tenant compte du fait que les unités disposeront de davantage de temps. Pour cela, il convient également que ce projet soit porté, au sein de l'équipe, par une ou plusieurs personnes. C'est en premier lieu l'un des rôles des coordonnateurs qui veilleront à ce que ce projet soit connu de l'ensemble des professionnels des unités et qu'il soit mis en œuvre. Chaque unité dispose déjà d'une demi-heure hebdomadaire de réunions internes. Celles-ci seront maintenues et animées par les coordonnateurs. Ce sera un moment possible pour évoquer les ajustements nécessaires ou les questions que peuvent poser tel ou tel projet personnalisé. Cela sera ensuite repris lors des réunions d'unités.

En complément des coordonnateurs, il m'apparaît nécessaire de formaliser une référence au niveau des résidents. Celle-ci, semblable à celle que l'on trouve dans nombre d'établissements, portera essentiellement sur le suivi et le soutien au projet personnalisé. Ainsi chaque professionnel, hors coordonnateur et maîtresse de maison, sera référent d'un à deux résidents. Il veillera avec le coordonnateur à la mise en place du projet, à son ajustement et à son évaluation. Il aura le souci du résident et sera attentif à sa qualité de vie et au lien avec son entourage. Sans référent, il est difficile qu'une équipe s'approprie et se préoccupe de l'ensemble des projets personnalisés.

Par ailleurs, je souhaite retravailler la forme des projets personnalisés. Ce travail qui s'inscrira dans une réflexion avec l'équipe cadre puis avec les coordonnateurs, pour être au final présenté aux équipes, visera à réfléchir au contenu des objectifs d'accompagnement, à leur adéquation avec les besoins des résidents et à leur

formalisation. Aujourd'hui, évaluation et objectifs sont mêlés au sein du projet et sont discutés sans discrimination avec l'entourage. Il est, pour moi, souhaitable et nécessaire que nous présentions au résidant et à son entourage l'évaluation que nous faisons de l'accompagnement réalisé entre deux projets et que nous discutons des axes d'accompagnement à venir. Cela doit se traduire par deux écrits différents : l'un plus narratif relatant ce qui a été vécu, mis en œuvre voire oublié et l'autre plus opérationnel présentant les axes d'accompagnement et les moyens à mettre en œuvre. Ce second document doit aussi permettre l'expression du résidant et de son entourage. Non contractuel, il engage cependant la MAS dans un projet partagé. La rédaction de ces deux documents sera portée par le coordonnateur et le référent, étayée par les différents intervenants et validée par le CDS. Ce seront les axes d'accompagnement qui feront l'objet d'une attention soutenue de la part du référent et qui feront l'objet, le cas échéant, d'un ajustement.

3.1.4 Le passeport de communication : mieux connaître pour mieux accompagner

Le passeport de communication s'apparente à une fiche synthétique recensant les éléments essentiels et incontournables pour un accompagnement adapté du résidant. C'est pour moi un axe important d'un accompagnement bientraitant pour limiter les aléas liés aux changements de professionnels.

Le passeport de communication recense les goûts, les habitudes, les besoins, les peurs du résidant et l'ensemble des précautions nécessaires pour ne pas le blesser physiquement et psychiquement. Il est aussi un outil pour connaître et comprendre les modalités de communication avec le résidant. Ainsi, d'une certaine manière, il est la parole du résidant. Pour autant, je constate que cette parole est encore relativement mal écoutée dans la mesure où elle repose sur une dimension exclusivement verbale.

Construit en équipe, validé par l'encadrement, il intègre le regard de l'entourage et quand cela est possible, l'expression du résidant lui-même.

Il se présente sous la forme d'une fiche avec différentes rubriques reprenant les temps du quotidien : toilette, habillement, change, élimination, alimentation, prothèses, etc., les modalités de communication, les goûts de la personne, ses habitudes personnelles et ce qui peut la mettre en difficulté.

Cet outil sera actualisé régulièrement et devra être porté par le référent. Il s'articulera sur la fonction de coordination de l'équipe.

Il a existé par le passé et il manque aujourd'hui pour soutenir un accompagnement cohérent et une certaine cohésion d'équipe. Il est de plus indispensable pour les nombreux remplaçants qui ne connaissent pas l'établissement et encore moins ses résidants.

Ce travail de rénovation du passeport de communication représente pour moi une urgence à trouver des axes communs et partagés. Ce travail nous conduira ultérieurement à nous interroger sur les supports et les outils de communication possibles pour mieux comprendre les résidents accueillis. Des méthodes existent et sont déployées dans d'autres établissements pour enfants et pour adultes. Dans le second semestre 2018, j'envisage d'explorer, avec des professionnels volontaires, ce qui existe sur le plan des outils de communication et des modalités spécifiques pour des personnes polyhandicapées, y compris en allant visiter d'autres établissements. Dès le mois de novembre 2017, nous proposerons un temps de réflexion avec un intervenant pour sensibiliser l'établissement à d'autres manières de communiquer avec les résidents. Ce travail sera soutenu et accompagné par le psychologue. Nous ne disposons pas d'orthophoniste au sein de l'établissement mais je solliciterai un professionnel extérieur pour nous accompagner dans cet axe de travail sous la forme de vacations ponctuelles payées à l'acte.

3.1.5 L'alimentation, bien nourrir pour être bientraitant

J'ai souligné dans le diagnostic l'importance de l'alimentation et de la nutrition pour des personnes polyhandicapées. Se nourrir est une dimension essentielle du soin et la qualité tant nutritive que gustative représente un élément fort des personnes adultes polyhandicapées. Même les résidents sous gastrostomie conservent pour beaucoup le droit à une alimentation plaisir par voie orale. De plus, la qualité de l'alimentation a des conséquences sur le transit, les accidents pulmonaires en cas de fausse route, et la capacité physique.

Les établissements des Prairies de Belledonne disposent d'une cuisine centrale implantée au sein de la MAS Le Champ Rond. Cette cuisine existe depuis l'origine et a subi quelques évolutions au cours des années surtout en terme d'aménagement. Elle apporte aujourd'hui une réponse hétérogène et insatisfaisante sur le plan de la qualité. Des remarques de plus en plus nombreuses émanent des familles et des professionnels, soulignant que ce qui est proposé ne correspond pas toujours au public accueilli.

En lien avec le département médico-social des MFRS et ma collègue directrice de l'autre MAS, nous avons décidé d'engager un changement que nous voulons important à ce niveau-là. Ce changement s'appuiera sur un audit avec un consultant externe. Cet audit vise tout à la fois à évaluer le respect des normes, l'efficacité de l'organisation et surtout la qualité de ce qui est produit. Cet audit constituera un point de départ pour travailler avec l'équipe de cuisine et un consultant sur nos marges de progression. Tenant compte du fait que, pour nous, il s'agit d'une dimension première de la bientraitance des résidents, nous exprimons une exigence forte en direction des professionnels. Il sera nécessaire que l'ensemble de l'équipe de cuisine aille dans le même sens, faute de quoi nous prendrons

les décisions nécessaires à une amélioration, y compris en envisageant une externalisation de cette prestation avec un cahier des charges adapté.

Ce qui est pour l'heure prioritaire, c'est de renforcer la notion de plaisir à manger, de développer les odeurs, le goût, la vue de ce qui est proposé aux résidants tout en renforçant le respect des normes Hazards Analysis Critical Control Point (HACCP).

3.2 Le pilotage du plan d'action

Le pilotage du plan d'action comprend mon mode de management du projet présenté, l'articulation avec les différents acteurs et la communication mise en œuvre pour expliquer et soutenir la démarche.

Dès mon arrivée au sein de l'établissement, j'ai adressé un courrier d'une part à l'ensemble du personnel et d'autre part aux familles pour leur exposer ma manière d'accompagner cet établissement. Dans le prolongement de ce courrier, j'ai organisé le 4 avril 2017, avec l'équipe cadre et la conseillère technique du département médico-social des MFRS une réunion institutionnelle. L'objectif de cette rencontre était triple :

- Partager mon analyse de la MAS en reprenant les points forts et les axes à améliorer ;
- Faire un état des lieux des axes de travail déjà mis en œuvre depuis l'évaluation interne ;
- Définir les perspectives de travail pour l'année 2017.

Dans le cadre de cette réunion institutionnelle, j'ai présenté les cinq axes de mon plan d'action et échangé avec les professionnels sur ces perspectives.

3.2.1 Mes stratégies de management

La réunion institutionnelle qui a, d'une certaine manière, inauguré mon pilotage de l'établissement et ma conduite du changement a été à mon initiative. Il était indispensable pour moi de débiter par un temps commun à l'ensemble de l'établissement. J'ai préparé cette réunion avec l'ensemble de l'équipe cadre et avec l'appui de la conseillère technique des MFRS. Je souhaitais signifier que ce travail était une préoccupation partagée et que je ne prenais pas mes décisions seul. Je positionnais dans cette réunion l'ensemble de l'équipe cadre et particulièrement le CDS, tant sur le plan symbolique que dans le cadre de l'animation de cette rencontre. Je voulais également expliquer la place importante que représentait la bienveillance dans la MAS que je dirige. Nous nous sommes adressés à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Par la suite, j'ai rédigé une feuille de route présentant à l'équipe cadre l'ensemble des axes de travail pour le deuxième semestre 2017. Ce document, qui a fait l'objet d'un échange et d'un ajustement en équipe cadre au début du mois de juin 2017, visait à définir à la fois le

contenu, le calendrier et les rôles de chacun, notamment des pilotes des différentes thématiques. Ces pilotes disposent de toute latitude dans la méthodologie de travail, la fréquence des réunions de travail, la composition du groupe mais doivent s'inscrire dans le calendrier global et soumettre les décisions à la validation de l'équipe cadre ou de la direction.

