

**PROMOUVOIR LA COORDINATION : LEVIER POUR UNE  
LOGIQUE DE PARCOURS DANS L'ACCOMPAGNEMENT  
DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP  
PSYCHIQUE**

**ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE A L'EVOLUTION DES BESOINS DU  
PUBLIC ACCUEILLI EN FOYER DE VIE**

*Nelly HOUEIX*

2016



---

# Remerciements

---

Je souhaite en premier lieu, remercier vivement les usagers et les professionnels du foyer de vie de St Pavace sans qui ce travail n'aurait pas de raison d'être.

J'adresse mes remerciements aux enseignants et aux collègues de promotion de l'ITS de Tours, pour leurs apports et leur soutien.

Je remercie également C. Gentilhomme qui m'a accompagnée dans ce travail, pour son écoute, ses conseils éclairés et ses encouragements.

Un grand merci à mes relecteurs pour leur investissement.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leur soutien indéfectible et tout particulièrement mes enfants : Célio, Eloïse et Raphaël.



---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 L'évolution du public en foyer de vie, une réalité à prendre en compte.....</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>1.1 Un cadre institutionnel.....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1.1 L'organisme gestionnaire .....   | 3         |
| 1.1.2 Le CPOM ANAIS Sarthe .....   | 5         |
| 1.1.3 Le foyer de vie de St Pavace.....  | 6         |
| <b>1.2 Quand le handicap psychique s'ajoute à la déficience intellectuelle, les besoins évoluent. ....</b>           | <b>9</b>  |
| 1.2.1 Présentation du public accueilli au foyer de vie de St Pavace .....  | 9         |
| 1.2.2 Analyse de la liste d'attente.....   | 12        |
| 1.2.3 L'étude des besoins et des attentes des usagers .....  | 12        |
| 1.2.4 Les difficultés rencontrées dans l'accompagnement du public.....   | 15        |
| 1.2.5 Une évolution qui dépasse le cadre de l'établissement .....  | 17        |
| <b>1.3 L'analyse de nos forces et faiblesses.....</b>  | <b>18</b> |
| 1.3.1 Les compétences humaines, notre principale ressource .....   | 18        |
| 1.3.2 Les ressources et compétences organisationnelles et managériales.....  | 20        |
| 1.3.3 Les ressources financières.....  | 23        |
| 1.3.4 Les ressources et compétences techniques .....   | 25        |
| 1.3.5 Synthèse 1 <sup>ère</sup> partie : exposé de la problématique.....   | 26        |
| <b>2 Le handicap psychique, une évolution culturelle .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>2.1 Du statut de malade mental au statut de personne en situation de handicap psychique .....</b>                 | <b>27</b> |
| 2.1.1 La maladie mentale, une représentation en mouvement .....  | 27        |
| 2.1.2 Evolution et définition du concept handicap.....   | 29        |
| 2.1.3 La maladie mentale, un statut, une expression plurielle.....   | 32        |
| <b>2.2 Désinstitutionnalisation, coordination et parcours, de nouveaux concepts pour accompagner autrement .....</b> | <b>35</b> |
| 2.2.1 Un mouvement de désinstitutionnalisation .....   | 35        |
| 2.2.2 La coordination, une réponse à la discontinuité.....   | 37        |
| 2.2.3 Le parcours, une réponse à la répétition .....   | 38        |
| 2.2.4 Coordination et parcours, une lecture à travers les politiques publiques.....                                  | 40        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| <b>2.3</b> | <b>L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, une priorité des politiques publiques.....</b> | <b>44</b>  |
| 2.3.1      | La santé mentale, une préoccupation dans le monde .....  | 44         |
| 2.3.2      | La psychiatrie, une priorité des politiques de santé en France .....   | 44         |
| 2.3.3      | Le handicap psychique au centre des schémas de la région Pays de la Loire ....                                       | 46         |
| 2.3.4      | Le handicap psychique dans la politique départementale .....   | 48         |
| 2.3.5      | Synthèse 2 <sup>ième</sup> partie : Le foyer de vie dans une société en mouvement. ....                              | 49         |
| <b>3</b>   | <b>Permettre un accompagnement coordonné et sans rupture : piloter le changement.....</b>                            | <b>51</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>Mutualiser nos compétences : réseau et partenariat .....</b>  | <b>53</b>  |
| 3.1.1      | S'inscrire dans des réseaux .....  | 53         |
| 3.1.2      | Développer des partenariats .....  | 56         |
| <b>3.2</b> | <b>Ajuster l'offre à la demande .....</b>  | <b>61</b>  |
| 3.2.1      | Augmenter la capacité en accueil de jour.....  | 61         |
| 3.2.2      | Créer une place d'hébergement temporaire .....   | 62         |
| 3.2.3      | Développer l'accueil séquentiel.....   | 62         |
| <b>3.3</b> | <b>Accroître les compétences professionnelles : professionnalisation, diversification et professionnalisme .....</b> | <b>63</b>  |
| 3.3.1      | Accroître les compétences des professionnels.....  | 64         |
| 3.3.2      | Diversifier les compétences pour une plus grande complémentarité .....   | 70         |
| <b>3.4</b> | <b>Disposer d'un bâti adapté : structurant et contenant.....</b>   | <b>72</b>  |
| 3.4.1      | Réaliser un projet architectural.....  | 72         |
| 3.4.2      | Construire des espaces et les affecter .....   | 73         |
| <b>3.5</b> | <b>Evaluer le bénéfice du plan d'action .....</b>  | <b>73</b>  |
| 3.5.1      | Une évaluation qualitative .....   | 74         |
| 3.5.2      | L'évolution des indicateurs métriques .....  | 75         |
| 3.5.3      | Synthèse de la 3 <sup>ième</sup> partie : des projets pour l'avenir .....  | 76         |
|            | <b>Conclusion.....</b>   | <b>77</b>  |
|            | <b>Bibliographie.....</b>  | <b>79</b>  |
|            | <b>Liste des annexes.....</b>  | <b>I</b>   |
|            | <b>Annexe 1 : Organigramme fonctionnel du siège social .....</b>   | <b>II</b>  |
|            | <b>Annexe 2 : Tableau de pilotage 2016 .....</b>   | <b>III</b> |
|            | <b>Annexe 3 : Présentation du public.....</b>  | <b>IV</b>  |
|            | <b>Annexe 5 : Le conseil de bientraitance rôle et missions .....</b>   | <b>VI</b>  |

|   |              |
|---|--------------|
| <b>Annexe 6 : Plan des locaux .....</b>                                       | <b>X</b>     |
| <b>Annexe 7 : Orientation A1 schéma départemental .....</b>                   | <b>XII</b>   |
| <b>Annexe 8 : Action A1.3 schéma du conseil départemental .....</b>           | <b>XIII</b>  |
| <b>Annexe 9 : Orientation B4 schéma départemental .....</b>                   | <b>XIV</b>   |
| <b>Annexe 10 : Action B4.1 schéma départemental .....</b>                     | <b>XV</b>    |
| <b>Annexe11: Orientation B4.2 schéma départemental .....</b>                  | <b>XVI</b>   |
| <b>Annexe 12: Orientation B6 schéma départemental .....</b>                   | <b>XVII</b>  |
| <b>Annexe 13 : Orientation B6.4 schéma départemental .....</b>                | <b>XIX</b>   |
| <b>Annexe 14 : Diagnostic territorial : plan d'actions prioritaires .....</b> | <b>XX</b>    |
| <b>Annexe 15 : compte rendu « une réponse accompagnée pour tous » .....</b>   | <b>XXI</b>   |
| <b>Annexe 16: statut COPSHY 72 .....</b>                                      | <b>XXIII</b> |
| <b>Annexe 17 : Fiche d'évènement indésirable .....</b>                        | <b>XXXIV</b> |





---

## Liste des sigles utilisés

---

|         |   |
|---------|---|
| AAH :   | Allocation Adulte Handicapé   |
| ANAIIS  | Association d'Action et d'Insertion Sociale                                   |
| ANESM : | Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico Sociaux |
| AMP :   | Aide Médico Psychologique   |
| ANAP :  | Agence Nationale d'Appui à la Performance                                     |
| ARS :   | Agence Régionale de Santé   |
| CASF :  | Code de l'Action Sociale et des Familles                                      |
| CDAPH : | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées             |
| CHSCT : | Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.                   |
| CHS :   | Centre Hospitalier Spécialisé   |
| CIF :   | Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé   |
| CIFA :  | Compte d'Investissement Formation Adhérent                                    |
| CMP :   | Centre Médico-Psychologique   |
| CPF :   | Compte Personnel de Formation   |
| CPOM :  | Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens                                 |
| CVS :   | Conseil à la Vie Sociale.   |
| DIF :   | Droit Individuel de Formation   |
| DP :    | Délégué du Personnel  |
| DUERP : | Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels                       |
| EHPAD : | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes                  |
| EPMS :  | Etablissement public de Santé Mentale   |
| ESAT :  | Établissements et Services d'Aide par le Travail                              |
| ESSMS : | Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux                          |
| ETP :   | Equivalent Temps Plein  |
| FAM :   | Foyer Accueil Médicalisé  |
| FH :    | Foyer d'Hébergement   |
| FV :    | Foyer de Vie  |
| GCSMS : | Groupement de Coopération Social et Médico-Social                             |
| GI :    | Groupement d'Intérêt  |
| GIP :   | Groupement d'Intérêt Public   |
| GPEC :  | Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences                         |
| GOS :   | Groupement Opérationnel de Synthèse   |
| HLM :   | Hébergement à Loyer Modéré  |
| HPST :  | Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires                                     |

|          |  |
|----------|--|
| IDE :    | Infirmier Diplômé d'Etat   |
| IGAS :   | Inspection Générale des Affaires Sociales  |
| IME :    | Institut Médico-Educatif   |
| IRP :    | Instance Représentative du Personnel   |
| ITEP :   | Institut Thérapeutique Educatif & Pédagogique  |
| MAS :    | Maison d'Accueil Spécialisée   |
| MDPH :   | Maison Départementale des Personnes Handicapées  |
| MSBA :   | Masse Salariale Brute Annuelle   |
| OMS :    | Organisation Mondiale de la Santé  |
| OPCA :   | Organisme Paritaire Collecteur Agréé   |
| PAG :    | Plan d'Accompagnement Global   |
| PCH :    | Prestation de Compensation du Handicap   |
| PRIAC :  | PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, établissements et services médico-sociaux. |
| PP :     | Projet personnalisé  |
| PRS :    | Programme Régional de Santé.   |
| RESHA :  | Réseau Etablissements Sarthois Hébergement et Accueil.   |
| RGPP :   | Révision Générale des Politiques Publiques   |
| RH :     | Ressources Humaines  |
| UNAFAM : | Union national des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  |
| UNIFAF : | union du fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale  |
| VAE :    | Valorisation des Acquis de l'Expérience  |
| SAMSAH : | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé   |
| SAVS :   | Services d'Accompagnement à la Vie Sociale   |
| SESSAD : | Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile   |
| SROMS :  | Schéma Régional d'Organisation Médico-Social   |
| SROS :   | Schéma Régional d'Organisation des Soins   |
| SRP :    | Schéma Régional de Prévention  |
| TED :    | Troubles Envahissant du Développement  |

## Introduction

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont pendant longtemps été assimilées à des malades relevant exclusivement du secteur sanitaire.

Dans les années 60, la politique de sectorisation de la psychiatrie traduit une volonté d'offrir des soins hors des murs de l'hôpital, via des centres de consultation dispersés dans la cité. Le soin en ambulatoire est préféré aux hospitalisations qui ne sont préconisées que pour la gestion des crises aiguës. Cette politique s'est accompagnée d'une réduction importante du nombre de lits, laissant une part des patients dans la cité sans pour autant disposer des ressources nécessaires à une insertion sociale satisfaisante.

La prise en compte par la société et le législateur de ce public dans sa dimension sociale s'amorce au début des années 2000.

En 2001, un collectif d'associations d'usagers, de parents, de soignants rédige « Le Livre Blanc<sup>1</sup> », dont l'objectif est de définir le handicap psychique par différenciation du handicap mental afin de lui donner une « identité » et permettre sa reconnaissance. Trois éléments sont présentés comme définitoires : des capacités intellectuelles qui peuvent être de bon niveau, la nécessité d'un suivi médical continu et la grande variabilité des symptômes et de leur intensité.

En 2002, l'OMS change d'outil de cotation du handicap, le passage de la CIH à la CIF permet une prise en compte plus grande des conséquences de la situation de handicap sur la capacité à assumer un rôle social dans un environnement donné.

Cette même année, à la demande de Ségolène Royal alors ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Michel CHARZAT rédige un rapport<sup>2</sup> dans lequel il met en évidence le lien entre la symptomatologie liée à la maladie d'origine psychique et les difficultés à s'inscrire dans une vie sociale épanouissante ainsi que la nécessité d'une articulation entre le soin et le secteur médico-social.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>3</sup> proposera entre autre, un ensemble d'outils favorisant ce type d'articulations.

Ce mouvement a permis une reconnaissance législative du handicap psychique, nommé comme tel dans la loi du 11 février 2005<sup>4</sup> pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

---

<sup>1</sup> Livre Blanc des partenaires de Santé mentale France, 2001

<sup>2</sup> CHARZAT M, « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* », mars 2002

<sup>3</sup> Code de l'action sociale et des familles, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Le handicap psychique ainsi défini pose la nécessité :

- d'un double accompagnement, par le sanitaire et le secteur médico-social ;
- d'une adaptation des prestations pour tenir compte des besoins spécifiques, liés aux perturbations importantes des capacités relationnelles ;
- d'une connaissance du handicap psychique par les professionnels.

La législation impose au secteur médico-social, de mesurer l'impact des symptômes sur la capacité à assumer divers rôles sociaux, d'évaluer les besoins spécifiques du public accueilli et de proposer des prestations qui permettent à chacun de mener à bien son projet de vie.

C'est dans ce contexte que depuis 2013, je dirige le foyer de vie de St Pavace dans la Sarthe et j'inscris l'établissement dans cette dynamique d'ajustement de l'accompagnement aux besoins de chacun des usagers.

Le public accompagné par le foyer de vie change, à la déficience intellectuelle s'ajoute de plus en plus fréquemment des troubles psychiques.

Le parcours des usagers en situation de handicap psychique et que nous accompagnons est fait d'allers-retours entre le secteur sanitaire et l'établissement. Ces alternances brutales sont autant de ruptures, sources de souffrance pour l'utilisateur et ses pairs et font émerger chez les professionnels un sentiment d'impuissance et de découragement.

Ce changement de public m'oblige à adapter nos prestations, notre organisation et nos connaissances pour répondre aux besoins spécifiques des personnes présentant des troubles psychiques et ainsi éviter un risque de maltraitance<sup>5</sup> lié à un accompagnement inadéquat.

Dans la première partie de mon mémoire, je propose un état des lieux des forces et des faiblesses du contexte dans lequel j'exerce les fonctions de directrice. J'insisterai tout particulièrement sur la présentation du public accueilli afin de mettre en évidence la spécificité de ses besoins.

Dans une seconde partie, j'inscrirai les notions de handicap et de maladies mentales dans une perspective socio-culturelle et législative avec pour objectif de faire émerger les concepts de désinstitutionalisation, de coordination et de parcours, qui seront autant de points d'ancrage pour repenser notre offre de service.

La dernière partie de mon mémoire sera consacrée à la présentation d'un plan d'action dont l'objectif sera d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique proposé dans l'établissement afin de limiter les risques de ruptures dans leur parcours de vie.

---

<sup>4</sup> Code de l'action sociale et des familles, Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>5</sup> Recommandation ANESM, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008

# 1 L'évolution du public en foyer de vie, une réalité à prendre en compte.

## 1.1 Un cadre institutionnel

### 1.1.1 L'organisme gestionnaire

L'association ANAIS, Association d'Action et d'Insertion Sociale, dont le siège social se situe dans l'Orne est régie par la loi du 1er janvier 1901 et reconnue d'utilité publique (décret du 28 août 2007).

L'association ANAIS a été fondée à l'initiative de l'abbé HOUSSEMAINE en 1954, jeune prêtre ornais, marqué par la situation d'abandon des personnes handicapées mentales à une époque où la société n'a pas encore pris la mesure du problème. Il publie un bulletin d'information sociale, consulte et tisse un réseau de compétences.

Au début des années 60, il rencontre l'Abbé Oziol, qui a créé un établissement pour les personnes handicapées mentales en Lozère. Cette rencontre lui apporte les outils qui manquaient à sa réflexion et en 1965, il ouvre un premier établissement, l'I.M.E Godegrand à La Chapelle Près Sées dans l'Orne.

L'abbé HOUSSEMAINE participera à l'élaboration de la loi 75-534 du 30 juin 1975<sup>6</sup> au côté de René LENOIR.

L'association affirme d'emblée des valeurs humanistes : « La primauté de la personne dans toutes ses dimensions, sa dignité, le respect de ses droits, de ses désirs, de ses convictions ».

Elle développe le concept de "lieu de vie", insistant sur la qualité architecturale des établissements. « *Les établissements ne sont pas uniquement un lieu mais un espace habité, investi par des personnes qui y inventent leur quotidien [...] la propriété immobilière voulue par l'association n'est pas fondée sur une vision patrimoniale mais sur l'ambition de proposer un cadre de vie épanouissant, le plus adapté possible aux besoins de ceux qui y vivent* »<sup>7</sup>.

Trois textes fondateurs vont affiner ces valeurs dans la période 2000-2010 :

- ❖ En 2004 le premier projet associatif formalise quatre orientations :
  - L'organisation : une organisation centralisée à travers un siège social, doté de services ressources et des directions participatives ;

---

<sup>6</sup> La loi 75-534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées

<sup>7</sup> Extrait du projet associatif 2011-2015

- La formation : permettre aux professionnels d'accéder à la formation initiale et continue, pour augmenter les compétences, améliorer la qualité de service, lutter contre l'usure professionnelle ;
  - L'ancrage sur un territoire plus vaste ;
  - Un développement maîtrisé, centré sur le cœur de métier
- ❖ En 2007 l'élaboration d'une charte de bientraitance :
- « ... *Se mettre chaque jour en situation de dégager le maximum d'espace de liberté, ...* »
  - « ... *Promouvoir une organisation qui soutient l'autonomie de tous depuis la personne aidée jusqu'à l'encadrement...* »
  - « ... *Considérer que les établissements ne sont pas seulement des lieux de vie mais des espaces habités, investis par des personnes qui y inventent leur quotidien...* »
- ❖ En 2010, le Schéma d'Orientation Stratégique 2010-2015 s'articule autour de 5 axes :
- une organisation souple et adaptable qui souhaite s'illustrer à travers les concepts de «plateforme» territoriale et multisectorielle.
  - la prospective, une ambition collective : s'équiper pour mieux répondre aux défis de l'avenir, veille partagée.
  - les Ressources Humaines, premier patrimoine ANAIS : valoriser la formation, caractériser les nouvelles compétences, développer un plan contre l'usure professionnelle.
  - renforcer la communication pour développer le sentiment d'appartenance
  - mutualiser les ressources : Favoriser la liberté d'initiative, mettre en place des temps d'échanges « métier ».

Sur le plan logistique et opérationnel, l'association a fait le choix de développer un grand nombre de services transversaux, situés géographiquement au siège de l'association et qui sont autant de ressources pour l'ensemble des directions d'établissements : la gestion financière, le service juridique, la direction des ressources humaines, un service informatique ou encore un service technique. (Annexe 1)

D'autre part, le siège centralise les achats : matériel informatique, véhicules, papeterie...

Par ailleurs, deux prestations sont mutualisées : la cuisine et la lingerie. Dans les deux cas, une entreprise adaptée de l'association réalise la prestation pour la majorité des établissements gérés par ANAIS.

### 1.1.2 Le CPOM ANAIS Sarthe

Le 28 juin 2010, L'Association ANAIS a signé un CPOM avec le Conseil Départemental<sup>8</sup> de la Sarthe, engageant sept foyers de vie et un foyer d'hébergement. L'ensemble de ces établissements sont financés exclusivement par le Conseil Départemental.

- ❖ Le foyer d'hébergement de Coulaines agréé pour accompagner vingt-cinq adultes handicapés déficients intellectuels avec ou sans troubles associés, travailleurs d'ESAT.
- ❖ Les sept foyers de vie de la Sarthe accueillent des adultes en situation de handicap du fait d'une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés. Chacun dispose d'un agrément pour 20 places d'hébergement et 3 places d'accueil de jours. Le foyer de St Pavace est le seul situé en périphérie urbaine, les six autres dispersés sur l'ensemble du département, sont en milieu rural.

Le CPOM s'inscrit dans le schéma départemental « adultes en situation de handicap » 2010-2015, il est en cohérence avec le projet de l'association et les projets des établissements concernés. Il inclut une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et une rationalisation des moyens. Il s'inscrit dans le respect du cadre législatif en vigueur et des agréments de chacune des structures concernées.

Les objectifs du CPOM étaient :

- rénover et mettre en conformité le foyer de vie de Thorigné sur Dué ;
- adapter l'accompagnement aux besoins et attentes des personnes handicapées vieillissantes, spécialisation de 2 foyers de vie ;
- créer un SAVS sur la communauté urbaine du Mans ;
- créer une place d'accueil temporaire au foyer d'hébergement ;
- augmenter le nombre d'équivalent temps plein d'AMP pour permettre un accompagnement plus personnalisé.

Ces objectifs ont été réalisés, sauf le dernier.

---

<sup>8</sup> Nouvelle désignation du Conseil Général

Le CPOM devait prendre fin en décembre 2013, mais depuis, il est prolongé chaque année. L'objectif est de permettre au second CPOM de s'articuler avec le schéma départemental, 2016-2021. Il devrait être signé en 2017.

### **1.1.3 Le foyer de vie de St Pavace**

Le Foyer de Vie ANAIS de St Pavace a ouvert ses portes en 2007 dans l'agglomération mancelle (à 3 Kms du Mans). Cette proximité avec la ville du Mans facilite l'intégration dans le tissu social et associatif.

#### **A) Les missions de l'établissement**

Le foyer de vie est financé par le Conseil Départemental de la Sarthe. Il dispose d'un agrément pour 20 places d'hébergement et d'un second agrément pour 3 places d'accueil de jour.

Les foyers de vie ne sont pas nommément cités dans le code de action sociale et des familles, pour autant, la description faite à l'article L 312-1 7° est suffisamment large pour les y inclure :

*« Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert<sup>9</sup> ».* De cette définition, je retiendrais la notion d'établissement accueillant des adultes handicapés proposant un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et à l'insertion sociale ainsi qu'un accompagnement médico-social.

Le foyer de vie peut, par ailleurs, se définir par différenciation : c'est un établissement qui accueille des adultes en situation de handicap qui ne peuvent assumer un emploi y compris protégé (ESAT) mais dont l'autonomie et les besoins médicaux ne justifient pas une orientation en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé).

L'établissement offre un accueil personnalisé, un habitat adapté ainsi qu'un accompagnement éducatif et social favorisant l'épanouissement et le bien être de chacun. Au travers de soutiens médico-sociaux adaptés, d'activités de loisirs, artistiques ou culturelles, les objectifs sont de maintenir les acquis, de développer de nouvelles compétences, de promouvoir l'autonomie et l'intégration dans la cité, de maintenir les

---

<sup>9</sup> Code de l'action sociale et des familles, partie législative, livre II, titre 1<sup>er</sup>, chapitre II, section 1



liens sociaux et familiaux existants, tout en respectant l'intimité et les choix de chacun, dans un espace de vie sécurisé.

#### B) L'évaluation interne

En 2011, l'établissement a réalisé sa première évaluation interne, aidé sur le plan méthodologique par un organisme extérieur. Ce travail a impliqué les professionnels sur le mode participatif.

Ce temps de réflexion collégiale a été l'occasion d'interroger le fonctionnement de la structure et les pratiques professionnelles au regard du cadre réglementaire pas toujours intégré et approprié par l'ensemble de l'équipe.

Après analyse des points forts et à améliorer, plusieurs pistes d'actions ont émergé :

- poursuivre l'ouverture de l'établissement sur son environnement et formaliser les liens avec les partenaires ;
- rédiger des fiches de poste pour l'ensemble des professionnels ;
- évaluer les besoins et attentes spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- réécrire le projet d'établissement.

#### C) Le projet d'établissement

En 2012, suite à l'évaluation interne, la réécriture du projet d'établissement s'est faite de manière participative. L'équipe a réfléchi à la présentation de l'établissement, de ses missions, de son environnement et de son offre de service.

L'offre de service a pour objet de répondre aux besoins des usagers. Elle est construite de manière à articuler le projet associatif, les objectifs fixés dans le CPOM, les axes d'amélioration émanant de l'évaluation interne et de l'analyse des besoins du public accueilli dans le respect du cadre réglementaire et des politiques publiques.

Elle se décline en quatre axes stratégiques qui sont à la fois des axes de travail et des axes d'amélioration de la qualité :

- faire du projet personnalisé l'outil central d'un accompagnement de qualité ;
- favoriser l'expression et la participation des résidents et de leur entourage ;
- mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou vieillissantes ;
- poursuivre la démarche d'insertion de l'établissement dans son environnement.

#### D) L'évaluation externe

En 2013, la première évaluation externe a été réalisée par le bureau Véritas, cabinet habilité, choisi par l'association après un appel d'offre, pour l'ensemble de ses établissements et services. Elle s'est faite à partir de documents envoyés en amont (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrat de séjour, planning des professionnels, procédures, ....) et d'une visite sur site de deux jours.

La conclusion de l'évaluation fait apparaître des préconisations et des points forts en lien avec la problématique qui me préoccupe ici.

##### Les préconisations :

- créer un 0.5 ETP d'AMP supplémentaire pour permettre des accompagnements avec un taux d'encadrement de 1 pour 1 quand cela est nécessaire (situation d'instabilité psychique)
- mettre en place un travail de réflexion sur l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques

##### Les points forts :

- un management participatif
- un accompagnement personnalisé
- une diversité des lieux d'expression pour les usagers

#### E) Les enquêtes de satisfaction

En 2014, nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des usagers et une seconde enquête à destination des familles. Je ne transcrirais ici que les éléments en lien avec la réflexion que je mène sur l'accompagnement des adultes souffrant de troubles psychiques.

L'enquête réalisée auprès des usagers laisse apparaître une lisibilité insuffisante du planning hebdomadaire d'activités et des professionnels de jour comme de nuit. Ce manque d'information est qualifié par les usagers d'insécurisant.

Par ailleurs, de nombreux usagers demandent à échanger plus souvent avec leur référent sur leur projet personnalisé pour permettre des ajustements plus rapides.

L'enquête réalisée auprès des familles traduit leur souhait de placer l'établissement dans une position de tiers facilitant le dialogue entre eux et leurs enfants.

Les familles sont également nombreuses à souhaiter plus d'ouverture du foyer sur la cité. Les résultats obtenus aux évaluations telles que définies par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et aux enquêtes de satisfaction, ont été priorités et viennent alimenter un tableau de pilotage annuel (Annexe 2), présenté aux professionnels en début d'année et qui fait l'objet d'un suivi trimestriel.

## **1.2 Quand le handicap psychique s'ajoute à la déficience intellectuelle, les besoins évoluent.**

### **1.2.1 Présentation du public accueilli au foyer de vie de St Pavace**

L'établissement dispose d'un agrément permettant d'accueillir vingt-trois adultes en situation de handicap du fait d'une déficience intellectuelle avec ou sans troubles du comportement associés dont vingt en hébergement (24h/24) et trois en accueil de jour.

#### A) Les structures d'origine des usagers

Les personnes accompagnées par l'établissement viennent de différents types de structures : d'Etablissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT) pour 43.47%, soit 10 personnes, d'Institut Médico-Educatif (IME) pour 26.08% d'entre eux, soit 6 usagers, de foyer de vie (FV) pour 21.73% soit 5 résidents et 1 personne était jusque-là accompagnées exclusivement par leur famille, soit 4.34%. (Annexe 3)

La majorité des résidents accueillis dans l'établissement en 2007, ont été travailleurs d'ESAT. Le choix d'une réorientation vers un foyer de vie s'est fait alors qu'ils avaient entre 40 et 45 ans. Cela vient traduire une diminution de leurs capacités à faire, liée à une plus grande fatigabilité, à un rythme de travail plus lent ou à une déstabilisation psychique.

Le déséquilibre psychique peut être consécutif soit d'un évènement (décès d'un proche, déménagement, une naissance ...) qui vient perturber le quotidien de l'utilisateur et l'équilibre des liens qu'il a noués, soit d'une modification de traitement rendue nécessaire du fait d'une accoutumance ou d'effets secondaires devenus trop envahissants.

Par ailleurs, l'avancée en âge peut s'accompagner d'une augmentation des symptômes qui deviennent trop perturbants pour permettre un maintien en ESAT.

D'autre part, l'alternance de phases d'équilibre et de déséquilibre psychique est fréquente sans que l'on puisse toujours identifier un élément déclencheur. Durant les phases de déséquilibre psychique, l'importance des symptômes rend difficile le maintien de l'altérité. Par exemple, l'utilisateur peut, à partir de propos tenus par un tiers professionnel ou autre, en faire une interprétation délirante et se sentir persécuté. En réponse, pour se défendre, l'utilisateur pourra avoir un comportement violent, incompréhensible à première vue par son interlocuteur. La capacité à travailler en équipe est indispensable en ESAT, peu de postes offrent la possibilité de travailler sans interdépendance. Le maintien dans l'établissement est alors souvent impossible. Sur 10 personnes sorties d'ESAT, 4 souffrent d'une pathologie psychiatrique.

Les adultes que nous accompagnons et qui viennent directement d'IME, ont des profils divers. Nous constatons cependant, au fil des ans, que la déficience intellectuelle est moins importante mais que les troubles du comportement sont plus présents. Certains, parmi les plus jeunes, souffrent de troubles psychiques qui nécessitent avant l'entrée en foyer de vie, un suivi et un traitement spécialisé. Sur 6 adultes venus d'IME, 3 souffrent de troubles psychiques.

Pour les adultes qui ont changé de foyer de vie, le changement de résidence s'est fait pour répondre à un souhait de rapprochement familial. La majorité de ces usagers présente une déficience intellectuelle moyenne à sévère avec quelques troubles associés davantage liés à des capacités cognitives très déficitaires qu'à une pathologie d'origine psychiatrique. Parmi ces usagers, un résident souffre de troubles psychiques importants.

Nous accompagnons également 1 femme, qui jusqu'à l'entrée dans l'établissement était accompagnée par sa famille après un parcours scolaire en milieu ordinaire et plus précisément en CLIS. Cette personne ne présente pas de troubles psychiques mais d'importants troubles du caractère.

#### B) La répartition en classe d'âge

La moyenne d'âge de la population accompagnée est de 44 ans. Aujourd'hui, le public se répartit comme tel :

- les moins de 29 ans représentent 21.73 % soit 5 personnes ;
- les 30-39 ans sont 7 usagers soit 30.43% ;
- les 40-59 ans représentent 30.34% soit 7 personnes ;
- les 50-59 ans 13.04% soit 3 personnes ;
- une personne a plus de 60 ans soit 4.35% de l'effectif (Annexe 3).

Les personnes les moins représentées sont les plus de 50 ans. Cela s'explique par l'ouverture récente de l'établissement (2007) et la spécialisation de deux foyers de vie du département, gérés par l'association, dans l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

La majorité du public que nous accueillons a entre 30 et 50 ans.

Le nombre de sorties et d'entrées de l'établissement est en moyenne d'une sortie et donc d'une nouvelle admission tous les 2 ans. De ce fait, nous ne pouvons accueillir que très peu de jeunes adultes sortants d'IME.

### C) Les mesures de protection juridique

Du fait de leurs déficiences, les usagers que nous accompagnons ne peuvent gérer seuls leurs ressources et leurs biens. 78.26% bénéficient d'une mesure de protection juridique assumée soit par un organisme de gestion, un tuteur ou curateur privé ou encore la famille.

Elles se répartissent comme suit :

- 8.69% de l'effectif total bénéficient d'une mesure de curatelle simple ;
- 13.04% bénéficient d'une mesure de curatelle renforcée ;
- 56.52% bénéficient d'une mesure de tutelle.

Les 21.75% d'usagers soit 5 personnes, ne bénéficiant pas de mesure de protection juridique sont aidés dans la gestion de leurs ressources et dans leurs démarches administratives par leurs familles.

### D) Les déficiences

Toutes les personnes que nous accompagnons souffrent d'une déficience intellectuelle, légère pour 82.60% des usagers, soit 19 personnes, moyenne pour 13,04% soit 3 usagers et sévère pour une personne soit 4,34%.

D'autre part, 34.78% soit 8 personnes sur 23 accueillies présentent des troubles sévères de la communication.

Par ailleurs, 82.60% de la population accueillie soit 19 usagers, présentent une déficience du psychisme au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), côté comme suit par le psychiatre intervenant dans l'établissement selon la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) : déficience de la fonction psychomotrice pour 57.89% des résidents concernés, troubles de l'émotion et de l'affect pour 26,31%, troubles de la perception ou de l'attention pour 10,52% et troubles du comportement pour 5.2%.

Cette cotation met en évidence un public présentant des troubles d'ordre psychologique sans permettre d'apprécier l'importance des troubles, ni de préciser s'ils sont liés à une maladie psychiatrique.

Dans chaque catégorie, sont regroupés des personnes dont les troubles sont extrêmement variables dans la forme et dans l'intensité. Certains, souffrant de troubles de l'émotion et de l'affect, gèrent difficilement leurs frustrations ou l'imprévu. Confrontés à ce type de situation, les réactions seront variables : fugue, violences physiques ou verbales, repli sur soi... C'est principalement dans cette catégorie « trouble de l'émotion et de l'affect » que se situent les personnes souffrant de troubles psychiques.

