



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2004**

**Personnes Adultes Handicapées**

---

**SOUTENIR LA RÉINSERTION DES  
MALADES MENTAUX STABILISÉS  
D'UN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ :  
UNE STRATÉGIE NOUVELLE  
D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

---

**Cécile POUEYTO**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 - DU PROCESSUS DE SOIN À LA RÉINSERTION SOCIALE : LA NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 UN CROISEMENT DES POLITIQUES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS D'UN PUBLIC COMPLEXE.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Parcours : de l'asile à la cité, les avancées des politiques sanitaires et sociales ..	3
1.1.2 Identités: entre maladie et handicap , une constante : la fragilité du lien social. ..	8
1.1.3 Chronicité et chronicisation : prendre le risque de l'insertion ? .....	11
<b>1.2 DÉFINIR, CIRCONSCRIRE, PROPOSER UN PROJET DE RÉINSERTION SOCIALE .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 L'insertion : un processus nécessitant des dispositifs d'intégration .....	14
1.2.2 Quelle insertion pour les malades mentaux stabilisés ?.....	15
<b>1.3 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU FONDEMENT DE L'ACTION.....</b>	<b>18</b>
1.3.1 Les pistes sémantiques .....	18
1.3.2 La restauration du lien social : un enjeu politique .....	19
1.3.3 Accompagner : une nécessaire contractualisation. ....	21
<b>2 - L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS LA RÉINSERTION : UN PROCESSUS EN QUESTION.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Du soin à la vie sociale dans le cadre d'un F A M .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 L'Association Rénovation: associer dans la recherche, les dimensions clinique et sociale .....	24
2.1.2 Le F A M Triade : une solution adaptée pour concilier soin et vie sociale .....	26
2.1.3 Le dispositif d'accueil éclaté dans la cité.....	32
<b>2.2 Les limites du projet : une insertion sociale fragile .....</b>	<b>37</b>
2.2.1 Une pluralité d'acteurs : des attentes et des logiques différentes .....	37
2.2.2 La trame incertaine d'un projet de réinsertion.....	45
2.2.3 L'analyse des sorties .....	45
<b>2.3 Prendre en compte un contexte sociétal et politique en évolution.....</b>	<b>48</b>
2.3.1 Des lois et des rapports en faveur d'une reconnaissance sociale des usagers... ..	49
2.3.2 Le plan santé mentale : pour une prise en charge médico-sociale de proximité .	52
2.3.3 Reconsidérer la gestion de l'accompagnement : une nécessité .....	52

<b>3 - GÉRER UNE STRATÉGIE NOUVELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL</b>	<b>54</b>
<b>3.1 UNE STRATÉGIE RELATIVE A LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE RÉINSERTION</b>	<b>55</b>
3.1.1 Rechercher la participation des résidents à leur projet de vie	55
3.1.2 Améliorer les pratiques professionnelles au regard de la mission d'insertion	60
<b>3.2 ACCENTUER L'ACCOMPAGNEMENT : DES LIENS À OPÉRER ENTRE LES ACTEURS</b>	<b>66</b>
3.2.1 Animer une stratégie de réseau	68
3.2.2 Se placer dans une stratégie partenariale	71
3.2.3 Développer un partenariat innovant : l'expérience du projet « Persona »	74
<b>3.3 PROMOUVOIR UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL TERRITORIALISÉ</b>	<b>76</b>
3.3.1 Piloter la démarche projet	78
3.3.2 S'appuyer sur les résultats d'une étude de besoins	79
3.3.3 Définir une stratégie globale de l'accompagnement du service dans la cité	83
<b>CONCLUSION</b>	<b>85</b>