A) Le projet d'établissement

Pour le travail concernant le projet d'établissement, je suis parti de la trame déjà développée par le département médico-social des MFRS et m'appuierai sur les écrits déjà produits au sein de l'établissement. À l'issue de la réunion institutionnelle, j'ai proposé la constitution d'un COPIL composé de l'équipe cadre et d'un représentant de chaque métier ou chaque secteur : un des unités, un des soins, un des services logistiques et un du secteur administratif. La participation au COPIL est basée sur le volontariat car je souhaite que la participation à ce travail relève, en partie, d'une motivation personnelle. Pour autant, si je ne dispose pas du nombre de personnes suffisant, je solliciterai individuellement des professionnels que je repère comme pouvant apporter leur contribution à ce travail ou exprimant quelques résistances. Ces derniers pourraient apporter un regard critique sur ce travail.

Parallèlement, j'ai souhaité que les différents membres du COPIL puissent s'approprier la démarche, définir les valeurs communes de l'établissement afin de les décliner dans les différents axes d'accompagnement des résidents et saisir l'enjeu de ce projet, dans le prolongement de ce que j'avais déjà présenté lors de la réunion institutionnelle.

Dans un deuxième temps, des groupes de travail, constitués également sur la base du volontariat et animés par un membre du COPIL appartenant à l'équipe cadre, ont été mis en place afin de travailler les grands aspects du projet d'établissement : les valeurs, l'accueil et l'admission, les soins, l'accompagnement quotidien, la dimension sociale, le travail d'équipe, la formation et la réflexion au sein de l'établissement, le travail avec les familles, les partenaires, l'accompagnement de fin de vie. Un groupe de travail spécifique sur la thématique de la bientraitance se réunira à l'issue des productions des différents groupes afin de permettre que cette thématique soit effectivement présente à la fois dans les différentes rubriques du projet d'établissement et aussi de manière spécifique dans un chapitre de ce même projet. Ce groupe de travail aura à terme la charge d'assurer une veille institutionnelle sur la bientraitance et être force de proposition pour des améliorations à venir.

Des éléments plus généraux relevant de l'histoire, de la présentation de l'organisme gestionnaire et de ses valeurs, de la typologie des personnes accueillies sont travaillés et rédigés par les membres de l'équipe cadre et par la conseillère technique. Celle-ci assure

également la cohérence globale du document écrit et notamment la reprise des productions des groupes de travail.

B) Les coordinations et les réunions

Coordinations, références et réunions sont étroitement liées.

Pour conduire cet axe de travail, j'ai débuté une réflexion avec le CDS sur notre vision respective de la coordination, des références et sur notre représentation propre du sens et de l'articulation des réunions. Je souhaitais positionner le CDS comme acteur prioritaire de cette réflexion et de manière différenciée au sein de l'équipe cadre puisqu'il est un des acteurs principaux de ce nouveau dispositif. Dans le même temps, je voulais partager ma vision de cette question de l'établissement afin de ne pas conduire seul le changement.

Concernant la coordination, j'ai rédigé une note de présentation sur laquelle nous avons travaillé et que nous avons amendée. Pour les réunions, nous avons défini ce qui nous paraissait être les points incontournables à soutenir dans le cadre d'un nouveau dispositif. Ces points portent sur le sens des réunions, la différenciation des espaces et des acteurs, le rôle de l'animateur, la préparation et le suivi des décisions.

Le deuxième temps de ce travail concerne l'équipe cadre. Ce travail se déroulera au sein des réunions hebdomadaires où une partie du temps sera consacrée aux questions d'actualité et une autre au travail thématique, d'une part sur les réunions et d'autre part sur la coordination des unités.

Pour les références soins, je vais travailler d'abord avec la RQS, puis avec l'équipe cadre. Ce travail se mettra en place en parallèle de celui concernant la coordination des unités. De même, le travail sur la référence au sein des unités se fera avec le CDS et les unités à partir d'une fiche descriptive des attentes de cette fonction.

L'ensemble des thématiques fera ensuite l'objet de réunions soit avec les unités, soit avec les futurs coordonnateurs, soit avec les acteurs du soin. Il s'agira de travailler avec eux, à partir d'une ébauche avancée des différents sujets, sur leurs visions, les difficultés qu'ils repèrent et le calendrier de mise en œuvre. Ma démarche à ce sujet se veut partiellement participative car je souhaite véritablement décliner la vision de la direction en ce sens.

Nous ne partons pas de rien et il est important et non urgent que ce nouveau processus se mette en place. Aussi, s'il s'avère nécessaire pour lever quelques résistances (questions sur la légitimité des coordonnateurs, rivalités entre leadership naturel et leadership institué, force des habitudes et résistance au changement) de prendre un peu plus de temps, cela ne me paraît pas préjudiciable. Mon objectif est que les unités de vie aient un temps de réunion plus important, qu'elles disposent d'un temps de travail spécifique avec le CDS et que nous puissions identifier plus clairement la fonction de chaque réunion. En ce sens, il

n'est pas nécessaire que l'équipe cadre participe à un grand nombre de réunions comme c'est le cas aujourd'hui. Il faut que nous trouvions davantage de pertinence à notre place.

Pour ces quatre actions, il est important de rappeler à chaque fois, aussi bien avec les cadres qu'avec les équipes, que ce qui est attendu d'une manière globale c'est davantage de cohérence et des temps de réflexion supplémentaires.

C) Le projet personnalisé

Il est indispensable que les projets personnalisés soient investis par l'ensemble des professionnels des unités et également par les professionnels des soins. Il est tout aussi important que le projet personnalisé ne se limite pas à l'élaboration d'un écrit, aussi pertinent soit-il. Je souhaite engager un travail en profondeur, et dans la durée, à ce sujet. Avec le CDS nous partageons la même préoccupation concernant l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet personnalisé. Cette démarche repose sur plusieurs acteurs qui doivent travailler ensemble.

Dans un premier temps, nous allons réaliser une analyse de l'existant en partant des points forts et des points faibles et en organisant une petite formation interne sur les attendus et les outils du projet personnalisé. Le CDS sera le maître d'œuvre de ce travail et prendra appui sur les coordonnateurs.

Dans un deuxième temps, nous élaborerons une fiche guide au sujet du projet personnalisé en identifiant et en présentant :

- Les étapes ;
- Les acteurs ;
- Les outils ;
- La place du résident.

Dans un troisième temps, nous mettrons en œuvre la nouvelle méthodologie après l'avoir présentée aux équipes et au CVS. Cette mise en œuvre fera l'objet d'une évaluation et d'ajustements éventuels au bout d'une période d'un an.

D) Le passeport de communication

Pour impulser la mise à jour de cet outil, je m'appuie sur les nombreuses remarques faites par les unités lors des réunions mensuelles. En effet, il apparaît de manière récurrente le besoin de disposer d'un outil interne à l'unité qui permette d'accompagner au quotidien les résidents en tenant compte de leurs besoins et de leurs goûts. Je vais lors des réunions d'unités demander au CDS d'expliquer la méthodologie de travail qui sera à déployer. Nous partirons du support existant et, dans le cas où ceux-ci existent déjà, des passeports déjà réalisés.

Afin de mettre en œuvre les passeports de communication, nous allons, dans un premier temps, nous appuyer sur la dynamique de chaque équipe. Le rôle des coordonnateurs sera essentiel car ils auront en charge d'animer ce travail au sein de leur équipe avec le CDS. L'objectif sera pour chaque unité de mettre à jour progressivement un passeport de communication. Il est important qu'un regard extérieur soit porté sur ce qui est écrit à la fois par le médecin, la RQS, le psychologue et le CDS avant toute diffusion. En effet, ce document présente les besoins des résidents afin qu'ils soient intégrés et pris en compte par tout professionnel intervenant au sein de l'unité. Il est important aussi que la connaissance qu'a la famille puisse contribuer à enrichir l'accompagnement de son parent. Un travail d'ajustement se poursuivra de façon continue puisque pour être pertinent, cet outil doit sans cesse être actualisé. C'est le CDS qui, au final, sera le garant de cette mise à jour avec les coordonnateurs et les référents. Il sera important de faire preuve de réactivité et d'articuler cet outil au projet personnalisé et à tout événement ou information (changement d'habitude, perte d'autonomie, problème de santé, etc.) qui nécessitera d'être intégré de manière permanente à l'accompagnement.

E) L'alimentation

Partant du constat partagé qu'aujourd'hui ce qui est mis en œuvre par l'équipe cuisine ne répond plus aux besoins des résidents et que des non-conformités ont été relevées par la Direction Départementale de la Protection des Populations de l'Isère (DDPP38), le directeur du département médico-social et moi-même avons réuni en urgence l'équipe de cuisine au mois de mai 2017. Cette situation relève pour nous à la fois d'une insatisfaction et surtout d'une forme de maltraitance, car ce qui est proposé est parfois inadapté pour les résidents (menus amenant des constipations nécessitant des traitements laxatifs, plats non consommés conduisant à des compléments alimentaires coûteux, etc.)