Je compléterai, en notant, que 8 personnes sur 23, actuellement accompagnées par l'établissement, présentent des symptômes dont l'expression perturbe suffisamment le quotidien et le lien à l'autre, pour rendre nécessaire un suivi psychiatrique régulier et un traitement spécifique à long terme.

### **1.2.2 Analyse de la liste d'attente**

Actuellement, la liste d'attente de l'établissement est composée de 11 dossiers ce qui correspond à la moitié de notre capacité actuelle. Sachant qu'en moyenne, nous réalisons une nouvelle entrée tous les deux ans, l'attente pour chacun de ces candidats sera longue. D'autant plus qu'en Sarthe, la situation est similaire pour l'ensemble des foyers de vie situés en zone urbaine ou péri-urbaine.

Parmi ces dossiers : 3 dossiers sont adressés par l'EPSM<sup>10</sup>, 5 par des IME (dont 3 candidats souffrent de troubles psychiques), 2 par un ESAT et 1 par une assistante sociale de secteur qui concerne un monsieur ayant eu plusieurs hospitalisations à l'EPSM et n'ayant pas jusque-là, été accompagné par le secteur médico-social.

Plus de la moitié des candidats en liste d'attente souffrent de troubles psychiques. Aussi, j'en déduis à moyen terme, une augmentation de la part de ce public dans notre effectif, ce qui justifie de repenser les prestations proposées, pour une meilleure adéquation aux besoins des usagers.

Par ailleurs, à l'étude des dossiers de candidature, je constate que les jeunes sortant d'IME souhaitent tous être accueillis en journée et en zone péri-urbaine.

Or, le foyer de vie de St Pavace est le seul dans le CPOM à offrir cette situation géographique. Mais, l'établissement n'est agréé que pour trois places d'accueil de jour. Là encore, une adaptation de notre offre de service apparaît comme nécessaire pour répondre à ce besoin.

### **1.2.3 L'étude des besoins et des attentes des usagers**

J'ai mené une étude afin de mieux repérer les attentes de cette population et de les traduire en besoins spécifiques.

Les attentes et les besoins sont des notions abstraites et empreintes de subjectivité, aussi, afin de clarifier mon propos, je propose de définir ces concepts.

---

<sup>10</sup> Etablissement Public de Santé Mentale nouveau nom du Centre Hospitalier Spécialisé

Les attentes sont directement à mettre en lien avec le recueil des attentes et souhaits de l'utilisateur tels que souligné dans la loi 2002-2. Il s'agit pour l'utilisateur d'exprimer ce à quoi il aspire, à la fois en termes de confort et de projet d'avenir. Les notions de préférences, de possibilité font partie du registre des attentes. Elles appartiennent strictement à l'utilisateur, elles lui sont propres.

L'attente inclut également une dimension projective, l'expression d'un devenir, d'un projet qui peut-être global, et qui peut dépasser le cadre des missions de l'établissement.

A partir de cette définition, je ne différencierai pas attentes et souhaits.

Les besoins sont un construit social, qui s'inscrit dans un environnement social et économique. Ils sont le résultat d'une analyse de la situation actuelle de la personne en situation de handicap qui inclut : l'histoire de l'utilisateur, l'évaluation de ses difficultés et leur impact sur sa capacité à assumer un rôle social, les attentes de l'utilisateur et de sa famille (dans la limite des missions de l'établissement).

Les besoins doivent permettre l'émergence d'objectifs qui seront le point de départ pour la co-construction du projet personnalisé. Ce dernier ayant pour finalité l'organisation de la réponse aux besoins, tel que le prévoit la loi 2002-2.

Le lien est aussi à faire avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans le sens où, les besoins traduisent ce qui manque à l'utilisateur pour compenser son handicap et lui permettre une inscription dans la cité pleine et entière en accédant aux rôles sociaux auxquels il prétend.

Le besoin dans ce sens est un droit et je reprendrais une définition de l'ANESM «*les besoins sociaux peuvent être considérés comme des demandes que la société a reconnues comme légitimes et s'engage à satisfaire notamment à travers les dispositifs d'action sociale* »<sup>11</sup>.

Pour mener à bien cette étude, j'ai réalisé une analyse transversale :

- des recueils de souhaits de chaque usager souffrant de troubles psychiques accompagné actuellement dans l'établissement, soit 8 personnes ;
- des recueils des souhaits émis par les stagiaires souffrant également de troubles psychiques que nous avons accueillis ces trois dernières années, soit 5 personnes. A chaque fin de stage, le bilan est fait avec le stagiaire et ses souhaits sont recueillis.

---

<sup>11</sup> BOUKELAL A., l'accompagnement personnalisé dans les ESSMS : repères et outils à l'usage des professionnels, les cahiers de l'actif, septembre/décembre 2013, p59

Il ressort de cette étude un certain nombre d'attentes, mais aussi de besoins directement liés à la situation de handicap psychique.

| <b>Les attentes</b>  | <b>Les besoins</b>  |
|--|---|
| <p>La prise en compte d'un changement d'avis soudain.</p> <p>Avoir une grande régularité de l'emploi du temps pour éviter, les imprévus ...mais qui, puisse être suffisamment souple pour être modulé en fonction de l'état psychique.</p>                               | <p>Bénéficier d'un accompagnement qui s'adapte à leur état psychique / Disposer d'un cadre structurant.</p>         |
| <p>Pouvoir s'isoler dans son logement y compris pour les repas.</p>  | <p>Pouvoir rompre avec l'autre quand l'angoisse est trop forte.</p>   |
| <p>Disposer d'un lieu privé qui ne soit pas qu'une chambre mais un espace suffisamment vaste pour y réaliser des productions artistiques (dessins, sculpture, musique) qui sont autant de formes d'expression qui permettent à l'usager d'extérioriser son angoisse.</p> | <p>Offrir des moyens d'expression variés qui permettent l'expression quand la verbalisation n'est pas possible.</p> |
| <p>Avoir des interlocuteurs avec qui échanger sur leurs souffrances psychiques.</p>  | <p>Avoir une parole prise en compte et comprise.</p>  |
| <p>Bénéficier d'accueil à temps partiel ou séquentiel quand cela est nécessaire.</p>   | <p>Assurer l'articulation et la continuité des projets de soins et d'accompagnement.</p>                            |
| <p>Etre accompagné pour appréhender le monde extérieur source de méfiance, persécution ou mal-être.</p>  | <p>Bénéficier d'une inscription dans la cité et d'une participation citoyenne maximale.</p>                         |
| <p>Maintenir les liens familiaux parfois mis à mal par la maladie.</p>   | <p>Avoir un tiers de confiance qui puissent servir de lien.</p>   |
| <p>Pouvoir interpeler si besoin.</p>   | <p>Vivre dans une cadre contenant, rassurant sans qu'il soit vécu comme oppressant ou intrusif.</p>                 |



Globalement, les attentes et besoins de ce nouveau public, m'obligent à concevoir une organisation plus souple, adaptable et autocritique. Ainsi, la nécessité pour les professionnels est d'acquérir des connaissances sur les pathologies psychiatriques et leurs symptômes, pour repérer plus rapidement une situation de mal être et ajuster l'accompagnement afin de limiter le risque de passage à l'acte et /ou d'hospitalisation.

#### **1.2.4 Les difficultés rencontrées dans l'accompagnement du public**

Afin de mieux cerner les difficultés rencontrées par les professionnels dans l'accompagnement de ce public, j'ai piloté un groupe de travail pluridisciplinaire pour construire de manière empirique, une autocritique à partir, entre autres, de la situation de M. P.

*M. P est né en 1986, il est fils unique.*

*A 3 ans, il est placé en famille d'accueil, le climat familial étant devenu trop violent.*

*A 7 ans, des troubles apparaissent : convulsion, épilepsie, difficultés motrices, d'élocution et d'orientation spatiale.*

*En 1996, sa mère décède. Cette même année, il est accueilli en IME, rentre en famille d'accueil le week-end et voit son père tous les 15 jours.*

*En 2007, (21 ans), M. P est admis au foyer de vie de St Pavace en externat, il rentre tous les soirs en famille d'accueil.*

*En 2008, suite à un passage à l'acte violent (tentative de strangulation sur la fille de la famille), M.P est hospitalisé puis admis en internat au foyer de vie de St Pavace.*

*Au cours des années qui vont suivre, M. P communique plus avec les professionnels, il exprime ses inquiétudes, son regret de ne pas vivre avec son père, l'image négative qu'il a de lui-même.... Il participe à des activités (équitation, natation, théâtre, course à pied) qui lui procurent du plaisir, l'aident à se détendre et à prendre confiance en lui.....*

*Mais, parallèlement, l'analyse des fiches d'évènements indésirables montre à espace-temps régulier (2 par mois environ) des épisodes d'énervement, d'agressivité verbale.*

*Ces comportements sont majoritairement déclenchés par une incapacité à gérer des frustrations, par des interprétations délirantes ou hallucinations auditives.*

*Pour autant, ces épisodes sont courts, il reste accessible au dialogue.*

*Progressivement, la part des temps apaisés diminue au profit des temps de mal être.*

*A l'automne 2014, son impatience est de plus en plus grande, il est dans une posture d'exigence à laquelle il n'est pas toujours possible de répondre. Il a de plus en plus de mal à supporter la présence des autres résidents.*

*Février 2015, M. P est de plus en plus enfermé dans un mode de penser négatif, il se décrit comme un déchet. Il interprète de plus en plus les propos des autres résidents comme étant des insultes qui lui sont adressées. M. P n'est plus accessible, l'équipe n'arrive plus à l'inscrire dans un lien d'altérité. M.P pose des actes de violence physique.*

*Le 04 mars 2015, M.P est hospitalisé à sa demande.*

*Il revient au foyer le 15 avril 2015 mais les comportements violents réapparaissent. Le lendemain matin, M. P souhaite retourner à l'hôpital, il dit vouloir qu'on lui enlève les voix dans sa tête. Il est ré hospitalisé. (Le 16 avril)*

*Le 4 juin 2015, nouvelle tentative de retour au foyer, mais nouvel échec.*

*Le 7 juillet 2015, M.P revient au foyer, les comportements agressifs réapparaissent, M. P n'est pas accessible au dialogue, il s'oppose à tout, y compris et pour la première fois à une hospitalisation. Il sera hospitalisé le 15 juillet 2015, sous contrainte, dans une grande violence pour lui et pour tous les professionnels présents.*

*Deux commissions « situation complexes » ont été organisée avec la MDPH :*

*La première en octobre 2015 a abouti à une orientation vers un FAM spécialisé dans l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques de haut niveau intellectuel en vue d'une évaluation. Cette décision n'a jamais été mise en œuvre faute de place et parce que M. P présente une déficience intellectuelle légère et qu'à ce titre il ne correspond pas au public accompagné par cet établissement.*

*La seconde en mars 2016, après validation par la CDAPH, a conduit à une réorientation vers le seul foyer de vie sarthois spécialisé dans l'accompagnement de personnes souffrant de handicap psychique. A nouveau cette décision n'a pu aboutir faute de place.*

*M. P bénéficiera en mai 2016 d'une orientation FAM. Il réalisera un premier stage en septembre 2016, dans un établissement qui accueille principalement des personnes autistes mais qui de plus en plus accompagne des personnes en situation de handicap du fait d'une déficience intellectuelle associée à des troubles psychiques.*

A partir de ce travail d'équipe, il m'a été possible de lister les difficultés auxquelles nous avons été confrontés :

- le repérage objectif de l'augmentation progressive des passages à l'acte (l'analyse des fiches d'évènements indésirables<sup>12</sup> n'est pas réalisée par usager mais par catégorie d'évènement) ;
- un accès aux soins difficile : hospitalisation via les urgences par manque de place disponible à l'EPSM ;
- une communication entre l'hôpital et l'établissement compliquée, par manque de connaissance réciproque du fonctionnement et des moyens de chacune des deux structures ;
- une gestion de parcours en tout ou rien (tout sanitaire ou tout médico-social), il n'y a de possibilité de retour progressif 1 jour par semaine, puis 2 etc. ;
- toute modification de traitement suppose une hospitalisation du fait de l'absence au quotidien d'un professionnel de santé dans l'établissement (IDE) ;
- l'architecture du foyer de vie ne permet pas à un résident de s'isoler (proximité internat et salle d'activité) ;
- un taux d'encadrement trop faible pour permettre, quand besoin est, un accompagnement de un pour un ;
- les professionnels manquent de connaissances concernant les troubles psychiques.

### **1.2.5 Une évolution qui dépasse le cadre de l'établissement**

#### A) Au niveau national

Un rapport de l'IGAS de 2011<sup>13</sup> centré sur l'accompagnement du handicap psychique, précise que 30% de la population souffrent d'un trouble psychique plus ou moins grave.

La connaissance de ce public reste partielle car les chiffres proviennent d'études faites sur les pathologies et non sur l'impact des symptômes sur la capacité à occuper un rôle social (Habitant, employé, parent...). Malgré cela, le chiffre de 1% de la population française en situation de handicap psychique est avancé.

---

<sup>12</sup> CIRCULAIRE N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bienveillance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

<sup>13</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « la prise en charge du handicap psychique », août 2011

B) Au niveau régional

2.4 % de la population en Pays de la Loire sont suivis par le secteur psychiatrique selon les chiffres énoncés dans le PRS.

Dans la région près de 400 personnes sont hospitalisées en long séjour en psychiatrie alors qu'elles bénéficient d'une orientation par la CDAPH sans pour autant être accompagnées par le secteur médico-social.

C) Au niveau départemental

Le Conseil Départemental de la Sarthe, dans son schéma 2015-2019, estime à partir des chiffres de la MDPH de 2013, que 6.1% de la population sarthoise est reconnue en situation de handicap soit 34303 personnes. Ce chiffre est en progression, il était de 6% en 2012. Par ailleurs, le Conseil Départemental estime que 30% des personnes accompagnées par les foyers de vie souffrent de troubles psychiques.

Nous ne disposons d'aucun chiffre concernant le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques et en attente d'une orientation en foyer de vie dans le département.

## 1.3 L'analyse de nos forces et faiblesses

### 1.3.1 Les compétences humaines, notre principale ressource

A) Les professionnels présents au foyer de vie

| Postes                           | Nbre d'ETP   | Qualification Requise     | % professionnels formés |
|----------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------------|
| Directeur                        | 1            | CAFDES                    | En cours                |
| Secrétaire                       | 0.5          | Bac pro secrétariat       | 100%                    |
| Agent de service intérieur       | 1.74         | Maitresse de maison       | 100%                    |
| Surveillant de nuit              | 2.25         | Surveillant de nuit       | 100%                    |
| Aide médico-psychologique        | 7.5          | Aide médico-psychologique | 100%                    |
| Educateur spécialisé             | 1            | DE éducateur spécialisé   | 100%                    |
| Psychologue                      | 0.12         | DESS psychologie clinique | 100%                    |
| Psychiatre                       | 0.12         | Docteur en psychiatrie    | 100%                    |
| <b>Nombre d'ETP total</b>        | <b>14.23</b> |                           |                         |
| Effectif usagers                 | 23           |                           |                         |
| Ratio d'accompagnement global    | 0.62         |                           |                         |
| Ratio d'accompagnement éducatif  | 0.47         |                           |                         |
| Ration d'encadrement (direction) | 0.04         |                           |                         |

## B) Evaluation quantitative des ressources humaines

Le ratio d'accompagnement global (0.62) est légèrement inférieur au ratio d'accompagnement global moyen du département qui est de 0.69. Il en va de même pour le ratio d'accompagnement éducatif (0.47) qui pour le département est en moyenne de 0.51.

Compte tenu de ces éléments, dans le cadre de nos projets, s'il y a nécessité d'augmenter le nombre de professionnels intervenants dans nos établissements, cela pourra être rappelé à l'autorité de tarification.

Le degré de flexibilité sociale est limité, du fait d'un taux d'encadrement éducatif faible, ce qui m'oblige à remplacer chaque professionnel absent. Pour ce faire, nous disposons dans nos budgets de deux lignes prévues à cet effet, soit par an 0.25 ETP d'AMP et 0.30 ETP de surveillant de nuit. Les remplacements se font en CDD plutôt qu'en intérim pour des raisons financières.

Le recrutement des AMP est assez aisé du fait de la situation géographique de l'établissement qui le rend accessible et à l'accueil régulier de stagiaires professionnels.

Par contre, le recrutement de surveillant de nuit diplômé est plus complexe. La formation est proposée aux professionnels en situation d'emploi, le plus souvent en CDI, aussi ils sont peu demandeurs de remplacement, sauf pour compléter un temps partiel. Dans ce cas, la réglementation concernant l'organisation du travail oblige à des précautions.

A noter, par ailleurs, que la pénurie de médecins entraîne, le non remplacement du médecin psychiatre après son départ à la retraite en février 2016.

## C) Evaluation qualitative des ressources humaines

Le taux de qualification concernant les formations initiales est élevé. Les professionnels qui composent l'équipe éducative (AMP, ES, surveillant de nuit) ont tous de cette manière acquis les savoirs de base nécessaires à l'exercice de leur métier. Pour autant, ils n'ont pas bénéficié de formations complémentaires leur permettant d'accroître leurs connaissances concernant les troubles psychiques.

Le taux d'absentéisme moyen des professionnels est en hausse (6.2 % en 2013, 6.6 % en 2014 et 7.3% en 2015). Au-delà d'une situation de maladie longue durée et d'un congé parental à temps plein, j'ai pu repérer, au travers de divers entretiens ou réunions, un accroissement du sentiment d'impuissance.

L'hospitalisation d'un usager est perçue comme un échec et cela vient remettre en cause des compétences sur lesquelles les professionnels s'appuient depuis des années.

Par ailleurs, la confrontation à la violence fait naître la peur, un sentiment de mise en danger qui, peu à peu, épuise psychologiquement. La prise de distance devient plus difficile et l'éloignement physique, via l'arrêt maladie, apparaît alors comme la seule réponse pour lutter contre un sentiment de débordement grandissant. Cette situation de mal-être au travail a des conséquences négatives pour le salarié et pour l'utilisateur. Les absences désorganisent l'accompagnement, créent de l'imprévu, ce qui est source de déstabilisation pour les personnes en situation de handicap psychique.

La pyramide des âges montre globalement une représentation équilibrée des tranches d'âge entre 30 et 50 ans et une faible représentation :

- des plus de 55 ans. Peu de départs à la retraite sont à prévoir à moyen terme, les 3 salariés les plus âgés ont moins de 55 ans.
- des moins de 30 ans. Du fait de l'ouverture récente de l'établissement, peu de salariés ont quitté leur poste ce qui limite la possibilité d'embaucher de jeunes salariés. D'autant plus, que sur les quelques recrutements qui ont eu lieu, l'expérience professionnelle a été valorisée. (Annexe 10)

Les professionnels ont de l'expérience, connaissent bien l'établissement et son public, ce qui est un atout. Mais, avec une durée moyenne de contrat de 6.52 années dans un établissement ouvert depuis 9 ans, il faudra être vigilant quant à l'émergence d'un phénomène d'usure professionnelle notamment chez les plus de 50 ans dont le travail a beaucoup changé tout au long de leur carrière.

### **1.3.2 Les ressources et compétences organisationnelles et managériales**

#### A) Evaluation des ressources et compétences organisationnelles

L'Association a élaboré un schéma stratégique qui définit les grandes directions qu'elle souhaite adopter (politique développement, de recentrage sur le cœur de métier, .....)

La Direction Générale met en œuvre la politique associative en assurant le pilotage de l'ensemble des établissements gérés par l'association. Pour ce faire, elle a construit plusieurs outils :

- une direction de l'action médico-sociale qui assure le lien avec les établissements.
- des groupes de travail par pôle d'activité : chaque directeur y participe en fonction du type d'établissement qu'il dirige.

- Un comité de directeurs qui permet la circulation ascendante et descendante de l'information entre les établissements, la Direction Générale et l'Association.
- Un conseil de bienveillance (annexe 5).

Le CPOM est un outil voulu par les politiques pour simplifier le dialogue de gestion et encourager la mutualisation. Les cadres de direction se rencontrent tous les deux mois, selon un ordre du jour : La commission d'admission/ le partage d'informations /un temps de « mutualisation » : formations, construction des enquêtes de satisfaction...

L'établissement a mis en place plusieurs réunions afin que la parole circule au mieux au sein d'une équipe pluridisciplinaire :

- les réunions de coordination hebdomadaires que j'ai avec l'éducateur spécialisé sont des temps d'articulation (emploi du temps, ordre du jour des réunions, besoins de remplacement) et d'évaluation de l'impact de changements récents ou à venir sur le bien-être des usagers.
- les réunions de fonctionnement, (1 fois tous les 15 jours) que je pilote, réunissent les professionnels (l'équipe éducative, un surveillant de nuit selon le planning, les maîtresses de maison, la secrétaire). La réunion se décompose en trois temps : informations descendantes, questions liées au fonctionnement, temps d'échanges sur les usagers.

L'organisation du temps de travail est établie à partir d'une trame planning construite sur 7 semaines. Le planning est ajusté pour tenir compte des absences prévisibles (formation, congés...) et il est affiché trois mois à l'avance pour permettre à chacun d'organiser au mieux vie professionnelle et vie familiale.

En cas d'absence non prévue (maladie, enfant malade,..), en fonction des besoins, le salarié est remplacé.

## B) Evaluation des ressources et compétences managériales

### La politique de rémunération

Les grilles de salaires de la Convention Collective Nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées de mars 1966 (CCN 66) dont dépend l'établissement sont appliquées strictement.

### La politique de formation et de promotion

La réforme de la formation<sup>14</sup> a eu pour effet une diminution significative du budget annuel de formation. Pour autant, la formation reste une vraie priorité.

Chaque année, les demandes de formation sont recueillies auprès de chaque professionnel, dans tous les établissements qui composent le CPOM. Elles sont regroupées par thème. Chaque établissement, en fonction des moyens dont il dispose sur son plan de formation, organise une formation sur l'un des thèmes recensés. Comparée à la formation individuelle, cette organisation permet de répondre à plus de demandes pour un coût moindre, de créer des lieux d'échanges, de connaissances réciproques qui facilitent et encouragent la mobilité professionnelle.

Depuis 2014, émergent des demandes de formations centrées sur la connaissance des troubles psychiques. En 2015, la formation retenue dans notre établissement, était « Développer son écoute pour mieux soutenir une relation d'aide » (Annexe 10), en 2016, « Etat de crise et pathologies mentales (Annexe 11) ».

Entre 2012 et 2015, quatre formations ont été financées par le biais des fonds d'intervention (surveillant de nuit, maîtresse de maison) et trois salariés ont accrue leurs qualifications par le biais de VAE (ME, ES, BTS secrétariat).

La promotion est liée à l'obtention d'une nouvelle qualification, qui se traduit dès que possible, par une promotion en interne.

Par ailleurs, toutes les formations de sécurité, financées sur le budget de l'établissement (HACCP, incendie et évacuation, habilitation électrique, SST) sont réalisées.

### La politique de recrutement

Le recrutement des directeurs est réalisé par le Directeur Général, celui des chefs de service par un collectif de trois directeurs.

Le recrutement des autres salariés est sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Chaque poste est porté à la connaissance de l'ensemble des salariés de l'association.

Le recrutement en interne est priorisé. L'association est vigilante à ce que les salariés à temps partiel subi, soient prioritaires sur les postes à pourvoir à temps plein. De la même manière, elle mobilise les moyens à sa disposition pour permettre le reclassement d'un salarié inapte à son poste.

---

<sup>14</sup> LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale



### La politique de prévention des risques professionnels

Depuis 2013, à partir d'une trame associative, les établissements en lien avec leur CHSCT, ont élaboré leur Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) : analyse des postes, cotation des risques professionnels selon la gravité et la fréquence et construction d'un plan de mesures correctives.

Une analyse du plan d'action est faite en équipe chaque d'année, elle est transmise au CHSCT pour informations et commentaires. Puis, un nouveau plan d'action est arrêté pour l'année suivante.

Jusqu'en 2015, le DUERP n'intégrait pas les risques psycho-sociaux, plusieurs épisodes de violence sur les professionnels, m'ont conduit à constituer un groupe de travail (DP, salariés volontaires, cadres) pour définir ce risque et énoncer des mesures correctives et préventives.

### **1.3.3 Les ressources financières**

Du fait du CPOM, l'association dispose d'une enveloppe annuelle globale qu'elle répartit entre les établissements. Par conséquent, l'analyse financière s'apprécie au niveau du CPOM.

#### A) Un bilan financier excédentaire

L'association consciente de la raréfaction des moyens a mis en place une politique de regroupement des achats : véhicules, matériels informatiques, bureautique ..., et de mutualisation des ressources grâce à la mise en place de services supports et de directions opérationnelles au niveau du siège social : un service comptabilité, juridique, informatique, ressources humaines....

Au niveau du CPOM, la mutualisation est également effective : formation des professionnels, achats de gros matériels (remorque, barnum ....).

Cette politique a pour effet de permettre des économies financières, ainsi le CPOM fait apparaître des résultats excédentaires de :

| Année    | 2011      | 2012      | 2013     | 2014     |
|----------|-----------|-----------|----------|----------|
| Excédent | 172 821 € | 174 717 € | 64 471 € | 65 553 € |

Soit un excédent cumulé de 477 562 € non encore affecté.

Il sera proposé au Conseil Départemental de l'affecter à l'investissement.

## B) Une baisse des charges de personnel

Le médecin psychiatre qui intervient à 0.85% sur le CPOM a fait valoir ses droits à la retraite au 28 février 2016 et il ne sera pas remplacé faute de candidat.

Cela permettra une économie en charge de personnel de 134 446 € par an, somme qui permettra le financement de postes supplémentaires indispensables pour adapter nos prestations aux besoins des usagers souffrant de troubles psychiques.

## C) Prix de journée

Les prix de journée sont de 140.75€ en hébergement et de 81.15€ en accueil de jour, légèrement inférieur au tarif départemental moyen respectivement de 145.70 € et 83.25 €.

## D) Taux d'occupation

Il s'agit ici de comparer les taux d'occupation des établissements composant le CPOM et qui ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ou d'adultes souffrant de TED ou autisme afin de vérifier l'adéquation géographique de nos prestations à la demande. (Chacun de ces établissements dispose de 20 places d'hébergement et 3 places d'accueil de jour).

| établissement   | Luché-Pringé | Marçon | St Pavace  | Beaumont |
|-----------------|--------------|--------|------------|----------|
| Accueil de jour | 79%          | 72%    | <b>92%</b> | 74%      |
| Hébergement     | 84%          | 90%    | 81 %       | 86%      |

Pour l'accueil de jour, je retiens un fort taux d'occupation à St Pavace, seul établissement en secteur péri-urbain et pour lequel la demande est forte.

Les faibles taux d'occupation des autres établissements s'expliquent par une demande faible en milieu rural.

Pour l'hébergement, les taux d'occupation nettement en dessous de 90% s'expliquent par (au-delà des absences pour départ en week-end ou vacances) :

- à St Pavace, l'hospitalisation à l'EPMS d'un jeune homme depuis début mars 2015.
- à Luché-Pringé, une hospitalisation en chirurgie suivie d'un séjour en structure de convalescence et une hospitalisation de plusieurs mois à l'EPMS.
- à Beaumont, trois résidents ont, sur des temps courts mais répétés, été hospitalisés à l'EPMS.

Cette situation fait apparaître la nécessité de mettre en œuvre des moyens qui nous permettent de mieux accompagner ce public afin d'éviter les situations de rupture et d'hospitalisations à répétition et de répondre aux demandes des jeunes adultes maintenus en IME faute de réponses satisfaisantes en foyer de vie.

### 1.3.4 Les ressources et compétences techniques

#### A) Les actifs physiques

Le foyer de vie se compose d'un bâtiment de 800 m<sup>2</sup> habitables, construit en 2007 sur un terrain paysagé de 1.5 hectares dont l'association est propriétaire.

Le bâtiment est construit sur deux niveaux où salles d'activité et chambres individuelles se juxtaposent (annexe 6). Cette répartition « mêlée » a plusieurs inconvénients :

- la proximité des espaces d'hébergement et des lieux d'activités rendent :
  - le repérage spatio-temporel complexe ;
  - impossible la planification d'activités bruyantes ;
  - difficile la possibilité d'être au calme y compris dans son logement.
- l'étroitesse et le faible nombre de salles d'activités créent :
  - une contrainte forte dans le choix et la planification des activités ;
  - une multifonctionnalité des salles qui les rend plus difficiles à repérer.

#### B) Les actifs intangibles

Les foyers de vie ANAIS en Sarthe n'ont pas toujours eu une bonne image. L'association, alors peu implantée dans le département, a construit des projets moins coûteux que ceux des autres associations notamment en ce qui concerne le bâti, ce qui a été perçu comme une concurrence déloyale.

Les changements de dirigeants se faisant (Président d'association, Directeur Général) dans chacune des associations, les relations se sont améliorées et sont devenues plus collaboratives. En 2009, puis en 2014, l'association a répondu à des appels à projet conjointement avec une autre association du secteur.

Le foyer de vie de St Pavace, est très ouvert sur l'extérieur, beaucoup d'activités se font en partenariat avec les associations culturelles ou sportives.

L'établissement a également des liens importants avec les IME : accueils en stage d'évaluation pour compléter un dossier de demande d'orientation, en stage de « parcours » (pour ceux qui ont une orientation foyer de vie et sont en attente de places) ou accueils collectifs en ateliers partagés.

Par ailleurs, les liens avec les acteurs départementaux : MDPH, organismes de gestion tutélaire, Conseil Départemental et les autres établissements sociaux et médico-sociaux présents sur le département sont de bonne qualité.

### 1.3.5 Synthèse 1<sup>ère</sup> partie : exposé de la problématique

Au vu des éléments présentés ci-dessus, je constate que le public que nous accompagnons évolue et que ses besoins changent. Les demandes en accueil de jour, en zone urbaine explosent et la part des personnes en situation de handicap psychique augmente. L'analyse portée sur la liste d'attente et les chiffres annoncés par les pouvoirs publics montrent que cette tendance va se confirmer dans les années à venir.

Aujourd'hui, la vie de ces personnes dans l'établissement est marquée par la discontinuité (le passage du secteur médico-social au secteur sanitaire sans lien) et la répétition (alternance de périodes de soin et d'accompagnement médico-social).

Pour rompre avec cet état de fait, je dispose de trois solutions :

- mettre en œuvre une politique d'admission « prudente » voire « sélective », quitte à maintenir des places vacantes et à avoir un taux d'occupation et des ressources financières en baisse.
- poursuivre l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques sans adaptation de notre offre de service, au risque de multiplier les situations de violence et de souffrance pour l'utilisateur, ses pairs et les professionnels.
- enfin et c'est ce que je défendrai auprès de la Direction Générale, l'adaptation de notre offre de service aux besoins spécifiques de ce public. D'autant plus, que l'offre sur notre territoire, est très faible (deux MAS et un foyer de vie accueillent ce public sans place vacante à ce jour).

Pour ce faire, j'opposerai le concept de coordination à celui de discontinuité et le concept de parcours à celui de répétition.

Les enjeux pour l'établissement sont pluriels :

- permettre aux adultes en situation de handicap psychique d'avoir un accompagnement qui réponde à leurs besoins y compris de soins ;
- garantir un accompagnement des usagers qui limite le risque de maltraitance ;
- limiter l'usure professionnelle et le mal être généré par le sentiment de peur et d'impuissance ;
- maintenir un taux d'activité en correspondance avec la moyenne départementale.

Pour réaliser cette mutation, le diagnostic permet d'identifier des leviers en GRH (formation, recrutement) et sur le plan financier (excédents et baisse des charges en personnel).

Mais l'émergence de ce public traduit aussi une évolution de nos représentations et une lecture socio-historique et politique est indispensable pour penser l'ajustement de notre offre de service à ses besoins.

## **2 Le handicap psychique, une évolution culturelle**

### **2.1 Du statut de malade mental au statut de personne en situation de handicap psychique**

C'est avec nos représentations que nous structurons et agissons sur le monde qui nous entoure. Elles sont des constructions sociales qui évoluent dans le temps, se modifient, sans pour autant perdre totalement le sens qu'elles avaient auparavant.

Aussi, il me paraît indispensable de faire un détour par l'histoire car, sans aucun doute, des représentations anciennes s'expriment encore aujourd'hui, au travers de postures professionnelles.

#### **2.1.1 La maladie mentale, une représentation en mouvement**

Dans l'Antiquité, la folie comme la difformité est le signe de la colère des dieux et est synonyme de faute.

Dans le même temps, la philosophie et la médecine grecque vont proposer un autre mode de penser qui servira de modèle pendant longtemps. Hippocrate est le premier à renier les conceptions et les explications surnaturelles. Il défend une médecine rationnelle, basée sur l'observation, la description et le raisonnement. On lui doit la première classification connue des maladies mentales. Selon lui, le système humain résulte d'un équilibre entre quatre humeurs : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. S'il y a une prédominance de l'une ou de l'autre, cela crée un déséquilibre et donc la maladie. A chacune de ces humeurs correspond un « tempérament » : sanguin, lymphatique, bilieux, mélancolique. Pour soigner, il faut permettre un retour à l'équilibre de ces humeurs.

Au Moyen-âge, on distingue deux périodes. Durant la première partie du moyen-âge, la référence aux croyances religieuses est grande. Le fou est possédé par le diable. Le traitement a à voir avec la religion, repentis publics, confessions.

Dans la seconde partie du moyen-âge, la folie est assimilée à la sorcellerie. Les fous vont être les premiers à brûler sur le bûcher. C'est le temps de la chasse aux sorcières.