Bibliographie

Liste des annexes

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>A A H</b>	Allocation aux Adultes Handicapés
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>C A S F</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>C H S</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>C R E A H I</b>	Centre Régional d'Aquitaine d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations
<b>C P A M</b>	Caisse primaire d'Assurance Maladie
<b>C R A M A</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine
<b>C R O S S</b>	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
<b>C R O S M S</b>	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
<b>C O T O R E P</b>	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
<b>D D A S S</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>D R A C</b>	Direction Régionale des Affaires Culturelles
<b>D R A S S</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>D M S</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>D S G</b>	Direction de la Solidarité de la Gironde
<b>E T P</b>	Equivalent Temps Plein
<b>F A M</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>F A S M</b>	Fédération d'Aide à la Santé Mentale
<b>F D T</b>	Foyer à Double Tarification
<b>F N A R S</b>	Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réadaptation Sociale
<b>O M S</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>P A U F</b>	Plan Annuel d'Utilisation de la Formation
<b>S R O S</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>S R O P</b>	Schéma Régional d'Organisation de la Psychiatrie
<b>U N A F A M</b>	Union Nationale des Amis et Familles des Malades mentaux
<b>U N A P E I</b>	Union Nationale des Associations de Parents d'enfants inadaptés
<b>V A E</b>	Validation des Acquis par l'Expérience

## INTRODUCTION

L'asile, lieu de soin mais aussi lieu de vie a longtemps légitimé une mise à l'écart des malades mentaux. Depuis la loi de 1838 régissant l'internement, ils vivaient en lieu clos ; les préoccupations d'insertion visaient alors essentiellement à les adapter à un milieu spécialement construits pour eux, en dehors de la société. Progressivement la structure asilaire se modifie sous l'influence concomitante des progrès réalisés dans le traitement chimiothérapeutique de la maladie mentale, notamment des psychoses, des mouvements de psychothérapie institutionnelle et du développement des pratiques extra-hospitalières relayées par les structures associatives. Lorsque fut substitué au terme de folie celui de maladie mentale, le fou a pu être reconnu malade. Lorsque la loi d'orientation de 1975 lui a ouvert la voie de l'intégration, il a pu avec le statut de handicapé bénéficier d'un certain nombre de dispositions qui lui définissaient une position sociale, mais encore trop souvent à part. Une des raisons à cela est à mettre au compte de la fonction protectrice des institutions spécialisées, mais il faut évoquer aussi les spécificités d'une maladie chronique caractérisée par une perception particulière de la réalité et une dépendance très importante au lieu de soin ; sans compter les inquiétudes et le rejet que la maladie mentale a de tout temps suscité dans la société.

La question d'une possible insertion ou réinsertion dans le milieu ordinaire reste dans ce contexte encore très problématique. Le passage pour un patient d'un espace de soin à un espace social ne se fait jamais sans difficulté, c'est pourquoi il est nécessaire d'aménager «des espaces intermédiaires où peuvent se constituer des «passeurs » (c'est-à-dire se constituer des chaînes associatives qui sont propres au sujet et lui permettront des passages »<sup>1</sup> ouverts à la création de nouveaux liens qu'un indispensable accompagnement permettra de mettre en acte.

C'est dans cette orientation que le Foyer d'accueil médicalisé « Triade » a situé sa mission auprès de 35 malades mentaux stabilisés, reconnus handicapés du fait des troubles psychiques importants qui ont invalidé leurs capacités d'autonomie. Initialement voué à l'alternative à l'hospitalisation en milieu psychiatrique lorsque la structure était un foyer protégé, cet établissement médico-social s'est progressivement orienté vers un hébergement diversifié inscrit dans la réalité sociale. Concrétisé par la mise en place d'un petit foyer et d'appartements associatifs, le dispositif intègre la participation des résidents à la vie sociale et culturelle en privilégiant une dynamique d'itinéraire singulier à chaque personne pour favoriser un projet personnel. La question de la continuité des soins y reste prégnante et doit

---

<sup>1</sup> Jolivet B *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie* p98

tenir compte de la chronicité de la maladie tout en maintenant la visée de lutter contre la chronicisation. Un accompagnement spécifique vise à renforcer l'autonomie des résidents et à restaurer une dynamique relationnelle ouverte sur l'environnement en dépit des rechutes toujours possibles. L'accompagnement s'arrête au moment de la sortie mais la question du suivi est apparu très vite comme cruciale, car nous avons constaté que faute de soutien, beaucoup retombaient dans des problématiques paralysantes et que le projet personnel d'installation dans la cité échouait.

La maladie mentale étant « essentiellement maladie du lien, de la relation sociale aux autres » par les manifestations d'étrangeté qu'elle peut développer, c'est l'isolement social qui est une cause majeure des ruptures dans les parcours d'insertion. Celui-ci se traduit le plus souvent par un abandon progressif de la gestion du quotidien et du traitement médical, amenant les personnes à des situations de précarité dommageables à leur santé et à de nouvelles situations de dépendance.