Le chef de cuisine avait été préalablement rencontré pour échanger avec lui sur sa perception des repas produits et pour mesurer les décalages entre notre perception et sa représentation. Ce professionnel est le premier point d'appui de notre démarche qui repose sur un engagement de tous. Forts de nos différents constats, nous avons dans un premier temps voulu obtenir une représentation la plus fidèle possible de la situation en commandant un audit externe. En effet, notre expertise étant limitée, nous avons besoin du regard de spécialistes pour nous accompagner dans cette démarche. L'objectif second est de repérer les axes d'amélioration à envisager tant sur le plan des normes HACCP que de la qualité gustative et nutritive.

Une fois l'audit réalisé, nous déterminerons un plan d'action qui sera communiqué et partagé avec l'équipe de cuisine et en premier lieu avec le chef de cuisine. Ce plan d'action

sera également transmis à la DDPP 38 pour démontrer notre engagement dans le changement que celle-ci nous demande également.

Dans un premier temps, j'accompagne de manière importante les professionnels concernés, notamment en tenant des réunions régulières d'information et d'échange pour conduire le changement. Un travail étroit est mené avec le chef de cuisine que je rencontre toutes les semaines pour faire un point sur l'état d'esprit de l'équipe, les avancées, les difficultés et les solutions à mettre en œuvre. Cela se traduit également, dans cette phase de transformation, par des réunions animées conjointement par les deux directeurs des établissements des Prairies de Belledonnes avec l'ensemble des professionnels de l'équipe de cuisine.

Dans un second temps, une fois que de nouvelles bases commenceront à être posées, nous mettrons en place une nouvelle commission d'alimentation associant le chef de cuisine et son second, l'IDE diététicienne, un médecin et les deux directeurs. Cette commission traitera tout autant du plan alimentaire, des goûts des résidents et des retours sur la qualité de ce qui est servi. Il sera important de valoriser ce qui est amélioré.

Ultérieurement nous travaillerons sur l'organisation de la cuisine et sur les horaires des repas. En effet, aujourd'hui notre organisation, à tous les niveaux, vise principalement la satisfaction des souhaits personnels des professionnels au détriment parfois des besoins des résidents. Ainsi l'équipe de cuisine, par exemple, travaille cinq jours sur sept, ce qui conduit à des productions en liaison froide et une réponse insatisfaisante en termes de qualité. Cette question sera à traiter avec les IRP car elle aura des incidences sur les conditions de travail des salariés. Il nous faudra alors essayer de tenir compte tout autant de la qualité de l'accompagnement que de la Qualité de Vie au Travail (QVT).

3.2.2 La planification et les outils mis en œuvre

A) Le Projet d'établissement

Les groupes de travail se réunissent régulièrement depuis la fin du mois de mai 2017 sur la base de quatre séances maximum. Le rythme des rencontres est fonction de chaque groupe et de ses besoins spécifiques. L'objectif est, qu'au plus tard à la fin du mois d'août 2017, l'ensemble des écrits de ces groupes de travail soit produit même dans une forme non aboutie. Chaque réunion du COPIL fera l'objet d'un bref compte-rendu réalisé à tour de rôle par un membre de l'équipe cadre. Celui-ci sera diffusé à l'ensemble du personnel par le biais de la messagerie interne.

Au mois de septembre 2017, nous aurons finalisé l'écrit du projet d'établissement. Une nouvelle réunion institutionnelle sera alors programmée pour que le COPIL présente ce travail à l'ensemble des professionnels de la MAS. Les remarques, qui seront faites à ce

moment-là, pourront être prises en compte et intégrées au projet d'établissement final. Ce document sera ensuite présenté au CVS, au Conseil d'Administration (CA) et au Comité d'Entreprise (CE) puis adressé à l'ARS pour information. Ces différentes étapes seront réalisées avant la fin du mois de décembre 2017.

Le COPIL se réunira ensuite environ une fois par trimestre pour suivre l'appropriation du projet d'établissement par les professionnels avec comme objectif de diffuser un questionnaire dans le second semestre 2018, pour évaluer comment l'établissement s'est approprié ce document et en comprend le sens en lien avec la bientraitance.

B) Les coordinations et les réunions

Dans un premier temps, en mai 2017, dans le cadre des réunions de l'équipe cadre, nous avons analysé le dispositif de réunions tel qu'il existe aujourd'hui. Nous avons interrogé le sens et la pertinence de chacune d'elles, les manques que nous pouvions repérer et l'animation de ce dispositif ainsi que sa cohérence. Secondairement, nous avons débuté en juin 2017, une réflexion sur la coordination au sein de l'établissement en partant de nos souhaits et de nos attentes à partir d'un brainstorming. Ce travail avait été préparé au mois de mai 2017 avec le CDS et la production d'une note d'intention. Nous avons consacré quatre séquences de travail qui nous ont permis d'aboutir :

- À notre définition de la coordination et à la manière dont elle pouvait se décliner au sein de l'établissement ;
- À une déclinaison d'un cadre général des réunions, avec pour chacune d'elles une fiche spécifique développant l'objectif, la fréquence, la modalité d'animation et les professionnels devant participer.

Ces fiches ont été rédigées par différents membres de l'équipe cadre. Le choix s'est effectué en lien avec les réunions qu'ils étaient susceptibles d'animer. Le CDS a produit les fiches concernant les réunions d'unités, les réunions qui seront mises en place avec les coordonnateurs et les réunions d'équipes qui seront animées par ces derniers. Le psychologue a produit une fiche concernant les réunions cliniques et la RQS s'est chargée des réunions IDE, de celles avec l'équipe de nuit et des réunions qui seront créées pour les référents soins. Je me suis chargé des fiches traitant de la réunion cadre, des réunions avec les rééducateurs et d'une présentation globale du nouveau dispositif qui sera proposé pour échange aux professionnels. Durant l'été, nous travaillerons avec les unités et les différents services sur la présentation et l'ajustement de ce dispositif de réunions. Cela se fera en deux temps, l'un général pour présenter l'intention et les axes principaux. J'animerai cette réunion à laquelle participeront un représentant de chaque unité et service. Puis unité par unité et service par service, le CDS et la RQS, accompagnés du psychologue, reprendront dans le cadre d'une réunion unique l'échange déjà engagé.

Pour la coordination, nous travaillerons en juin et juillet 2017 avec d'une part les éducateurs spécialisés de l'établissement et d'autre part avec les unités pour ajuster une fiche de poste des coordonnateurs. Cette fonction fait partie intégrante de leur référentiel professionnel mais ne fait pas partie aujourd'hui de la culture de l'établissement. Leur mission relèvera d'une animation de leur unité, d'une coordination des projets personnalisés et d'un lien renforcé avec le CDS. La mise en œuvre effective de cette nouvelle organisation est prévue pour le mois d'octobre 2017 et fera l'objet d'une évaluation en juin 2018, avec les coordonnateurs et avec les unités.

Concomitamment aux coordinations, nous développerons les références au niveau des unités tant pour les projets personnalisés que pour les soins.

L'ensemble de ce dispositif se mettra en place de façon simultanée car les différents axes de ce changement sont en interaction.

C) Le projet personnalisé

Le travail de réforme du projet personnalisé ne relève pas pour moi de l'urgence, tenant compte du fait qu'il existe déjà un dispositif partiellement satisfaisant. De ce fait, la réflexion s'engagera en janvier 2018. En premier lieu, je retravaillerai avec l'équipe cadre la procédure existante en faisant part de mes attentes articulées autour des coordonnateurs et des référents. Ce travail nécessitera de préciser dans une fiche de fonction ce qui est attendu du référent et qui peut exercer ce rôle. Le CDS travaillera ensuite cette question avec les coordonnateurs dans le cadre des réunions régulières qu'il aura avec eux. Cela sera ensuite présenté aux différentes unités dans le cadre des réunions bimensuelles pour être mis en œuvre au plus tôt avant l'été 2018.

D) Le passeport de communication

Ce travail de rénovation du passeport de communication s'engagera dès l'été 2017 car il y a pour moi urgence à trouver des axes communs et partagés. L'objectif sera pour chaque unité de mettre à jour un passeport de communication par semaine. Une fois cette mise à jour réalisée, elle sera validée par le CDS puis les passeports seront diffusés de manière officielle au plus tard en janvier 2018. Un travail d'ajustement se poursuivra de façon continue puisque pour être pertinent cet outil doit sans cesse être actualisé. Il s'agira de manière mensuelle, dans le cadre des réunions d'unité, d'interroger à la fois le passeport de communication et le projet personnalisé. Le CDS sera le garant de cette relecture et les référents comme les coordonnateurs joueront un rôle de vigilance à ce sujet. Il sera important de faire preuve de rigueur pour ce travail voire de le planifier selon un calendrier qui sera à établir. Cette planification devra intégrer une souplesse pour ajuster cet outil aux éléments importants concernant le résidant.

E) L'alimentation

Le changement à engager à ce niveau découlera de l'audit qui sera réalisé au mois de juin 2017. À compter de cette date, nous allons mettre en œuvre un plan d'action à deux vitesses. Dans un premier temps, et avant la fin de l'année 2017, nous allons travailler la question de la mise en conformité et la réponse aux exigences exprimées par la DDPP 38, notamment en mettant à jour notre Plan de Maitrise Sanitaire (PMS) et en finalisant notre agrément de cuisine centrale. Ces éléments constituent indirectement des outils de bientraitance car à ce jour nous nous situons dans une zone de risque qui peut être préjudiciable à la santé des résidents. Chaque réunion fera l'objet d'un compte-rendu à destination du personnel de cuisine, du directeur du département médico-social des MFRS et de la directrice de la MAS du Val Jeanne Rose. La DDPP 38 sera régulièrement informée par mail de l'avancée de nos travaux.