A la Renaissance, de nouvelles conceptions plus scientifiques apparaissent dans un courant global de rejet des conceptions mystiques. Jean Weyer, né en 1515, dénonce les conduites obscurantistes. Il demandait à chaque procès en sorcellerie, une expertise médicale persuadé que les sorcières étaient surtout des malades.

Les découvertes médicales, à cette époque, sont nombreuses et menées essentiellement à partir de descriptions sémiologiques.

Au 16ème, 17 et 18ème siècle, les établissements asilaires se multiplient, ils n'ont pas pour vocation de soigner les fous mais seulement de les enfermer. Les fous sont considérés comme dangereux.

La naissance de la psychiatrie est marquée par l'œuvre de Philippe Pinel (1745-1824). Il publie un premier traité sur l'aliénation mentale en 1800, où il décrit plusieurs maladies mentales : les névroses, l'hypocondrie, les manies, la mélancolie, la démence et les pathologies liées à la frayeur qu'il observe chez les soldats des guerres napoléoniennes. Par ailleurs, Pinel enlève les chaînes aux malades. Il accorde beaucoup d'importance à l'hygiène, à l'alimentation, aux qualités morales du personnel et aux liens de confiance réciproque qui lient les malades aux soignants. L'asile n'est plus alors une prison mais un lieu de soin.

La loi de 1838 est impulsée par deux élèves de Pinel, Esquirol et Ferrus. Cette loi organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés et la protection des malades et de leurs biens. Chaque département doit disposer d'un établissement.

Deux modes d'hospitalisation sont possibles : le placement volontaire demandé par la famille ou les tuteurs et le placement d'office décidé par le préfet en cas de danger. Les modalités de recours contre l'internement arbitraire sont prévues.

Le malade qui perd une partie de sa capacité civile est protégé par des administrateurs contre une éventuelle spoliation.

La psychiatrie est devenue une branche à part entière de la médecine, le fou est devenu un malade sur lequel le regard posé est exclusivement clinique.

Après 1945, plusieurs médecins chercheurs posent un regard critique sur la psychiatrie et pointe des similitudes entre l'hôpital psychiatrique et les camps de concentration (privation de liberté de mouvement, de parole, déresponsabilisation....). Au point de départ de ce mouvement, Thomas Szasz, médecin juif exilé aux Etats-Unis pour fuir le nazisme, opposera, dans les années 50, la psychiatrie institutionnelle à la psychiatrie contractuelle. Cette dernière est fondée sur l'accord du patient et sa mobilisation autour de son projet de soin.

Ce mouvement de désinstitutionalisation s'amorce en France dans les années 60. Malgré cela et la mobilisation de familles et de soignants, la personne souffrant de trouble psychique n'est appréhendée que sur le versant clinique, l'impact de la maladie sur sa capacité à être socialement est relativement ignoré.

Il faudra attendre la loi du 11/02/2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, pour que la personne souffrant de troubles psychiques sorte de ce statut exclusif de malade. Elle est alors perçue comme un être social, un citoyen qui, du fait de soucis de santé rencontre des limitations dans l'exercice de certains rôles sociaux. A partir de ce moment-là, le malade peut aussi être en situation de handicap.

Si les représentations ont évolué, ce mouvement est lent et les représentations mêmes anciennes demeurent parfois plus ou moins consciemment. Elles pourront alors se traduire chez certains professionnels par des craintes, de la peur et même du rejet vis-à-vis de personnes en situation de handicap psychique car elles y percevront encore un peu du fou dangereux du 16 ou 17<sup>ème</sup> siècle.

Un travail sur les représentations avec l'ensemble des professionnels exerçant dans l'établissement est essentiel.

### **2.1.2 Evolution et définition du concept handicap**

Le concept de handicap est lui aussi un construit social. On ne peut le définir qu'en référence à une culture et une époque.

L'évolution du concept de handicap peut se lire à travers les mots utilisés (idiot, invalide, incapable, infirme, arriéré) et les réponses proposées socialement. Récemment, nous sommes passés de la notion de « handicapé » à celle de « personne handicapée » puis à celle de « personne en situation de handicap ».

Les politiques publiques évoluent pour répondre aux modifications de nos représentations. Inversement, et parallèlement, les politiques publiques entraînent une évolution de nos modes de penser. C'est cette dialectique incessante qui a permis un changement progressif dans nos manières d'appréhender et de prendre en compte la situation de handicap.

Au-delà des derniers textes législatifs, c'est cette mutation conceptuelle qui s'opère dans la société, qu'il faut appréhender pour mieux s'approprier le cadre législatif et anticiper l'avenir des pratiques professionnelles et des structures dans lesquelles nous exerçons.

#### **A) Approche socio-historique du « handicap »**

Le mot handicap trouve son origine en Grande Bretagne au XVI<sup>ème</sup> siècle dans l'expression « hand in cap » qui signifie « la main dans le chapeau » en référence à un jeu d'échange d'objets personnels. Un arbitre les plaçait au fond d'un chapeau. Le handicap traduisait alors la situation défavorable du joueur qui avait tiré le mauvais lot.

En Irlande, dans les années 1820, le terme de handicap « hand in cap », est utilisé dans le domaine des courses de chevaux. Il s'agit d'attribuer une position de départ favorable

(en pole position) au cheval réputé le moins performant. Dans le domaine équestre, ce principe perdurera en « handicapant » les meilleures montures par une charge supplémentaire.

Jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, dans notre société, la notion de handicap n'a pas de place. La personne handicapée est assimilée au malade, au fou ou au criminel que d'abord on exclut puis qu'on « soigne ».

Avec l'apparition au XIX<sup>ème</sup> siècle du concept d'idiotie, étymologiquement, l'ignorant, on distingue le handicapé du malade ou du fou.

Tout au long du XIX<sup>ème</sup> et du XX<sup>ème</sup> siècle, notre regard sur les personnes handicapées va littéralement changer grâce à différents travaux comme ceux du Docteur Jean ITARD (Victor de l'Aveyron), Edouard SEGUIN (1818-1880), puis Maria MONTESSORI (1870-1952) ou encore Désiré-Magloire BOURNEVILLE (1840-1909) qui crée un service spécialisé à Bicêtre en 1892. Ce dernier affirme qu'éduquer ces personnes est possible. La notion d'arriéré mental apparaît alors, elle comprend les notions de retard d'acquisition et d'inadaptation.

Ce changement s'inscrit dans un mouvement social plus vaste qu'est l'école obligatoire en 1883. En créant l'école obligatoire, la société invente « l'arriéré d'école », celui qui ne suit pas un rythme d'acquisitions scolaires normal.

En 1904, BINET et SIMON construisent la première échelle d'évaluation de l'intelligence, qui permet de mesurer les écarts d'acquisitions scolaires par rapport à la moyenne des enfants du même âge. De cette approche émerge la création d'institutions spécialisées.

Après la guerre de 14-18, une nouvelle étape est franchie avec le nombre important des mutilés de guerre envers lesquels la nation est redevable. Les notions de pension et de compensation apparaissent.

Après 1945, la représentation sociale va à nouveau se modifier, avec la montée en masse du prolétariat et d'une précarité importante. Après l'Allemagne, la France va opter pour une solution assurantielle. Les assurances sociales ne recouvrent pas la pauvreté en tant que telle, elles ont pour objectif de garantir un revenu aux travailleurs pour pallier aux aléas divers de la vie. La protection sociale est alors divisée en deux groupes : les travailleurs et leur famille qui bénéficient de l'assurance sociale et pour ceux qui ne travaillent pas, le système assistanciel est maintenu.

Bien que l'objectif était de voir disparaître l'assistance, cela n'a pas pu être le cas. Elle évoluera progressivement d'un modèle tutélaire vers un modèle réparateur avec l'émergence d'un secteur social et médico-social.

La notion de handicap apparaît officiellement dans la législation française en 1957.



Plusieurs grands textes ont participé à l'évolution du concept de handicap et notamment la perception d'une égalité des droits pour tous y compris pour les personnes en situation de handicap, parmi eux :

- la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1945, insiste sur le fait que « *les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit* » et affirme la nécessité de protéger les libertés fondamentales par un régime de droit, ce qui est « *un idéal commun à atteindre par tous les peuples et par toutes les nations* ».

La déclaration énonce des droits à la fois politiques (liberté individuelle, interdiction de l'esclavage et de la torture, droit à la sûreté, présomption d'innocence, liberté de conscience), mais aussi sociaux et économiques (droit à un niveau de vie suffisant de manière à assurer la santé et le bien-être des individus, droit à l'éducation...).

- l'ONU publie en 1972 la déclaration des droits du déficient mental, en 1981 la déclaration des droits des personnes handicapées, puis en 2006, parait la convention internationale pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées. Dans ces textes l'évolution du statut de la personne handicapée est posée.

- ajoutons que le Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société a inscrit dans son le plan d'action 2006-2015, l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées en Europe.

## B) Définition du concept de handicap

A partir des années 60 aux Etats Unis, les recherches en sciences humaines viennent mettre en évidence la dialectique qui existe entre un individu et son environnement. L'environnement produit des effets de changement sur la personne qui elle en retour induit des modifications sur son environnement. Cette interaction continue conduit Philip Wood à écrire une nouvelle classification.

En 1980, Philip Wood, chercheur anglais publie une nouvelle classification qui sera celle retenue par L'Organisation Mondiale de la Santé. La Classification Internationale des Handicaps prend en compte les conséquences dues à une incapacité provoquée par un accident de la vie ou une maladie. Elle s'articule autour de trois dimensions :

- la déficience est une altération d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique.
- l'incapacité correspond à une réduction (résultant d'une déficience) partielle, ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme normale.

- le désavantage social est le préjudice subi par un individu qui, du fait de son incapacité, ne peut ou est limité dans sa capacité à assumer un rôle social considéré comme normal du fait de son âge, de son sexe et des facteurs socioculturels qui sont les siens.

En 2002, L'OMS remplace la CIH par la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (la CIF). Celle-ci met en évidence la dialectique qui existe entre l'environnement social, dans lequel évolue la personne handicapée et l'importance de son handicap. L'environnement est une cause mais aussi un levier qui fait varier le degré de handicap.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, tient compte de cette distinction entre le pathos, ce qui relève du soin et le statut qui relève du social pour donner, pour la première fois, une définition du mot 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 la santé invalidant* ».

Le législateur marque sa volonté de ne pas considérer la personne handicapée seule mais bien inscrite dans un environnement donné, qui en se modifiant, en s'adaptant doit permettre une réduction de la situation de handicap.

Cette même loi du 11 février 2005, introduit également la notion de prestation de compensation qui suppose que la personne en situation de handicap fasse des choix, rémunère des acteurs qui peuvent être des professionnels, des membres de sa famille....la personne en situation de handicap devient au travers de cette mesure, un client, un acteur, un employeur, ce qui vient marquer un changement de statut.

### **2.1.3 La maladie mentale, un statut, une expression plurielle**

Il ne s'agit pas là de décrire l'ensemble des pathologies psychiatriques ou d'expliquer une construction psychique. Mon objectif est de décrire les principales pathologies que nous rencontrons dans notre établissement sous l'angle de la symptomatologie. C'est le symptôme qui se donne à voir au quotidien et qui entrave l'inscription de l'utilisateur dans son parcours de vie. C'est aussi le symptôme qui résiste à l'action éducative telle que mise en place jusque-là.

## A) La schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie complexe qui se caractérise par une perception erronée de la réalité qui s'impose à la personne qui en souffre et dont elle ne doute pas de la véracité. Les symptômes sont nombreux, les plus caractéristiques sont les hallucinations visuelles auditives ou sensitives, les interprétations délirantes, une incapacité à gérer ses frustrations ou encore une rigidité idéative (un investissement centré exclusivement sur une « mission » souvent mystique, une production artistique ou la construction d'une « théorie » mathématique...). Ces symptômes ont des conséquences sur la capacité à nouer des relations sociales. Le rapport à l'autre est indispensable pour assumer un rôle social qu'il s'agisse de celui de parent, employé ou d'habitant.

Dans le quotidien, ce que nous percevons, c'est un trouble du langage avec une absence de lien entre les événements évoqués, le schizophrène passe du « coq à l'âne », crée des néologismes ce qui rend le discours confus, bizarre et surtout peu compréhensible.

Par ailleurs, tout imprévu est interprété comme suspect, mis en œuvre dans une volonté de nuire, ce qui déclenche méfiance, agressivité ou fuite. De la même manière, tout interlocuteur est à priori un ennemi potentiel, une source de danger. Aussi, pour accepter l'échange, le schizophrène doit déployer beaucoup d'énergie, une forme de lutte contre soi-même. De plus, il gère difficilement ses frustrations, son mode de penser est très égocentré, il a beaucoup de mal à concevoir que les autres ont aussi des besoins.

Au quotidien, en établissement lors de phases aiguës, un refus, un changement ou un désaccord déclenche une réaction de rejet qui s'exprime soit par la violence, le repli sur soi ou la fugue.

Cet état est marqué par une grande instabilité, la personne est plus ou moins envahie par des hallucinations, plus ou moins traversée par un sentiment de persécution et donc plus ou moins accessible au dialogue. Ces changements d'«humeur» sont imprévisibles, surprenants et très déstabilisants pour les équipes éducatives. D'où l'émergence d'un sentiment d'impuissance.

## B) La névrose obsessionnelle

La névrose obsessionnelle naît de l'apparition angoissante d'une idée qui s'impose, qui persiste dans le temps et qui génère un malaise profond. L'investissement, la concentration sur toute tâche non en lien avec l'idée obsédante est extrêmement difficile et se fait au prix d'une énergie et d'une souffrance fortes.

Pour échapper à cette idée obsédante, la personne met en place des rituels qui vont en quelque sorte « conjurer le sort » dans le sens où ils sont des pensées magiques. Par exemple, si je vérifie cinq fois la fermeture de toutes les portes y compris des placards et fenêtres de mon logement alors l'idée ne sera plus et je pourrai faire autre chose.

Le chiffre magique, un circuit impératif à faire avant de quitter une pièce, le rangement précis et méthodique d'objets sont généralement constitutifs des rituels. Ces rituels ne sont pas mis en œuvre que dans l'espace privé, il peut s'agir du rangement du plateau au self, du matériel lors d'une activité. De manière générale, toutes les entrées et sorties d'une pièce, tous les débuts et fins d'activités sont marqués par des rituels. Ils sont souvent longs et contraignants et source de souffrance car la personne en perçoit le côté stupide. Pour autant, elle ne peut s'en dispenser. Au point que toute interruption entraîne la nécessité de reprendre le rituel au début.

Les rituels ont pour conséquence de limiter le temps d'investissement pour faire autre chose et entraîne une baisse de la confiance et de l'estime de soi.

Pour les professionnels, les rituels sont agaçants parce qu'ils retardent, n'ont aucun sens et que cela crée des tensions avec les autres usagers.

### C) La mélancolie

La mélancolie ou les états dépressifs majeurs sont marqués par un état de tristesse, une morosité importante qui perdure dans le temps et qui entraîne un désintérêt profond pour la vie. Le mélancolique reste bloqué sur une lecture négative du passé. Il ne parvient pas à percevoir l'avenir, à se projeter. Les principaux symptômes sont l'envie de ne rien faire, un sentiment d'échec et un repli sur soi. Le sujet souffrant de ces pathologies est envahi par l'angoisse d'autant plus qu'il ne parvient pas à poser des mots sur ce qu'il ressent à la fois psychologiquement et physiquement. Il peut solliciter un entretien et pendant de longues minutes ne rien dire ou simplement évoquer le fait qu'il ne parvienne à dire ce qu'il ressent. Ces moments sont particulièrement difficiles à gérer pour le professionnel qui perçoit la souffrance, mais qui est impuissant à permettre son extériorisation.

Parallèlement, on observe des troubles alimentaires et du sommeil et un refus de se faire plaisir. Toute activité est dépeinte comme contraignante et fatigante.

Parfois, ces périodes de grande tristesse alternent avec des phases maniaques, d'euphorie et d'excitation. Toute l'activité de l'utilisateur est alors centrée sur un projet, une action d'envergure à mener et pour laquelle, il lui est impossible de s'arrêter. Il s'agit souvent d'une activité physique dans laquelle il s'investira jusqu'à épuisement. L'alternance de ces périodes de durée variable, sans transition est déstabilisante pour les équipes.

## **2.2 Désinstitutionalisation, coordination et parcours, de nouveaux concepts pour accompagner autrement**

### **2.2.1 Un mouvement de désinstitutionalisation**

La désinstitutionalisation s'origine dans les deux mouvements précédemment décrits, à savoir, l'évolution du statut de malade mental et celle du concept de handicap.

Ces deux mouvements vont conduire à une lecture critique de l'organisation « hospitalière » des structures médico-sociales. La personne en situation de handicap était appréhendée comme un malade à qui on attribue non pas un lit dans un service de médecine spécialisée mais une place dans une structure qui accueille un type de handicap. Les institutions ou établissements sont perçus comme enfermant et déresponsabilisant.

En 2010, une recommandation européenne, vient donner de l'ampleur à ce mouvement. Elle affirme qu'il faut « *prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres [...] afin de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale* »<sup>15</sup>

Si cette recommandation s'adresse au secteur enfants, elle affirme une évolution nécessaire des modes de penser qui ne peut qu'être transférée au secteur adultes et personnes âgées.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, réaffirme la primauté du milieu ordinaire et introduit la notion de prestation de compensation. Elle donne à la personne en situation de handicap, les moyens de faire des choix en fonction de ses besoins et de son projet de vie.

On passe d'une prise en charge « totale », institutionnelle à un accompagnement personnalisé composé de diverses prestations offertes par une pluralité de services et d'établissements présents sur un territoire.

Par ailleurs, alors que l'orientation vers un établissement était pensée comme une fin en soi, aujourd'hui, elle est vécue comme une étape dans un parcours.

Avec la désinstitutionalisation, on passe d'une logique de structure à une logique de parcours. L'objectif est de proposer un accompagnement souple et adaptable, en adéquation avec les besoins de l'utilisateur et pensé comme évolutif.

---

<sup>15</sup> Recommandation CM/ Rec (2010) 2 du comité des ministres aux états membres, relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité.

Bien que ce mouvement soit en cours dans le secteur, on peut pour plus de clarté s'interroger sur le choix du mot « désinstitutionnalisation ». Jean René Loubat dit qu'il « peut prêter à confusion et friser le non-sens : il faut le comprendre comme la fin des établissements et non pas comme la fin des institutions – car dès lors, il ne s'agirait ni plus ni moins de la fin de ce qui fait société »<sup>16</sup>.

Dans le dictionnaire Larousse, l'institution est « un ensemble de règles établies en vue de la satisfaction d'intérêt collectifs ; organisme visant à les maintenir »<sup>17</sup>. L'institution est alors assimilable à un principe, elle a une fonction symbolique.

La fonction symbolique dans la littérature psychanalytique est un processus d'élaboration psychique, qui selon les écoles de pensée pourrait-être présenté comme suit :

- pour l'école Freudienne, la fonction symbolique renvoie au complexe d'Œdipe, c'est ce qui permet au-delà du père réel de faire tiers dans un couple mère-enfant trop fusionnel, pour permettre à l'enfant de se construire en ayant une identité propre. La fonction symbolique, c'est ce qui rend possible le processus de séparation et d'individualisation et qui permet à l'enfant d'être lui-même, autonome.

- chez Winnicott, la fonction symbolique fait lien avec la capacité de représentation. De ce point de vue, elle renvoie à la capacité de pouvoir penser la permanence, l'existence d'un objet ou d'une personne en son absence. C'est ce qui permet à l'enfant d'accepter de quitter physiquement ses parents parce qu'il sait qu'ils continuent d'exister et qu'il pourra les revoir.

- pour le courant Lacanien, la fonction symbolique permet l'intégration des grandes règles qui rendent possible la vie en société, c'est « l'autorité », bien au-delà des lois, qui limite, borde le sentiment de toute puissance, les pulsions.

L'institution doit remplir toutes ces fonctions :

- elle doit permettre une « séparation » non angoissante de l'utilisateur et de sa famille, pour que l'utilisateur puisse avoir son identité propre. Un chemin pas toujours simple, pour une famille traversée par la culpabilité et qui peut avoir du mal à laisser grandir son enfant par surprotection.

- elle doit, même si l'établissement disparaît, s'inscrire dans la permanence. Dans le sens où elle doit être mobilisable quand l'utilisateur en a besoin. La personne en situation de handicap peut s'autoriser à plus d'autonomie sans être dans l'angoisse que si ce principe de lieu ressource « au cas où » est lui bien réel et efficient. Ce principe oblige à une capacité d'adaptation et de réactivité.

---

<sup>16</sup> Jean René LOUBAT coordonner parcours et projets personnalisés en action médico-sociale, Dunod, Paris, 2013 page 21.

<sup>17</sup> Petit Larousse en couleur, Larousse, Paris, 2006

- par ailleurs, parce que l'utilisateur et l'institution sont liés par un contrat, l'institution devient le garant d'un cadre. L'utilisateur en contractant, fait le choix en contrepartie d'un accompagnement d'accepter des limites, des règles...

Pour autant, et c'est important de le préciser pour éviter tout amalgame, le principe d'« autorité » accordé à ce moment-là à l'institution n'est pas superposable « au nom du père » chez Lacan. L'institution a une autorité mandatée, bornée dans le temps, limitée dans son champ d'action et la rupture du contrat est toujours possible.

La désinstitutionnalisation est un mouvement de disparition des établissements au sens du « bâtiment », mais aussi de renforcement de l'institution comme lieu ressource permanent, garant d'un cadre et outil participant pour l'utilisateur, à un processus d'accès au statut citoyen et de sujet désirant autonome.

La désinstitutionnalisation n'est pas dans ce sens à opposer à l'institution mais elle oblige à percevoir l'institution autrement.

### **2.2.2 La coordination, une réponse à la discontinuité**

Étymologiquement, la coordination vient du latin « cum », qui veut dire « avec » et « ordinaire » qui signifie « mettre en ordre », « arranger ». La coordination est donc une action dont l'objectif est de structurer une pluralité d'éléments afin qu'ils deviennent une unité construite, organisée, harmonieuse.

La coordination est de ce fait, l'art d'articuler de la diversité pour en faire un tout homogène.

De ce point de vue, la coordination s'oppose à la discontinuité. Aujourd'hui, les personnes en situation de handicap psychique sont accompagnées, en alternance par le secteur sanitaire et le secteur médico-social, qui restent des éléments distincts, non articulés.

Coordonner ces deux secteurs oblige à penser leurs actions comme articulées, concomitantes et complémentaires. Cela permet de penser un accompagnement où le soin et le médico-social œuvre en même temps et selon une quote-part variable en fonction des besoins de l'utilisateur. Cette articulation est indispensable pour éviter les ruptures et un accompagnement en tout ou rien.

Cette coordination n'a de sens que dans un souci d'efficacité que je mesure sous deux angles :

- améliorer la qualité de service pour l'utilisateur. L'articulation entre le secteur médical et médico-social permet un accompagnement continu, évite les ruptures source de souffrance pour l'utilisateur, ses pairs et les professionnels. Par ailleurs, cela permet une souplesse et une rapidité d'adaptation aux besoins de l'utilisateur qui garantit un accompagnement global plus harmonieux et plus efficace.

- en termes d'économies financières. Cette articulation en évitant les crises doit permettre une diminution du nombre de jours d'hospitalisation et du coût de ces dernières. Par ailleurs, elle évite de possibles redondances dans les prestations (consultations multiples chez le généraliste, passage par les urgences, appel au 15...) ou que des prestations nécessaires soient non pourvues.

Pour illustrer le défaut de coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, je citerai le rapport Jacob « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement<sup>18</sup> », dont l'objet est d'identifier ce pourquoi l'accès aux soins est difficile pour les personnes en situation de handicap.

En réalisant des ateliers d'échanges et un film « si tu savais », avec des personnes en situation de handicap, leurs familles mais aussi des soignants et des acteurs du secteur médico-social, les auteurs du rapport ont mis en évidence entre autres, une méconnaissance réciproque du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Alors qu'une articulation est indispensable pour éviter les ruptures de soin et d'accompagnement.

Plusieurs propositions d'actions sont faites pour permettre cette coordination, j'en retiendrai deux qui répondent à des difficultés que j'ai identifiées.

- permettre aux professionnels des deux secteurs d'accéder à des formations qui créent un savoir transversal et une connaissance réciproque.

- favoriser les soins par une équipe mobile y compris en psychiatrie pour éviter le recours aux hospitalisations qui déstabilisent l'utilisateur (lieu inconnu, attente longue et anxiogène, la multitude de professionnels soignants...) et qui engendrent des coûts importants.

### **2.2.3 Le parcours, une réponse à la répétition**

Le mot parcours vient du latin « percursus » qui signifie aller d'un bout à l'autre. Cette traduction induit l'idée d'un trajet ou d'un itinéraire qui implique à la fois une temporalité et un changement d'état.

Le parcours est alors le chemin qui permet à un individu d'aller d'un point A à un point B en franchissant des étapes, des stades et ce, dans une temporalité propre à chacun.

Deux dimensions sont à prendre en compte le changement et le temps.

---

<sup>18</sup> Rapport Jacob « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », avril 2013.



C'est parce que la notion de parcours induit l'idée d'un changement, d'une progression qu'elle s'oppose à celle de répétition. En effet, actuellement les usagers accompagnés par l'établissement que je dirige font des allers-retours entre le centre hospitalier et le foyer de vie. A chaque hospitalisation ou retour au foyer, le constat d'un immobilisme est posé, d'un retour à la case « départ ».

Par ailleurs, la notion de parcours se distingue de celle de coordination parce qu'elle inclut une temporalité. La coordination traduit l'articulation entre acteurs à un temps T alors que le parcours s'inscrit dans une durée et devient alors quasiment synonyme de projet au sens où elle inclue une projection dans le temps.

La coordination des acteurs doit être première. Elle permet la stabilité psychique qui est un préalable indispensable à l'inscription de l'utilisateur dans une logique de parcours. En cela, la coordination est un levier qui permet à la logique de parcours d'advenir.

Le parcours est en fait, un enchaînement d'états coordonnés. A chaque étape du parcours, les coordinations (le qui fait quoi) doivent être évaluées, ajustées en fonction de l'évolution des besoins de l'utilisateur. Des acteurs peuvent apparaître et d'autres disparaître sans qu'il y ait rupture.

Le chemin entre deux étapes est rarement linéaire le rythme de progression souvent irrégulier. Ces aléas obligent à une évaluation régulière pour penser les réajustements nécessaires. D'où l'intérêt d'un référent hors institution puisque chaque institution prestataire est pensée comme potentiellement « temporaire ».

Le parcours est une mise en mouvement ou en dynamique dont l'objectif est de permettre à l'utilisateur d'être plus autonome et mieux inscrit dans la cité.

Cette différenciation entre coordination et parcours ainsi posée, me permet de prioriser les actions que je devrais piloter pour améliorer la qualité de service proposé par l'établissement.

Denis PIVETEAU dans son rapport « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches<sup>19</sup>, identifie les principales causes de rupture dans le parcours des personnes en situation de handicap et fait plusieurs propositions pour « *ne jamais laisser personne au bord du chemin* ».

Parmi les causes de ruptures, l'absence de complémentarité pluri sectoriels qui ne permet pas de gérer l'évolution de certaines pathologies, le passage d'une structure à une autre rendu nécessaire du fait de l'âge, ou encore de faire face à un déficit de place.

---

<sup>19</sup> Rapport Piveteau « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches du 10 juin 2014

La coordination des acteurs est posée comme l'une des solutions nécessaires pour éviter les ruptures et pouvoir penser l'accompagnement dans une logique de parcours.

Le parcours est présenté comme une construction sans cesse à réévaluer et à réajuster au regard de l'évolution des besoins des usagers.

En termes de solutions Denis Piveteau insiste sur le rôle de pilote de la MDPH avec une mission de référent du projet d'accompagnement, le pouvoir de convoquer les acteurs, d'imposer une admission...La MDPH organise la coordination pour éviter les ruptures et permettre la logique de parcours.

#### **2.2.4 Coordination et parcours, une lecture à travers les politiques publiques**

La lecture des politiques publiques dans le temps permet d'apprécier le mouvement de séparation, puis de coordination du secteur sanitaire et du secteur médico-social ainsi que le passage d'une logique de place à une logique de parcours.

Avant 70, l'hôpital dispense des soins et gère des structures sociales et médico-sociales.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 a institué la séparation entre le sanitaire et le médico-social. L'hôpital se centre exclusivement sur le soin.

La loi du 30 juin 1975-534 dite « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » définit 3 droits fondamentaux pour les personnes handicapées :

- le droit au travail : elle valorise l'intégration des personnes en situation de handicap dans les structures d'emploi protégé pour ceux dont l'intégration en entreprise ordinaire n'est pas possible. Le raisonnement se fait en nombre de places disponibles ou à créer.
- le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations
- l'intégration scolaire et sociale

La loi du 30 juin 1975-535, relative aux institutions sociales et médico-sociales, définit le cadre réglementaire qui va organiser et structurer le secteur social et médico-social.

Elle confirme la loi de 70 réformant le secteur hospitalier en affirmant la séparation entre le secteur médical et le secteur social et médico-social.

La loi permet d'unifier le secteur médico-social, chaque établissement doit être autorisé. Son autorisation est liée à une réponse aux besoins et au respect de normes de conformité et de fonctionnement.

Pour autant, cette loi est souple, elle laisse place aux initiatives (pas de schémas ou de planification). Ce sont les acteurs de terrain qui construisent les projets, les présentent au CRISMS (commission régional des institutions sociales et médico-sociales) qui deviendra le CROSMS, ensuite les établissements sont autorisés ou pas, indépendamment du fait qu'ils soient financés ou non.

Entre 1975 et 2002, une vingtaine de lois, ordonnances et autres vont venir bouleverser ces lois de 1975 dont :

- la décentralisation partielle du secteur au début des années 80, implique que les établissements soient confiés à la tutelle de l'état ou des conseils généraux ou bénéficient d'une autorité conjointe état/conseil général. Cette répartition crée une nouvelle division qui fera naître le besoin de nouvelles coordinations ;
- la naissance de schémas départementaux d'organisation de l'action sociale et médico-sociale qui font état des besoins et priorisent les réponses sur chaque territoire ;
- l'ordonnance du 24/04/1996 qui permet aux hôpitaux publics et privés de gérer des structures médico-sociales avec les mêmes contraintes que le secteur médico-social ;
- entre 98 et 99 est instauré l'opposabilité des enveloppes fermées s'appliquant depuis 1996 pour le secteur sanitaire avec la création de l'ONDAM (objectif nationale de dépenses d'assurance maladie), qui fixe un montant prévisionnel annuel des dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville, de l'hospitalisation privée et publique et pour le secteur médico-social ;
- le début des années 2000, est marqué par plusieurs écrits, le livre blanc de la santé mentale en 2001, le rapport Piel et Roelandt de juillet 2001<sup>20</sup>, ou encore le rapport Charzat en 2002. Tous pointent la nécessité d'une prise en charge globale du malade souffrant de troubles psychiques et dénoncent le cloisonnement entre les secteurs.

Le premier plan de santé mentale en 2001, « l'usager au centre d'un dispositif à rénover » défend la nécessité d'offrir au patient des structures de soins diversifiées pour répondre aux besoins de chacun (hospitalisation, consultation externe, hôpital de jour...). Mais, il met peut l'accent sur l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social.

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale défend trois valeurs : l'égalité de tous les êtres humains, une réponse adaptée aux besoins de chacun et l'accès équitable sur l'ensemble du territoire. Elle définit les grands principes de l'action sociale et médico-sociale. Elle s'articule autour de quatre axes qui vont dans le sens d'une diversification qui sous-entend la nécessité d'une coordination et d'une adaptation des prestations offertes aux besoins des usagers tout au long de son parcours de vie.

1. Une nomenclature plus large qui prend en compte les foyers expérimentaux, l'accompagnement à domicile encore accueil séquentiel, temporaire, ou à temps partiel.

---

<sup>20</sup> **Dc PIEL et Dc ROELANDT**, La santé de la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de mission, juillet 2001

2. S'assurer de l'effectivité des droits des usagers : Chacun doit pouvoir être acteur de son projet.

La loi affirme 7 droits fondamentaux :

Le respect de la personne / Le libre choix des prestations offertes / L'accompagnement individualisé / La confidentialité des informations / L'accès du bénéficiaire aux informations / L'organisation de la communication des droits et recours / La participation de l'utilisateur à l'élaboration de son accompagnement.

Et décline 7 outils garants du respect des droits fondamentaux suscités :

Le livret d'accueil / La charte des droits et liberté / Le règlement de fonctionnement / Le contrat de séjour ou de prise en charge / Les personnes qualifiées / Le CVS / Le projet d'établissement.

3. Un éventail des coopérations internes et externes au secteur aux travers GI, GCSMS, GIP qui ont pour objectif de favoriser la coordination et la complémentarité entre les acteurs. Cette mesure permet aux établissements d'accueillir un public nouveau comme les personnes souffrant de handicap psychique en nouant les partenariats adéquats.

4. Une nouvelle façon de penser l'architecture budgétaire en encourageant entre autres, la signature avec les financeurs de CPOM, ce qui oblige les structures à anticiper et à projeter sur plusieurs années, les principales évolutions de leurs prestations.

La loi du 02 janvier 2002 vient marquer un changement de culture, ce n'est plus l'utilisateur qui s'adapte aux prestations proposées par la structure mais l'établissement qui doit adapter ses prestations aux besoins de chaque personne accueillie. Pour répondre aux exigences de la loi, l'adaptation de l'offre de service que je pilote au foyer de vie de St Pavace, doit permettre l'accueil des jeunes qui le souhaitent en accueil de jour et garantir un accompagnement de qualité qui assure la continuité de l'accompagnement sanitaire et médico-social dans un cadre apaisé.