Le processus de réinsertion va être ainsi marqué par l'alternance entre un accompagnement vers la réinsertion et sa réalisation effective, une réalisation au demeurant fragile car exposée aux parcours en boucle entre lieu de soin et lieu de vie.

Je développerai dans une première partie le contexte politique et social qui a rendu possible une évolution de la prise en charge des malades mentaux, en faisant apparaître les écueils sur lesquels bute encore leur réinsertion sociale. Celle-ci ne peut être réelle sans un accompagnement qui protège les personnes d'une « *alternative de l'échec* », à savoir une hospitalisation inadéquate ou un hébergement sans soins adéquats »<sup>2</sup>

J'aborderai dans la deuxième partie l'examen et les limites du processus de réinsertion mis en œuvre au F A M « Triade ». L'analyse des besoins des résidents du foyer et le constat de moyens insuffisamment affectés au soutien de leur réinsertion, m'engageront à repenser leur accompagnement social en tenant compte de l'évolution des politiques sociales et sanitaires insistant sur la question des projets individuels et de la citoyenneté.

Partant de mon expérience de chef de service depuis 1996 et me projetant dans la fonction de direction, j'exposerai en troisième partie, les actions à partir desquelles je compte optimiser les prestations d'accompagnement dans l'établissement. Les troubles psychiques nécessitant l'imbrication de réponses multiples, nous verrons qu'ils impliquent des partenariats sans lesquels il paraît difficile de concevoir une continuité entre les institutions et le milieu social ordinaire. Rechercher des réponses pour soutenir dans la durée, la réinsertion des malades mentaux stabilisés m'a conduite à penser et à concevoir en équipe, un relais sous la forme d'un SAVS, qui sera identifié comme un tiers, inscrit dans le réseau large des partenaires sanitaires et sociaux en santé mentale sur un territoire défini.

---

<sup>2</sup> JL Roelandt , P Desmons *Manuel de psychiatrie citoyenne* p 9

# **1 - DU PROCESSUS DE SOIN À LA RÉINSERTION SOCIALE : LA NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT**

La folie a été longtemps synonyme de déchéance sociale et de relégation jusqu'à quelques décennies. L'introduction de nouvelles thérapeutiques a contribué à faire accepter la maladie mentale comme objet de soins mais la question de sa guérison encore incertaine génère dans la société des réactions de crainte et de protection. Les progrès thérapeutiques ont néanmoins permis l'ouverture des portes de l'asile tandis que la société ouvrait les yeux en reconnaissant des droits et des devoirs envers ceux qu'elle nommait confusément infirmes, incurables, invalides, incapables, en leur permettant l'accès au statut de handicapé avec la loi d'orientation 75-534 du 30 juin 1975. Elle fut accueillie de manière suspicieuse par les psychiatres qui craignaient pour leurs patients un statut stigmatisant. Néanmoins, la stigmatisation des malades mentaux dans l'inconscient collectif s'est amendée sous la couverture du handicap. Le handicap est mesuré, évalué ; il permet l'obtention de statuts et de droits. La passerelle du handicap a permis aux malades mentaux stabilisés de gagner les voies de l'intégration sociale, souvent en bénéficiant de prises en charge dans des institutions médico-sociales. Cependant l'oscillation entre dépendance et autonomie, entre maladie et stabilité, entre invalidité et capacité, entre désadaptation et adaptation interroge sur les stratégies à adopter pour la prise en charge d'un handicap spécifique.

## **1.1 UN CROISEMENT DES POLITIQUES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS D'UN PUBLIC COMPLEXE**

### **1.1.1 Parcours : de l'asile à la cité, les avancées des politiques sanitaires et sociales**

#### **1.1.1.1 L'évolution d'un cadre : de l'ordre social au concept de santé mentale.**

Derrière la représentation de la psychiatrie se profilent toujours plus ou moins l'image de l'asile et la notion d'enfermement ; l'aliéné (du latin aliénus : étranger), le fou à lier. Le « grand renfermement » dénoncé par Michel Foucault dans son « Histoire de la folie à l'âge classique » prélude à la création ultérieure des hôpitaux psychiatriques. Le statut donné en 1656 à l'Hôpital Général permet d'y regrouper tous ceux qui pouvaient présenter une gêne pour la société : déviants, désadaptés, fous, mauvais sujets.