Dans un second temps, qui se situera aux environs du mois de décembre 2017 ou du début de l'année 2018, nous engagerons un travail sur la qualité de ce qui est proposé aux résidents, qualité qu'il faut comprendre comme une juste adéquation entre les besoins, les goûts et les contraintes de production. Ce travail s'articulera principalement autour de la mise en place d'une commission alimentation, de la mise en place d'un plan alimentaire et de la formation du personnel de cuisine. Je piloterai cette action avec ma collègue directrice de l'autre MAS et ce travail nécessitera un engagement fort des différents acteurs.

Cette question de l'alimentation est aujourd'hui un enjeu fort pour les MAS des Prairies de Belledonnes. Tenant compte de la priorité que je donne aux résidents et pour laquelle le département médico-social des MFRS est tout à fait en phase, diverses hypothèses pourront exister jusqu'à un transfert de cette activité à un prestataire extérieur avec un cahier des charges précis en réponse à nos besoins.

Les actions envisagées se concentrent principalement pour l'heure entre les mois de mai et décembre 2017. Ce calendrier peut paraître dense. Il est fonction de l'importance et de l'urgence des actions à mener. Pour ce qui est de l'alimentation, il y a une nécessité à engager très vite un changement qui aurait dû être amorcé depuis plusieurs années. Pour les autres actions, un décalage s'opérera peut-être mais je souhaite disposer de suffisamment de temps entre leur mise en œuvre et l'évaluation externe qui sera un premier indicateur de leur efficacité et de leur pertinence.

3.2.3 Ma communication pour accompagner le plan d'action

La bientraitance relève d'une posture éthique portée par la direction et partagée par les professionnels. Le consensus autour de la promotion de la bientraitance au sein de l'établissement soutient la démarche engagée. La dimension opérationnelle du plan d'action au service d'une stratégie en faveur des résidents ne doit pas faire oublier la

nécessaire réflexion régulière sur le sujet. Ainsi la question doit plus largement être au cœur de notre réflexion et traverser l'intégralité des travaux engagés.

Communiquer autour de la promotion de la bientraitance et de la mise en œuvre du plan d'action qui la sous-tend est un élément indispensable à sa diffusion. La communication que je développe est régulière et s'inscrit dans un formalisme repéré tout comme dans des espaces plus informels.

Pour être partagé et diffusé, le travail autour de la promotion d'une dynamique de bientraitance nécessite un développement de la communication interne. Il s'agit en premier lieu des professionnels mais aussi des résidants et de leur entourage. Cette communication vise tout autant ce qui est engagé que les valeurs et l'évaluation.

Promouvoir une dynamique de bientraitance nécessite, comme toute démarche de promotion, une communication régulière ciblée ou générale pour développer et maintenir une attention et une culture de cette valeur.

Afin que le travail autour du projet d'établissement ne soit pas l'affaire que des professionnels impliqués dans le processus, j'ai mis en place une lettre d'information à destination des professionnels. Cette lettre est diffusée trimestriellement avec les bulletins de salaire. Elle permet de diffuser la notion de bientraitance en abordant des aspects thématiques et permet à chaque professionnel de se sentir davantage concerné par la vie de l'institution. Ce sentiment d'appartenance contribue à une affiliation aux valeurs promues par l'établissement. Cette lettre diffuse également des informations renvoyant soit à des articles soit à des rencontres ou des formations permettant d'alimenter les pratiques professionnelles et la connaissance des résidants.

Les réunions institutionnelles que je mets en place, comme celle que j'ai organisée le 4 avril 2017, concourent à cette communication mais de manière insuffisante et trop parcellaire.

La communication globale ou plus spécifique se traduit aussi dans les comptes rendus de réunions, les interventions au sein des réunions d'unité et de service, et par les notes d'information diffusées au sein de l'établissement.

Le plan de formation constitue également un moyen de communiquer à ce sujet par le choix des formations proposées. Les formations contribuent au déploiement et au soutien des actions et également à la mise en place d'une culture d'établissement commune à l'ensemble des professionnels. Elle visera l'acquisition et le développement des compétences et une meilleure connaissance du public accueilli. Je privilégierai les actions collectives plutôt que les formations individuelles qui, certes, enrichissent le professionnel qui en bénéficie, mais restent limitées en termes de répercussions internes.

La communication se développe aussi dans tous les espaces de la vie de l'établissement où la question de la bientraitance peut être abordée soit directement soit en filigrane dans le cadre de l'accompagnement, de la relation avec l'entourage ou encore dans tout ce qui relève de l'organisation institutionnelle. La bientraitance est à la fois un sujet en soi et le fil conducteur de l'ensemble de la vie institutionnelle.

À terme, cette communication sera aussi envisagée vers l'extérieur de l'établissement afin de témoigner de l'engagement de l'institution dans une dynamique de la bientraitance et valoriser les modalités de promotion mises en œuvre.

3.3 Evaluation des objectifs visés

L'évaluation régulière de l'avancée du plan d'action ainsi que la prise en compte fréquente de la question de la bientraitance au sein de l'établissement feront l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative. Celles-ci sera réalisée aussi bien par les professionnels, la direction que par l'entourage au travers de questionnaires de satisfaction.

L'établissement ne peut travailler seul cette question et le département médico-social des MFRS comme l'ADIMCP seront associés à cette démarche. Cela relève à la fois de la communication et aussi des appuis techniques et du regard critique sur les actions entreprises.

L'évaluation du plan d'action repose sur des indicateurs établis en amont et par des évaluations a posteriori, qu'elles soient propres à l'établissement ou qu'elles s'inscrivent dans le cadre réglementaire comme l'évaluation externe.

3.3.1 Les indicateurs en lien avec le plan d'action

Dans un premier temps, je souligne que des indicateurs de réalisation de mes actions seront un critère objectif. La formalisation du projet d'établissement, la mise en place de coordonnateurs et d'une nouvelle organisation des réunions, comme la réalisation des passeports de communication constitueront un premier niveau d'évaluation. Du côté de l'alimentation, ils seront plus nombreux, à savoir :

- La réalisation de l'audit ;
- L'élaboration du plan d'action ;
- La formalisation du PMS ;
- La finalisation de l'agrément de cuisine centrale ;
- La mise en place de la commission d'alimentation et d'un plan alimentaire.

Dans un second temps, il me faudra évaluer le niveau d'appropriation et de promotion de la dynamique de bientraitance. Cette évaluation est plus complexe car elle fait appel à davantage de subjectivité. Un critère de mesure repose sur les événements indésirables

déclarés qui témoignent de la qualité de l'accompagnement et des soins. De même le nombre de plaintes ou d'expressions de mécontentement de la part des familles révèle une mesure de la qualité. Celle-ci n'est pas systématiquement en lien avec la bientraitance et peut être le reflet d'une insatisfaction personnelle par rapport à des exigences singulières.

Je mettrai en œuvre de façon annuelle un questionnaire à destination d'une part des professionnels et d'autre part des familles et de leurs représentants. Ce questionnaire, centré sur la bientraitance, mesurera le niveau de connaissance des outils déployés et l'indice de bientraitance de l'établissement ou tout au moins la représentation qu'ils en auront.

Par ailleurs, sans être à proprement parler un outil d'évaluation, je proposerai la mise en place, à compter de 2018, d'un comité de vigilance de la bientraitance. Dans le prolongement du COPIL du projet d'établissement, cette instance qui se réunira régulièrement aura pour rôle de questionner la place de la bientraitance au sein de l'établissement. Cette instance interne pourra librement mettre en œuvre les outils d'investigation qui lui paraîtront pertinents. Elle sera présidée par un membre élu en son sein et proposera les améliorations qu'elle jugera nécessaires. Je siègerai au sein de cette instance avec voix consultative en tant que membre à part entière. Cette instance pourra se doter d'un règlement de fonctionnement sans que celui-ci n'entrave le règlement intérieur. Des représentants des usagers et des familles pourront être membres de cette instance. Elle pourra aussi analyser les situations et réfléchir sur les questions régulières que nous pose l'accompagnement singulier de personnes au handicap complexe et peu communicantes.

Enfin, la bientraitance, pour être davantage promue doit, en complément du projet d'établissement, faire l'objet d'un document de référence spécifique à l'établissement. Ainsi, je proposerai également d'élaborer une charte de la bientraitance pour l'établissement. Elle pourra être diffusée par le biais du livret d'accueil du salarié qui reste à finaliser. Ce document pourra lui aussi contribuer à un socle commun et à des valeurs partagées. Il constituera un outil de promotion aussi bien en interne qu'à l'externe, y compris pour les stagiaires et les centres de formation.

3.3.2 L'évaluation externe et les autorités de contrôle

En juin 2018, l'établissement procédera à sa première évaluation externe. Cette démarche sera une occasion d'évaluer avec un regard extérieur ce qui a été pensé et mis en place. Les évaluateurs pourront noter les écarts repérés, ce qui sera un élément important pour mesurer le chemin parcouru. De plus, la promotion de la bientraitance, en plus du bénéfice direct pour les résidents, représente une plus-value importante pour la MAS. Je souhaite pouvoir souligner le travail engagé et le confronter aux critères d'évaluation.

Par ailleurs, l'ARS exerce directement et indirectement une évaluation de l'établissement. Le projet d'établissement, une fois finalisé, sera communiqué à notre autorité de contrôle. Ce document sera un premier élément qui pourra témoigner de la promotion de la bientraitance au sein de l'établissement. Le rapport d'activité joint au compte administratif témoignera de manière complémentaire des actions menées.