Par ailleurs, la loi impose aux établissements une démarche d'évaluation des pratiques et une politique d'amélioration constante de la qualité des prestations.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, défend la promotion des droits et de la citoyenneté, la bientraitance et la qualité, la prévalence des dispositifs en milieu ordinaire et l'individualisation des aides et de l'accompagnement. Elle concerne une population : les personnes en situation de handicap et son objectif est de faciliter l'inclusion de cette population dans la cité.

Elle introduit la notion de compensation du handicap dont l'objectif est de permettre à chacun de mettre en œuvre son projet de vie tel qu'il l'a souhaité.

Cette loi donne une définition du concept de « handicap » (citée page 32) qui s'inspire de la Classification Internationale du Fonctionnement et de la Santé (CIF) adoptée par l'OMS.<sup>21</sup> Ainsi, le handicap n'est plus perçu comme exclusivement un déficit d'une ou des capacités de la personne, mais comme le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs (individuel, social...) qui génère une situation de handicap. Les propriétés de l'environnement conditionnent la situation de handicap. En adaptant l'environnement, la situation de handicap doit être moindre.

Dans cette définition et pour la première fois, le handicap psychique est nommé et reconnu. Les personnes en situation de handicap psychique doivent comme les autres être accompagnées par le secteur médico-social, qui doit tenir compte de la spécificité de ce handicap.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires articule le secteur sanitaire et le médico-social.

La révision générale des politiques publiques (RGPP) conduit au rapprochement du sanitaire et du médico-social. Le pilotage de cette nouvelle entité est assuré par les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles vont avoir pour mission de mettre en œuvre les politiques nationales au travers du projet régional de santé (PRS), composé de trois schémas : le schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional d'organisation des soins (SROS), le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

Ceux-ci répondent à trois questions : identifier les besoins sociaux ou médico-sociaux non satisfaits sur le territoire, les besoins en termes de création ou transformation et comment améliorer la performance des réponses existantes pour fluidifier les parcours.

Autre point important de la loi, la création du dispositif d'appel à projets qui s'inscrit dans une logique descendante, dont le point de départ est le repérage des besoins et qui aboutit à une autorisation après déroulement d'une procédure très précise.

---

<sup>21</sup> L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

## **2.3 L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, une priorité des politiques publiques**

### **2.3.1 La santé mentale, une préoccupation dans le monde**

L'OMS définit la santé comme étant « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Aussi, la santé mentale fait partie intégrante et à ce titre, chacun doit pouvoir y accéder. C'est bien là le but général que s'est fixé l'OMS dans son plan d'action pour la santé mentale 2013-2020<sup>22</sup>.

Pour ce faire, sur le plan politique, l'OMS pose deux objectifs :

- accorder davantage de place à la question du bien-être mental en élaborant un plan de santé mentale et que les liens avec les politiques de santé, les plans de lutte contre l'exclusion...soient mis en évidence.
- introduire dans les politiques de prévention le domaine de la santé mentale.

Sur le plan opérationnel, l'OMS distingue également deux objectifs :

- une évaluation des moyens en termes de compétences professionnelles, lieux de soin...qui soit pensée à partir d'une approche globale de la personne afin de ne pas négliger les conséquences des troubles psychiques sur la santé physique et la situation sociale.
- la mise en œuvre d'un système d'information qui permette une lecture quantitative et qualitative de la maladie mentale.

L'ensemble de ces objectifs pose comme nécessaire une coordination interministérielle (santé, médico-social, éducation, justice, emploi...).

### **2.3.2 La psychiatrie, une priorité des politiques de santé en France**

#### A) Le plan psychiatrie et santé mentale 2011- 2015

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015<sup>23</sup> n'aborde pas la personne souffrant de troubles psychiques seulement sous l'angle du statut de malade mais pose au contraire d'emblée la nécessité d'une approche globale et d'un accompagnement plurisectoriel intégrant.

---

<sup>22</sup> Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, OMS,

<sup>23</sup> Plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015, ministère chargé de la santé et ministère chargé des solidarités et de la cohésion sociale, parution du plan le 29 février 2012

Dans ses principes, il s'inscrit dans la suite logique des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, favorisant l'inscription dans la cité, les dispositifs de droit commun, la recherche du consentement éclairé et de manière plus large le respect des libertés individuelles. A ce titre, il pose d'emblée comme nécessaire et acquise l'articulation entre le sanitaire et le secteur médico-social.

Le plan pose un cadre stratégique et confère aux ARS, à travers le plan régional de santé et les schémas qui y sont associés, la responsabilité de la déclinaison opérationnelle.

L'objectif du plan est de « *prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques* ».

Pour atteindre cet objectif, plusieurs axes de travail sont présentés comme incontournables. Les ruptures peuvent être évitées si la continuité des soins et de l'accompagnement social et médico-social est assurée. Pour ce faire, il est essentiel que l'offre de service sanitaire et médico-sociale soit ajustée quantitativement et qualitativement aux besoins repérés sur chaque territoire. L'articulation de tous les acteurs (sanitaires, social, médico-social, éducation, justice...) et la lisibilité du maillage territorial doivent être efficaces pour tous (malade, aidant familiaux, professionnels...).

Par ailleurs, la formation pluridisciplinaire, intersectorielle mais aussi en direction des usagers et de leurs proches est posée comme un outil indispensable pour accroître la qualité d'un accompagnement global.

Enfin, le plan pointe l'importance d'un travail global sur les représentations et les préjugés à l'échelle nationale, auprès de l'ensemble de la population pour lutter contre la discrimination et l'exclusion.

Fin 2015, des évaluations ont été faites par le Haut comité de santé Publique dans plusieurs régions dont une en Ile de France<sup>24</sup>. Il en ressort que ce plan n'est pas resté lettre morte mais qu'un défaut de portage politique, d'articulation forte entre plan national, programme régional et schéma départemental, n'a pas permis les avancées attendues. Aussi, ce plan reste d'actualité et garde toute sa pertinence.

## B) Recommandation de l'ANESM

En mai 2016, l'ANESM<sup>25</sup> a rédigé une recommandation de bonnes pratiques professionnelles qui concerne les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques.

Elle inscrit l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychique dans la loi de 2002.2 en insistant sur le fait qu'il est essentiel de donner à la personne toute sa

---

<sup>24</sup> Ana Marques, synthèse de l'audition d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale du 7 octobre 2015.

<sup>25</sup> ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des ESSMS, mai 2016.

dimension de citoyen et d'acteur de son parcours de vie. Elle rappelle la reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 et la prévalence des réponses à construire en milieu ordinaire de vie.

La recommandation liste les rôles sociaux qui peuvent être entravés du fait de la maladie mentale (habiter, assumer un emploi ou une vie relationnelle et affective, prendre soin de soi au quotidien et sur le plan médical). Pour chacun de ces rôles, le développement d'outils d'accompagnement est proposé : la formation, la coordination avec le secteur sanitaire et les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs sur le territoire et avec les familles, le développement des lieux et modes d'expression, la prise en compte de la variabilité des symptômes ou encore lutter contre l'isolement et l'arrêt des soins.

### **2.3.3 Le handicap psychique au centre des schémas de la région Pays de la Loire**

#### **A) Le Programme Régional de Santé (PRS) 2010-2015 (revu en 2016)**

Le PRS définit quatre axes de travail prioritaires.

- la prise en compte globale de la personne dans son environnement social et pas seulement sur un versant « clinique » ;
- la difficulté d'accéder aux soins en psychiatrie et dans un délai raisonnable est posée comme majeure. Le département de la Sarthe est confronté à une baisse significative du nombre de médecins généralistes et spécialistes et à un faible taux de présence infirmier ;
- la nécessité de construire un parcours de vie incluant soin et accompagnement social et médico-social, sans rupture. Le cloisonnement des acteurs (sanitaire, médico-social, aidant familiaux...) est identifié comme une cause de rupture et d'un manque de lisibilité pour l'utilisateur (qui fait quoi) ;
- la volonté de réduire les inégalités sociales, environnementales et territoriales qui entraînent une inégalité en termes de santé.

Parmi les indicateurs pour évaluer le PRS, sont cités :

- la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique ;
- le développement d'un outil de communication partagé inter secteur ;
- l'augmentation du nombre de places d'accueil de jour, séquentiel ou temporaire qui pourrait être mobilisées après une hospitalisation.

A partir du PRS qui fixe les grandes orientations, trois schémas sont élaborés : de prévention, d'organisation des soins et d'organisation du secteur médico-social.



## B) Le Plan Régional de Prévention (PRP)

Le Plan Régional de Prévention met en évidence la volonté d'éviter les ruptures dans le parcours des personnes qui souffrent de troubles psychiques car elles entraînent de manière systématique une aggravation des pathologies.

## C) Dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS),

L'organisation du secteur psychiatrique est un des axes de travail identifié dans le SROS, trois objectifs sont mis en évidence : l'articulation du secteur sanitaire, de la médecine libérale et du secteur médico-social ; le développement des équipes mobiles pour éviter les hospitalisations ; l'augmentation des prises en charge hospitalières sans hébergement ou à temps partiel comme alternative à une hospitalisation à temps complet.

## D) Le Schéma Régional d'Organisation du Médico-Social (SROMS)

Le SROMS a pour objet de « *Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, mobiliser et redéployer des moyens pour permettre une réponse diversifiée, de proximité et personnalisée en privilégiant, chaque fois que possible, le milieu ordinaire de vie avec pour finalité une diminution du délai d'attente pour l'accès à un service : voilà l'enjeu du schéma régional d'organisation médico-social* »<sup>26</sup>

Le SROMS est découpé en objectifs, eux-mêmes déclinés en actions opérationnelles.

Parmi ces dernières, et au regard de ma problématique, je retiendrai :

- L'accroissement de l'expertise psycho-sociale des professionnels par la formation ;
- Le développement des accueils de jour, l'hébergement temporaire et séquentiel ;
- Le repérage des populations qui nécessitent une articulation soins / accompagnement médico-social ;
- Le développement de solutions d'accueil médico-social qui permettent un moindre recours aux hospitalisations
- Une réflexion sur l'évolution des métiers nécessaire pour répondre à une évolution des besoins des publics sur un territoire.

---

<sup>26</sup> SROMS pays de la Loire version actualisée au 10 mars 2014

E) Le PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Le PRIAC décline le plan d'actions et le financement nécessaire à la mise en œuvre du SROMS. Ce plan est pour moi très important car il dessine les contours du cadre à l'intérieur duquel mon propre plan d'action doit s'inscrire. Parmi les actions décrites, je retiens tout particulièrement :

- Augmenter l'offre de service pour adultes de 46% (soit 316 places en 2016) ;
- Accroître le taux d'équipement (de 0.37 à 0.54 pour 1000) ;
- Augmenter le nombre de places d'établissements ou services pour adultes en situations de handicap psychique et pour les personnes hospitalisées par défaut ;
- Créer une structure régionale d'appui et d'expertise « handicap psychique » ;
- Proposer une offre de service qui garantisse une prise en charge de qualité aux âges charnières de la vie ;
- Adapter l'offre à la demande.

#### **2.3.4 Le handicap psychique dans la politique départementale**

Le schéma départemental unique (handicap, personnes âgées et protection de l'enfance) qui couvre la période 2015-2019, a été construit à partir d'un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs de terrain.

Les principales orientations de ce schéma sont en parfaite adéquation avec les préoccupations qui sont les miennes au foyer de vie de St Pavace.

- Coordonner pour fluidifier les parcours (Annexe 7).

Cette orientation pose, entre autres, le problème des articulations entre les acteurs de secteurs différents ainsi que la volonté du conseil départemental de travailler sur des passerelles afin de fluidifier les parcours (Annexe 8).

- Faire évoluer les représentations sur la maladie mentale (Annexe 9).

Pour ce faire, la question de l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est posée comme nécessaire (Annexe 10) tout comme la formation des professionnels en charge de ce public (Annexe 11).

- Accroître l'offre d'accueil et d'accompagnement (Annexe 12)

Le Conseil Départemental évalue à 30% la part des personnes accompagnées en foyer de vie qui souffrent de troubles psychiques. Aussi, dans cette orientation, l'accent est mis sur la nécessité d'agir sur l'offre de prestation en direction des personnes souffrant de troubles psychiques (formation, articulation, coordination) (Annexe 13).

Au vu de ces éléments, l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est au centre des préoccupations du Conseil Départemental pour les années à venir.

### **2.3.5 Synthèse 2<sup>ième</sup> partie : Le foyer de vie dans une société en mouvement.**

L'évolution des besoins du public accueilli, des politiques publiques et de la manière dont collectivement la société pense le monde qui l'entoure, obligent notre secteur d'activité à interroger son offre de service.

Comme présenté précédemment, le handicap psychique est reconnu depuis peu sur le plan législatif et il est encore peu ou mal pris en compte par le secteur médico-social. C'est pourquoi, l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est une priorité de tous les acteurs politiques.

Les troubles psychiques ont un impact sur la capacité à assumer un rôle social. Les personnes qui en souffrent sont encore trop souvent stigmatisées et mises à l'écart. Dans ces conditions, il leur est difficile de s'inscrire dans la cité et d'exercer leurs droits comme tout citoyen.

Le foyer de vie de St Pavace accompagne pour une part grandissante des personnes en situation de handicap psychique. Du fait de la diversité des symptômes, de leur variabilité, l'accompagnement tel que pensé jusque-là n'engendre pas le gain d'autonomie escompté.

L'accompagnement médico-social doit permettre à chacun de s'inscrire dans un parcours de vie choisi. Il est indispensable de redonner à chacune de ces personnes le pouvoir d'agir sur sa vie et non de la subir. Je fais référence au concept d'empowerment<sup>27</sup>, qui pour moi, est un principe fondamental et qui doit être partagé par l'ensemble des professionnels exerçant dans l'établissement. La parole de chacun doit être stimulée, entendue, reconnue et respectée.

Pour atteindre cet objectif d'inscription dans un parcours de vie choisi et sans rupture, nos prestations doivent évoluer. Elles doivent être davantage en adéquation avec les besoins de ce nouveau public. L'une de mes missions, en tant que directrice, est de veiller à la qualité du service proposé.

Par ailleurs et comme je l'ai mentionné précédemment, je ne perds pas de vue qu'il est indispensable que chacun, professionnel comme usager, évolue au sein de l'établissement dans un cadre serein et apaisé. En ma qualité de directrice, je suis aussi garante de la sécurité des uns et des autres.

La nécessité de l'adaptation de l'offre de service proposée par l'établissement s'enracine dans un diagnostic partagé par l'ensemble des professionnels. Il a été construit à partir de l'analyse portée par plusieurs groupes pluridisciplinaires que j'ai pilotés et présentés dans la première partie de mon écrit. L'évolution de nos prestations doit permettre de répondre aux besoins du public et de tenir compte de la spécificité du handicap psychique.

---

<sup>27</sup> GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement, inclusion sociale, empowerment, ERES, 2012.

Elle nécessite la mise en œuvre de quatre axes de travail que je développerai dans mon plan d'action :

- Le développement d'un partenariat plus vaste
- Un ajustement de l'agrément
- L'accroissement des compétences des professionnels
- L'adaptation du bâti

L'ordre de présentation de ces derniers n'indique en rien une priorité, ils doivent être développés de manière concomitante.

Tout comme pour le diagnostic, je serai attentive à mener ce plan d'action en impliquant au maximum les professionnels. La participation de tous permettra un changement progressif et limitera l'importance des résistances. Il ne faut pas oublier que ce changement dans les pratiques professionnelles inclut une évolution des représentations. Cela ne peut se faire de manière brutale et sans réticence. Il sera donc pour moi essentiel d'être à l'écoute des retours formels et informels pour ajuster le rythme de l'information dans son contenu et rassurer chaque fois que nécessaire.

### **3 Permettre un accompagnement coordonné et sans rupture : piloter le changement**

L'analyse des besoins sur le territoire, de la liste d'attente de l'établissement et des dernières admissions met en évidence une augmentation importante de la part des adultes en situation de handicap du fait d'une déficience intellectuelle associée à des troubles psychiques.

Ces personnes doivent faire face à des difficultés spécifiques liées à la pathologie : une appréhension forte du monde qui les entoure, une grande souffrance générée par l'angoisse ou encore une lecture du monde souvent erronée mais qu'ils ne peuvent remettre en cause. Face à cela, le repli sur soi, la dévalorisation ou le rejet et l'agressivité sont des mécanismes de défense souvent utilisés.

L'accompagnement proposé jusqu'alors n'apporte pas aux personnes en situation de handicap psychique l'autonomie et l'épanouissement attendus. Leur itinéraire de vie est marqué par des ruptures, des répétitions et du mal-être. Cette inadéquation entre l'accompagnement proposé et les besoins des usagers crée un risque de maltraitance au sens où il permet l'émergence de la violence.

Confronté à cette situation, les professionnels se sentent démunis.

A partir de travaux que j'ai réalisés avec l'équipe pluridisciplinaire, j'ai identifié les principales difficultés de l'équipe : une méconnaissance des pathologies, une absence de communication et d'articulation avec le secteur sanitaire et une organisation architecturale qui ne répond pas aux besoins des usagers.

Par ailleurs, j'ai pu identifier plusieurs risques :

1. La mise à l'écart d'une frange de la population du fait d'une politique d'admission « prudente » voire « sélective » ;
2. Un accompagnement qui ne répond pas aux besoins des usagers et qui risque d'être maltraitant ;
3. Des usagers et des professionnels dont la sécurité n'est pas assurée ;
4. Des professionnels victime d'usure professionnelle ;
5. Une baisse du taux d'occupation pouvant conduire à un déséquilibre budgétaire.

Or, mes principales missions en tant que directrice sont de garantir un accompagnement de qualité et bientraitant, d'assurer la sécurité des usagers et des professionnels, de prendre en compte les risques psycho-sociaux et de satisfaire aux règles d'équilibre budgétaire.

Ce bilan partagé m'amène à élaborer un plan d'actions dont l'objectif général est de proposer une offre de service en adéquation avec les besoins de ce nouveau public.

Je décline cet objectif général en trois objectifs opérationnels :

1. Articuler projet de vie et projet de soin pour éviter les hospitalisations ;
2. Permettre un accompagnement personnalisé sans rupture en favorisant la souplesse et l'adaptabilité de l'offre de service ;
3. Garantir la sécurité des usagers et des professionnels en prévenant les états de crise souvent violents.

Pour mettre en œuvre ces objectifs opérationnels, **les moyens** que j'identifie sont les suivants :

1. Développer un réseau partenarial qui articule secteur sanitaire et médico-social ;
2. Renforcer la politique de formation ;
3. Diversifier les compétences de l'équipe pluri-professionnelle ;
4. Accroître le nombre de places en accueil de jour ;
5. Développer l'accueil séquentiel et /ou d'hébergement temporaire ;
6. Disposer d'un bâti adapté.

Sur le plan managérial, je souhaite que chaque professionnel puisse être impliqué dans le processus de changement. Je suis convaincue que l'appropriation des outils et des méthodes de travail est plus rapide et pérenne si chacun a pu être acteur. Chaque professionnel par son questionnement, son expérience, ses apports théoriques participe à la dynamique de mise en mouvement de l'équipe tout entière.

L'appropriation de tous est indispensable pour permettre un accompagnement continu et cohérent. Pour ce faire, les professionnels doivent pouvoir croiser leurs regards, échanger leurs avis et avoir une position commune dès lors qu'une décision a été validée en équipe. Mon rôle est d'animer ces échanges, d'apporter des éléments complémentaires et d'acter des décisions qui majoritairement émanent du groupe et que je partage. Quand je prends une position qui n'est pas ou peu partagée par le groupe, j'en explique les raisons et comme toute décision prise, elle s'impose à tous. Ce management qui se veut coopératif<sup>28</sup> est aussi un management des compétences<sup>29</sup>. En effet, le changement de public accompagné nous oblige à modifier collectivement nos pratiques.

---

<sup>28</sup> Jacquet, du management participatif au management coopératif, académie de Versailles, 2013.

<sup>29</sup> Flück C., Gestion et management des compétences, Gereso, 2015

Pour ce faire, l'acquisition de nouvelles compétences est nécessaire. Cette démarche suppose que chaque professionnel décide pour lui-même d'entrer dans un processus d'apprentissage, de questionnement de l'existant et de remise en cause de sa pratique professionnelle. La construction d'un diagnostic partagé était une première étape. Elle donne à chacun les éléments qui lui permettent de se positionner, de faire des choix quant au devenir de son métier voire de son emploi.

Sur le plan contextuel, ce plan d'action se construit dans un temps stratégique, puisque la signature du second CPOM est prévue en 2017. C'est l'occasion pour l'association de proposer au Conseil Départemental, financeur unique des foyers de vie, un projet pluriannuel incluant les investissements et les mesures nouvelles dont elle a besoin pour mener à bien sa mission.

### **3.1 Mutualiser nos compétences : réseau et partenariat**

#### **3.1.1 S'inscrire dans des réseaux**

Un réseau<sup>30</sup> est un ensemble d'acteurs réunis autour d'un même thème ou d'une même mission. L'objectif du réseau est de partager et de capitaliser de l'information théorique et pratique afin de construire un savoir étayé sur le thème qui les réunit.

Les liens qui unissent les acteurs ne sont pas formalisés, le groupe est donc peu stable, souvent marqué par de l'absentéisme ou des changements de représentants. Aussi, pour que le réseau aboutisse dans sa mission, il est essentiel qu'il soit piloté par l'un des acteurs qui fixera les dates de rencontres, diffusera les comptes rendus, ...

Le réseau n'est pas pérenne, sa durée d'existence est directement liée à la mission du groupe. Lorsque cette dernière est remplie, le réseau cesse d'exister.

Au-delà du projet qui justifie l'existence du réseau, c'est l'occasion pour chacun des membres, de rencontrer des acteurs jusque-là non connus et de repérer de nouvelles personnes ressources.

L'inscription dans des réseaux centrés sur le handicap psychique me paraît tout à fait indispensable, pour accroître un savoir, repérer les acteurs sur le territoire et le maillage qu'il serait possible de mettre en place.

Le réseau peut-être une première étape avant un possible partenariat.

En tant que directrice du foyer de vie, je me suis inscrite dans deux réseaux que je présente ci-dessous.

---

<sup>30</sup> Le Boterf G, travailler en réseau, d'Organisation, 2004

A) Le diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale en Sarthe

En décembre 2015, L'ARS pays de la Loire, le Conseil Départemental de la Sarthe et l'ANAP ont invité les acteurs du secteur médico-social, les professionnels de santé installés en libéral, l'EPSM de la Sarthe et l'UNAFAM à se rencontrer pour réaliser un diagnostic départemental dont l'objectif est d'identifier les causes de rupture dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques reconnues ou non en situation de handicap et de proposer un plan d'actions correctif.

Plusieurs groupes de travail ont été constitués :

- l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
- les hospitalisations inadéquates
- l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- l'accès aux soins somatiques
- prévention et gestion des situations de crise

Le Directeur Général de l'association a proposé aux quatre directeurs d'établissements sarthois de participer aux différents groupes de travail. Je me suis positionnée sur le premier et dernier groupe. Après chaque séance de travail, en réunion d'équipe pluridisciplinaire, j'ai présenté un résumé de nos échanges et invité les professionnels à exprimer leurs remarques ou questionnements. Ces éléments ont enrichi ma réflexion et alimenté mes interventions pour des séances de travail suivantes.

Fin mars 2016, chaque groupe de travail a listé des causes de rupture et un état des lieux consolidé a été présenté le 26 avril 2016. Il réaffirme le manque de coordination entre le secteur médico-social/ le secteur sanitaire et la médecine de ville, le manque de formation des professionnels du médico-social vis-à-vis de ce public, l'accès aux soins psychiatriques très disparate d'un secteur à un autre et enfin la difficulté d'évaluer et d'orienter pour la MDPH dans un délai raisonnable.

A partir de ce diagnostic, conjointement l'ARS, le département et l'ANAP ont construit un plan d'actions, présenté aux différents acteurs le 06 juillet 2016.

Parmi elles, huit ont été retenues comme prioritaires (Annexe 14). Pour chacune, un groupe de travail sera construit. Je présenterai ce plan d'actions à l'équipe pluridisciplinaire fin juillet.

Outre, le bénéfice attendu de cette démarche, ce travail m'a permis de mesurer l'importance du déficit de médecins en Sarthe, qu'ils soient spécialistes ou généralistes, exerçant en milieu hospitalier, en libéral ou dans le médico-social. Ce déficit a d'autant plus d'impact que la transmission d'informations d'un secteur d'activité à un autre se



faisait exclusivement entre médecins. Une autre manière de travailler ensemble devra être pensée et obligera à interroger la notion « de secret médical ».

Par ailleurs, le nombre d'infirmiers exerçant en libéral est lui aussi insuffisant. Pourtant, il existe des infirmiers libéraux qui ont exercé en psychiatrie et qui, du fait de leur expérience, propose de réaliser à domicile, le suivi quotidien des usagers souffrant de troubles psychiques quand cela permet d'éviter une hospitalisation (en cas de changement de traitement par exemple). J'ignorai que cette prestation était possible.

Ce travail en réseau n'est pas terminé mais déjà il m'a permis de mieux connaître les acteurs sur le territoire, d'appréhender avec plus de précision l'éventail de leurs prestations et les limites de leurs moyens.

#### B) Une réponse accompagnée pour tous

En juin 2014, Denis PIVETEAU a remis au gouvernement son rapport « zéro sans solution », ce dernier a missionné Marie Sophie DESAULLE, Directrice Générale de la CNSA des Pays de la Loire pour mettre en œuvre le rapport. Pour ce faire, La CNSA a publié un appel à projet à destination des MDPH en décembre 2015. La Sarthe fait partie des vingt-trois départements retenus pour construire un dispositif qui permette la mise en place du plan d'accompagnement global (PAG) pour tous.

La première réunion organisée par la MDPH de la Sarthe a eu lieu le 11 juillet 2016, elle réunissait le Conseil Départemental, l'ARS, l'éducation nationale, l'EPSM de la Sarthe et un représentant des associations œuvrant dans le secteur médico-social.

A la demande du Directeur Général, j'y ai représenté l'association.

L'objectif pour l'ensemble des acteurs est de construire avec la MDPH, un dispositif qui permette de répondre favorablement à toute demande de PAG. En effet, à partir de janvier 2018, toute personne en situation de handicap non satisfaite de son accompagnement pourra demander l'élaboration d'un PAG en adéquation avec ses besoins.

Pour ce faire, la MDPH devra réunir les acteurs concernés y compris les financeurs si nécessaire, pour qu'ils construisent ensemble, la solution la plus adaptée. Cette instance, le GOS (groupement opérationnel de synthèse) devra être réactive, souple et inventive. Pour permettre cette créativité et cette souplesse, le projet de loi prévoit la possible « transgression » des agréments donnés aux établissements : la possibilité d'accueillir en surnombre, d'accompagner un public différent ou encore valider un accueil de jour dans un établissement d'hébergement. Elle permet aussi l'accompagnement inter-établissements ou inter-associatifs. Cette nouvelle manière de penser des solutions d'accompagnement pourra s'accompagner ou non d'un renforcement des moyens.

Toute personne ayant demandé un PAG bénéficiera d'un référent chargé de veiller à la mise en œuvre du PAG et des ajustements si nécessaire.

Parmi les préalables à l'élaboration de ce processus, la MDPH doit rédiger une convention avec plusieurs partenaires. Si la CNSA et le ministère fournissent des éléments cadres : au minima les signataires devront être la MDPH, l'ARS, le Conseil Départemental, l'éducation nationale, des choix sont possibles. Parmi eux, celui d'y associer les acteurs du secteur médico-social.

L'objet de cette première réunion était de proposer aux acteurs du médico-social d'être signataire de la convention et d'échanger sur le contenu de celle-ci (annexe 15).

Rien au cours de cette réunion n'a été arrêté, la MDPH présentera un projet de convention lors d'une seconde réunion fin 2016.

Je présenterai au Directeur Général de l'association un compte rendu de cette réunion. S'il me confie à nouveau la représentation de l'association pour la prochaine réunion, un échange sur ce que veut voir apparaître ou non l'association dans cette convention sera indispensable. Au-delà, avec ma perception de terrain, je lui donnerai mon point de vue.

Par ailleurs, pour les professionnels, je vais préparer une présentation du dispositif « PAG », à venir avec les éléments dont je dispose à ce jour. L'objectif étant de les préparer aux changements de pratiques professionnelles auxquels ils seront confrontés (l'accueil en urgence, en surnombre, l'accompagnement de handicaps différents ...).

### **3.1.2 Développer des partenariats**

Le travail en réseau permet de produire un savoir et de rencontrer les acteurs du territoire. Mais, l'absence de formalisation des liens qui unissent les acteurs, rend le groupe fragile. Chaque acteur se sent plus ou moins engagé et contraint d'aller au bout de la mission. Le partenariat, à la différence du réseau, formalise les liens entre les acteurs en tant que représentants d'un service, d'un établissement ou d'une association autour d'un objectif ou d'un projet commun. Dans ce sens, le partenariat est un contrat pour lequel chacun s'engage à tenir un rôle, à apporter une prestation dans le respect du rôle de l'autre. L'objectif du partenariat est d'être complémentaire, de faire ensemble au service de l'utilisateur. Cette contractualisation peut prendre plusieurs formes : convention, groupement, association...et impliquer un nombre très variable d'acteurs.

Le partenariat répond à la fois à la coordination pour permettre une prise en compte globale de l'utilisateur (articulation médico-social / soin) et à la logique de parcours quand son objet est de penser des passerelles entre établissements ou services.

A) L'association COHPSY 72.

COHPSY 72 (Coordination Handicap Psychique de la Sarthe) est née d'un travail en réseau initié par plusieurs acteurs sarthois : une association du secteur médico-social, la MDPH, l'EPSM de la Sarthe et l'UNAFAM. L'objectif de ce groupe de travail était de construire des procédures qui facilitent le passage d'une structure à une autre et notamment en terme d'orientation. Rapidement, le réseau s'est élargi. Les principales associations du secteur médico-social et un office HLM se sont associés à ce travail. Début 2016, l'ensemble des participants ont souhaité formaliser leur coopération et en cela créer un partenariat. En mai 2016, les statuts de cette association d'associations ont été publiés (annexe 16).

L'objet de l'association est de coordonner les acteurs du secteur médico-social, social, sanitaire et la MDPH pour permettre une plus grande fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique. Plus concrètement, il s'agit de construire un outil d'évaluation des besoins qui facilite les décisions d'orientation de la CDAPH et qui permette la construction de réponses innovantes en termes de prestations pluri-établissements par exemple.

Cette association se donne aussi pour mission d'être un lieu ressource pour les professionnels et les aidants familiaux qui accompagnent des personnes en situation de handicap psychique.

L'association ANAIS a participé à la création de cette association et y adhère.

En octobre 2016, je participerai au groupe de travail chargé de la construction d'un outil d'évaluation qui devra permettre de mesurer l'impact des troubles psychiques sur la capacité à assumer différents rôles sociaux.

Cette association vient d'être créée et son organisation est encore peu lisible, mais au fur et à mesure que des missions se mettront en œuvre, j'encouragerai la participation des professionnels et l'utilisation de COHPSY 72 comme lieu ressource.

B) L'Établissement Public de santé Mentale de la Sarthe : L'EPSM

Le diagnostic que j'ai construit avec les professionnels fait ressortir clairement une méconnaissance réciproque entre l'établissement et le secteur de l'EPSM dont nous dépendons à savoir le secteur 7. Cette méconnaissance est liée essentiellement au fait que jusqu'à la fin 2015, un médecin psychiatre intervenait dans l'établissement et assurait le suivi des usagers qui en avaient besoin. En cas d'hospitalisation, les échanges n'avaient lieu qu'entre médecins. Son départ à la retraite a entraîné une rupture et la mise en évidence d'une méconnaissance réciproque.

Pour répondre aux besoins des usagers, il est indispensable que chacun ait une juste représentation des moyens de l'autre et de son fonctionnement afin que nous puissions

coordonner nos interventions. L'objectif est de savoir qui fait quoi, quand et comment pour éviter des redondances et des absences dans l'accompagnement de l'utilisateur.

Le bénéficiaire de l'accompagnement doit avoir une lecture aisée et complète du rôle de chacun des acteurs chargés de l'accompagner. Redonner à l'utilisateur une capacité de choix, la possibilité d'être acteur suppose qu'il sache à qui s'adresser lorsqu'il a un besoin.

Cette coordination est essentielle, elle a pour objet d'articuler le projet de vie et le projet de soin d'un usager pour permettre une plus grande stabilité psychique et ainsi diminuer les situations de crises et le recours à l'hospitalisation.

Ce lien doit être un lien de proximité. Les professionnels du foyer de vie et du secteur dont nous dépendons, doivent se rencontrer, apprendre à travailler ensemble et surtout apprendre à se parler. Chacun a son jargon et de ce fait, les échanges sont peu fructueux. Il est indispensable que nous travaillions à l'élaboration d'un champ lexical commun.

J'ai partagé ce constat avec le médecin psychiatre coordinateur du secteur 7 lors d'une réunion en juin 2016. Nous avons dégagé deux axes de travail.

Le premier est de permettre aux usagers qui étaient suivis par le médecin psychiatre de l'établissement, d'être rencontrés régulièrement, par un(e) même infirmier(e) au CMP et permettre un lien de confiance.

Pour l'établissement, avoir un interlocuteur unique au CMP facilite les échanges et l'organisation des rendez-vous, chacun connaissant les contraintes de l'autre.

L'objectif pour l'utilisateur est d'avoir un référent « soignant » de confiance et une lisibilité de l'articulation entre l'établissement et l'hôpital.