L'Hôtel-Dieu, d'apparition plus tardive, constitue le premier lieu de soin consacré aux fous. Philippe Pinel (1745-1824) y évoque la possible curabilité de la folie : « les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades qui ont droit à la sollicitude que

l'on doit à l'humanité souffrante »<sup>3</sup>. Il est suivi au dix-neuvième siècle par des médecins aliénistes tel et Toulouse et plus tard Esquirol qui contribuent à édifier un hôpital conçu pour traiter moralement les malades tout en les isolant, par conviction soignante, de leur milieu d'origine.

La loi du 30 juin 1838 a fondé les asiles qui cumulaient les soins et l'assistance aux aliénés avec une obligation d'accueil. Elle est aussi à l'origine des notions de placements sous contrainte, ainsi que des mesures de tutelle et de curatelle appliquées pour administrer les biens des malades mentaux. La logique asilaire se lisait alors sous deux vecteurs : adapter l'individu à un milieu spécialement construit par lui en dehors de la société ; l'isolement étant considéré alors comme favorisant la guérison, et corollairement participer à la protection de la société en appliquant des mesures sécuritaires.

Les apports de Freud et des théoriciens de la psychanalyse ont permis une approche de la folie en termes d'analyse existentielle, contribuant ainsi à son humanisation.

Puis la thérapeutique a évolué de manière si considérable qu'après la guerre de 1939-45, (période noire pour des milliers de malades morts de faim et de dysenterie dans les hôpitaux) on parle de « révolution psychiatrique, véritable mutation de la théorie soignante »<sup>4</sup>. Grâce aux progrès réalisés dans l'utilisation des traitements chimiothérapeutiques et la prise de conscience, issue notamment de la lecture des travaux d'E.Goffman,<sup>5</sup> des effets de dépendance que l'institution psychiatrique exerce sur les patients, des pratiques de psychiatrie dites sociales ou communautaires apparaissent. Ses grands acteurs, F.Tosquelles et L.Bonnafé cherchent à injecter du social dans la routine dévitalisée des asiles en initiant le mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

Une nouvelle conception des soins, attachée à l'environnement social des patients, aboutit à la formalisation du secteur psychiatrique fondé par la circulaire du 15 mars 1960. Dans le fond il s'agit désormais de mener des actions de soins au plus près du terrain et d'éviter ainsi l'exclusion et la désadaptation au milieu d'origine. L'organisation des soins construit des territoires d'intervention avec des équipements à même de favoriser leur accès pour tous sur l'ensemble de la France. En 1985 le secteur bénéficie d'une reconnaissance juridique et devient pour tous un outil de santé publique reconnu. La loi affirme le caractère global de l'action de lutte contre les maladies mentales en y intégrant la prévention, le diagnostic et le soin et en organisant la planification des équipements sur le plan territorial.

---

<sup>3</sup> R Lepoutre, J de Kerasdoué : *La santé mentale des français* p 35

<sup>4</sup> Cl Bonnet, L Muldworf : *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (chap 6 : « Sanitaire et social, divorce à la française ») p 149

<sup>5</sup> op cit JP.Arveiller et C. Bonnet pour l'ouvrage « Asylum » dans : *L'insertion du malade mental* p 50



Les soins extra-hospitaliers se sont un temps développés dans le contexte d'une idéologie dénonçant les institutions psychiatriques qui persistent comme lieux de maintien de l'ordre social, mais aussi dans la prise de conscience de leur dimension iatrogène. Parallèlement, l'intra-hospitalier s'est progressivement modernisé pour se ranger dans une psychiatrie qui veut être reconnue comme une branche médicale.

La circulaire<sup>6</sup> du 14 mars 1990 relative aux orientations de santé mentale, réaffirme la mission du secteur et insiste sur l'intérêt de développer la prévention, d'assurer les missions d'intervention dans la communauté et de favoriser les actions de réadaptation et de réinsertion sociale.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière renforce cette approche. Elle intègre la psychiatrie aux disciplines de court séjour, réorganise la planification sanitaire, le statut et le fonctionnement des établissements. Il devient nécessaire de trouver des alternatives à l'hospitalisation de type asilaire.