3.3.3 Le rôle du CVS, des IRP et du département médico-social des MFRS

Le plan d'action que je développe repose sur la collaboration avec le département médico-social des MFRS et indirectement avec l'ADIMCP. La dimension éthique globale qui est à soutenir au travers de l'ensemble des actions sera régulièrement partagée avec ces deux partenaires. Le département médico-social des MFRS et l'ADIMCP partage mon projet de promotion de la bientraitance. Celui-ci fait partie des valeurs qu'ils soutiennent. Pour cela, je travaille régulièrement avec le directeur du département médico-social à qui je rends compte de l'avancée du plan d'action. Au niveau de la gouvernance, c'est lui qui est mon interlocuteur en terme de pilotage stratégique.

Je n'ai pas manqué de souligner la dimension éthique du projet que je porte. Cette dimension s'inscrit dans le périmètre de la MAS et dans le réseau des autres espaces éthiques qui traitent des questions de maltraitance. Dans les perspectives que j'envisage, à terme, de faire vivre, soit au sein de l'établissement, soit de manière transversale pour les établissements des Prairies de Belledonnes, il y a la constitution d'un comité d'éthique. J'imagine que cette instance pourra contribuer à une pensée et à une veille globale au sujet de la bientraitance. Pour ce faire, elle pourrait être composée de membres de l'établissement, de représentants des familles et d'acteurs externes issus des centres de formation, d'associations et de professionnels de la santé. Cette dimension éthique sera renforcée par la sollicitation de l'espace éthique du CHU de Grenoble que j'ai déjà rencontré et qui est disposé à nous accompagner pour des questions relevant de la sphère médicale.

Le CVS est aussi pleinement partie prenante de cette promotion. Il joue un rôle de tiers au sein de l'établissement et les réunions sont régulièrement l'occasion d'interroger les pratiques. La bientraitance sera au cœur des sujets que nous aborderons dans les mois à venir. J'associerai régulièrement les membres du CVS aux actions engagées et à leur évaluation notamment en les informant de leur avancée.

Je considère comme des interlocuteurs privilégiés ces différents acteurs et je suis à l'écoute de leurs propositions. Le CVS est tout particulièrement attentif à la qualité des soins et de celle de l'accompagnement. En tant que famille, il considère la bientraitance comme indispensable à la vie de leur enfant. Cette valeur partagée est un atout pour développer une vraie politique volontariste et exigeante.

Je considère que les IRP ont également un rôle à jouer dans la promotion de la bientraitance ou tout au moins dans une position de vigilance. Leurs prérogatives s'intéressent à la défense des droits de salariés et de ce fait ils constituent un indicateur par leur interrogation en lien avec la QVT. Il n'y a pas de lien de cause à effet entre la bientraitance des salariés et celle des résidents. Autrement dit des salariés bien traités ne sont pas automatiquement bien traitants. Cependant, je fais le postulat que des salariés bien traités pourront plus facilement soutenir une dynamique de bientraitance ou tout au moins alerter sur des dérives. Un travail de collaboration voire de partenariat est à instaurer afin que l'institution soit globalement bien traitante.

L'évaluation des actions à développer repose sur un travail visant à décentrer l'établissement et à l'ouvrir sur l'extérieur. Ce travail en réseau ne se limite pas aux acteurs susnommés et les centres de formations seront intégrés dans cette dynamique. L'accueil des stagiaires est un des éléments de ce regard extérieur tout comme notre participation à des temps de formation ou à des groupes de réflexion de pairs.

Conclusion

Promouvoir une dynamique de la bientraitance nécessite tout autant de penser le management que de développer une vision éthique. Si le résidant est au cœur de mes préoccupations et du pilotage de l'établissement, la bientraitance des professionnels en est le corollaire indispensable. En ce sens, la bientraitance nécessite un questionnement continu sur le management et suppose que la direction « *veille à cette continuité du principe d'humanité qui caractérise toutes les relations que développe l'organisation qu'il encadre.*⁴⁷ » Au sein de l'établissement, prendre soin des professionnels contribue à prendre soin des résidants dans une attention humaniste à chacun. En ce sens, le Care est en constant développement dans les approches managériales.

Le plan d'action que j'ai choisi de présenter dans le cadre de ce mémoire repose sur des choix tenant compte des critères d'urgence et d'importance et intègre la temporalité nécessaire à sa mise en œuvre.

J'ai voulu, dans ce travail de mémoire, développer non seulement ma vision de la bientraitance, mais aussi ma manière de conduire le changement dans un établissement pour transformer les maltraitances passives en bientraitance au quotidien. La dimension opérationnelle, sous-tendue par une nécessaire vision éthique inspirée de celle de Paul Ricœur et de Roland Janvier, est pour moi au cœur du pilotage de l'établissement.

La bientraitance engage une posture éthique de l'accompagnement mais peut aussi avoir une visée normative. Pour qu'un établissement, un accompagnement et des équipes soient bientraitants, il faut une volonté et un projet explicite et compréhensible par tous.

Le directeur doit, pour moi, tendre vers une forme d'idéal qui, pour certains, pourrait relever de l'utopie. Il est invité à l'exemplarité et à une forme d'humilité. Dans un mécanisme proche d'une roue de Deming, il doit être soucieux d'une amélioration régulière, voire continue, de la qualité de l'accompagnement. Il ne s'agit pas d'instaurer une remise en question permanente mais, étape par étape, de consolider une bientraitance déjà existante pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes accueillies.

Cette amélioration permanente ne doit pas minimiser ou occulter les avancées et la qualité déjà présentes. Toutefois, comme une ligne d'horizon que nous ne parvenons jamais à atteindre, la bientraitance reste pour moi la perspective qui sous-tend toute modalité d'accompagnement d'un public fragilisé, d'autant plus si celui-ci présente une grande vulnérabilité.

⁴⁷ JANVIER R., Op. cit., p.40

Au-delà des exigences des politiques publiques et indépendamment de toute visée moralisante des pratiques professionnelles, ma vision de la fonction de direction est imprégnée d'une éthique du Care. Pour cela, il ne s'agit pas de regarder uniquement la prise en charge mais d'interroger aussi les modes de management et l'organisation développés. En ce sens, au-delà du plan d'action présenté ici, plusieurs axes de travail seront à engager sur le moyen et le long terme portant sur la QVT, le traitement de l'absentéisme, la redéfinition des fiches de poste et un traitement opérant des événements indésirables.

Le directeur n'est pas seul dans cette perspective et l'ensemble de l'encadrement comme l'organisme gestionnaire ont une responsabilité et de réels leviers d'action. Il s'agira de poursuivre un travail durable et collectif associant les professionnels, les résidents et leurs représentants.

L'efficacité et la performance ne sont pas en contradiction avec cette visée. À l'heure où les indicateurs de performance viennent renforcer une vision comparative des modalités d'accompagnement de nos établissements, la bientraitance est non seulement une plus-value mais un élément incontournable de cette évaluation. À moyens équivalents, ce seront la créativité et l'innovation qui permettront de développer et de soutenir dans la durée des modes d'accompagnement soucieux de bientraitance. C'est ce que je veux développer et promouvoir.

Bibliographie

Ouvrages :

- BRANDEHO D., 2017, *Usure dans l'institution*, 3^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 329 p.
- CHAVAROCHE P., 2008, *Travailler en MAS, l'éducatif et le thérapeutique au quotidien*, Toulouse : ERES, 199 p.
- CHAVAROCHE P., 2012, *L'accompagnement des adultes gravement handicapés mentaux dans le secteur médico-social*, Toulouse : ERES, 124 p.
- COQUEBERT L., 2012, *Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST*, REUIL MALMAISON : Editions ASH, 136 p.
- DESMET H. et POURTOIS J-P., 2005, *Culture et bienveillance*, Bruxelles : De Boeck, 216 p.
- GARDOU C., 2005, *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*, Toulouse : ERES, 261 p.
- HIRSCH E. et ZUCMAN E., 2015, *La personne polyhandicapée : éthique et engagement au quotidien*, Toulouse : ERES, 504 p.
- JANVIER R., 2015, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, 2^{ème} Edition, Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, 123 p.
- JUZEAU D., 2010, *Vivre et grandir polyhandicapé*, Paris : DUNOD, 236 p.
- MERLIER P., 2013, *Philosophie et éthique en travail social*, Rennes : Presses de l'EHESP, 141 p.
- RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris, LE SEUIL, 424 p.
- RULLAC S. et OTT L., 2015, *Dictionnaire pratique du travail social*, 2^{ème} Edition, Paris : DUNOD, 492 p.
- STIKER H.-J., PUIG J., HUET O., 2009, *Handicap et accompagnement, nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris : DUNOD, 180 p.