Pour le secteur sanitaire, l'intérêt est que chaque usager souffrant de troubles psychiques soit connu du service. L'accompagnement d'un malade en crise alors que l'hôpital n'a aucun élément sur son histoire, un traitement antérieur...est toujours beaucoup plus compliqué.

Pour autant, chaque usager garde la possibilité s'il le souhaite d'être accompagné par un autre praticien, au CMP ou en libéral.

Le second axe de travail est la réalisation d'une fiche d'observation commune. L'objectif est de construire un outil qui nous permette d'avoir un langage commun, de structurer notre observation, d'être plus précis dans nos informations et ainsi de gagner en efficacité lors de nos échanges.

Cette coordination qui vient de débuter, se concrétisera en 2017 par la rédaction d'une convention qui définira le rôle et les limites de chacun, les modalités de fonctionnement (fréquence et lieu des rendez-vous, présence aux synthèses, renouvellement des prescriptions médicamenteuses, procédure en cas de crise ...).

### C) La plateforme multiservices Le Mans Nord

A proximité du foyer de vie de St Pavace, ANAIS gère trois autres établissements et un service : une entreprise adaptée, un ESAT, un SAVS et un foyer d'hébergement dirigés par un même directeur. Ils sont distants les uns des autres de 7kms maximum.

Jusque-là, bien qu'ayant eu des échanges cordiaux avec mon collègue, nous n'avons pas développé de projets communs qui incluent l'ensemble de ces établissements et services. A son départ à la retraite au 1<sup>er</sup> mai 2016, l'association m'a confiée la direction de l'ensemble des structures.

Mon projet est de faire, de cette juxtaposition d'établissements, une entité : la plateforme multiservices le Mans Nord. Le concept de plateforme repose sur le principe d'un mode d'organisation coopérative et structurée entre les établissements et services. Ce mode d'organisation est rendu possible par la proximité géographique des structures.

La plateforme multiservices doit être un outil au service du parcours de vie des usagers.

Pour les jeunes usagers que nous accompagnons, l'entrée en foyer de vie n'est pas une fin en soi. Beaucoup souhaitent à l'avenir accéder à un emploi et/ou à un logement autonome.

Le parcours de chaque usager s'inscrit dans une temporalité différente, la progression est rarement linéaire et régulière aussi l'accompagnement proposé doit être souple et adaptable.

Réunir l'ensemble de ces établissements sous une direction commune facilite la mise en œuvre d'un parcours très personnalisé avec des ajustements simples et rapides en fonction des besoins du bénéficiaire, sans rupture ou perte de repères brutale. La possibilité pour un travailleur handicapé vieillissant d'aller une journée par semaine au foyer de vie, à la fois pour couper le rythme de la semaine et pour préparer une réorientation devient possible. Inversement, pour un usager du foyer de vie qui aurait le projet d'aller en ESAT, l'organisation de stages avec un nombre de jour par semaine grandissant devient possible.

La plateforme ainsi créée dispose par ailleurs, d'un panel d'habitats diversifiés. Cela permettra de travailler avec chacun un parcours résidentiel souple et fluide qui s'inscrit parfaitement dans le mouvement de désinstitutionalisation qui marque aujourd'hui notre société.

Ce dispositif habitat se compose actuellement de :

- un foyer de vie avec vingt places d'hébergement qui permet au résident d'avoir un espace privé tout en bénéficiant de service hôtelier (repas, entretien du linge, entretien du logement...) et d'un accompagnement médico-social permanent.

- un foyer d'hébergement de dix-neuf places, situé au cœur de la ville de Coulaines (7500 habitants) à proximité des services et des commerces et desservi par les transports en commun, ce qui permet une grande autonomie dans les déplacements,

- une résidence composée de cinq studios qui permet à chacun d'acquérir de l'autonomie dans la gestion de ses repas, de son linge et dans l'entretien du logement. La proximité du foyer d'hébergement permet à chaque usager de bénéficier des prestations du foyer d'hébergement (activités de loisir, gestion des achats, repas ...) et de la présence d'un éducateur à tout moment si besoin.

Cet entre-deux, entre le foyer et l'appartement en milieu ordinaire, permet un apprentissage progressif de l'autonomie et un étayage modulable.

Le foyer d'hébergement dispose d'une chambre d'accueil temporaire qui permet aux usagers de faire des stages ou d'être hébergés en cas d'urgence.

- un appartement en centre-ville offre la possibilité de faire l'expérience d'une autonomie encore plus grande avec toujours la possibilité d'interpeler les professionnels du foyer d'hébergement en cas de besoin.

- un SAVS permet aux bénéficiaires de vivre dans un logement de droit commun dont ils sont locataires, tout en bénéficiant d'un accompagnement éducatif à domicile d'une durée hebdomadaire moyenne d'environ 1h30.

Ce panel d'habitats participe de la possibilité pour chaque usager de construire son parcours résidentiel.

La plateforme multiservice doit aussi être un outil au service des professionnels. Comme j'ai pu le constater, plusieurs indices traduisent une usure des professionnels au foyer de vie. La plateforme multiservice crée des occasions de mobilité professionnelle. De manière systématique, lorsqu'un poste se libèrera dans l'un des établissements ou services, il sera proposé de manière prioritaire aux professionnels des autres établissements composant la plateforme. Chaque professionnel doit pouvoir penser son avenir professionnel en termes de mobilité et de promotion. Ces perspectives participent du maintien dans le temps de l'envie d'apprendre, de progresser et de s'investir dans son travail.

Par ailleurs, ce regroupement augmente de manière significative, le cercle des interlocuteurs et renforce la pluridisciplinarité. Les échanges permettent développer les connaissances et les compétences de chacun. C'est un lieu de réflexion collective. Je développerai ce point dans une partie consacrée à l'accroissement des compétences professionnelles.

Enfin, la plateforme a un intérêt économique, elle permet des mutualisations : véhicules, matériel éducatif, produits lessiviels, la papeterie... Cette économie est importante, elle permet de maintenir le budget de fonctionnement à l'équilibre, même si le taux de reconduction est de 0% et sans diminuer les sorties, l'achat de matériel éducatif...

Pour autant, la plateforme ne doit pas être le lieu d'un entre soi plus large et ne doit pas limiter le développement de partenariats. C'est au contraire un outil de partage des partenariats déjà noués notamment avec les acteurs sportifs ou de loisirs, implantés sur le territoire.

#### D) Les familles et les responsables légaux

La place des familles est essentielle dans le parcours de la personne en situation de handicap. Elles doivent être informées des changements qui ont lieu dans l'établissement où vit leur enfant adulte, et dans les autres établissements gérés par l'association sur le département, afin qu'elle puisse avec son enfant adulte, faire un choix de structure en adéquation avec les besoins et les attentes de la personne en situation de handicap.

Le projet de plateforme devra leur être présenté.

Dès 2017, je souhaite organiser deux après-midis à thème par an, une en janvier et l'autre en juin, ouvertes à l'ensemble des familles ayant un proche dans l'une des structures de la plateforme. Je demanderai aux représentants des familles au CVS de me lister les thèmes que les familles souhaitent voir abordés lors de ces temps d'échange.

A la relecture des comptes rendu des CVS de chaque établissement, j'ai repéré que des thèmes comme les droits de succession de l'adulte en situation de handicap, la mise en œuvre des droits fondamentaux des usagers et entre autres, le respect de l'intimité ou la liberté d'aller et venir sont souvent abordés mais traités de manière assez succincte.

## **3.2 Ajuster l'offre à la demande**

### **3.2.1 Augmenter la capacité en accueil de jour**

L'analyse de la liste d'attente fait apparaître clairement qu'aujourd'hui les jeunes, souffrants ou non de troubles psychiques, souhaitent être accompagnés en journée pour continuer, au moins dans un premier temps, à résider chez leurs parents. Leur objectif à moyen ou long terme est de pouvoir accéder à un logement individuel.

Par ailleurs, l'appréhension du tout collectif est très présente chez bon nombre de personnes souffrant de troubles psychiques. Beaucoup nous disent : « c'est pas facile de se supporter tout le temps, de toujours tenir compte des autres... ». Du fait d'un lien d'altérité fragile, un hébergement non collectif (famille, logement individuel, famille

d'accueil, appartement thérapeutique...), peut être une solution participant au maintien de l'équilibre psychique. Pouvoir investir des espaces successifs, changer d'interlocuteurs, cloisonner des lieux et des rôles, peuvent limiter l'émergence d'un sentiment d'enfermement et de contrôle fréquent chez les sujets souffrants de troubles psychiques.

Pour répondre à cette demande forte en zone urbaine et péri-urbaine, je proposerai au Conseil Départemental, un redéploiement des places d'accueil de jour à l'intérieur du CPOM. En effet, quatre des sept foyers de vie gérés par ANAIS en Sarthe disposent de trois places d'accueil de jours. Mais, en dehors du foyer de vie de St Pavace, tous sont situés en milieu rural et tous ont un taux d'occupation en baisse.

Les journées réalisées sont pour la majorité des jours de stage sans désir de la part du candidat de s'inscrire sur la liste d'attente de l'établissement.

Aussi, je proposerai le transfert des places d'accueil de jour des foyers de vie implantés en milieu rural vers le foyer de vie de St Pavace, pour porter la capacité de ce dernier à douze places. L'augmentation continue de la demande ces dernières années laisse supposer que ces places en accueil de jour seront rapidement utilisées.

### **3.2.2 Créer une place d'hébergement temporaire**

L'extension de l'accueil de jour permet aux usagers de résider chez leurs parents, en famille d'accueil ou dans un logement autonome. Cependant, ils peuvent avoir besoin pour des raisons de santé ou autres, d'être accompagné de manière temporaire au foyer de vie en hébergement. Le collectif, la présence 24h/24 d'un professionnel peut à ce moment-là, être nécessaire pour les rassurer et éviter une hospitalisation.

D'autre part, les familles ou aidants familiaux peuvent avoir besoin de répit et faire la demande d'un hébergement pour quelques jours ou quelques semaines pour un usager que nous accompagnons habituellement en journée. Ce temps de recul pour la famille peut être indispensable parfois, pour maintenir à long terme des liens de bonne qualité qui participent au bien-être de l'utilisateur. L'accueil temporaire permet un ajustement de la réponse apportée par l'établissement au plus près des besoins de l'utilisateur évalués à un moment donné, dans son environnement donné.

Aussi, je solliciterai auprès du financeur la transformation d'une place d'hébergement permanent en accueil temporaire.

### **3.2.3 Développer l'accueil séquentiel**

Malgré cette flexibilité que permet l'accueil temporaire, il reste des situations notamment quand une hospitalisation est nécessaire où une réponse en tout ou rien, tout hôpital ou tout foyer de vie, n'est pas adaptée. Parfois, pour être sécurisant et rassurant pour l'utilisateur/ patient, le passage de l'un vers l'autre doit être plus progressif.



Dans ce cas, l'accueil séquentiel permet à l'utilisateur d'être accueilli en alternance au foyer et à l'hôpital avec un « dosage » en nuits dans un établissement et dans l'autre, qui s'adapte à l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur.

Je souhaite développer ce mode d'accompagnement dit séquentiel car c'est une réponse qui permet d'articuler projet de vie et projet de soin. De plus, il permet un accompagnement souple et adaptable qui répond aux besoins de l'utilisateur pris en compte dans sa globalité.

C'est également une réponse qui diminue l'impact des hospitalisations sur le taux d'occupation puisqu'elle permet une réduction du recours aux hospitalisations longues et/ou répétées à temps plein.

### **3.3 Accroître les compétences professionnelles : professionnalisation, diversification et professionnalisme**

Des défaillances dans l'accompagnement liées à un manque de savoir et à un déficit de compétences peuvent compromettre la sécurité et le bien-être des personnes accompagnées et des professionnels. Mon objectif est donc de permettre aux professionnels d'accroître leurs compétences, de diversifier les métiers pour une plus grande complémentarité, d'impulser une dynamique de professionnalisation et de développer le professionnalisme.

La professionnalisation inclut pour moi, d'une part, l'acquisition de nouveaux savoirs théoriques et leur réinvestissement dans des pratiques professionnelles et, d'autre part, l'émergence via les pratiques professionnelles d'un savoir-faire qui permet un nouvel éclairage des concepts théoriques appris. C'est dans une dialectique formation-pratique professionnelle que se construisent les compétences professionnelles.

Les pratiques professionnelles regroupent les actions menées par chaque professionnel auprès des usagers mais également tous les espaces temps durant lesquels le professionnel peut formaliser son action, la penser, l'analyser et prendre du recul.

Le professionnalisme est une dynamique qui permet à une équipe d'être plus que la somme des savoirs individuels. Elle rend possible une réflexion collective<sup>31</sup> qui produit une unicité, une cohérence et une permanence des pratiques professionnelles.

Au-delà de proposer un accompagnement plus adéquat aux usagers, je souhaite au travers de ces actions lutter contre l'usure professionnelle et les risques psycho-sociaux.

---

<sup>31</sup> ANESM, La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, juillet 2008

### 3.3.1 Accroître les compétences des professionnels

#### A) La formation

Les professionnels ont tous une formation initiale qui leur a permis d'acquérir un savoir de base propre à leur métier. Mais, l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques suppose des connaissances spécifiques complémentaires.

Comme je l'ai écrit précédemment (p 22), au cours des entretiens professionnels que j'ai menés, plusieurs salariés ont formulé des demandes en ce sens. Répondre à ces demandes est pour moi une priorité et pour ce faire, je m'appuierai sur deux outils : le plan de formation et la valorisation des formations qualifiantes et certifiantes.

Depuis la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle<sup>32</sup>, les moyens financiers ont diminué. Il ne représente plus que 1% de la masse salariale brute annuelle. Un accord de branche a permis de rehausser ce taux à 2%. Malgré cela, les moyens sont moindres, ils représentent pour le foyer de vie de St Pavace 2152 € par an.

Afin d'optimiser les moyens dont je dispose, j'ai fait le choix de mutualiser les budgets formation de l'ensemble des structures de la plateforme (exclusion faite de la part du budget formation de l'ESAT réservé aux usagers et l'EA). Cela me permet de construire un plan de formation pour un montant global de 6379 €.

Au-delà de la question des moyens, j'ai pris cette décision parce que les salariés de tous les établissements rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. En effet, depuis ma prise de poste, j'ai constaté à la lecture des rapports d'activité et des comptes rendu de réunion, que l'évolution du public constatée au foyer de vie de St Pavace était la même dans tous les établissements.

Pour répondre aux demandes de l'ensemble des salariés, je vais proposer des formations inter établissements et sur site pour réduire les frais annexes (transport, hébergement) Cette organisation a aussi l'intérêt de permettre aux professionnels des différents établissements de se rencontrer, d'apprendre à se connaître et d'échanger sur leurs pratiques. Elle participe de ce fait, à la dynamique de plateforme que je souhaite mettre en œuvre. Pour autant, elle n'exclue pas la poursuite du travail de coopération qui existe avec les autres foyers de vie gérés par l'association en Sarthe, tel que cité dans la première partie de mon travail.

Le plan de formation en 2017 sera centré sur la connaissance des pathologies psychiatriques et la gestion des états de crise.

---

<sup>32</sup> LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

Par ailleurs, j'encouragerai les salariés à s'engager dans des formations certifiantes et qualifiantes pour dynamiser leur parcours professionnel. En effet, au niveau associatif, le nombre d'établissements et la pyramides des âges permettent d'envisager la possibilité de promotions internes dans les années à venir. Pour chaque demande de formation, un financement sur les fonds mutualisés sera sollicité auprès de notre OPCA, UNIFAF.

#### B) L'analyse de la pratique

Face au sentiment d'impuissance grandissant chez les professionnels et à leur appréhension des actes de violence posés parfois par les usagers, la mise en place de séances d'analyse de la pratique me paraît tout à fait indispensable.

Elles seront animées par un prestataire extérieur car positionné en dehors de tout lien hiérarchique, pour se situer d'emblée sur le registre de l'erreur et non de la faute. En effet, ce qui souvent fait barrage à l'expression, c'est la peur d'être jugé fautif et donc pouvant relever d'une sanction.

Ces séances auront plusieurs objectifs :

- permettre à chacun de se rendre compte qu'il n'est pas seul à être confronté à des difficultés dans l'exercice de ses fonctions. Cette prise de conscience est une étape préalable indispensable pour oser s'exprimer ;
- offrir à chaque professionnel un espace de verbalisation où l'émotion, la peur peuvent être extériorisées et mises à distance ;
- construire un lieu d'expression qui permette de structurer sa pensée en repérant l'enchaînement des actions qui a conduit au passage à l'acte, en analysant les réponses apportées, en les évaluant et en envisageant d'autres réponses possibles. Il ne s'agit pas de construire « des recettes » mais de pouvoir acquérir un réflexe de penser, de temporisation pour lutter contre un agir spontané.
- prendre conscience de ses représentations, en mesurer l'impact sur ses pratiques professionnelles et les faire évoluer collectivement.

Je proposerai le coût de cette intervention au financeur en mesure nouvelle soit 2400€ /an pour 20 séances (1 semaine/2 hors période d'été et de fin d'année).

### C) L'animation d'équipe

Pour permettre à chaque usager de bénéficier dans l'établissement d'un accompagnement individualisé, l'acquisition par chaque professionnel de savoirs théoriques, pratiques et savoir être supplémentaires n'est pas suffisant.

« L'équipe » pas seulement éducative, mais composée de l'ensemble des professionnels intervenants dans la structure, ne doit pas être une juxtaposition du savoir de chacun mais une unité cohérente<sup>33</sup>. L'objectif est de permettre une permanence de l'accompagnement en dehors de la présence physique dans l'établissement de tel ou tel professionnel. Ce point est pour moi un élément essentiel du fonctionnement de l'établissement car il permet la stabilité des repères, du cadre et du sens de l'action menée. Bertrand Dubreuil nomme ce mouvement qui conduit à dépasser la juxtaposition pour conduire à une réflexion collective, le professionnalisme<sup>34</sup>.

Pour permettre cette translation, je vais mobiliser plusieurs outils.

Un comité de direction regroupant les cadres de direction à savoir, le chef de service du pôle hébergement vie sociale (foyer de vie, foyer d'hébergement et SAVS), le directeur adjoint du pôle travail adapté (entreprise adaptée et ESAT) que je piloterai, se réunira chaque semaine pour faire le point sur l'organisation de la semaine, fixer les priorités. Parmi les priorités : l'organisation de passerelles pour accompagner le parcours des usagers, le recensement des opportunités de mobilité pour les professionnels ou encore les projets de mutualisation des moyens.

Le comité de direction a pour objet de penser les grandes lignes des articulations possibles entre les structures. Chaque projet sera présenté par le chef de service dans chacune des structures lors d'une réunion pluridisciplinaire. Les professionnels seront alors invités à les questionner, à les enrichir, etc.

Inversement, les chefs de services pourront à la suite d'une réunion pluridisciplinaire rapporter en comité de direction, la situation d'un usager pour lequel nous devons penser un parcours personnalisé, nécessitant des précisions, etc.

Ce lieu doit aussi être un espace de confiance et confidentiel où chacun se sent autorisé à exprimer ses difficultés et où ensemble nous construisons des solutions.

---

<sup>33</sup> ANESM, La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, juillet 2008

<sup>34</sup> DUBREUIL B., Le professionnalisme en action sociale et médico-sociale des savoir-faire à reconnaître Dunod, Paris, 2009

Je souhaite également créer un comité de cadres à l'échelle de la plateforme, composé du comité de direction, de la psychologue du foyer de vie et de la psychologue intervenant au foyer d'hébergement et à l'ESAT. Ce comité de cadres se réunira tous les trimestres, avec pour mission d'échanger sur les projets en cours, chacun de ces membres étant un relais privilégié avec les professionnels chargés au quotidien de l'accompagnement. Je serai très attentive aux retours que pourront me faire mes collègues cadres sur la sérénité des équipes, des usagers et sur les points d'amélioration à apporter. Cet espace sera également pour moi, un temps d'évaluation des risques de discordance ou de dysfonctionnement au sein d'une équipe. Cet échange me servira de base pour construire le contenu d'une réunion institutionnelle que j'animerai chaque trimestre dans chacun des établissements et services composant la plateforme.

La réunion institutionnelle est un moment d'échange avec l'ensemble des professionnels (l'équipe éducative, les agents de service, les surveillants de nuit ou encore la secrétaire). Pour moi et j'y accorde de l'importance, chacun a un rôle différent certes mais complémentaire et d'égale importance. Tous participent au bien-être de l'utilisateur.

Ce temps sera pour moi l'occasion de faire le point sur les projets en cours, d'en présenter de nouveaux, de rappeler les valeurs fondamentales de respect de l'utilisateur, de sa parole et de ses choix...Je m'efforcerai de répondre aux questions, de permettre à chacun de s'exprimer. Au cours de ces réunions, dans ma posture, je veux à la fois être ferme et exigeante sur la qualité de service mais aussi soutenante en reconnaissant la qualité du travail réalisé. Afin, de rendre concret et mesurable le travail réalisé, j'utiliserai le tableau de pilotage annuel (Annexe 2) alimenté par l'évaluation interne, l'évaluation externe, l'enquête de satisfaction famille, l'enquête de satisfaction usagers, le projet d'établissement et le projet associatif après priorisation des axes d'amélioration.

J'animerai également au début de chaque année une réunion institutionnelle au niveau de la plateforme avec un objectif d'information plus général : les échéances à venir et communes à l'ensemble des établissements comme en 2017, la réécriture des projets d'établissement, la présentation du plan de formation ou encore des changements législatifs à venir et qui impacteront nos pratiques comme la mise en place des plans d'accompagnement globaux par la MDPH de Sarthe.

Pour que la complémentarité entre les professionnels puisse être effective, il est indispensable que chacun sache quel est son rôle et quelles en sont les limites. Pour ce faire, fin 2015, j'ai mené au foyer de vie, un travail d'élaboration des fiches de poste. J'ai construit un groupe pluridisciplinaire, sur la base du volontariat et piloté la rédaction des fiches de poste à partir des fiches de fonction qui m'ont été transmises par la direction générale.

Chaque professionnel a été destinataire de sa fiche de poste et a pu en réunion ou en entretien individuel me faire part de ses remarques. En fonction de la pertinence de celles-ci, j'ai apporté les modifications nécessaires puis j'ai remis à chacun, un exemplaire de sa fiche de poste contre la signature d'un accusé de réception.

J'ai demandé aux cadres intermédiaires de réaliser ce travail sur tous les autres établissements de la plateforme.

Les fiches de postes seront à la fois le point de départ et le socle des entretiens professionnels qui seront menés en 2017 par le chef de service et le directeur adjoint en plus du guide d'entretien construit lors d'une formation/action ouverte à l'ensemble des cadres de direction de l'association.

Par ailleurs, et dès 2017, je souhaite mettre en place en plus des formations inter-établissements des groupes de travail qui soient pluridisciplinaires et pluri établissements sur des thèmes aussi variés que : la notion d'argent de poche des résidents, la liberté d'aller et venir ou encore la réécriture du règlement de fonctionnement de chacun des établissements.

Je piloterai ce dernier groupe de travail avec la volonté de faire du règlement de fonctionnement un guide du bien vivre ensemble. Les autres groupes pourront être pilotés par les éducateurs spécialisés ou conseillers en économie sociale et familiale.

Le travail de groupe impulse une dynamique positive d'autant plus que le groupe est composé d'acteurs qui ne travaillent pas ensemble au quotidien mais qui pour autant ne sont pas étrangers. Les questions des professionnels extérieurs à l'établissement participent souvent à remettre en cause des évidences que personne ne voit plus au quotidien. L'interaction oblige à formaliser sa pratique et à prendre du recul. Ce travail de capitalisation de l'expérience et des savoirs participe de l'évolution des représentations de chacun. Ces travaux en groupe doivent être planifiés (nombre de séances, lieu, date), aboutir à une production et rester « rares » pour ne pas dégrader l'accompagnement direct auprès des usagers et garder pour les professionnels un attrait à long terme du fait de leur côté exceptionnels.

Cette animation d'équipe a pour objet de rendre chacun acteur, à la fois critique et constructif et d'accroître les complémentarités. Elle évite aussi à un professionnel ou à un corps de métier d'être en position de toute-puissance.

Les IRP en fonction de leurs prérogatives seront associés pour un travail en toute transparence.

#### D) « Cellule » de bientraitance : Analyse des évènements indésirables

L'association a mis en place, en 2008, un conseil de bientraitance. Ce dernier au cours d'une formation de type recherche / action a élaboré et transmis aux établissements gérés par l'association une fiche d'évènement indésirable. L'objet de cette fiche était de faciliter la communication entre la direction générale et les établissements concernant les évènements qui nécessitaient une réponse d'acteurs extérieur à l'établissement (financeur, procureur, direction générale...). Rapidement, le conseil de bientraitance a réalisé une analyse transversale de ces évènements pour y repérer des causes redondantes et ainsi proposer l'organisation de formations pour prévenir de nouveaux incidents. Suite à la circulaire de juillet 2010<sup>35</sup>, le conseil de bientraitance a élaboré une nouvelle fiche (et recense aujourd'hui tous les types d'évènements indésirables du niveau 1 à 4).

Les professionnels se sont approprié cet outil mais nous ne réalisons pas en interne d'analyse qui nous permettrait de pointer des redondances (lieu, moment de la journée par exemple) et d'évaluer l'impact du plan d'action posé au moment des faits.

Cette analyse nous a manqué pour mesurer l'accélération des passages à l'acte de M. P (p15) et alerter plus précocement les soins.

Je souhaite organiser cette cellule de bientraitance à l'échelle de la plateforme, elle sera composée d'un référent bientraitance par établissement et piloté par le chef de service du pôle hébergement. Elle se réunira une première fois en décembre 2016, pour traiter l'ensemble des évènements de l'année et préparer le rapport qui sera transmis au conseil de bientraitance. A partir de 2017, les réunions seront trimestrielles, chaque évènement indésirable sera repris, analysé et le plan d'action mis en œuvre évalué. L'objectif est de repérer des redondances de lieux, de faits, de protagonistes...et de réfléchir à des actions préventives. Cette analyse permettra également d'apprécier quantitativement et qualitativement les situations où les professionnels ont été victimes de violence et d'en rendre compte au CHSCT et aux DP.

Le rôle du référent sera de recenser dans son établissement, les évènements indésirables trimestriels, d'être à l'affût de publications concernant la bientraitance dans les périodiques à disposition dans son établissement (chaque établissement dispose d'abonnements différents), d'en faire une lecture et une synthèse pour l'ensemble des salariés de la plateforme avec le soutien de l'éducateur spécialisé.

Chaque année, un nouveau salarié sera désigné référent bientraitance, l'objectif est que, progressivement, chacun se sente responsable de cette question.

---

<sup>35</sup> Circulaire du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

### 3.3.2 Diversifier les compétences pour une plus grande complémentarité

La complémentarité des professionnels suppose une analyse en termes de diversité des métiers. La diversification des compétences professionnelles peut être accompagnée sous deux angles : le recrutement et le partenariat.

#### A) Le recrutement : analyse des surcoûts et économies

| Poste en ETP  | en 2016 | Mesures nouvelles | Surcoûts /économies |
|---|---------|-------------------|---------------------|
| Directeur   | 1       | - 0,68            | - 34000 €           |
| Chef de service   | 0       | +0.5              | +21000 €            |
| Secrétaire  | 0.5     | 0                 | 0                   |
| Aide-soignant   | 0       | 3                 | + 90000 €           |
| Educateur spécialisé  | 1       | 0                 | 0                   |
| AMP   | 7.5     | 0                 | 0                   |
| Maitresse de maison   | 1.74    | 0                 | 0                   |
| Surveillant de nuit   | 2.25    | 2.25              | +60000 €            |
| Psychologue   | 0.12    | 0.12              | +4600 €             |
| Psychiatre  | 0.12    | 0                 | - 19000 €           |
| Total   | 14.23   | +5.19 ETP         | surcoût : 122600 €  |
| Ratio d'encadrement pour 32 usagers (20 hébergements + 12 accueils de jour) : 0.60 (taux d'encadrement stable / à la situation de 2016) |         |                   |                     |

- la création de postes d'aide-soignant, dont le cursus de formation inclut un savoir médical, viendra compléter le savoir de l'équipe actuelle et permettra une prise en compte plus globale des besoins de l'usager. Bien que le Conseil Départemental ne finance pas en principe de postes de « soin », en Sarthe, il accepte que sur quelques postes d'AMP des aides-soignants soient recrutés.

- le doublement des surveillants de nuit offre une disponibilité plus grande de ces derniers au bénéfice des résidents pour qui le soir et le matin sont sources d'angoisse. Sur ces temps, ils ont besoin d'être écoutés et rassurés.

Par ailleurs, cette mesure va dans le sens de l'article J35 du règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public qui s'applique au foyer de vie. Cet article précise que « *La surveillance de l'établissement doit être assurée par des employés spécialement désignés et entraînés à la mise en œuvre des moyens de secours* », pour tous les établissements dont l'agrément atteint 20 places.

Lors de la dernière commission de sécurité, en juin 2016, l'injonction nous a été faite de nous mettre en conformité avec cet article.



Au surcoût ci-dessus présenté, il faut ajouter le financement des séances de l'analyse de la pratique soit 2400 euros/ an, ce qui porte le surcoût à financer à **126200 euros**.

Cette augmentation de charges sera financée comme suit :

- le transfert des places en accueil de jour s'accompagnera du transfert financier équivalent à un 0.5 ETP d'AMP par établissement soit 45000€. Le transfert financier n'entraînera pas de licenciement, il s'agira dans les établissements de départs à la retraite non remplacés ou de changement de lieu de travail souhaité par le salarié.
- la création d'une direction commune sur la plateforme Le Mans nord s'est traduite par une nouvelle répartition du temps de directeur (0.20 ETP au lieu de 0.40 ETP) et de chef de service (0.5 ETP au lieu de 1 ETP) sur le foyer hébergement et le SAVS, soit une économie de 31000 euros.
- le poste non pourvu de médecin psychiatre laisse, après avoir déduit la « part » du foyer de vie de St Pavace (cf. tableau de surcoûts / économie), disponible à l'échelle du CPOM, la somme de 115446 euros. Je proposerai que le reste à financer soit 50200 € le soit sur cette somme.

Ce projet ne s'accompagne donc pas pour le Conseil Départemental, d'une demande de moyens financiers supplémentaires.

Les recrutements seront d'abord pensés au sein du CPOM puis de l'association pour favoriser la mobilité professionnelle.

## B) Développer un partenariat

Des compétences de type infirmier nous font défaut et notamment en cas de changement de traitement. En effet, certaines modifications de traitement ne peuvent se faire sans hospitalisation car elles supposent une surveillance médicale quotidienne. Or, nous n'avons pas d'infirmier. Pour autant, une embauche n'est pas possible : pénurie d'infirmiers sur le territoire, refus du Conseil Départemental de financer le poste. Aussi, je nouerai un partenariat avec un cabinet d'infirmiers en libéral qui assurera sur prescription médicale, le suivi à réaliser pour le bien-être de l'utilisateur.

Ces actes étant pris en charge par la sécurité sociale, ce partenariat n'impliquera pas pour l'établissement une dépense financière. Le lien à construire et à formaliser concerne la manière dont les professionnels des deux entités se transmettent les informations utiles à l'accompagnement de l'utilisateur.

Nouer du lien avec des professions paramédicales en libéral est un travail que l'établissement a déjà mis en place avec des kinésithérapeutes, des pédicures par exemple et qui donne satisfaction.

### **3.4 Disposer d'un bâti adapté : structurant et contenant**

#### **3.4.1 Réaliser un projet architectural**

L'objectif du projet architectural, que je propose de soumettre à la validation du Conseil Départemental, répond à un besoin quantitatif et qualitatif.

L'augmentation du nombre de personnes accueillies en journée entraîne la nécessité d'accroître la surface des espaces collectifs qui, aujourd'hui, sont déjà trop étroits pour permettre un accompagnement confortable.

Par ailleurs, la juxtaposition des espaces de jour et de nuit crée un certain nombre de difficultés (un repérage spatio-temporel complexe, impossibilité d'organiser des activités bruyantes ou d'être au calme y compris dans son logement) auxquels il nous faut trouver des solutions pour permettre un accompagnement de meilleure qualité.

Le foyer de vie de St Pavace est construit sur un terrain dont l'association est propriétaire et qui est suffisamment grand pour permettre la construction d'un bâtiment supplémentaire.

Le coût global, d'une telle construction aménagée (tables, chaises, armoires...) est d'environ 400 000 euros, coût qui pourra dans son intégralité être financé par les résultats excédentaires réalisés par le CPOM et qui n'ont pas encore été affectés. L'autorisation d'affectation des résultats excédentaires à l'investissement sera demandée au Conseil Départemental, financeur unique du foyer de vie.

Dès que le Conseil Départemental validera cette proposition d'affectation et le projet de construction, le responsable juridique en charge de la gestion du patrimoine au siège social, lancera un appel à d'offre visant à sélectionner le cabinet d'architecture qui travaillera sur le projet.

Une commission architecturale sera alors constituée, elle sera composée : d'un administrateur, du responsable juridique du siège, d'un représentant du cabinet d'architecture et de moi-même. L'objectif sera alors de dessiner des plans qui tiennent compte des besoins de l'établissement et des contraintes liées au plan d'urbanisme local et aux normes de sécurité.

A partir de là, une évaluation du coût réel de la structure sera réalisée et proposée au financeur.

C'est seulement après cette seconde validation par le financeur que les diverses autorisations de construction et que les appels à projet auprès des différents corps de métier seront réalisés.