Le rapport Massé sur la politique de santé mentale rendu public le 18 juin 1992 insiste sur la politique d'intégration de la psychiatrie dans le système général de santé et prône des réponses médicalisées depuis l'hôpital général. Ces recommandations ont consacré le rabattement de la psychiatrie vers un soin médicalisé et le transfert des malades mentaux chroniques vers le secteur médico-social.

L'ordonnance hospitalière de 1996<sup>7</sup> permet aux établissements hospitaliers de gérer des structures médico-sociales permettant de rapprocher les deux secteurs, qui en dépit des dispositions légales successives restent cloisonnés depuis la promulgation à quelques années d'intervalle de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 et des deux lois sociales du 30 juin 1975.

Au secteur sanitaire, circonscrit par la loi de 1970, renforcée par celle du 31 juillet 1991, sont dévolus les soins et le financement par l'Assurance Maladie. Le social et le médico-social né de cette partition, relèvent d'autres compétences et sont confrontés aux logiques d'aide et de protection financés par l'aide sociale de l'Etat ou des collectivités locales.

La loi sociale du 30 juin 1975<sup>8</sup> sur les handicapés, modifiée par celle du 6 janvier 1986<sup>9</sup> représente pour les psychiatres une véritable annexion de la maladie mentale et fait

---

<sup>6</sup> Circulaire du 14 mars 1990 sur la politique de santé mentale : *Guide de l'intervention en santé mentale* p 12

<sup>7</sup> Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>8</sup> Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n° 75-535 dite « sociale » relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>9</sup> Loi dite « particulière » du 6 janvier 1986 adaptant la décentralisation à la législation sociale.

encourir à leurs yeux le risque d'aboutir à la reconstitution d'un champ social d'exclusion et de dépendance.

Dès lors le vieux débat qui traverse la psychiatrie depuis ses origines « entre ce que Gladys Swain appelait «la tentation médicale » et «la tentation sociale », autrement dit entre l'affirmation de son appartenance au monde de la médecine et l'idée que la psychiatrie remplit une mission spécifique dans une stratégie de socialisation des personnes en difficulté »<sup>10</sup> ne cesse de perdurer.

Néanmoins, l'évolution des politiques sanitaires conduisent à une réduction toujours plus pressante du nombre des lits dans les services de psychiatrie qui doivent faire appel à la législation en faveur des personnes handicapées plus ouverte à l'insertion sociale.

Actuellement le dernier rapport sur la santé mentale des français<sup>11</sup> fait ressortir une psychiatrie encore installée dans un hospitalo-centrisme et l'insuffisance des dispositifs de soins intégrés dans la communauté en articulation avec les acteurs du champ social et médico-social. Cet état de faits aboutit à la constatation d'une stigmatisation encore forte des malades mentaux et nécessite la mise en œuvre d'un plan d'action en santé mentale adopté en novembre 2001<sup>12</sup> pour faire évoluer les réponses aux besoins de «ces usagers qui ont été parmi les moins écoutés et les moins considérés dans notre système de soins pendant longtemps, tant il est vrai que le trouble psychique suscite l'inquiétude et isole celui qui en souffre ».

#### 1.1.1.2 Les politiques sociales : De la protection à l'intégration en milieu ordinaire.

Revenons sur les fondations juridiques de l'action sociale et leurs structurations.

La loi Cordonnier du 5 août 1949 s'inscrit dans une approche d'assistance des populations incapables auxquelles il est nécessaire de donner des moyens de subsistance.

La loi du 23 novembre 1957 ouvre la possibilité d'un reclassement aux travailleurs handicapés, suivie en juillet 1963 d'une loi permettant aux mineurs infirmes de poursuivre leur scolarité. Ces deux lois ouvrent la voie de la réadaptation aux infirmes qui ne sont plus irrémédiablement taxés d'incapacité ; elles installent une rupture avec des siècles d'enfermement où se confondaient indistinctement malades, fous et nécessiteux.

La loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975 affirme pour la première fois le principe d'une solidarité nationale. L'attribution du statut de handicapé pour les adultes ouvre l'accès à un certain nombre de droits attribués par une commission spéciale : la CO.T.O.R.E.P du département de résidence des demandeurs : le droit à

---

<sup>10</sup> M Jaeger : *L'articulation du sanitaire et du social* p 22.