Articles de périodiques :

- LE GALL S., 2017, « *Créer un comité d'éthique* », Directions n°155, p.31
- LE RETIF E., 2002, « *Polyhandicapé et citoyen* », VST - Vie sociale et traitements 2002/4 (no 76), p. 44-50. DOI 10.3917/vst.076.0044
- NOIRIEL G., 2005, « *De l'enfance maltraitée à la maltraitance. Un nouvel enjeu pour la recherche historique* », Genèses 2005/3 (no 60), p. 154-167

- SAULUS G., 2008, « *Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ?* », La psychiatrie de l'enfant 2008/1 (Vol. 51), p. 153-191.
- VOLKMAR C., octobre 2016, « *Donner le pouvoir d'agir aux personnes handicapées* », Direction(s), n°146, p.46-47
- ZUCMAN E., 2007, « *Autour de la personne (poly)handicapée. Les enjeux de la rencontre entre familles et professionnels* », Reliance 2007/4 (n° 26), p. 68-74

Recommandations, Guides et Rapports :

- ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Nancy : BIALEC, 47 p.
- ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy : BIALEC, 48 p.
- ANESM, 2010, *Le questionnement éthique dans les établissements et services médico-sociaux*, Nancy : BIALEC, 87 p.
- ANESM, 2013, *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1), expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté*, Nancy : BIALEC, 89 p.
- ANESM, 2013, *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2), vie quotidienne, sociale, culture et loisirs*, Nancy : BIALEC, 86 p.
- BLANC P., 2003, *La Maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*, Rapport n°339, SENAT, 249 p.
- CREA PACA et Corse, 28 mai 2009, « *Bientraitance : approche du concept, sens pour agir, objet d'évaluation* », Actes de la conférence, Aix en Provence, 40 p.
- MAKDESSI Y., 2016, *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*, Série Etudes et Recherches, n°123, DREES, 26 p.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, 2008, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthodes, repères, outils*, Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, 25 p.
- NOUVEL T., 2016, *Polyhandicap et citoyenneté un défi pour tous, garantir et développer un accompagnement adapté aux personnes polyhandicapées*, UNAPEI, 44 p.

Textes de lois :

- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, page 124 texte n° 2

- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, page 2353 texte n° 1
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1
- Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°66 du 18 mars 2004 page 5252 texte n° 9
- Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du comité national pour la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF n°0007 du 9 janvier 2013 page 719 texte n° 11
- MINISTERE DU TRAVAIL DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, JORF n°0072 du 26 mars 2009, page 5375 texte n° 17
- Circulaire DGCS/DS2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance, Bulletin officiel santé, n° 2014.9 du 15/10/2014

Supports électroniques :

- Annuaire de l'action sociale [visité le 9.05.2017], disponible sur internet : <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/maison-d-accueil-specialisee--m-a-s---255.html>
- ANESM, [visité le 30/04/2017], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-Rapport_d_enquete_Bientraitance-SYNTHESE.pdf
- Car et Med, à la rencontre des idées et des pratiques en psychologie et psychanalyse [visité le 29.05.2017], disponible sur internet : <http://www.carmed.fr/clinique2.htm>
- Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées (CESAP). [visité le 26.02.2017], disponible sur internet : <http://www.cesap.asso.fr/>
- CREDAS. [visité le 29.04.2017], disponible sur internet : http://www.credas.ch/www_G.S.final.pdf

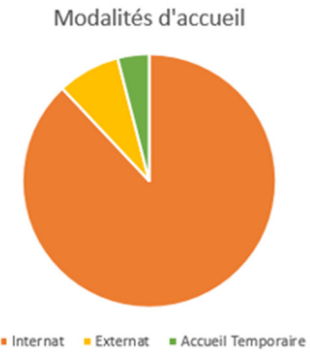
- Data-DRESS, [visité le 28.04.2017], disponible sur internet : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- Groupe Polyhandicap France (GPF). [visité le 23/04/2017], disponible sur internet : <http://gpf.asso.fr/>
- LAROUSSE, [visité le 30/04/2017], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/186881?q=bienveillance#10928332>
- SAULUS G, [visité le 15.05.2017], disponible sur internet : http://www.credas.ch/www_G.S.final.pdf

Liste des annexes

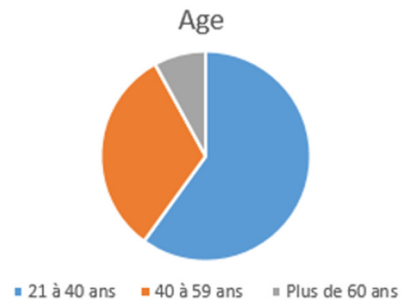
Annexe 1 : Etude de population et évaluation de la dépendance au sein de la MAS Le Champ Rond.....	II
Annexe 2 : Organigramme de la MAS Le Champ Rond	V
Annexe 3 : Questionnaire adressé aux membres du CVS	VI
Annexe 4 : Résultat du questionnaire adressé aux membres du CVS	IX
Annexe 5 : Questionnaire réalisé auprès des professionnels de l'établissement.....	XII
Annexe 6 : Résultat du questionnaire réalisé auprès des professionnels de l'établissement.....	XIV

Annexe 1 : Etude de population et évaluation de la dépendance au sein de la MAS Le Champ Rond

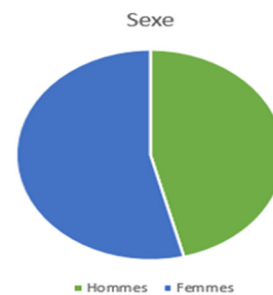
Modalités d'accueil	
Internat	44
Externat	4
Accueil temporaire	2



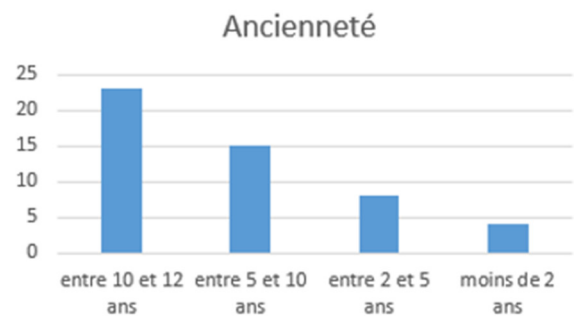
Age	
21 à 40 ans	30
40 à 59 ans	16
Plus de 60 ans	4



Sexe	
Hommes	23
Femmes	27



Ancienneté à la MAS	
Depuis l'ouverture	23
Entre 5 et 10 ans	15
Entre 2 et 5 ans	8
Moins de 2 ans	4



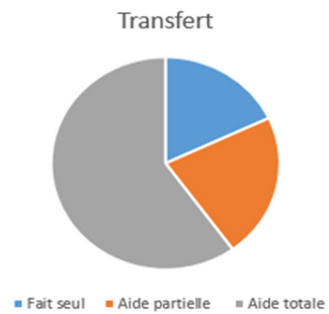
Toilette	
Fait seul	0
Aide partielle	3
Aide totale	41



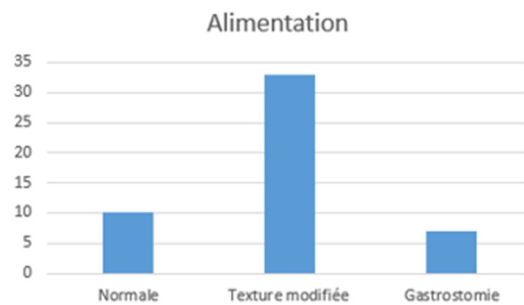
Habillage	
Fait seul	1
Aide partielle	3
Aide totale	47



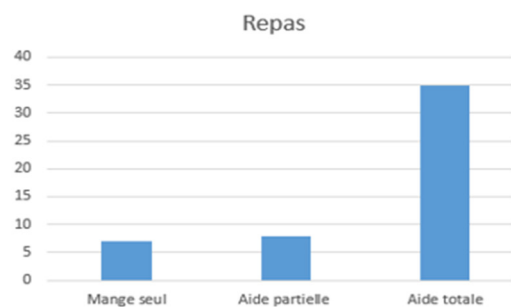
Transfert	
Fait seul	9
Aide partielle	11
Aide totale	30



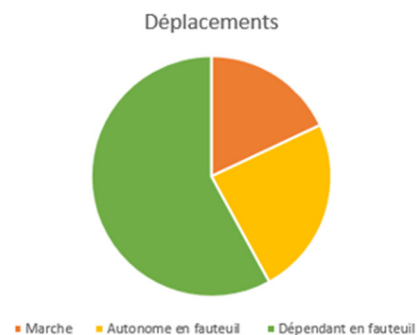
Alimentation	
Normale	10
Texture modifiée	33
Gastrostomie	7



Aide au repas	
Mange seul	7
Aide partielle	8
Aide totale	35



Déplacements	
Marche	9
Autonome en fauteuil	12
Dépendant en fauteuil	29



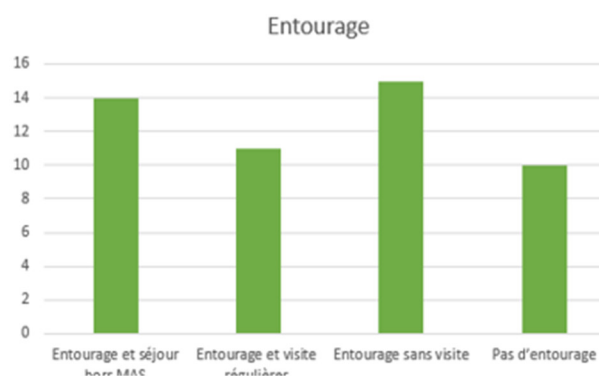
Communication	
Verbale et intelligible	3
Non verbale et intelligible	8
Pas ou peu intelligible	39