Toute cette procédure est longue et je pense que les travaux de construction pourront débuter début 2018. La réception du bâtiment ne se fera pas avant la fin 2018.

Je serai très attentive à tenir informées les équipes et les familles de l'avancée du projet pour qu'ils n'aient pas l'impression que rien ne se passe et qu'ils puissent penser que le projet ne verra jamais le jour.

### **3.4.2 Construire des espaces et les affecter**

Le projet que je propose est celui d'une construction non pas juxtaposée au bâtiment actuel mais au contraire séparée pour qu'un bâtiment soit affecté aux activités de jour et l'autre à la résidence.

Je vais créer et piloter en 2017, un groupe de travail pluri disciplinaire qui aura pour objectif d'identifier nos besoins en termes d'espace ( nombre de pièces, surface...) mais aussi de préciser la fonction de ceux-ci en lien avec les besoins non satisfaits des usagers tel que présenté dans la partie diagnostique de mon écrit.

Je transmettrai ce travail à la commission architecturale pour que la construction réalisée soit d'emblée pensée comme un outil au service de l'utilisateur.

Les espaces libérés dans le bâtiment actuel et transférés dans les nouveaux locaux feront eux aussi l'objet d'une réflexion du groupe de travail en termes d'affectation.

Disposer de nouveaux espaces collectifs est indispensable mais ils ne doivent pas être l'occasion de diminuer le nombre d'activités qui ont lieu à l'extérieur de l'établissement.

L'ouverture de l'établissement sur son environnement, l'inscription des usagers dans la cité est et doit rester une volonté forte de l'établissement.

### **3.5 Evaluer le bénéfice du plan d'action**

Le plan d'action que j'ai construit et présenté ci-dessus a pour objectif de proposer une offre de service en adéquation avec les besoins des personnes que nous accompagnons et qui souffrent de troubles psychiques. Il repose sur divers moyens que sont le partenariat, le réseau, la formation, le management, la pluridisciplinarité, l'ajustement de l'agrément ou encore l'amélioration du bâti et s'inscrit dans une temporalité de plusieurs années.

Certaines actions sont en cours, elles ont débutées fin 2015 et elles se poursuivront en 2017 et en 2018.

Ce projet a un coût en termes financier mais aussi et surtout en termes d'investissement humain. L'ensemble des professionnels du foyer de vie de St Pavace ont été sollicités, se sont mobilisés et se mobiliseront encore sur les années à venir.

Par ailleurs, il engage ma responsabilité en tant que directrice d'établissement puisqu'il est de mon ressort de garantir un accompagnement de qualité, en adéquation avec les besoins des usagers et qui ne soit pas source de maltraitance.

Il est aussi de ma responsabilité de veiller à ce que les professionnels qui exercent dans l'établissement que je dirige ne soient pas en souffrance au travail.

Aussi et pour ces raisons, il est impératif que l'efficacité du projet proposé fasse l'objet d'une évaluation.

Avec un plan d'action qui s'inscrit sur plusieurs années, l'évaluation ne peut pas être réalisée qu'au terme du projet. L'évaluation doit aussi être continue et participer d'une dynamique de questionnement et de réajustement indispensable pour inscrire l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Pour ce faire, je propose deux types d'outils, des outils qualitatifs qui me permettront d'apprécier l'impact du projet dans la qualité de vie des enquêtés et des indicateurs quantitatifs dont j'étudierai l'évolution.

### **3.5.1 Une évaluation qualitative**

Dans un premier temps, je souhaite évaluer le bénéfice du plan d'action que je propose auprès des usagers souffrant de troubles psychiques. Aussi, je réaliserai une enquête de satisfaction centrée sur les besoins à satisfaire que j'ai listés dans la première partie de mon mémoire à savoir :

- disposer de moyens d'expression variés et être entendu ;
- bénéficier d'un accompagnement social et sanitaire continu et articulé ;
- pouvoir s'isoler du groupe dans un lieu calme quand l'angoisse est trop forte ;
- avoir un emploi du temps régulier et prévisible mais qui n'en demeure pas moins souple et adaptable ;
- vivre dans une cadre contenant, rassurant sans être oppressant ou intrusif ;
- être inscrit au maximum dans la cité.

Dans un second temps, je m'attacherai à évaluer l'impact du plan d'action sur les professionnels au travers de l'analyse des entretiens professionnels. Mon objectif sera d'apprécier la persistance ou non du sentiment d'insécurité et d'impuissance qui aujourd'hui est grandissant dans l'équipe. Par ailleurs, je souhaite pouvoir apprécier le bénéfice apporté par les formations proposées, les séances d'analyse de la pratique et le confort de travail qu'offrent les nouveaux locaux et leur nouvelle répartition.

A partir des résultats de chacune de ces évaluations, je construirai un plan d'action qui viendra alimenter le tableau de pilotage annuel. Ces temps répétés d'évaluation et d'élaboration de plans d'action me permettront d'installer le fonctionnement de l'établissement dans une dynamique continue d'amélioration de la qualité.

L'objectif étant de ne pas attendre l'évaluation interne et externe imposées par le législateur pour poser un regard critique et constructif sur l'accompagnement que nous proposons.

### **3.5.2 L'évolution des indicateurs métriques**

J'étudierai avec attention l'évolution de plusieurs indicateurs qui me permettront de vérifier l'impact du plan d'action que je propose sur les usagers et les professionnels de manière plus régulière et progressive.

Je serai particulièrement attentive à l'évolution du nombre de journées d'hospitalisations à l'EPSM de la Sarthe. Effectivement, c'est le principal indicateur d'une meilleure stabilité psychique et donc d'un mieux-être des usagers.

Je serai également extrêmement vigilante à l'effectivité des lieux d'expression aussi, je vérifierai le nombre de rencontres tenues du CVS, le nombre de réunion d'expression d'usagers réalisées et en analyserai les comptes rendus.

Enfin, en ce qui concerne les usagers, je réaliserai un suivi des taux d'occupation de l'hébergement notamment de l'accueil temporaire et de celui de l'accueil de jour pour vérifier que ces deux prestations répondent bien à une demande.

L'étude de la liste d'attente me permettra d'apprécier la juste dimension de l'accueil de jour par rapport à la demande.

Par ailleurs, j'accorderai une attention particulière à l'évolution du nombre de nos partenaires que ce soit dans le domaine du soin ou des activités proposées aux usagers pour vérifier l'effectivité de l'ouverture de l'établissement sur son environnement.

Concernant les professionnels, le taux d'absentéisme sera mon principal indicateur et notamment le nombre de jours d'absence liés à des arrêts maladie de courte et moyenne durée car il me semble le plus révélateur d'un mal-être au travail.

Par ailleurs, je vérifierai la réalisation du plan de formation et la participation de chaque salarié à au moins un jour de formation par an.

### **3.5.3 Synthèse de la 3<sup>ème</sup> partie : des projets pour l'avenir**

L'établissement que je dirige accueille de plus en plus d'adultes en situation de handicap du fait d'une déficience intellectuelle à laquelle s'ajoutent des troubles psychiques.

L'accompagnement proposé n'apporte pas à ce public les bénéfices attendus. Leur histoire est marquée par les ruptures et la répétition. Face à ces deux phénomènes, je propose un plan d'action qui valorise la coordination et la logique de parcours.

Je pose la coordination comme première car permettant une stabilité psychique qui ensuite rend possible la construction dans un parcours de vie où les projets d'autonomisation ont toute leur place.

La coordination est pensée comme une articulation qui permet la complémentarité des savoirs faire. Elle se fait à plusieurs endroits, en externe mais aussi en interne.

En externe, elle a pour objectif d'articuler le projet de soin et le projet d'accompagnement social de la personne souffrant de troubles psychiques. Aussi, ma participation à différents réseaux et la formalisation de partenariat avec EPSM de la Sarthe ou encore le partenariat construit avec un cabinet d'infirmier libéral répond à cet objectif. Ce maillage entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est central puisqu'il permet une stabilité psychique indispensable à l'utilisateur pour faire des projets, prendre confiance en lui et s'autoriser à plus d'autonomie.

Pour autant, il n'est pas suffisant, la coordination en interne est tout aussi importante. Il est indispensable que chacun ait un rôle défini, délimité qui s'articule avec celui de ses collègues. Pour ce faire, les séances d'analyse de la pratique, la cellule de bientraitance, les groupes de travail pluridisciplinaire ou encore la formation sont autant d'outils qui permettent l'émergence d'une réflexion commune, d'une pratique partagée et une continuité de l'accompagnement.

La coordination permet de prendre en compte l'intégralité des besoins de l'utilisateur, de lui proposer un accompagnement global qui limite les situations de crise, d'hospitalisation, de violence et donc de rupture.

Ce n'est qu'à cette condition que l'utilisateur peut sereinement penser son avenir comme un parcours de vie où la situation de handicap sera moindre et son inscription comme citoyen dans la cité sera plus grande. La création d'une plateforme multi-établissements et services, l'accroissement du nombre de places en accueil de jour, la possibilité d'un accueil temporaire offrent la possibilité de penser une alternative à l'accueil « définitif » ou permanent en foyer de vie avec hébergement.

Par ailleurs, en proposant un accompagnement plus adapté, dans une équipe plus cohérente, chaque professionnel pourra se sentir plus soutenu et plus efficace dans son travail.

## Conclusion

Le foyer de vie de St Pavace a ouvert ses portes en 2007, il dispose d'un agrément qui l'autorise à accompagner des adultes en situation de handicap liée à une déficience intellectuelle. Je dirige cet établissement depuis 2013, et je constate que le public que nous accompagnons change. De plus en plus fréquemment, à la déficience intellectuelle s'ajoute des troubles psychiques. Ces personnes doivent faire face à des difficultés spécifiques liées à la pathologie. Du fait de la diversité des symptômes, de leur variabilité et de leur imprévisibilité, l'accompagnement tel que pensé jusque-là n'engendre pas le gain d'autonomie et d'épanouissement escompté. Au contraire, leur parcours est marqué par la discontinuité (le passage du secteur médico-social au secteur sanitaire sans lien) et la répétition (alternance de périodes de soin et d'accompagnement médico-social).

L'analyse transversale des projets personnalisés et des bilans de stages d'usagers souffrant de troubles psychiques et accompagnés par l'établissement m'ont permis d'identifier les besoins spécifiques de ce public.

Parallèlement, ces alternances brutales entre le soin et le secteur médico-social font émerger chez les professionnels un sentiment d'impuissance et de découragement.

Face au risque de maltraitance des usagers lié à une inadéquation entre l'accompagnement proposé et leurs besoins et face au risque d'usure professionnelle des salariés, il est de ma responsabilité, en tant que directrice d'établissement, de proposer un plan d'action correctif qui limite ces risques.

A partir du constat de discontinuité et de répétition qui marque l'histoire de vie des usagers, j'ai construit un plan d'action centré sur les concepts de coordination et de logique de parcours.

La coordination est la première étape, elle permet une stabilité psychique et en ce sens elle est le levier indispensable pour que l'utilisateur puisse inscrire son avenir dans une logique de parcours où les projets d'autonomisation ont toute leur place.

En externe, la coordination a pour objectif d'articuler le projet de soin et le projet d'accompagnement social de la personne en situation de handicap psychique.

En interne, la coordination permet de définir le rôle de chaque professionnel et son articulation avec ses collègues pour permettre l'émergence d'une réflexion commune, d'une pratique partagée et d'une complémentarité des compétences.

La coordination assure un accompagnement global qui permet à l'utilisateur de s'inscrire dans une dynamique de parcours où progressivement la situation de handicap sera moindre et l'inscription dans la cité sera plus grande.

Aujourd'hui, les usagers et leurs familles ne pensent plus l'orientation dans un établissement comme définitive mais comme une étape qui peu à peu leurs permettra de vivre dans un cadre moins collectif, moins « institutionnel ».

Ce mouvement communément appelé dans notre secteur la désinstitutionalisation est en fait pour les personnes en situation de handicap psychique un second temps de désinstitutionalisation. Après l'hôpital comme solution unique, la réponse apportée toute aussi exclusive, a été l'orientation vers un établissement du secteur médico-social.

Comme énoncé dans le rapport PIVETEAU, l'orientation ne doit plus être une réponse en termes de place mais une réponse sous forme d'un plan d'accompagnement personnalisé composé de prestations qui répondent aux besoins d'une personne à un moment donné. Ces besoins pouvant évoluer, les prestations qui composent le plan doivent pouvoir être adaptées. En proposant de l'accueil temporaire, de l'accueil séquentiel, davantage d'accueil de jour et un accompagnement par un établissement qui s'inscrit dans une plateforme d'établissements et services, le foyer de vie de St Pavace se dote de moyens qui lui permettront de proposer un accompagnement souple et adaptable.

L'intégralité de ces changements : l'évolution du public, la modification des agréments, l'accent porté sur la formation, l'articulation des fiches de poste et la dynamique d'auto « critique » permanente devront être repris dans le projet d'établissement qui sera réécrit en 2017.

L'évolution du public que je constate au foyer de vie de St Pavace dépasse le cadre du foyer. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016, je dirige une plateforme d'établissements et services et dans chacun d'eux, je constate la nécessaire adaptation des prestations offertes pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

Reconnu sur le plan législatif depuis 2005, l'accompagnement des personnes en situation handicap psychique est une priorité de tous les acteurs politiques.

Les politiques publiques ont évoluées pour répondre à la représentation que collectivement nous nous faisons de la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui. Mais, parallèlement, les politiques publiques entraînent une évolution de nos représentations. Cette dialectique permanente permet des changements progressifs dans la manière de prendre en compte la situation de handicap dont celle de handicap psychique.

C'est cette mutation qui s'opère dans la société qu'il faut appréhender pour mieux s'approprier le cadre législatif et anticiper l'avenir des pratiques professionnelles et des structures dans lesquelles nous exerçons.



---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

ANAES, CAUSSE D., ARFEUX-VAUCHER G., DEPARY D., et al, 2006, « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité », Rennes, ENSP, 319 p.

Association du réseau des pratiques de l'institutionnel, BOIS D, BELGUIRAL C, BUHAGAR et al., 1988, « comment démarrer...une structure éducative coopérative Pédagogie et psychothérapie institutionnelles. L'hébergement coopératif », édition matrice, Vigneux, 228 p.

BAUDURET J.F., 2013, «Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques», Paris, Dunod, 276 p.

BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, « coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Paris, Dunod, 313 p.

CHAVAROCHE P., 2012, « l'accompagnement des adultes gravement handicapés mentaux dans le secteur médico-social », Toulouse, érès, 124 p.

DUBREUIL B., 2009, « Le professionnalisme en action sociale et médico-sociale des savoir-faire à reconnaître », Paris, Dunod, 252 p.

DUBREUIL B., JANVIER R, « Conduire le changement en action sociale, Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations, 2014, Issy-les- Moulineaux, ESF, 237 p.

FLÜCK C., 2015, « Gestion et management des compétences projets, démarches et outils, Le Mans, Gereso édition, 199 p.

GONZALES-PUELL S., 2010, « l'approche thérapeutique des déficiences intellectuelles sévères et profondes », Paris, l'harmattan, 320 p.

GREACEN T., JOUET E., 2012, « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement, inclusion sociale, empowerment, Toulouse, Erès, 331p.

HANUS M., avec la collaboration de Olivier Louis, 1992, « psychiatrie de l'étudiant », 8<sup>ième</sup> édition, Paris, Maloine, 436 p.

JAEGER M., 2000, « L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie, Paris, Dunod, 166p.

LE BOTERF G., 2004, « Travailler en réseau, Partager et capitaliser les pratiques professionnelles », Paris, Edition d'organisation, 154 p.

LOUBAT J-R. 2013, « Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-social », Paris, Dunod, 217 p.

### **Rapports**

AMARA F., JOURDAN-MENNINGER D., MESCLON-RAVAUD M., DR. LECOQ G., 2011, « la prise en charge du handicap psychique », Inspection Générale des Affaires, Sociales, 133 p, disponible sur internet, <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289>

CHARZAT M, mars 2002, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » 138p, disponible sur internet, [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_CHARZAT\\_2002](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002).

JACOB P., JOUSSERANDOT A., avril 2013, « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », Ministère de la Santé, disponible sur internet, <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes-handicapees.html>

Dc PIEL et Dc ROELANDT, La sante De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de mission, juillet 2001, p 86, disponible sur internet : [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8\\_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf)

PIVETEAU D. ACEF S., DEBRABANT F-X., et al, 2014, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », disponible sur internet : [www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../Rapport Zero sans solution .pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

### **Les périodiques**

BOINOT K., « Quand les troubles du comportement mettent à mal le « vivre ensemble » dans la cité, les cahiers de l'actif, n°434-435/436-437, juillet/octobre 2012 p81-89

BOUKELAL A., l'accompagnement personnalisé dans les ESSMS : repères et outils à l'usage des professionnels, les cahiers de l'actif, septembre/décembre 2013, p59

BOUKELAL A., « Le déploiement de la bienveillance au quotidien : repères et outil à l'usage des professionnels en ESSMS », les cahiers de l'actif, n°462-463 novembre/décembre 2014, p9-p198

DELION P., « observer, comprendre et agir à propos des troubles psychiques et des comportements problèmes : une belle occasion d'articuler social, médico-social et (pédo) psychiatrie, les cahiers de l'actif, n°434-435/436-437, juillet/octobre 2012 p267-277

DUBREUIL B., «Continuité des parcours, polyvalence des équipes », Les cahier de l'actif, n°446-447, juillet et aout 2013, p21-p36

LOUBAT J.R., « Parcours et projet de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale», Les cahier de l'actif, n°446-447, juillet et aout 2013, p21-p36

WALBERG F., « handicap psychique : vers une nouvelle politique de la folie? », les cahiers de l'actif, n°434-435/436-437, juillet/octobre 2012 p35-50

### **Lois, circulaires et règlements**

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale JORF du 3 janvier 2002, disponible sur internet :

<https://www.cnle.gouv.fr/Loi-2002-2-du-2-janvier-2002.html>

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, disponible sur internet :

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte)

Loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/3/5/ETSX1400015L/jo/texte>

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, disponible sur internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/10/cir\\_31932.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/10/cir_31932.pdf)

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, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle>

Décret n°2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) du 31 janvier 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid>

Règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public-  
Livre premier : Dispositions applicables à tous les établissements recevant du public-  
Titre deux : Dispositions particulières/ Chapitre XIV : Établissements du Type J -  
Structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées- Section XII -  
Moyens de secours- art J 35 Surveillance de l'établissement

### **Site internet**

BOUGEROL Thierry, histoire de la psychiatrie, Université Paris 5, 59 p, disponible sur internet : [www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/...1011/.../bougerol\\_thierry\\_p01.pdf](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/...1011/.../bougerol_thierry_p01.pdf)

Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Haut comité de santé publique (HCSP), 7 octobre 2015, disponible sur internet : <http://www.santementale.fr/actualites/l-evaluationdu-du-plan-psychiatrie-et-sante-mentale.html>

Guide de la réforme de la formation professionnelle, 05 mars 2014, 17 p, disponible sur le site : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE\\_reforme\\_formation\\_professionnelle.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_reforme_formation_professionnelle.pdf)

Histoire de la psychiatrie, EPSM Jean-Martin Charcot Caudan(56), disponible sur internet : <http://www.ch-charcot56.fr/index.php/de-lantiquite-a-la-renaissance.html>

Jacquet S., mai 2013, « du management participatif au management coopératif », Académie de Versailles, disponible sur internet : <http://www.creg.ac-versailles.fr/du-management-participatif-au-management-cooperatif>

Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, juin 2001, disponible sur internet : <http://www.unafam.org/IMG/pdf/livreblancsantementale-2.pdf>

Plan d'action pour la santé mentale 2013-202, OMS, 2013, p 52, disponible sur internet : [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/)

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011, 42 p, disponible sur internet : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)

Recommandation de l'ANESM, Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychique, mai 2016, 162 p, disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Handicap\\_psychique-Interactif-Mai\\_2016.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Handicap_psychique-Interactif-Mai_2016.pdf)

Recommandation de l'ANESM, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008, 51 p, disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)

Réforme de la tarification des ESMS, disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/reforme-de-la-tarification-des-etablissements-et-services-pour-personnes/article/serafin-ph-en-charge-de-la-reforme>



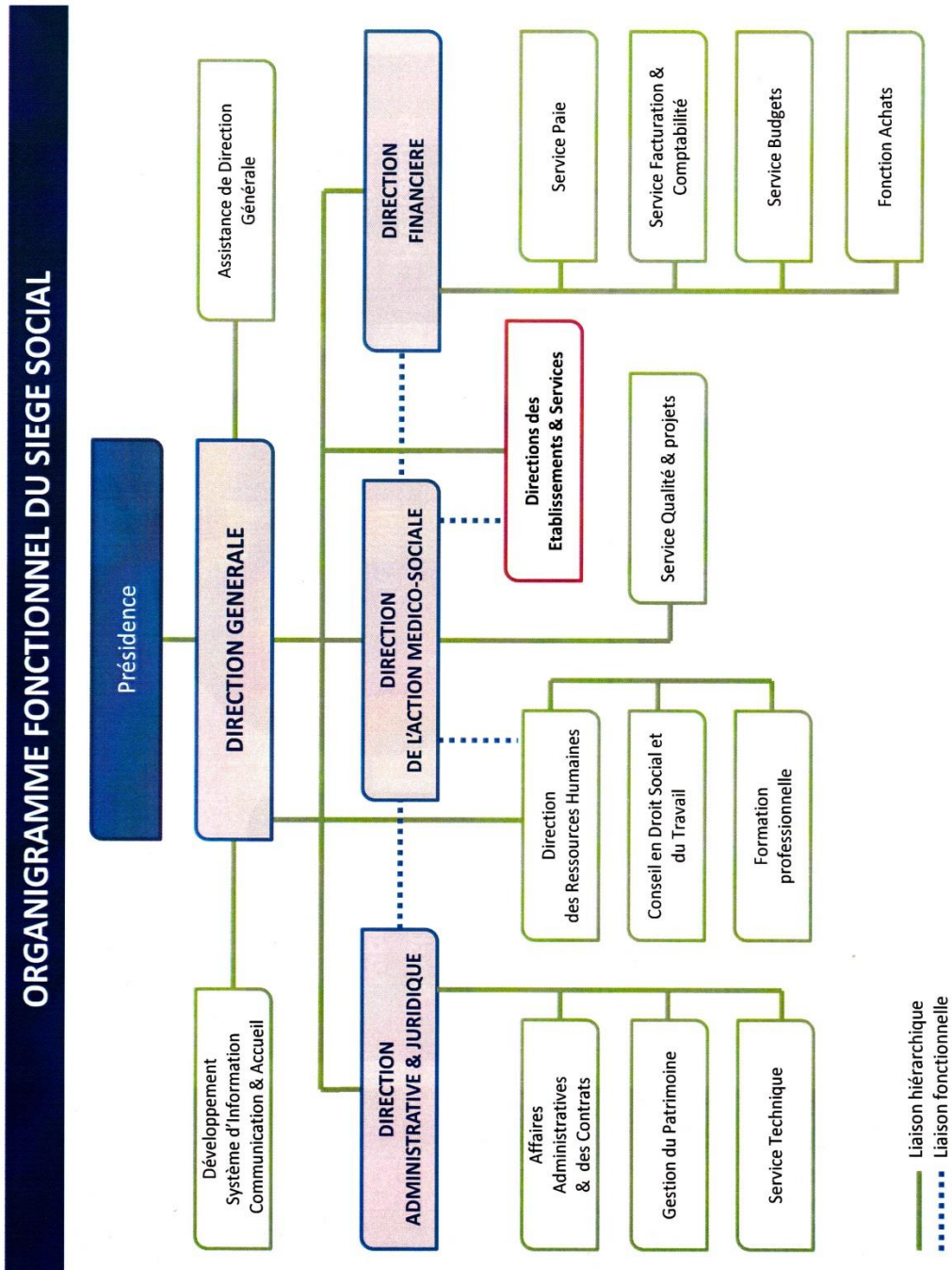
---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Organigramme fonctionnel du siège social
- Annexe 2 : Tableau de pilotage 2016
- Annexe 3 : Présentation du public
- Annexe 4 : Eventail des pathologies
- Annexe 5 : Le conseil de bientraitance rôle et missions
- Annexe 6 : Plan des locaux
- Annexe 7 : Orientation A1 schéma départemental
- Annexe 8 : Action A1.3 schéma du conseil départemental
- Annexe 9 : Orientation B4 schéma départemental
- Annexe 10 : Action B4.1 schéma départemental
- Annexe 11 : Orientation B4.2 schéma départemental
- Annexe 12 : Orientation B6 schéma départemental
- Annexe 13 : Orientation B6.4 schéma départemental
- Annexe 14 : Diagnostic territorial : plan d'action
- Annexe 15 : compte rendu « une réponse accompagnée pour tous »
- Annexe 16 : Statut de l'association COPSHY 72
- Annexe 17 : Fiche d'évènement indésirable

# Annexe 1 : Organigramme fonctionnel du siège social



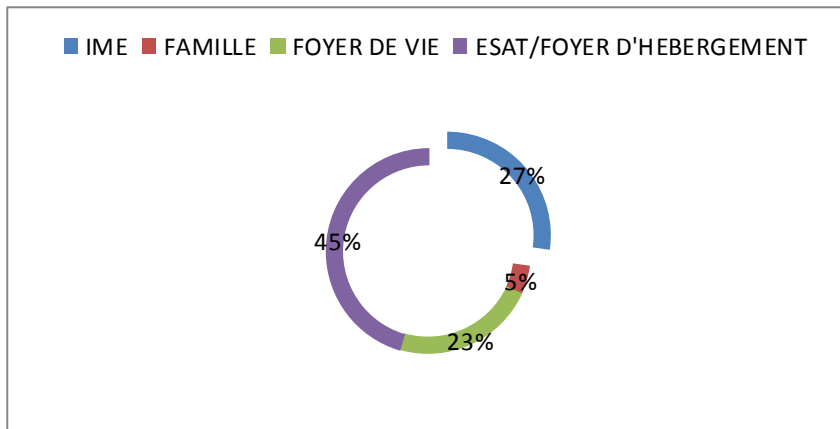


## Annexe 2 : Tableau de pilotage 2016

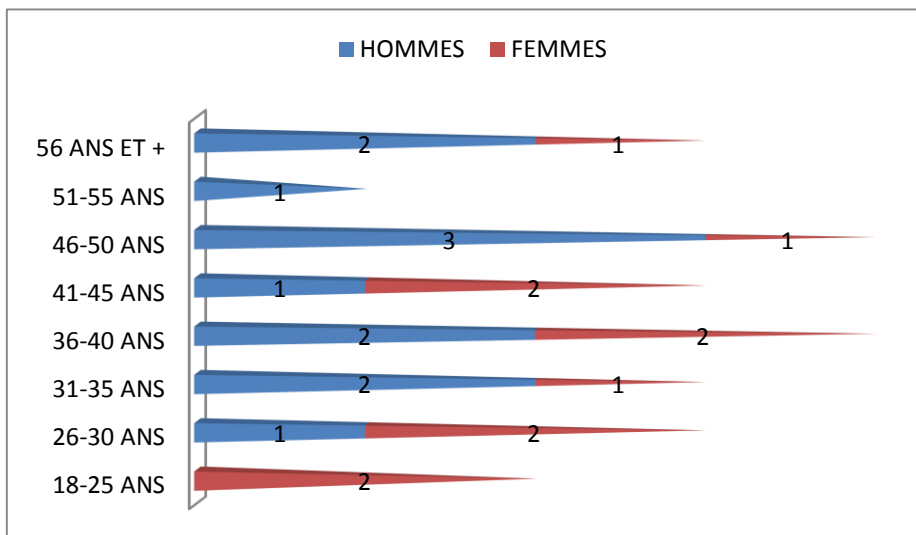
| Axes de travail   | Etat<br>R = réalise<br>EC= en<br>cours<br>NR = non<br>réalisé | Début<br>d'action | Fin<br>d'action | Pilote                             | Résultat<br>attendu                                    | Commentaire   |
|---|---|-------------------|-----------------|------------------------------------|--|---|
| Accessibilité des documents institutionnels                 | NR  | janv              | déc             | Siège                              | Traduction des docs institutionnels                    |   |
| Formaliser les entretiens individuels (réfèrent/ usager)    | EC  | janv              | déc             | Educ spé + 1 AMP                   | Traçabilité des entretiens individuels réalisée        | Difficulté actuelle : analyser l'évolution des demandes |
| Développer les actions de prévention santé sexuelle         | EC  | janv              | déc             | Educ spé + 1 AMP                   | d'entretiens individuels + atelier collectif           | Projet écrit avec le planning familial                  |
| Développer les actions de prévention santé mentale          | EC  | janv              | déc             | Directrice                         | convention avec le CHS + grille d'observation partagée |   |
| Accessibilité des plannings des professionnels              | EC  | Janvier           | juin            | Chef de service                    | Planning adapté affiché                                |   |
| Faire des conventions avec chaque partenaire                | EC  | sept              | déc             | Chef de service                    | nbre de convention/ nbre de partenaires                | Trame convention rédigée                                |
| Evaluation des activités par les usagers                    | R   | Mai               | juin            | Educ spé + l'AMP réf de l'activité | nbre d'activité /nbre d'évaluation réalisées           |   |
| Créer un espace de gestion de la documentation              | EC  | janv              | déc             | Educ spé + 1 AMP                   | Espace créé  |   |
| réaliser les entretiens professionnels                      | EC  | janv              | dec             | Chef de service                    | Nbre d'entretiens réalisés                             |   |
| Procédure accueil nouveau salarié                           | NR  | sept              | déc             | Directrice                         | Procédure formalisée                                   |   |
| Nouveau conditionnement des médicaments                     | NR  | sept              | déc             | Directrice                         | Nouveau conditionnement                                |   |
| Réaliser l'évaluation interne                               | EC  | fév               | oct             | Directrice                         | Rapport rédigé   |   |
| Etablir un plan de rénovation des espaces communs et privés | EC  | Mai               | juin            | Chef de service                    | Plan construit et partagé avec le service entretien    |   |

## Annexe 3 : Présentation du public

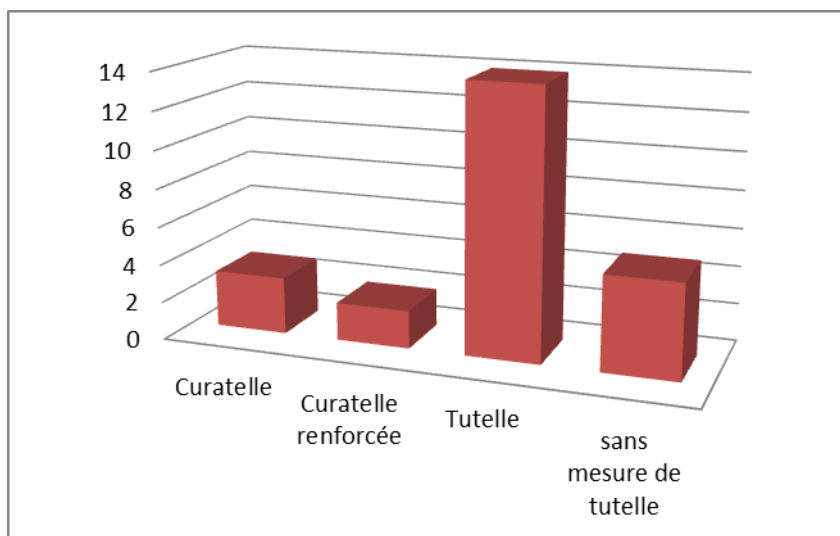
### Origine Institutionnelle



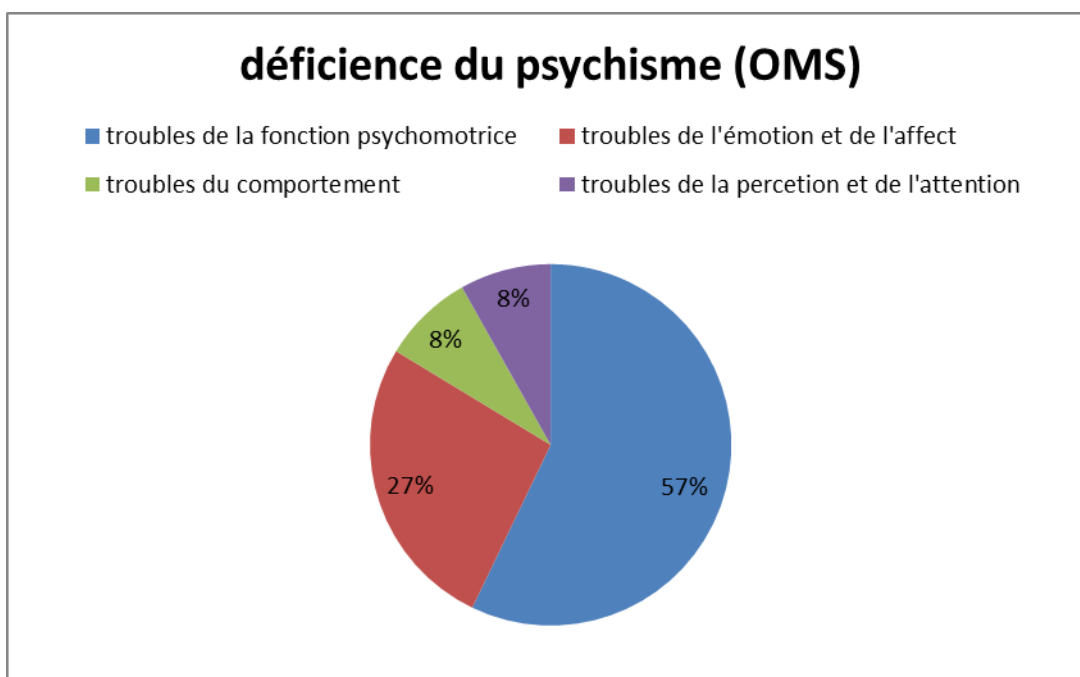
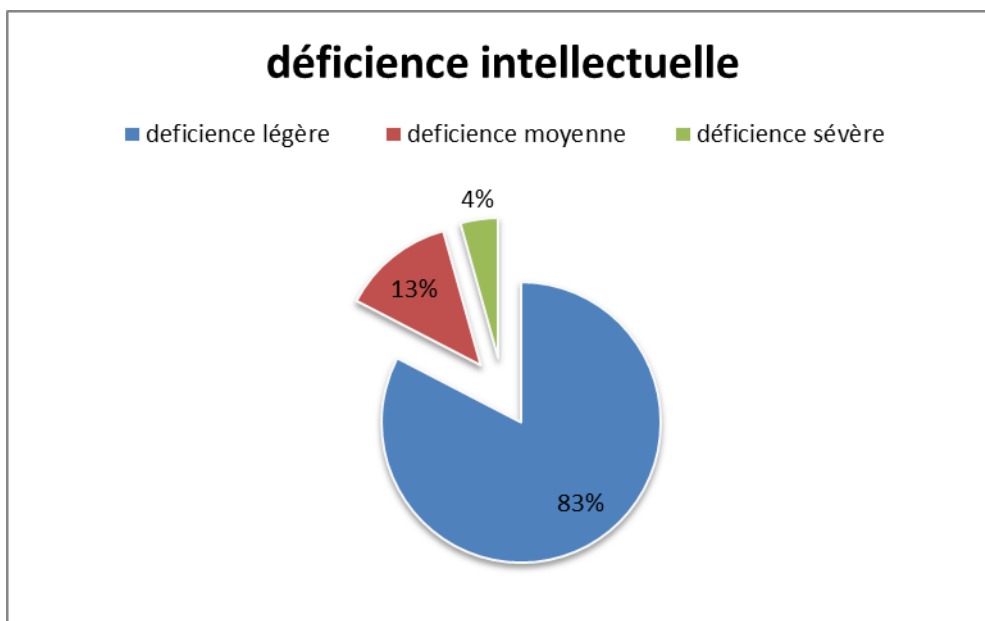
### Répartition en classe d'âge




### Mesures de protection juridique



## Annexe 4 : Éventail des pathologies



## Annexe 5 : Le conseil de bientraitance rôle et missions

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
|  | Règlement de Fonctionnement | Version 2  |
|   | CONSEIL DE BIENTRAITANCE    | Date d'application :<br>8 juillet 2016<br>Page 1 sur 5 |

### 1. OBJET

#### Valeurs associatives

Depuis 1954, l'Association affirme « la primauté de la personne dans toutes ses dimensions, sa dignité, le respect de ses droits, de ses désirs, de ses convictions ». En 2006, ANAIS décide la mise en place d'une politique associative de prévention de la maltraitance et initie une vaste action de formation d'une année à destination de l'ensemble des établissements et services de l'Association. Ceci a notamment conduit à :

- l'élaboration et la diffusion auprès des structures ANAIS d'une Charte de Promotion de la Bientraitance,
- la mise en place d'un Conseil de Bientraitance (Comité de Veille et de Suivi en 2007),
- la rédaction d'une procédure et d'un formulaire de signalement des événements indésirables.