<sup>11</sup> Dr Piel et Dr Roelandt : « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » juillet 2001

<sup>12</sup> « Plan santé mentale : *l'usager au centre d'un dispositif à rénover* » novembre 2001

l'éducation, le droit au travail, le droit à l'indépendance financière par le biais d'une A A H et le droit à l'accueil dans des structures offrant des réponses adaptées. Les décisions de la CO.T.O.R.E.P s'appuient sur une appréciation du handicap permettant de se prononcer sur l'orientation ou le reclassement, la désignation d'un établissement d'accueil, et/ou l'attribution de différentes aides et allocations. Ces décisions sont révisables périodiquement, tenant ainsi compte de l'évolution possible de la situation des intéressés.

Par la loi sociale du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, l'État entend coordonner toutes les mesures prises jusqu'alors par des organisations le plus souvent gérées par des œuvres privées dont il assure le contrôle et le financement. La mise en œuvre des dispositions et textes d'application de la loi a été à l'origine d'incontestables progrès dans les conditions de vie des personnes handicapées, dont le développement des possibilités de prise en charge pour les adultes et l'amélioration des ressources.

L'impact de la décentralisation<sup>13</sup>, répartissant les compétences entre Etat et collectivités locales, a joué avec la loi particulière de 1986<sup>14</sup> pour sensibiliser les élus locaux à la question du handicap. Cela s'est traduit par des innovations et des créations de structures pertinentes dont les services d'aide à l'autonomie et à la vie sociale ou les foyers à double tarification qui affichent une formule expérimentale de co-financement entre l'Etat et les départements, pour faire face à l'obligation de soins requise par certains publics.

L'ambition et les limites des lois d'orientation et sociale de 1975 ont fait l'objet des longs débats qui ont abouti à la promulgation de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 prenant en compte l'évolution des pratiques de l'action sociale, la définition et l'élargissement des droits des usagers. Une nouvelle doctrine de l'action sociale centrée sur l'utilisateur a mis à l'ordre du jour l'évaluation des situations de vie et les attentes singulières des personnes, que les services doivent prendre en compte en s'attachant à la qualité de leurs réponses.

L'autre point important de la loi 2002 est de réorganiser les services et institutions en posant les principes de mise en cohérence et de synergie des équipements existants pour renforcer la coordination des dispositifs sur un territoire donné.

Le droit est donc venu dans la période contemporaine imposer une régulation nouvelle dans la représentation du fou et du handicapé dans la société, le premier étant un malade, dit-on comme les autres, le second un handicapé citoyen, un ayant droit à sa place légitime dans la cité.

---

<sup>13</sup> Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 838 du 7 janvier 1983 « *relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ...* »

<sup>14</sup> Loi n° 86-16 du 6 janvier 1986 « *Relative à l'organisation des régions et portant modification de dispositions relatives au fonctionnement des conseils généraux* »

## **1.1.2 Identités: entre maladie et handicap , une constante : la fragilité du lien social.**

### 1.1.2.1 Une maladie solidaire de l'environnement social

La maladie est une « altération de la santé au sens général. De façon plus précise, il s'agit d'entités caractéristiques, possédant des causes et se manifestant par divers signes ou symptômes, ayant une évolution et, où le médecin peut évaluer le pronostic, établir une thérapeutique.»<sup>15</sup>

Les maladies mentales, psychoses regroupant les schizophrénies et les paranoïas, névroses et états limites, si elles se manifestent par des symptômes repérés et classifiés, entraînent entre autres conséquences une déconnexion par rapport à la réalité, une désorganisation de la personnalité qui n'affectent pas organiquement les capacités intellectuelles mais les confisquent ou les amenuisent. Souvent la maladie est entrée dans la vie des personnes de façon brutale – « La bouffée délirante aiguë est un coup de tonnerre dans un monde serein<sup>16</sup> »- et les a amenées à abandonner leurs anciennes activités. Elle a révélé une structure psychique fragile qui pourra se reconstruire avec le temps, mais sera toujours menacée de nouvelles rechutes.