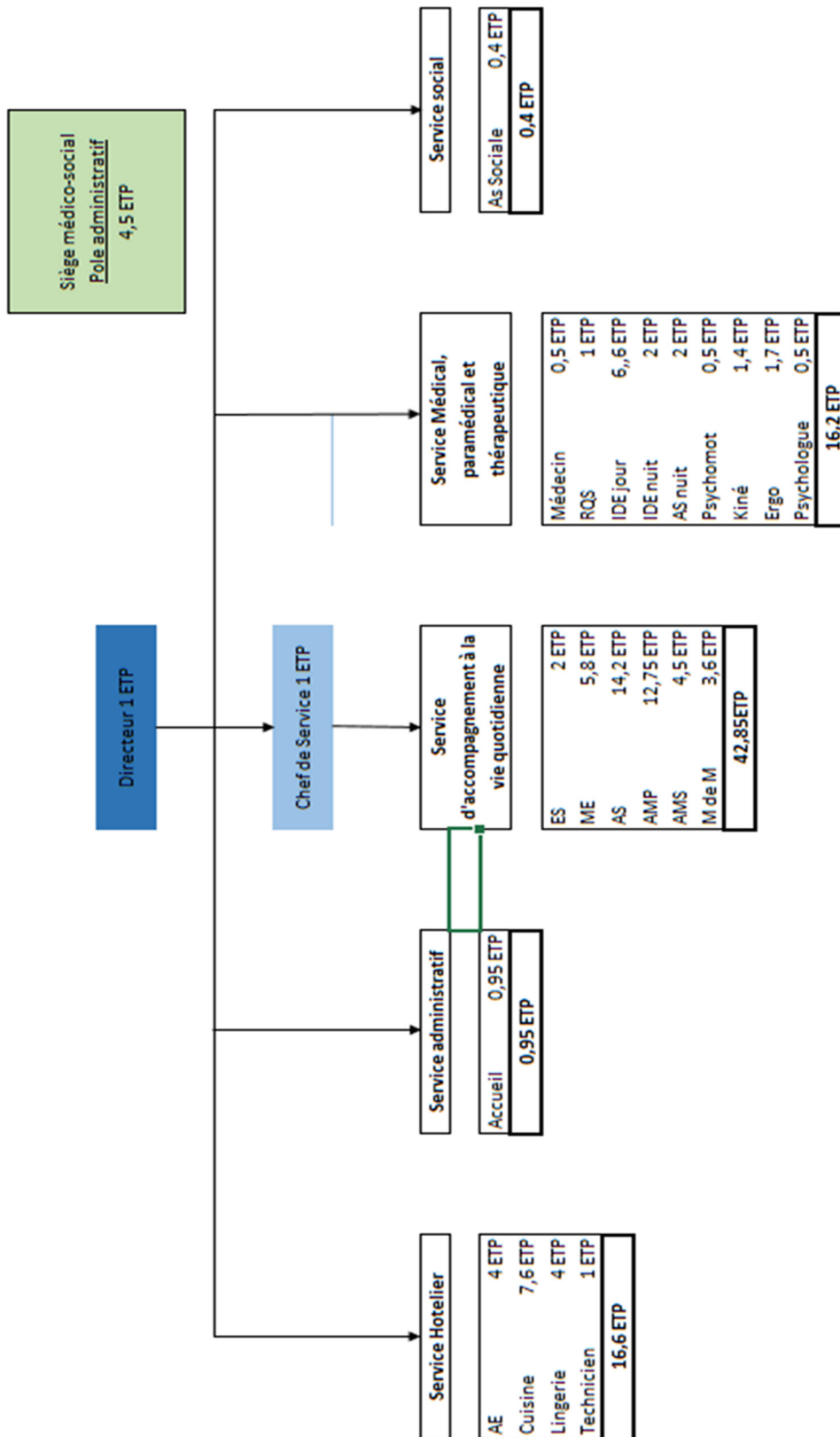
Loisir et Vie sociale	
Participation régulière aux sorties	35
Participation occasionnelle	15
Pas de participation	0



Entourage	
Entourage et séjour hors MAS	14
Entourage et visite régulières	11
Entourage sans visite	15
Pas d'entourage	10



Annexe 2 : Organigramme de la MAS Le Champ Rond



Annexe 3 : Questionnaire adressé aux membres du CVS

Bonjour,

Soucieux de recueillir l'avis des représentants des usagers au CVS sur la vision qu'ils ont de l'établissement, afin, si besoin, de travailler à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, je vous remercie de bien vouloir répondre à ce court questionnaire.

Nous le reprendrons lors du prochain CVS pour l'analyser et repérer d'éventuels axes de travail.

Ce travail s'inscrit à la fois dans la dynamique de la construction du projet d'établissement et de l'élaboration du référentiel des bonnes pratiques.

Parallèlement, j'ai adressé un questionnaire aux professionnels pour recueillir leur avis sur l'organisation et l'accompagnement afin de repérer ce qui pourrait relever de la maltraitance passive, c'est-à-dire liée à des actes involontaires, qui pourraient être retravaillés par les professionnels et l'équipe de direction : changement organisationnel, formation, etc...

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Si vous souhaitez que votre réponse reste anonyme, il vous suffit de déposer le questionnaire au secrétariat sous enveloppe à mon attention.

Bien cordialement

Jean-Yves QUINTEAU

Directeur

-
- 1) Les propositions émises par le Conseil de la Vie Sociale sont-elles, selon vous, régulièrement prises en compte pour améliorer la qualité de vie dans l'établissement? Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....

.....

- 2) Considérez-vous que l'établissement prend suffisamment en compte l'avis du résidant et de son entourage ? Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....

.....

3) Considérez-vous que les résidants sont respectés (langage respectueux, respect de l'intimité, etc.)

- Oui En partie NON

Commentaires complémentaires:.....
.....

4) La vie dans l'établissement permet-elle aux résidants d'avoir une qualité de vie satisfaisante, d'avoir du bien-être ?

- Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

5) L'organisation du travail d'équipe, la coordination des intervenants, la mise en œuvre d'activités individuelles et collectives, etc. permettent-elles d'assurer une qualité de vie en adéquation avec les besoins, voire les attentes, des résidants ?

- Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

6) L'accompagnement proposé par l'établissement aux résidants est-il adapté à leurs habitudes de vie (goûts, rythme, activités personnelles et collectives), à leurs capacités, ainsi qu'à leurs besoins et attentes ?

- Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

7) Selon vous, l'établissement accompagne-t-il les résidants dans les démarches de maintien ou de développement des liens avec leur entourage ? (chez les proches ou dans l'établissement) ?

- Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

L'établissement facilite-t-il les visites de la personne au sein de sa famille ?

- Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

8) Avez-vous le sentiment que les résidants sont reconnus en tant qu'individus ? Qu'ils sont valorisés en tant que personnes ?

Oui En partie Non

Commentaires complémentaires:.....
.....

Autres remarques ou commentaires éventuels :

.....
.....

Annexe 4 : Résultat du questionnaire adressé aux membres du CVS

Les propositions émises par le Conseil de la Vie Sociale sont-elles, selon vous, régulièrement prises en compte pour améliorer la qualité de vie dans l'établissement ?

Oui	75 %
En partie	25 %
Non	0 %

Commentaires :

Oui dans son ensemble mais la régularité et la pérennité des actions ne sont pas optimum. Peu de demandes de la part du CVS mais elles sont prises en compte.

Considérez-vous que l'établissement prend suffisamment en compte l'avis du résidant et de son entourage ?

Oui	100 %
En partie	0 %
Non	0 %

Commentaires :

Surtout les équipes rééducatives et infirmières. L'avis de la famille est très important à prendre en compte car le résidant ne peut que très peu voire pas s'exprimer.

Considérez-vous que les résidants sont respectés (langage respectueux, respect de l'intimité, etc.)

Oui	100 %
En partie	0 %
Non	0 %

Commentaires :

Particulièrement par les professionnels les plus diplômés et les plus anciens beaucoup moins par les intérimaires ou CDD. Les familles ne sont pas toujours là pour évaluer ce qu'il en est.

La vie dans l'établissement permet-elle aux résidants d'avoir une qualité de vie satisfaisante, d'avoir du bien-être ?

Oui	100 %
En partie	0 %
Non	0 %

Commentaires :

Globalement oui à condition que les soins de base soient bien pris en compte (parfois par manque de vigilance des problèmes de type mauvaises installations ou positions, problèmes cutanés... peuvent être ignorés et donc non traités...). L'avis des familles est à prendre en compte car elles connaissent leur enfant.

L'organisation du travail d'équipe, la coordination des intervenants, la mise en œuvre d'activités individuelles et collectives, etc. permettent-elles d'assurer une qualité de vie en adéquation avec les besoins, voire les attentes, des résidants ?

Oui	75 %
En partie	25 %
Non	0 %

Commentaires :

L'information sur les activités est très faible malgré le carnet de liaison et une présence des parents assez importante et ouverte au dialogue. Une attention particulière doit être apportée aux nouveaux professionnels afin de ne pas perturber la vie des résidants. Problème de l'absentéisme fréquent et important qui ne permet pas d'assurer les besoins des résidants.

L'accompagnement proposé par l'établissement aux résidants est-il adapté à leurs habitudes de vie (goûts, rythme, activités personnelles et collectives), à leurs capacités, ainsi qu'à leurs besoins et attentes ?

Oui	75 %
En partie	25 %
Non	0 %

Commentaires :

Le rythme est bien pris en compte, les programmes télé ou choix de films ne sont peut-être pas toujours adaptés aux goûts des résidants. Les goûts sont souvent ceux transmis par la famille ou interprétés par les professionnels.

Selon vous, l'établissement accompagne-t-il les résidants dans les démarches de maintien ou de développement des liens avec leur entourage ? (chez les proches ou dans l'établissement) ?

Oui	100 %
En partie	0 %
Non	0 %

Commentaires :

Oui souplesse des sorties en et avec les familles, accueil sur place des visites de personnes de la famille autre que les parents, convivialité des 2 fêtes annuelles.