**Le Conseil de Bientraitance pose dans sa dimension éthique tout sujet propre aux personnes accueillies, en lien avec :**

- **la Commission de l'Action Médico-sociale : dimension politique et stratégique**

La Commission de l'Action Médico-Sociale composée d'administrateurs et animée par la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale participe au travail d'amélioration continue de la qualité dans le cadre des missions qui sont confiées à l'Association et éclaire le Conseil d'Administration sur les orientations à mettre en œuvre pour assurer et améliorer « *le bien vivre ensemble au quotidien* » dans les établissements/services ANAIS.

- **la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale : dimension opérationnelle**

Le Conseil de Bientraitance est une Commission spécifique relevant de la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale. Les travaux et réflexions du Conseil de Bientraitance s'articulent avec ceux de la Commission de l'Action Médico-Sociale sur tout sujet relatif à la bientraitance.


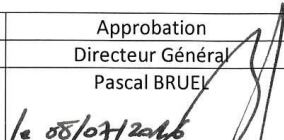
- **les établissements/services : dimension technique**


La portée du Conseil de Bientraitance est associative et ses préconisations sont diffusées à l'ensemble des établissements/services de l'Association.

#### Une analyse transversale

Le Conseil de Bientraitance prend en compte différents niveaux d'analyse :

- les situations impactant la personne accueillie,
- les situations impactant les professionnels,
- l'établissement/service de manière globale.


|            | Rédaction                      | Vérification  | Approbation  |
|------------|--------------------------------|---|--|
| Fonction   |                                | Responsable Projets-Qualité   | Directeur Général  |
| Prénom/NOM | Conseil de Bientraitance ANAIS | Géraldine ADAM  | Pascal BRUEK   |
| Date       | 15 juin 2016                   | 29 juin 2016  |  |
| Visa       |                                |  | <br>le 08/07/2016 |

|   |                             |                      |
|---|-----------------------------|----------------------|
|  | Règlement de Fonctionnement | Version 2            |
|   | CONSEIL DE BIENTRAITANCE    | Date d'application : |
|   |                             | Page 2 sur 5         |

## 2. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

### a) Composition du Conseil de Bienveillance

| Composition du Conseil de Bienveillance : 10 membres  |  |
|---|--|
| Directeurs/directeurs adjoints  | Cadres hiérarchiques intermédiaires/fonctionnels |
| <b>Secteur Enfance et Éducation Spécialisée</b>   |  |
| 1 membre  | 1 membre   |
| <b>Secteur Travail Protégé</b>  |  |
| 1 membre  | 1 membre   |
| <b>Secteur Habitat et Vie Sociale</b>   |  |
| 1 membre  | 1 membre   |
| <b>Secteur Thérapeutique et Soins</b>   |  |
| 1 membre  | 1 membre   |
| <b>Secteur Personnes Agées</b>  |  |
| 1 membre  | 1 membre   |
| <b>Animateurs du Conseil de Bienveillance</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale</li> <li>▪ Responsable Projets-Qualité</li> </ul> |  |

|   |                             |                      |
|---|-----------------------------|----------------------|
|  | Règlement de Fonctionnement | Version 2            |
|   | CONSEIL DE BIENTRAITANCE    | Date d'application : |
|   |                             | Page 3 sur 5         |

b) Mandat des membres

Durée du mandat

Les membres du Conseil de Bienveillance s'engagent pour une durée de 3 ans renouvelable 1 fois.

La participation à cette instance implique un engagement et une participation assidue aux réunions et à l'ensemble des actions menées. Toute absence doit être justifiée auprès de la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale. Les absences répétées non justifiées peuvent amener à questionner la validité du mandat.

Tout membre a la possibilité de mettre fin à son mandat avant l'échéance prévue. Il doit, dans ce cas, avertir la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale en respectant un délai de prévenance de deux mois, sauf cas de force majeure.

Désignation des membres

Pour les membres « directeurs », la désignation s'effectue au sein du Groupe Métier parmi les directeurs/directeurs adjoints composant cette instance.

Pour les « autres cadres », les candidatures sont présentées par les directeurs/directeurs adjoints composant le Groupe Métier puis validées au sein de cette même instance.

Afin de garantir le maillage territorial, il est souhaitable, dans la mesure du possible, d'éviter la désignation de deux membres d'un même établissement/service ou pôle d'établissements/services.

Cumul des mandats

Pour permettre un plein investissement des membres dans leur fonction, le mandat du Conseil de Bienveillance n'est pas cumulable avec celui d'autres instances de l'Association, tel que le Comité des Directeurs.

c) Fréquence et lieu de réunion

Le Conseil de Bienveillance se réunit 5 fois par an. Les rencontres se tiennent au Siège de l'Association. Toutefois, une fois par an, une réunion peut se tenir au sein d'un établissement ou service.


L'animation de missions thématiques et/ou des missions de soutien aux établissements/services peuvent générer des rencontres supplémentaires ; selon les besoins identifiés.

d) Animation

L'ordre du jour est arrêté par la Direction Générale Adjointe déléguée à l'Action Médico-Sociale sur proposition des membres du Conseil de Bienveillance.

Les comptes rendus sont rédigés par le Responsable Projets-Qualité et diffusés à l'ensemble des membres du Conseil de Bienveillance par mail. Une copie est adressée à la Direction Générale.



|   |                             |                      |
|---|-----------------------------|----------------------|
|  | Règlement de Fonctionnement | Version 2            |
|   | CONSEIL DE BIENTRAITANCE    | Date d'application : |
|   |                             | Page 5 sur 5         |

**Mission d'organisation de l'animation de la bientraitance au sein des établissements/services :**

- relai avec les référents des différentes missions associatives (culture de la bientraitance, mission Santé Sexuelle, Mission Fin de Vie & Deuil,...)
- en lien avec les référents des missions associatives : aide à la mise à jour de la documentation produite par les différentes missions (fiches conseils,...).
- soutien aux partages d'expériences (documentations, formations, journées thématiques, congrès...).

**Mission de rendu-compte des travaux du Conseil de Bientraitance auprès des administrateurs de la Commission de l'Action Médico-Sociale (CAMS)**

- par un des directeurs membres du Conseil de Bientraitance et par le Responsable du Service Projets-Qualité qui anime cette instance,
- une fois par an avant l'Assemblée Générale annuelle ANAIS sur invitation de la CAMS.

**4. COMMUNICATION**

Le Conseil de Bientraitance établit chaque année un rapport annuel présenté lors de l'Assemblée Générale et annexé au rapport d'activité de l'Association.

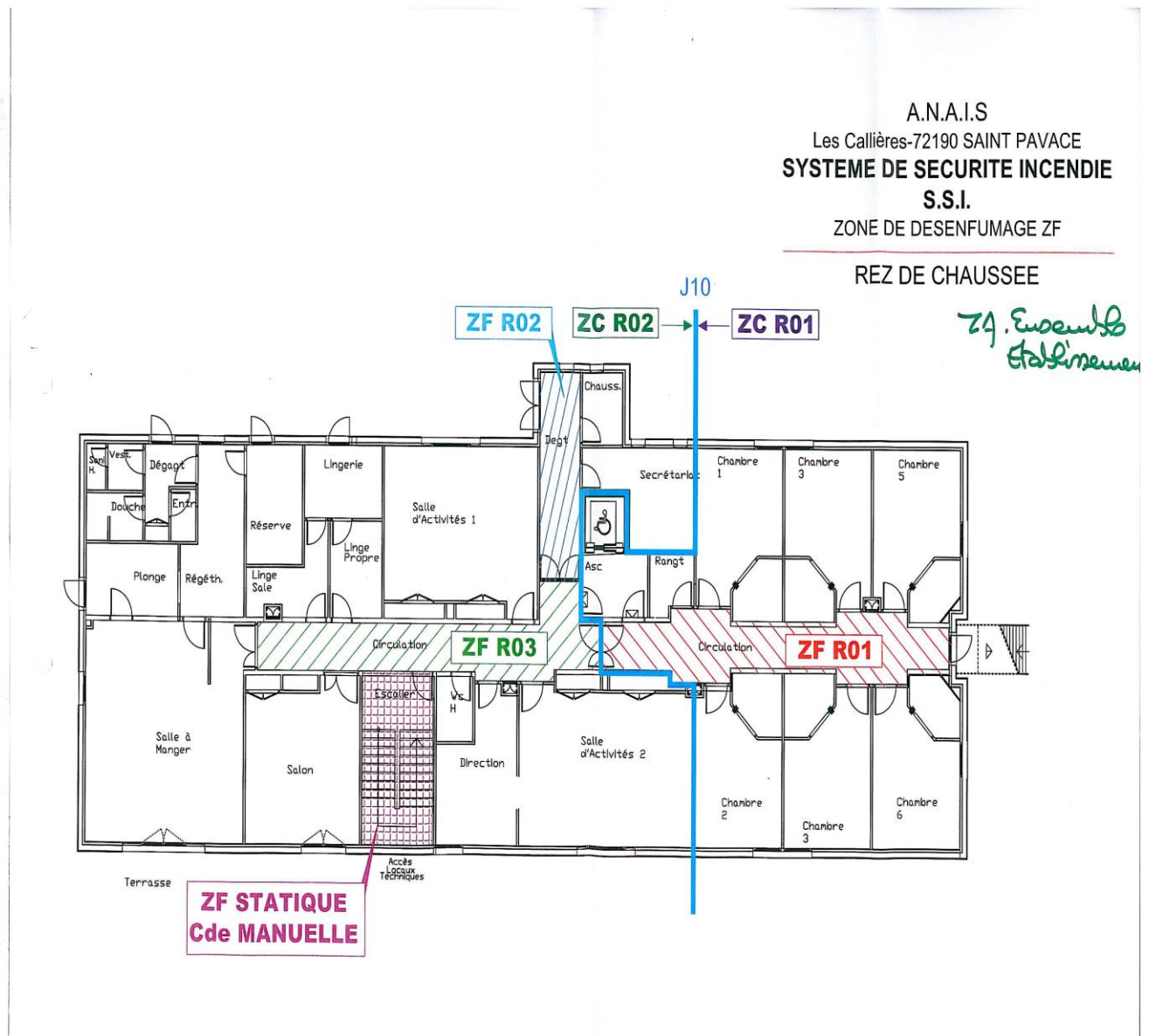
Les directeurs, membres du Conseil de Bientraitance, s'attachent à faire un état de l'avancement des travaux de cette instance dans les Groupes Métiers auxquels ils sont rattachés et sont rapporteurs des réflexions produites par les Groupes et des sujets à inscrire à l'ordre du jour du Conseil de Bientraitance.

Les points d'actualité du Conseil de Bientraitance figurent dans le bulletin trimestriel de l'Association (@NAIS info).

Régulièrement, des thématiques relatives à la « bientraitance » sont abordées lors des journées institutionnelles de rentrée.

Le règlement de fonctionnement du Conseil de Bientraitance est inclus dans les documents à remettre à tout nouveau cadre intégrant l'Association.

## Annexe 6 : Plan des locaux

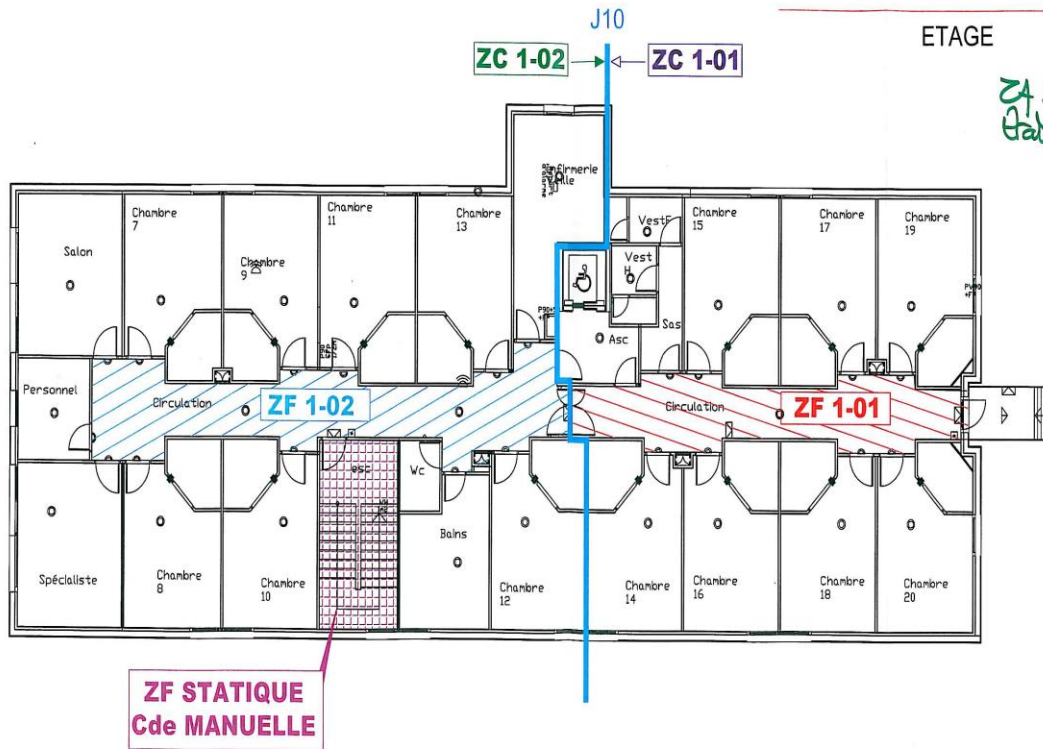




A.N.A.I.S  
Les Callières-72190 SAINT PAVACE  
**SYSTEME DE SECURITE INCENDIE**  
**S.S.I.**  
ZONE DE DESENFUMAGE ZF

ETAGE

*ZF Ensemble  
Habitable*



# Annexe 7 : Orientation A1 schéma départemental

| 6

DEVELOPPER LE PARTENARIAT INSTITUTIONNEL ET L'OBSERVATION PARTAGEE

## ORIENTATION A1 - DECLOISONNER ET COORDONNER POUR FLUIDIFIER LES PARCOURS

### DOMAINES

Enfance-Famille / Personnes Handicapées / Personnes Agées

### THEMATIQUE

Ruptures de parcours et accompagnement des personnes

### CONTEXTE

Malgré les efforts engagés depuis plusieurs années, on observe une multiplicité des prises en charge, des intervenants et de réponses cloisonnées avec des cloisonnements entre acteurs du médico-social, entre acteurs de la prévention et de la protection, ou encore de l'insertion, entre les trois secteurs sanitaire, social, médico-social, ou encore entre institutions, et au sein d'une même institution. Cela nécessite le développement de l'interconnaissance des personnes, des outils et des actions existantes, des temps de concertation et de rencontre, de la formalisation des liens et des partenariats, de l'interdisciplinarité et des actions communes. De même, coordonner les actions suppose une coordination territoriale et une coordination interinstitutionnelle.

La multiplicité des réponses cloisonnées est souvent liée à un cloisonnement administratif, tel que l'âge, le niveau de dépendance évalué, le changement de type de prise en charge (ex. : protection de l'enfance et handicap), le cadre légal des statuts, les financements/financeurs, les dispositifs et la complexité des démarches.

Tous ces cloisonnements, comme des changements de vie parfois trop peu anticipés et préparés, peuvent entraîner des ruptures dans le parcours de vie des personnes.

Or, le cœur de nos actions est le parcours personnalisé et adapté aux besoins des publics.

Aujourd'hui, il s'agit de préparer la fluidification des parcours, comprenant réactivité et synchronisation, et décroisonner localement par des accompagnements individualisés et en proximité des usagers. Il s'agit de développer à la fois une logique de décroisonnement et une logique de parcours, qui est en soi une logique de coordination. Pour tous les acteurs concernés, il est dorénavant nécessaire de travailler sur une logique de parcours avec des interventions spécifiques en tenant compte des compétences.

Il nous faut avoir une démarche dynamique, faire preuve d'initiatives locales, tout en étant innovants et en proposant des expérimentations partagées qui permettent de construire des dispositifs adaptables et de développer des passerelles entre les différents types de prise en charge.

Dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, où les ressources des collectivités s'amointrissent, accompagner la personne et assurer un parcours de vie de qualité en misant sur la continuité des parcours restent des priorités fortes du Département. Pour éviter les ruptures et respecter le parcours de la personne, il nous faut repenser les organisations et déterminer les modalités de mobilisation de tous les acteurs.

Cette action phare constitue un des piliers dans la démarche de co-construction partenariale en vue d'une réponse adaptée à l'usager. Elle transcende l'ensemble des orientations du Schéma départemental unique.

### ACTION A1.1 : Mieux connaître les modes d'accompagnement des personnes

### ACTION A1.2 : Conforter la démarche de coordination du parcours de vie

### ACTION A1.3 : Diversifier les modes d'accompagnement



Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019

Document provisoire du 05 octobre 2015



# Annexe 8 : Action A1.3 schéma du conseil départemental

| 10

## ORIENTATION A1 - DECLOISONNER ET COORDONNER POUR FLUIDIFIER LES PARCOURS

### ACTION A1.3 : DIVERSIFIER LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT

#### PILOTAGE

- ☞ Département
- ☞ ARS
- ☞ DDCS
- ☞ DTPJJ
- ☞ MDPH

#### PARTENARIAT

- ☞ EPSM de la Sarthe
- ☞ Réseaux et partenaires institutionnels et associatifs
- ☞ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- ☞ Etablissements sanitaires
- ☞ Missions Locales
- ☞ Foyers de Jeunes Travailleurs
- ☞ Centre d'Accueil Familial Spécialisé
- ☞ Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de Paris—Antenne Ecommoy

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

Evolution vers des réponses plus souples, novatrices et efficaces pour les personnes.  
Favoriser les passerelles entre les modes d'accompagnement et de prise en charge des enfants et des adultes.  
Fluidifier les parcours de vie.

#### MISE EN ŒUVRE

Pérennisation des dispositifs passerelles existants

**TERRITOIRE :** Département

Projets innovants dans le cadre de financements partagés, hors logiques de financement traditionnelles

**TERRITOIRE :** Département

#### MODALITES DE REALISATION

- Redéploiement de moyens

**CALENDRIER :** 2016 - 2017

- Mobilisation des instances partenariales pour une démarche coopérative de développement des passerelles
- Expérimentations par appel à projet ou autres
- Evaluation

**CALENDRIER :** 2016 - 2019

#### RESULTATS ATTENDUS

##### Gains potentiels pour les usagers

- ☞ Meilleur accompagnement
- ☞ Diminution des ruptures de parcours
- ☞ Assouplissement et adaptation des réponses possibles
- ☞ Amélioration de la qualité du service rendu
- ☞ Maîtrise des coûts

##### Gains potentiels pour les partenaires et les financeurs

- ☞ Amélioration des réponses apportées
- ☞ Maîtrise des coûts

#### INDICATEURS DE SUIVI

- ☞ Nombre de dispositifs passerelles pérennisés
- ☞ Nombre d'usagers concernés par ces dispositifs passerelles
- ☞ Nombre d'expérimentations de projets innovants

#### Liens avec d'autres schémas directeurs :

- Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
- Pacte Territorial d'Insertion, dont le Programme Départemental d'Insertion
- Projet Régional de Santé

Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019



Document provisoire du 06 octobre 2015



# Annexe 9 : Orientation B4 schéma départemental

| 36



DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ET PROMOUVOIR L'AUTONOMIE

## **ORIENTATION B4 - RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET LA SENSIBILISATION AU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE**

### **DOMAINES**

*Enfance-Famille / Personnes Handicapées / Personnes Agées*

### **THEMATIQUES**

*Ruptures de parcours et accompagnement des personnes  
Prévention en matière de santé publique*

### **CONTEXTE**

Face à une prise en charge insuffisante du handicap d'origine psychique, il convient d'améliorer la coordination des partenaires et d'apporter des réponses en matière de sensibilisation.

Une dynamique est apparue à partir des actions du Centre ressource handicap psychique (CREHPSY) des Pays de la Loire, des travaux sur l'avenant au schéma départemental des personnes handicapées, des Projets Médico-sociaux de Territoires (PMST) et de l'action « Un regard et des mots pour vivre ensemble ». Elle devrait permettre de structurer un partenariat actif entre responsables d'établissements et services. Par une mutualisation de compétences, la mise en place d'un groupe de réflexion, capable de porter des actions communes, pourrait être une ressource départementale en matière de handicap d'origine psychique.

Un travail d'information est nécessaire vers le monde de l'entreprise, lieu potentiel de rupture de parcours. De même, une réflexion sera engagée pour améliorer le parcours de vie en accueil familial des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Il est important de sensibiliser les professionnels de proximité aux manifestations psychopathologiques. On constate un déficit en matière de formation initiale et continue sur cette problématique. Mutualiser les actions de formation pourrait être une réponse aux besoins exprimés.

La nécessité d'actions d'information, portant spécifiquement sur un type de handicap encore peu connu et peu pris en compte, est identifiée. Il est proposé de renforcer l'action d'information grand public portant sur le handicap d'origine psychique.

### **ACTION B4.1 : Améliorer la coordination des acteurs dans l'accompagnement du handicap d'origine psychique**

### **ACTION B4.2 : Sensibiliser les professionnels à l'accompagnement du handicap d'origine psychique**

### **ACTION B4.3 : Sensibiliser le grand public au handicap d'origine psychique**



Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019

Document provisoire du 06 octobre 2015



# Annexe 10 : Action B4.1 schéma départemental

| 37

## ORIENTATION B4 – RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET LA SENSIBILISATION AU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

### ACTION B4.1 : AMELIORER LA COORDINATION DES ACTEURS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

#### PILOTAGE

- ☞ Département
- ☞ ARS
- ☞ MDPH

#### PARTENARIAT

- ☞ DIRECCTE
- ☞ DDCCS
- ☞ EPSM de la Sarthe
- ☞ Etablissements de Santé
- ☞ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (dont services d'aide et d'accompagnement à domicile)
- ☞ Associations du secteur du handicap
- ☞ AGEFIPH
- ☞ Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)
- ☞ Sarthe Compétence Emploi
- ☞ Cap Emploi
- ☞ Accueillants familiaux
- ☞ Assistants familiaux

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

Proposer aux personnes accompagnées un parcours de vie cohérent, sans ruptures, notamment dans les interactions entre l'accompagnement social et médico-social et le soin.

Apporter des ressources, des solutions et des compétences à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

#### MISE EN ŒUVRE

Mise en place à titre expérimental d'un groupe de réflexion et d'élaboration d'expertise sur le handicap d'origine psychique et les troubles psychiatriques

**TERRITOIRE :** Département

Organisation d'une coordination autour des situations des personnes porteuses de handicap d'origine psychique

**TERRITOIRE :** Département

Traçabilité du parcours de vie de la personne porteuse de handicap d'origine psychique en accueil familial pour éviter les ruptures

**TERRITOIRE :** Département

#### MODALITES DE REALISATION

- Comité de pilotage pour définir le périmètre, les objectifs et les modalités de l'expérimentation
- Expérimentation

**CALENDRIER :** 2016 – 2019

- Groupe de travail pour réfléchir sur les modalités d'une expérimentation, en s'appuyant sur l'expérience des CLIC pour les personnes âgées
- Appui aux services d'aide et à l'accompagnement à domicile et à l'accueil familial
- Information vers le monde de l'entreprise

**CALENDRIER :** 2016 – 2019

- Utilisation du document-type d'accompagnement individualisé (Projet personnalisé en accueil familial : PPAF) et du dossier de liaison d'urgence
- Diffusion des documents et formation des accueillants familiaux
- Information aux partenaires

**CALENDRIER :** 2016 – 2019

#### RESULTATS ATTENDUS

##### Gains potentiels pour les usagers

- ☞ Diminution du nombre de situations de rupture de parcours
- ☞ Amélioration de l'accompagnement

##### Gains potentiels pour les partenaires et les financeurs

- ☞ Développement de la coordination
- ☞ Complémentarité, harmonisation des pratiques et meilleure connaissance mutuelle
- ☞ Meilleur accompagnement des personnes handicapées

#### INDICATEURS DE SUIVI

- ☞ Nombre de rencontres du groupe de réflexion et d'élaboration d'expertise sur le handicap d'origine psychique
- ☞ Nombre de structures et de professionnels participant à la coordination
- ☞ Nombre de Projets personnalisés en accueil familial (PPAF)

##### Liens avec d'autres schémas directeurs :

- Plan psychiatrie et santé mentale
- Pacte Territorial d'Insertion
- Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

- Projet Régional de Santé

Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019



Document provisoire du 06 octobre 2015



# Annexe11: Orientation B4.2 schéma départemental

| 38

## ORIENTATION B4 – RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET LA SENSIBILISATION AU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

### ACTION B4.2 : SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS A L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

#### PILOTAGE

- ☞ Département
- ☞ ARS
- ☞ MDPH

#### PARTENARIAT

- ☞ DDCS
- ☞ Région
- ☞ EPSM de la Sarthe
- ☞ Centre ressource handicap psychique
- ☞ Ordre des médecins
- ☞ Union régionale des professionnels de santé
- ☞ Société de médecine de la Sarthe
- ☞ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (dont services d'aide et d'accompagnement à domicile)
- ☞ Fédérations des établissements d'hébergement pour personnes âgées
- ☞ Associations du secteur du handicap

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

Donner des repères aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur les troubles psychiques et sur les diverses modalités et lieux d'accompagnement et de prise en charge.  
Harmoniser les pratiques professionnelles, donner un corpus commun de connaissances.

#### MISE EN ŒUVRE

##### Formations mutualisées des partenaires

**TERRITOIRE :** Département

##### Sensibilisation des organismes assurant les formations initiales des professionnels

**TERRITOIRE :** Département

##### Sensibilisation des médecins généralistes au handicap d'origine psychique

**TERRITOIRE :** Département

#### MODALITES DE REALISATION

- Rattachées à l'action A3.1 « Développer les formations communes et pluridisciplinaires »

**CALENDRIER :** 2016 – 2019

- Rencontre avec la Région pour impliquer les organismes assurant les formations initiales des professionnels

**CALENDRIER :** 2016 – 2019

- Partenariat avec la formation continue afin de sensibiliser les médecins généralistes au handicap d'origine psychique

**CALENDRIER :** 2016 - 2019

#### RESULTATS ATTENDUS

##### Gains potentiels pour les usagers

☞ Amélioration de l'accompagnement des personnes porteuses de handicap d'origine psychique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

##### Gains potentiels pour les partenaires et les financeurs

- ☞ Amélioration de la coopération inter établissement et service, sur les champs social, médico-social et sanitaire
- ☞ Meilleure connaissance du handicap d'origine psychique

#### INDICATEURS DE SUIVI

- ☞ Nombre annuel de professionnels sensibilisés
- ☞ Nombre d'organismes formateurs rencontrés

Liens avec d'autres schémas directeurs :  
- Projet Régional de Santé



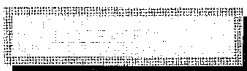
Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019

Document provisoire du 06 octobre 2015



# Annexe 12: Orientation B6 schéma départemental

| 44



DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ET PROMOUVOIR L'AUTONOMIE

## ORIENTATION B6 - FAVORISER LA SOUPLESSE ET L'ADAPTABILITE DE L'OFFRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

### DOMAINES

Enfance-Famille / Personnes Handicapées / Personnes Agées

### THEMATIQUE

Offre de service sur les territoires

### CONTEXTE

La diversité des situations nécessite la recherche de solutions adaptées et pérennes.

Ainsi, l'accueil d'urgence des mineurs en danger se concentre actuellement sur le Foyer de l'Enfance et la Pouponnière. Il serait souhaitable que d'autres structures ou modes d'accueil (accueil familial) soient associées à cette mission, notamment pour favoriser l'accueil en proximité.

Par ailleurs, une diversification des modes d'accueil pour les mineurs, personnes handicapées et personnes âgées, permettrait d'améliorer la prévention des situations de crise et les réponses aux situations urgentes et spécifiques, mais aussi d'offrir de nouvelles solutions d'accueil.

Dans une perspective d'accès à l'autonomie sociale et professionnelle, la mobilisation en amont dans le parcours des mineurs, dont les Mineurs Etrangers Isolés et, si besoin, au-delà de leur majorité, conduirait à une meilleure prise en charge. Il est essentiel de s'engager dans une démarche privilégiant l'anticipation dans le parcours des jeunes, particulièrement autour de la période des 16 ans.

Il convient également de proposer des projets adaptés pour répondre aux besoins d'hébergement et d'accompagnement du public Personnes Handicapées Vieillissantes de plus en plus nombreux. Il apparaît nécessaire de développer l'information sur les capacités d'hébergement existantes pour celui-ci.

Enfin, on estime à plus de 30% la proportion de résidents de foyers de vie présentant des troubles psychiques. 20% des résidents ont des troubles en rapport avec une maladie psychiatrique grave, donc relèvent d'un handicap d'origine psychique. En foyer d'accueil médicalisé, plus d'un quart des résidents sont atteints de psychoses confinant au handicap d'origine psychique. Dans les deux types d'établissements, plus de la moitié des résidents ont un suivi psychiatrique régulier. C'est dire le besoin de liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Ce même besoin existe pour les personnes suivies par les services médico-sociaux et qui bénéficient le plus souvent d'une prise en charge séquentielle plus ou moins régulière en psychiatrie. Ainsi, on constate au 31 décembre 2014 une liste d'attente de 77 personnes en service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) et 61 en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), suite à une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). L'évaluation, l'accompagnement et le suivi des personnes et de leurs familles, l'information de ces dernières sont un enjeu majeur.



Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019

Document provisoire du 05 octobre 2015





DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ET PROMOUVOIR L'AUTONOMIE

**ORIENTATION B6 - FAVORISER LA SOUPLESSE ET L'ADAPTABILITE DE L'OFFRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT**

**CONTEXTE (suite)**

**ACTION B6.1 : Optimiser l'offre d'accueil et d'accompagnement**

**ACTION B6.2 : Consolider la démarche de préparation à la sortie de la Protection de l'Enfance**

**ACTION B6.3 : Poursuivre la diversification des réponses pour l'accompagnement et l'hébergement des personnes handicapées vieillissantes**

**ACTION B6.4 : Accompagner les personnes porteuses d'un handicap d'origine psychique**



*Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019*

Document prévisoire du 06 octobre 2015





# Annexe 13 : Orientation B6.4 schéma départemental

| 51

## ORIENTATION B6 – FAVORISER LA SOUPLESSE ET L'ADAPTABILITE DE L'OFFRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

### ACTION B6.4 : ACCOMPAGNER LES PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

#### PILOTAGE

- ☞ Département
- ☞ ARS

#### PARTENARIAT

- ☞ EPSM de la Sarthe
- ☞ MDPH
- ☞ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- ☞ Secteur associatif
- ☞ Familles
- ☞ Accueillants familiaux

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

Agir sur l'offre pour apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes porteuses d'un handicap d'origine psychique, quel que soit l'âge.