L'établissement facilite-t-il les visites de la personne au sein de sa famille ?

Oui	100 %
En partie	0 %
NON	0 %

Commentaires :

Beaucoup de souplesse offerte aux familles. Que se passe-t-il quand une famille ne peut pas se déplacer ?

Avez-vous le sentiment que les résidents sont reconnus en tant qu'individus ? Qu'ils sont valorisés en tant que personnes ?

Oui	100 %
En partie	0 %
Non	0 %

Commentaires :

Dans les unités et sur les activités auxquelles ils participent ils sont reconnus avec leur personnalité propre

Commentaires généraux :

- *La qualité de prise en charge et la qualité d'empathie sont à améliorer pour les professionnels intérimaires ou temporaires ;*
- *Les informations dans le cahier de liaison lorsqu'il existe sur demande des parents sont très aléatoires malgré des demandes récurrentes notamment lors du PAI ;*
- *Le CVS doit continuer d'être un lieu d'écoute et de dialogue ;*
- *La place de la famille est primordiale dans la vie du résident en établissement.*

Annexe 5 : Questionnaire réalisé auprès des professionnels de l'établissement

Aux professionnels de l'accompagnement et du soin

Bonjour,

Dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents, je suis soucieux de recueillir votre avis sur la vision que vous avez de l'établissement. Je m'intéresse particulièrement à ce qui relève de la bienveillance et de ce qui peut être qualifié de maltraitances passives, c'est-à-dire non intentionnelles et involontaires, liées soit à l'organisation, à un manque de formation, à ce que fait vivre le travail quotidien auprès du public accueilli, etc...

L'objectif de ce questionnaire est de travailler avec vous à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement si cela s'avérait nécessaire.

Ce travail s'inscrit à la fois dans la dynamique du projet d'établissement et de l'élaboration du référentiel des bonnes pratiques.

J'ai conscience qu'en ce moment vous êtes souvent sollicités pour exprimer votre avis, c'est pourquoi j'ai volontairement proposé un questionnaire court et simple.

J'ai parallèlement interrogé les membres du CVS pour recueillir leur avis sur des thématiques similaires.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Je ferai un retour global dans la prochaine note d'information trimestrielle

Bien cordialement

Jean-Yves QUINTEAU

Directeur

- 1) La bientraitance des résidants et la prévention de la maltraitance passive vous paraît-elle :
- un sujet essentiel
 - un sujet important
 - un sujet parmi d'autres
 - un sujet sans intérêt
 - ne se prononce pas

- 2) Selon vos critères, diriez-vous que notre établissement est :
- bientraitant
 - globalement bientraitant
 - occasionnellement maltraitant
 - maltraitant
 - ne sait pas

Commentaires possibles pour préciser votre réponse :

.....
.....
.....

- 3) Dans votre pratique professionnelle, vous arrive-t-il de vous percevoir comme maltraitant du fait :
- de l'organisation institutionnelle
 - d'un manque de formation
 - d'un manque de moyens
 - d'une méconnaissance des besoins de résidants
 - de la complexité des résidants
 - des locaux
 - autre :

Merci de préciser si possible le contenu de votre réponse :

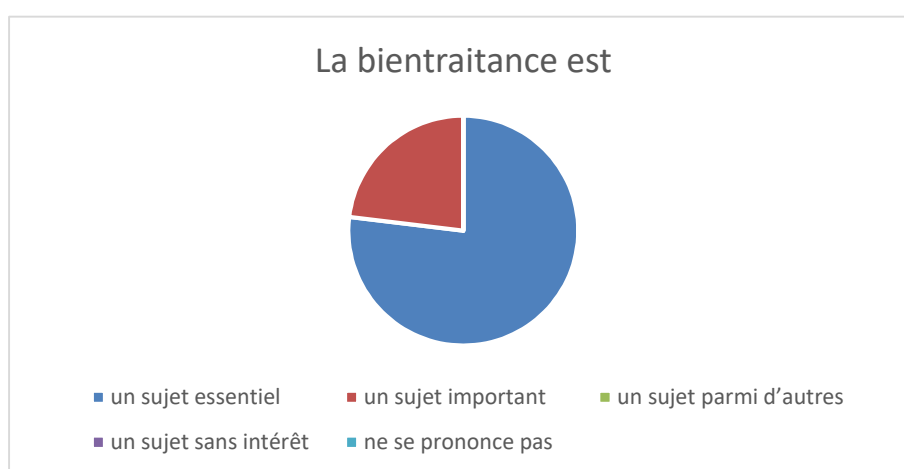
.....
.....

- 4) Quelles seraient vos propositions pour améliorer les choses et aller vers davantage de bientraitance dans l'accompagnement des résidants :

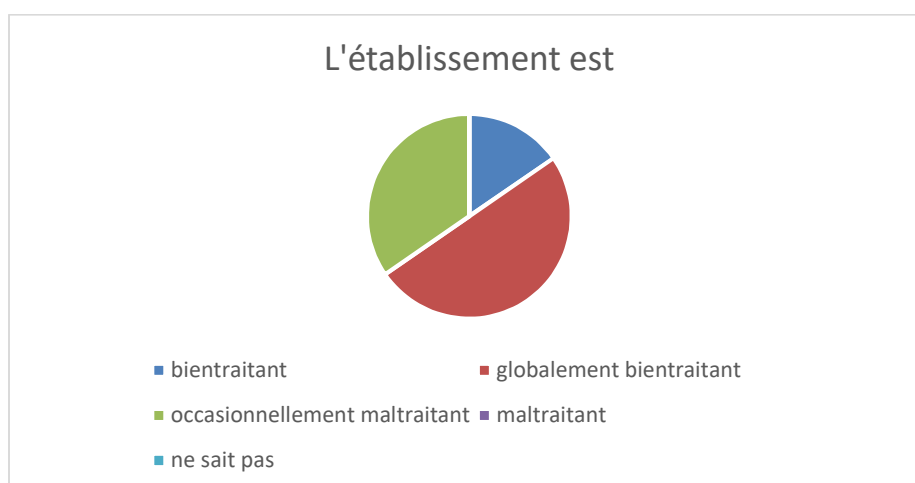
.....
.....
.....
.....

Annexe 6 : Résultat du questionnaire réalisé auprès des professionnels de l'établissement

La bientraitance	
un sujet essentiel	77%
un sujet important	23%
un sujet parmi d'autres	0%
un sujet sans intérêt	0%
ne se prononce pas	0%



Etablissement	
bientraitant	15%
globalement bientraitant	50%
occasionnellement maltraitant	35%
maltraitant	0%
ne sait pas	0%



Je peux me sentir maltraitant du fait	
de l'organisation institutionnelle	65%
d'un manque de formation	19%
d'un manque de moyens	27%
d'une méconnaissance des besoins des résidents	19%
de la complexité des résidents	58%
des locaux	8%
autre	23%

Raisons exprimées dans « Autre » : nombreux remplacements, formations en équipe partielle, intérim important, manque de temps, nouveaux professionnels pas assez formés, manque de personnel et de professionnalisme, absence de renfort lors des réunions, fatigue des professionnels, mal-être des professionnels, charge de travail, manque de rééducateurs, manque de communication et de concertation, poids de l'organisation collective, problèmes de planning, exigences des familles ou leur résistance.



Propositions d'amélioration : renforcer les équipes surtout le week-end, davantage de formations, des unités plus homogènes en termes d'autonomie, plus d'accompagnement pluridisciplinaire, plus de souplesse dans les soins, améliorer le lien entre projet personnalisé et accompagnement quotidien, soutenir davantage les équipes des unités avec davantage d'écoute de la direction, fiches de postes, prendre davantage de temps pour les petits actes du quotidien, impliquer les familles, agenda des résidents, donner du sens au travail, plus de contrôle, de vigilance et de sanction de la part des cadres, bientraiter les salariés, détente pour les professionnels, soutien individuel du psychologue, passeport communication, animation des réunions, recrutement des professionnels plus en phase avec les besoins, renforcer les week-end, améliorer l'accueil des nouveaux résidents.

QUINTEAU	Jean-Yves	Novembre 2017
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFTS Echirolles		
Promouvoir une dynamique de bientraitance pour améliorer la qualité des soins et celle de l'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées accueillies en MAS		
<p>Résumé :</p> <p>Le travail en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) expose les professionnels à un quotidien qui, par certains aspects, peut apparaître mortifère. L'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées renforce cette dimension. Cette réalité peut ainsi conduire les professionnels à des situations de maltraitance passive. Ces situations peuvent aussi être induites par l'organisation institutionnelle.</p> <p>Cette notion de maltraitance passive, présentée dans un rapport du Sénat en 2002, traduit le fait que, malgré des postures bienveillantes et une volonté de bien faire, l'organisation, le déficit de formation, la faible culture commune et la méconnaissance des publics peut conduire à des réponses insuffisantes, inadaptées voire préjudiciables envers le public accueilli.</p> <p>Si les textes réglementaires demandent explicitement que la lutte contre la maltraitance soit au cœur des institutions, la bientraitance est davantage abordée sur le versant des recommandations et de la posture éthique.</p> <p>Directeur d'une MAS, qui n'est pas confrontée explicitement à des phénomènes de maltraitance, je veux dans ce travail développer une stratégie managériale pouvant conduire d'une posture éthique à une inscription opérationnelle de la bientraitance au sein de cet établissement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Bientraitance, Polyhandicap, MAS, Personnes Adultes Handicapées, Management, Projet d'Établissement, Éthique, Maltraitance</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		