#### MISE EN ŒUVRE

Information des personnes porteuses d'un handicap d'origine psychique et leurs aidants sur les dispositifs existants

**TERRITOIRE :** Département

Poursuite de la dynamique partenariale entre les établissements et services pour mieux accompagner les personnes porteuses d'un handicap d'origine psychique

**TERRITOIRE :** Département

#### MODALITES DE REALISATION

- Groupe de travail pour coordonner l'information sur les structures d'accompagnement des personnes handicapées (guide, événementiel...)
- Soutien aux Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)
- Participation à l'étude portée par l'Agence Régionale de Santé sur "santé mentale et handicap d'origine psychique"

**CALENDRIER :** 2016-2019

- Soutien de la formation du personnel des structures et des services à domicile à l'accompagnement du handicap d'origine psychique (en lien avec l'action A3.1)
- Développement de l'aide aux proches aidants (en lien avec l'action B3.2)

**CALENDRIER :** 2016-2019

#### INDICATEURS DE SUIVI

- ☞ Nombre d'actions d'information
- ☞ Nombre d'actions d'aide aux proches aidants et d'aidants concernés
- ☞ Nombre de formations et de professionnels formés

#### Gains potentiels pour les usagers

- ☞ Meilleure information
- ☞ Meilleure orientation

#### Gains potentiels pour les partenaires et les financeurs

- ☞ Meilleure coordination

**Liens avec d'autres schémas directeurs :**  
- Plan psychiatrie et santé mentale  
- Projet Régional de Santé

Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019



Document provisoire au 06 octobre 2015



## Annexe 14 : Diagnostic territorial : plan d'actions prioritaires

### ACTIONS PRIORITAIRES

| Axe Stratégique | N° ACTION | ACTIONS  | PILOTES PRESENTIS   |
|-----------------|-----------|--|---|
| 1               | 1         | Identifier et construire des outils de coordination institutionnels et de pratiques professionnelles   | EPSM<br>Etablissements ou services sociaux ou MS<br>Département |
|                 | 2         | Renforcer la communication sur les dispositifs existants   | ARS<br>Département  |
|                 | 3         | Organiser une réponse pour les situations de crise   | CHM<br>EPSM   |
| 2               | 4         | Faciliter le parcours des personnes âgées ayant un trouble psychique ou handicap psychique vers un lieu de vie adaptée en aval des structures sanitaires | Département<br>ARS  |
|                 | 5         | Evaluer l'efficacité des dispositifs d'accompagnement et de soins à domicile ou en institution pour les personnes ayant un handicap psychique            | ARS<br>Département<br>CREAI                                     |



### ACTIONS PRIORITAIRES

| Axe Stratégique | N° ACTION | ACTIONS   | PILOTES PRESENTIS                 |
|-----------------|-----------|---|-----------------------------------|
| 2               | 6         | Organiser l'offre de soins ambulatoire : à renommer par l'EPSM (attendu pour 09/2016)   | EPSM                              |
|                 | 7         | Fiche action sur l'accès et le maintien dans l'emploi : à nommer par Mr THOMAS – directeur de l'EPSM  | A définir<br>Contributeurs : DDCS |
| 3               | 8         | Inciter à la mise en place de formation croisée théorique et pratique des personnels du Médico-social, du Social, les familles et les aidants | Département<br>CREHPSY            |



## Annexe 15 : compte rendu « une réponse accompagnée pour tous »

| Compte-rendu   |                               |
|--|-------------------------------|
| RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS<br>Atelier « Convention Partenariale » | Réunion du<br>11 juillet 2016 |

Participants pour ANAIS Nelly HOUEIX

Autres participants : ADAPEI, ADGESTI, APAJH, ANAIS, Association PRH, Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe, EPSM de la Sarthe, CPAM, CD 72, ARS DT 72  
Éducation Nationale absente

Animation : Sandrine ARNOU (directrice MDPH 72) et Erwan KERYER (cabinet ENEIS)

Le département de la Sarthe est site pionnier pour amorcer le travail de Denis Piveteau dont l'objectif est de prévenir tout risque de rupture de prise en charge. Marie-Sophie DESSAULE pilote cette mission au niveau national.

La COMEX a désigné le Comité de Pilotage qui s'est réuni en mars 2016.

Plan d'Accompagnement Global : PAG

Article 89 de la loi Santé : le PAG est élaboré « dans les situations où les réponses ne sont pas disponibles ou adaptées à la situations de la personne handicapée compte tenu de ses besoins »  
Toute personne mécontente peut donc demander un PAG.

La MDPH gère 45 000 dossiers/personnes. Si 10% des personnes demandent un PAG soit 4 500 personnes, comment gérer ? Impossible pour chacun des acteurs de multiplier les rencontres.

1 poste de référent au sein de la MDPH va être financé

1 coordonnateur du PAG devra être désigné dans les ESMS

Groupe Opérationnel de Synthèse : GOS

Le directeur de la MDPH peut convoquer un GOS qui se compose des professionnels susceptibles d'accueillir et d'accompagner la personne. Le Comité de Pilotage a choisi de former un GOS avec les financeurs, ce qui n'est pas une obligation.

L'utilisateur est invité au GOS.

Le GOS doit être rapide, souple et fluide (différent des Commissions de Situations Critiques : actuellement 3-4 situations par mois).

Possibilité jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018 de choisir 2-3 publics

Réponse accompagnée pour tous : 4 axes

1-GOS/PAG,

2-Régulation-relation entre les acteurs,

3-Place de l'utilisateur dans les dispositifs,

4-Pratiques professionnelles.

**Convention partenariale** : s'inscrit dans le 2<sup>ème</sup> axe de la Réponse Accompagnée pour Tous

Le 1<sup>er</sup> enjeu est l'offre, ce qui se traduit par :

- l'amélioration de la planification des réponses,
- la coordination et le partage d'informations,
- la mobilisation des Ressources Humaines.

Signataires de la convention : MDPH, ARS, Conseil département, Éducation Nationale,... ESMS ?

Exemples de dérogations inscrites dans le projet de loi et qui seront dans la convention partenariale :

- Agrément :
  - ✓ en matière d'âge,
  - ✓ de type de handicap,
  - ✓ de sureffectif avec ou sans renforcement d'effectif professionnel,
  - ✓ accueil inter-établissements,
  - ✓ utilisation des places vacantes pendant les vacances ou le WE,
  - ✓ accueil séquentiel.
- Réglementation financière :
  - ✓ frais dérogatoires aux frais de transport,
  - ✓ prises en charges hors actes de la nomenclature assurance maladie,
  - ✓ renforcement de l'équipe professionnelle,
  - ✓ renforcement des moyens financiers

Éléments qui pourraient être mis dans la convention

- L'admission : une décision du GOS telle que admission peut-elle s'imposer au directeur.
- Système d'information : le référent de la MDPH va chercher de l'information (données sociales, médicales...) et la communiquer aux acteurs du GOS, quelle sécurisation des données ?, quel accord l'utilisateur doit-il donner (la transmission des informations : par principe, l'utilisateur est porteur des informations qu'il transmet.  
Difficulté soulevée pour l'EPSM pour le handicap psychique : les effets peuvent être potentiellement néfastes.
- Transgression d'agrément : quelles seront les limites aux transgressions présentées ci-dessus ?
- Les modalités d'implication du bénéficiaire

Convention à retravailler après la sortie des décrets d'application (entre octobre 2016 et janvier 2017)

## Annexe 16: statut COPSHY 72

| Statuts de l'association CoHPSy 72                            |   |
|---|---|
| <p><b>Article 1<sup>er</sup> : Objet de l'association</b></p> | <p>L'objet de l'association est de travailler à la <b>fluidité des parcours</b> de vie des personnes en situation de handicap d'origine psychique, et d'apporter un <b>appui aux professionnels et aux aidants</b> intervenant auprès de ces dernières.</p> <p>L'association a vocation à <b>coordonner</b> les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'à <b>développer</b> des réponses nouvelles.</p> <p>Cet objet se déclinera sous les <b>4 objectifs opérationnels</b> suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Se connaître entre acteurs</b> des champs sanitaire, médico-social et social concernés par l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.</li> <li>2) Structurer des <b>évaluations</b> pour, notamment, faciliter la reconnaissance des situations de handicap psychique par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).</li> <li>3) Favoriser les <b>parcours personnalisés</b> des personnes en situation de handicap psychique.</li> <li>4) Assurer une fonction de <b>régulation</b> des parcours.</li> </ol> <p>Ces objectifs opérationnels sont déclinés dans une démarche d'évaluation continue, sur la base d'indicateurs validés et suivis par le conseil d'administration.</p> <p>Une évaluation annuelle des résultats permet de renouveler les objectifs opérationnels</p> |

1

1

|   |  |
|---|--|
| <b>Article 2 : Composition</b>                            | <p>L'association est composée de <b>membres adhérents</b> répartis en <b>six collèges</b>.</p> <p>1) Qualité de membre adhérent :</p> <p>Tout <b>personne morale, de droit privé ou de droit public</b>, intervenant dans les champs sanitaire, médico-social et social, et concernée par la coordination des parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique en Sarthe, peut prétendre à intégrer un des 6 collèges présentés ci-dessous.</p> <p>2) Présentation des collèges :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le collège des <b>acteurs sanitaires</b></li> <li>- Le collège des <b>acteurs médico-sociaux</b></li> <li>- Le collège des <b>acteurs sociaux</b></li> <li>- Le collège des usagers</li> <li>- Le collège des familles et amis d'usagers</li> <li>- Le collège des <b>institutions publiques</b></li> </ul> <p>Chaque membre adhérent ne peut appartenir à plus d'un collège.</p> |
| <b>Article 3 : Dénomination et siège de l'association</b> | <p>L'association est dénommée "<b>Coordination Handicap Psychique de la Sarthe</b>" : <b>COHPSY 72</b>.</p> <p>Le siège de l'association est fixé au lieu de domiciliation professionnelle du Président de l'association. Il pourra être transféré en tout autre lieu du département de la Sarthe sur simple décision du conseil d'administration.</p>   |
| <b>Article 4 : Délimitation géographique</b>              | <p>Le champ d'intervention territorial de l'Association <b>Coordination Handicap Psychique de la Sarthe – COHPSY 72</b> est le département de la Sarthe.</p>   |
| <b>Article 5 : Durée</b>                                  | <p>L'association est fondée pour une durée illimitée.</p>  |
| <b>Article 6 : Admission d'un nouveau membre</b>          | <p>Un <b>nouveau membre</b> peut être admis dans l'un des <b>collèges</b> référencés à l'article 1er. L'adhésion d'un nouveau membre et le collège dont il fait partie <b>sont agréés</b> par le conseil d'administration, de manière discrétionnaire.</p> <p>La qualité de membre implique de partager une conception commune du dispositif et de son fonctionnement, de contribuer à une mutualisation et à une mise en complémentarité des compétences.</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Article 7 : Retrait et exclusion</b></p>                                     | <p><b>1) Conditions de retrait :</b></p> <p>Tout membre peut, en cours d'exécution, se retirer de l'association à l'expiration d'un exercice budgétaire, sous réserve qu'il ait notifié son intention trois mois avant la fin de l'exercice budgétaire et sous réserve d'être à jour de sa participation financière pour l'exercice concerné.</p> <p>Le fait de se retirer n'exonère pas le membre de verser la participation à laquelle il s'est engagé pour l'exercice en cours. L'association et le membre sortant étudient les conséquences de ce retrait quant à la poursuite des missions de l'association.</p> <p><b>2) Conditions d'exclusion :</b></p> <p>L'exclusion est encourue pour tout agissement préjudiciable aux intérêts de l'association, et notamment le non respect par un membre de son engagement de contribuer au fonctionnement de l'association. Le Conseil d'administration notifie au membre qui encourt l'exclusion une convocation en vue que celui-ci puisse lui présenter ses observations écrites ou orales. L'exclusion peut être prononcée par l'Assemblée générale sur la proposition du Conseil d'administration. Le membre qui encourt l'exclusion est invité, sur convocation du Président de l'Assemblée générale, à présenter ses observations, par écrit ou oralement devant l'Assemblée générale.</p> <p><b>3) En cas de blocage de fonctionnement des organes dirigeants ou de l'association, imputable à un ou plusieurs membres, le président de l'association peut saisir la justice en vue de leur exclusion</b></p> |
| <p><b>Article 8 : Contributions des membres et ressources de l'association</b></p> | <p>Les ressources de l'association sont constituées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de mises à disposition</li> <li>- de subventions</li> <li>- d'apports en numéraire</li> <li>- de libéralités.</li> </ul> <p><b>1) Les contributions des membres peuvent prendre la forme de mise à disposition de biens immobiliers, de matériels ou d'équipements ou de mise à disposition de personnel.</b></p> <p><b>Les contributions des membres aux actions conduites par l'association dans le cadre de son objet social font l'objet d'une évaluation quantifiée.</b></p> <p>Cette quantification a pour objet de répartir entre eux les voix au sein des cinq collèges concernés de l'assemblée générale ainsi que les sièges au sein du conseil d'administration.</p> <p><b>Les contributions sous la forme de mises à disposition de personnel sont évaluées en équivalents temps plein sur la base de 1600 heures annuelles, et valorisées sur la base forfaitaire de 45 000 euros toutes charges comprises pour un temps plein annuel.</b></p>  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>Les contributions sous la forme de mises à disposition de biens et services sont comptées pour leur valeur monétaire.</p> <p><b>Le conseil d'administration actualise annuellement la valorisation des contributions volontaires des membres en vue de l'assemblée générale annuelle ordinaire de l'association</b></p> <p>2) L'encaissement de toute subvention et des apports en numéraire, est subordonné à la conclusion préalable d'une convention qui peut être annuelle ou pluriannuelle. La convention prévoit que le versement de la subvention ou apport en numéraire pour l'année considérée n'est pas remise en question si le membre se retire.</p> <p>3) Dans le cas où un membre contributeur reçoit une ou des dotations nécessaires à sa part de fonctionnement du COHPSY 72, il met ces dotations à disposition de cette dernière sous forme de personnels et/ou de budget de fonctionnement.</p>   |
| <p><b>Article 9 : Personnel</b></p> | <p><b>Personnel mis à disposition</b></p> <p>La mise à disposition de personnel par les membres se fait selon les règles pertinentes de droit public ou du droit du travail, selon l'appartenance du salarié mis à disposition.</p> <p>Les membres mettant à disposition des personnels, transfèrent l'autorité de détermination des tâches et d'organisation du travail à l'organe exécutif de l'association.</p> <p>Dans le cas de temps partiel réparti entre le COHPSY 72 et un des membres, l'organisation du temps de travail se fait en concertation entre les deux.</p> <p>Les personnels sont affectés au COHPSY 72 par voie de concertation entre l'employeur et l'organe exécutif de l'association, ce dernier ayant la possibilité de s'opposer à une affectation.</p> <p>Les membres s'engagent à reprendre les personnels qui, par un comportement manifeste, n'auraient pas la capacité à assurer les tâches nécessaires à l'exécution de la mission de l'association; cette reprise devant se faire en bonne intelligence et compréhension des contraintes de chacun.</p> <p>Les éventuelles décisions disciplinaires se prennent de façon conjointe entre l'employeur, qui mène l'action disciplinaire, et le Président de l'association, qui en apporte les éléments de faits et d'appréciation justifiant une sanction.</p> <p><b>Des conventions de mise à disposition</b> en fixent les modalités pratiques en accord avec les principes ci-dessus.</p> |



|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>Personnel intervenant extérieur</u></p> <p>L'<b>association COHPSY 72</b> peut être le cadre d'intervention d'autres professionnels. Ils ne sont pas placés sous l'autorité hiérarchique de l'<b>organe exécutif de l'association</b>. Leur intervention est subordonnée à la conclusion d'une convention fixant le cadre et les modalités de leur intervention.</p> <p><u>Personnel de l'association</u></p> <p>Lorsque les missions et les activités le justifient, l'association COHPSY 72 peut recruter des personnels pour effectuer des services qui nécessitent des qualifications techniques particulières.</p>      |
| <p><b>Article 10 : Mise à disposition d'équipements et matériels</b></p> | <p>Les biens meubles et immeubles, mis à disposition de l'association par un membre, restent la propriété de ce dernier.</p> <p>Les risques juridiques nés de l'utilisation par l'association de ces biens meubles et immeubles sont à la charge de l'association qui en a seule la garde. Les conditions de mise à disposition de ces biens meubles et immeubles font l'objet de conventions.</p> <p>Les biens meubles et immeubles achetés, développés, construits ou reçus en apports par l'association appartiennent à cette dernière. Ils sortent dévolus conformément aux règles de dissolution établies à l'article 17.</p> |
| <p><b>Article 11 : Règles de fonctionnement budgétaire</b></p>           | <p>L'exercice budgétaire de l'association se déroule entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre. <b>La comptabilité se fait selon le droit privé.</b></p> <p>Les comptes de l'association sont certifiés par un commissaire aux comptes dûment agréé, nommé par le conseil d'administration selon la réglementation en vigueur.</p> <p>L'ensemble des éléments comptables sont tenus à la disposition de <b>tout membre contributeur, au siège de l'association.</b></p>  |

| Article 12 :<br>Assemblée générale | Assemblée  |
|------------------------------------|--|
|                                    | <p>Elle est constituée de tous les membres adhérents de l'association. Ils y sont représentés par toute personne physique habilitée, déléguée par la personne morale qu'elle représente.</p> <p>L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois par an, sur convocation du président, quinze jours au moins à l'avance.</p> <p>Une assemblée générale extraordinaire se réunit de droit à la demande du président ou de membres représentant deux tiers des voix.</p> <p>L'assemblée générale ne délibère valablement, sur première convocation, que si les membres présents ou représentés <b>détiennent la moitié des voix.</b></p> <p>A défaut, une nouvelle assemblée générale est convoquée dans les quinze jours avec le même ordre du jour. Elle peut valablement délibérer, sans condition de quorum.</p> <p>L'assemblée générale se tient sur le territoire sarthois.</p> <p>L'assemblée générale comporte six collèges :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collège des acteurs sanitaires</li> <li>- Collège des acteurs médico-sociaux</li> <li>- Collège des acteurs sociaux</li> <li>- Collège des usagers</li> <li>- Collège des familles et amis des usagers</li> <li>- Collège des institutions publiques</li> </ul> |

Les voix sont réparties dans les différents collèges de la façon suivante :

| Collèges                                 | Nb de voix    |
|--|---------------|
| Collège des acteurs sanitaires           | 20            |
| Collège des acteurs médico-sociaux       | 20            |
| Collège des acteurs sociaux              | 20            |
| Collège des usagers                      | 10            |
| Collège des familles et amis des usagers | 10            |
| Collège des institutions publiques       | consultatives |

**Au sein de chaque collège les voix sont réparties comme suit :**

**Collège des acteurs sanitaires :** au prorata de la contribution de chaque membre.

**Collège des acteurs médico-sociaux :** chaque membre dispose d'une voix ; le reliquat des voix (dans la limite des 20 voix du collège) est réparti au prorata des contributions des membres.

**Collège des acteurs sociaux :** chaque membre dispose d'une voix ; le reliquat des voix (dans la limite des 20 voix du collège) est réparti au prorata des contributions des membres.

**Collège des usagers :** chaque membre dispose d'une voix ; le reliquat des voix (dans la limite des 10 voix du collège) est réparti au prorata des contributions des membres.

**Collège des familles des usagers :** chaque membre dispose d'une voix ; le reliquat des voix (dans la limite des 10 voix du collège) est réparti au prorata des contributions des membres.

Les membres du **collège des institutions publiques** ont chacun voix consultative.

Les délibérations sont prises à la **majorité absolue des voix présentes ou représentées**.  
Chaque personne présente à l'assemblée générale ne peut être porteuse de **plus de 2 pouvoirs**.

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Les décisions de l'assemblée générale sont consignées dans un <b>procès verbal</b> de réunion.</p> <p>Lors de chaque assemblée générale ordinaire annuelle, le collège des institutions publiques élit en son sein, parmi ceux de ses membres qui constituent le <b>comité de veille publique</b> institué à l'article 16, un <b>chef de file</b> chargé d'animer celui-ci jusqu'à l'assemblée générale annuelle ordinaire suivante.</p> <p><b>Sont de la compétence de l'assemblée générale :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) l'approbation du rapport moral et du rapport annuel d'activité présenté par le président</li> <li>2) l'approbation des comptes</li> <li>3) les orientations générales et le programme annuel des activités</li> <li>4) les modifications statutaires sur proposition du conseil d'administration</li> <li>5) l'exclusion d'un membre sur proposition du conseil d'administration</li> <li>6) la dissolution de l'association.</li> </ol> <p>L'assemblée générale définit le nombre de membres siégeant au conseil d'administration, dans la limite de 9, et ce, en assemblée générale annuelle.</p> <p>Elle élit les membres du conseil d'administration, pour une période de deux ans, conformément à l'article 13. Elle prononce, le cas échéant, la révocation du Président.</p> |
| <p><b>Article 13 :</b><br/><b>d'administration</b></p> | <p><b>Conseil</b></p> <p>L'assemblée générale élit parmi ses membres, à bulletin secret, pour une période de deux ans un conseil d'administration composé de représentants de chaque membre adhérent apportant une contribution effective à une ou plusieurs missions de l'association, quel que soit le collège dont il relève.</p> <p>Ces derniers y sont représentés par toute personne physique habilitée, déléguée par la personne morale qu'elle représente.</p> <p>Le nombre de sièges au conseil d'administration est fixé par l'A.G. dans la limite de <b>neuf (9), en AG annuelle.</b></p> <p>La répartition des sièges est effectuée au prorata des contributions.</p> <p>Chaque siège correspond à un administrateur.</p> <p>Chaque administrateur détient une voix dont il détermine l'utilisation.</p> <p>Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'association, sur convocation du président ou à la demande de trois administrateurs.</p>   |

Les membres du conseil désignent parmi eux un **secrétaire de séance**.

Le conseil d'administration délibère valablement si la **moitié de ses membres sont présents ou représentés**. Tout administrateur empêché de participer à une réunion du conseil peut donner mandat à un autre administrateur pour le représenter. Nul ne peut recevoir plus d'un mandat.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la **majorité simple des voix exprimées**. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont constatées par un procès-verbal signé par le président et le secrétaire de séance. Ce procès verbal est établi sur un registre coté.

Tout administrateur peut se faire remettre des copies ou des extraits de ces procès-verbaux certifiés conformes par le président du conseil d'administration.

Les fonctions d'administrateur sont exercées gratuitement. Toutefois, le conseil d'administration peut allouer aux administrateurs des indemnités pour des missions qu'il leur confie et dans la limite des crédits inscrits à cet effet.

Le président peut inviter, lorsque l'ordre du jour le justifie, toute personne de son choix.


**Sont de la compétence du Conseil d'Administration :**

- 1) les contrats d'emprunts, les actes d'achat et de vente de biens immobiliers, les baux, les dons, sur le fondement d'une résolution de l'AG ; ainsi que les conventions prévues aux articles 8, 9 et 10
- 2) l'adhésion d'un nouveau membre et son affectation à un collège
- 3) la proposition d'exclusion d'un membre présentée par le Conseil d'administration, conformément à l'article 7 des statuts
- 4) la quantification des contributions volontaires des membres prévue à l'article 8
- 5) le budget annuel et l'arrêté des comptes annuels
- 6) la création d'emploi
- 7) la mise en œuvre des orientations générales et du programme annuel d'activité votés par l'assemblée générale
- 8) le rapport moral et le rapport annuel d'activité.

|   |  |
|---|--|
| <b>Article 14 : Présidence</b>                | <p><b>Le Conseil d'Administration élit, en son sein, pour 2 ans, un président et un vice-président.</b> l'un et l'autre représentant deux collèges différents.</p> <p><b>Les mandats de président et de vice-président sont renouvelables une fois.</b></p> <p><b>Le principe de l'alternance entre les collèges s'applique à la présidence et à la vice-présidence.</b></p> <p>Un nouveau président ou vice-président est issu d'un collège autre que son prédécesseur.</p> <p><b>Le président de l'association est le président de l'assemblée générale et du conseil d'administration.</b> Il assure par son arbitrage le fonctionnement régulier des instances.</p> <p>Les fonctions de président sont exercées, à l'instar de celles d'administrateur, gratuitement.</p> <p>Le président assure la fonction de représentation de l'association.</p> <p>Il prépare les travaux des différentes instances (assemblée générale, conseil d'administration, comité de veille publique), Il est chargé de l'application et du suivi des décisions du conseil d'administration.</p> <p>Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile.</p> <p><b>Le vice-président remplace le président en cas d'empêchement.</b></p> <p><b>Le Président et le Vice-Président rendent compte au Conseil d'administration.</b></p> |
| <b>Article 15: Administrateurs délégués</b>   | <p>Le conseil d'administration peut désigner son sein un ou plusieurs administrateurs délégués ;</p> <p>La fonction de trésorier est assurée par un administrateur délégué en charge du budget de l'association. Ce dernier assure la fonction de trésorier.</p> <p><b>La fonction de trésorier est incompatible avec celle de président.</b></p>  |
| <b>Article 16 : Règlement intérieur</b>       | <p>Le conseil d'administration établit en tant que de besoin un règlement intérieur relatif au fonctionnement de l'association.</p>  |
| <b>Article 17 : Comité de veille publique</b> | <p>Le comité de veille publique réunit les membres du collège des institutions publiques finançant les activités relevant de l'objet social de l'association assurées par ses membres.</p> <p>Il veille à la cohérence des activités et objectifs de l'association COHPSY 72 avec les orientations retenues en matière de politique publique à l'échelle nationale et territoriale, et non pas en tant qu'autorité de contrôle.</p> <p><b>Le chef de file élu par le collège des institutions publiques lors de l'assemblée générale annuelle invite l'ensemble des financeurs à participer à au moins une rencontre annuelle.</b></p>   |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Article 18 : Dissolution</b> | <p>L'association peut être dissoute par l'assemblée générale à la majorité de 80% des voix et obligatoirement s'il ne restait qu'un seul membre.</p> <p>En cas de dissolution, les actifs mis à disposition par un membre lui reviennent de droit.</p> <p>Le conseil d'administration désigne en son sein un administrateur chargé de procéder à la liquidation.</p> <p>Le boni de liquidation est affecté à un ou plusieurs organismes publics analogues ou chargés d'une mission de service public désignés par l'Assemblée générale avant le prononcé de la dissolution.</p> |
|---------------------------------|---|

# Annexe 17 : Fiche d'évènement indésirable

|   |   |                                     |           |
|---|---|-------------------------------------|-----------|
|  | FORMULAIRE                              | F                                   | Version 2 |
|   | SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES | Date d'application :<br>15 mai 2014 |           |
|   |   | Page 1 sur 2                        |           |

## ETABLISSEMENT OU SERVICE ANAIS <sup>(1) et (2)</sup>

| Nom de la structure | Adresse de la structure                      | Date et heure du signalement                   |
|---------------------|--|--|
| Foyer de vie ANAIS  | 22 rue des Caillères 72190 ST PAVACE         | 23/06/2016                                     |
| Téléphone :         |  | Courriel :                                     |
| Personne déclarante |  | Personne(s) concernée(s) par l'évènement       |
| NOM, Prénom         |  | NOM, Prénom                                    |
| Fonction            | <input checked="" type="checkbox"/> Résident | <input type="checkbox"/> Personnel salarié     |
| Service             | <input type="checkbox"/> Visiteur            | <input type="checkbox"/> Personnel non salarié |

## DEROULEMENT DES FAITS <sup>(date, heure, lieu et circonstance de l'évènement)</sup> <sup>(1)</sup>

## FREQUENCE DE L'EVENEMENT <sup>(3)</sup>

- Isolé
  Occasionnel
  Fréquent

## CONSEQUENCES IMMEDIATES POUR LA SANTE ET LA SECURITE DE LA OU DES VICTIMES PRESUMÉES <sup>(2)</sup>

|  |  |  |                              |   |                                      |
|--|--|--|------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès           | <input checked="" type="checkbox"/> Pas d'impact | Gravité perceptible :                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non            | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Impact physique | <input type="checkbox"/> Impact psychologique    | Plainte exprimée par la victime présumée : | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

## MESURES PRISES IMMEDIATEMENT <sup>(2)</sup>

|   |                                     |                                     |  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Soins :  | <input type="checkbox"/> En interne | <input type="checkbox"/> En externe | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Intervention sur site des forces de l'ordre ou de secours :  |                                     |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autre action effectuée immédiatement (préciser) : |                                     |                                     |  |

## PERSONNES INFORMÉES <sup>(1)</sup> préciser le nom et le numéro de téléphone

|                 |            |                |  |
|-----------------|------------|----------------|--|
| Directeur       | Mme Houeix | Cadre de santé |  |
| Chef de service |            | Autres         |  |

<sup>(1)</sup> A renseigner

<sup>(2)</sup> Cocher la ou les cases correspondantes

<sup>(3)</sup> Fréquence de l'évènement :

Isolé : l'évènement s'est produit une fois | Occasionnel : l'évènement s'est déjà produit 2 à 5 fois au cours des 3 derniers mois | Fréquent : l'évènement s'est produit plus de 5 fois au cours des 3 derniers mois

<sup>(4)</sup> Niveau de signalement :

Niveau 4/ Situation régulée au sein de l'équipe, de l'unité, du service et pilotée au sein de l'établissement | Niveau 3/ Situations régulées par la hiérarchie au sein de l'établissement avec une information à la Direction Générale | Niveau 2/ Situations exigeant un signalement administratif après autorisation de la Direction Générale | Niveau 1/ Infractions définies par la loi exigeant un signalement judiciaire et administratif après autorisation de la Direction Générale.





FORMULAIRE

F

Version 2

SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Date d'application : 15 mai 2014

Page 2 sur 2

PERSONNES INFORMEES (1) préciser le nom et le numéro de téléphone

Table with 2 columns: Institution (Direction générale, Médecin traitant, Procureur, etc.) and Contact (Famille, Médecin coordonnateur, etc.)

EVENEMENTS RELATIFS A L'INTEGRITE DE LA PERSONNE (2)

Form with checkboxes for: Violences sexuelles, Harcèlement psychologique et moral, Suspensions d'actes de maltraitances, etc.

EVENEMENTS RELATIFS A LA SANTE DE LA PERSONNE (2)

Form with checkboxes for: Allergies, Chutes, Incidents ou erreurs liés aux soins, etc.

EVENEMENTS RELATIFS A LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES (2)

Form with checkboxes for: Vols et disparition d'objet personnel, Départ de feu, Défaillance logistiques ou techniques, etc.

EVENEMENTS RELATIFS AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT (2)

Form with checkboxes for: Réclamation de l'utilisateur, Vacances ou insuffisance de personnel, Hôtellerie, etc.

SITUATIONS CRITIQUES (2)

Form with checkboxes for: Prise en charge complexe qui génère des ruptures de parcours et Intégrité, sécurité de la personne et/ou de sa famille mises en cause

REPERCUSSIONS MEDIATIQUES (2)

Form with checkboxes for: L'évènement peut-il avoir un impact médiatique? Les médias sont-ils au courant de l'évènement?

Niveau de signalement (1) et (3) with checkboxes for Niveau 4, 3, 2, 1

PLAN D' ACTIONS MIS EN PLACE

PARTIE RESERVEE A LA DIRECTION



|  |              |                       |
|--|--------------|-----------------------|
| <b>HOUEIX</b>  | <b>Nelly</b> | <b>septembre 2016</b> |
| <p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement<br/>ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : ITS de TOURS</b></p>   |              |                       |
| <p align="center"><b>PROMOUVOIR LA COORDINATION : LEVIER POUR UNE LOGIQUE DE<br/>PARCOURS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION<br/>DE HANDICAP PSYCHIQUE</b></p>   |              |                       |
| <p><i>Résumé :</i></p> <p>Depuis 2013, je dirige un foyer de vie en Sarthe. Le public accompagné change, à la déficience intellectuelle s'ajoute de plus en plus fréquemment des troubles psychiques. Du fait de la diversité des symptômes, de leur variabilité, l'accompagnement, tel que pensé jusque-là, n'engendre pas le gain d'autonomie et d'épanouissement escompté. Le parcours de ces usagers est fait d'allers-retours entre le secteur sanitaire et l'établissement. Ces alternances sont autant de ruptures brutales, sources de souffrance pour les usagers et font émerger chez les professionnels un sentiment d'impuissance et de découragement. Ce constat m'oblige à adapter l'offre de service de l'établissement pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique et ainsi éviter un risque de maltraitance lié à un accompagnement inadéquat. La coordination avec le secteur sanitaire doit permettre un accompagnement continu et global, adaptable à tout moment aux besoins des usagers. Elle permet une stabilité psychique indispensable à une inscription dans une logique de parcours. Adapter les prestations aux besoins des usagers suppose de développer un partenariat, d'accroître les compétences des professionnels, d'ajuster les agréments et d'adapter le bâti.</p> <p>La prise en compte de la spécificité du handicap psychique dépasse le simple cadre du foyer de vie. Considérée, comme une priorité des politiques publiques, elle devra s'étendre à l'ensemble des établissements et services de la plateforme que je dirige.</p> |              |                       |
| <p><b>Mots clés :</b><br/>Handicap psychique - rupture - coordination - logique de parcours - réseau - partenariat - désinstitutionalisation - gestion des compétences</p>   |              |                       |
| <p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes 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>  |              |                       |