Dans cette perspective, la question des soins relève d'une part, de la mise en place d'un traitement chimiothérapeutique, de la surveillance de ses effets, et l'aménagement de sa modification si nécessaire. D'autre part, elle est coordonnée à une relative stabilisation du patient qui ne peut être réduite à la cure médicamenteuse ; un cadre sécurisant et contenant avec la présence de soignants est un préalable nécessaire à la reprise d'une vie ordinaire.

Outre l'impact organique des symptômes, les séjours répétés en hôpital psychiatrique ou dans des cliniques ou institutions de soins ont perturbé la vie familiale et sociale, professionnelle ou scolaire lorsqu'il y en avait une ; Pour certains, ils ont désorganisé les capacités d'autonomie, rendant difficiles la gestion de la vie quotidienne et accentué de ce fait une dépendance aux institutions de soins.

Les difficultés sociales et professionnelles sont dans bien des cas impossibles à affronter sans l'aide que représentent les dispositifs réservés aux handicapés ; le relais d'une prise en charge institutionnelle dans un lieu adapté est recherché pour des situations critiques où les tentatives de réinsertion ont échoué. Dans ce domaine, si les équipes de secteur ont accompagné depuis 1960 les malades hors les murs pour les soigner, et dans le but d'éviter leur désinsertion, elles se sont aperçues parallèlement que les transformations sociales et le contexte de la crise économique entraînaient de plus en plus de détresse et de

---

<sup>15</sup> R Liberman : *Handicap et maladie mentale* p 34

<sup>16</sup> E. Zarifian : *Les jardiniers de la folie* p 32

solitude. « Désinstitutionnalisées<sup>17</sup> », sans appui autre que le lieu de soin, les personnes en perte de lien social ont de plus en plus tendance à se réfugier à l'hôpital.

Les rapports dialectiques entre le handicap et la maladie mentale sont de nature essentiellement conflictuelle comme nous l'avons vu plus haut au sujet des craintes de la psychiatrie envers le traitement social des malades mentaux ; les querelles de territoires se sont appuyées sur des arguties sémantiques qui ont eu du mal à établir une définition faisant consensus.

#### 1.1.2.2 Un handicap spécifique ?

La notion de handicap a donné lieu d'une part à des définitions très diverses dont le point de départ était l'affirmation d'une privation ou d'une altération stable ou définitive dans les aptitudes de l'individu, contrairement à la maladie qui s'organise autour de la notion d'évolution. D'autre part elle fait ressortir dans le sens commun une opposition entre normalité et anormalité qui est loin d'être évidente à accepter pour les malades mentaux qui y voient une appréciation négative de leurs capacités intellectuelles. Par ailleurs, le traitement de l'exclusion sociale a trouvé des solutions dans les dispositifs réservés aux handicapés. Ces approches parcellaires ont contribué au flou qui règne sur la tentative de définition du handicap.

Le handicap est en effet une notion qui varie au gré des modèles retenus. Le modèle de l'inadaptation s'appuie sur des définitions médicales et occulte les efforts que doit faire la société elle-même pour intégrer les personnes handicapées. Le modèle environnemental développé en réaction à une approche individuelle s'appuie quant à lui sur une définition du handicap issue des règles pour l'égalisation des chances et a pour conséquence d'assimiler les personnes handicapées à des exclus parmi d'autres. Cette approche aboutit à une perception des besoins en nombre sans prendre en compte les besoins nouveaux ainsi que leur évolution.

La « classification internationale des handicaps »<sup>18</sup> adoptée par l'OMS en 1988, élaborée par le britannique Philipp Wood et complétée depuis à plusieurs reprises, s'appuie sur une nomenclature « déficiences, incapacités, désavantages » et permet d'associer les paramètres individuels (les déficiences) et sociaux (les désavantages) pour offrir un point de

---

<sup>17</sup> Le terme désinstitutionnalisation traduit l'idée de la sortie de l'hôpital des malades mentaux, de façon plus ou moins massive, accompagnée par un transfert sur la communauté des dispositifs de soins. Cf. G Vidon : *La réhabilitation sociale en psychiatrie* p 435

<sup>18</sup> Azéma, Barreyre, Chapiro, Jaeger : Point sur La classification internationale des handicaps et santé mentale

vue plus global sur le handicap. La distinction de ces plans d'expérience permet d'envisager une conception dynamique du handicap qui peut varier en fonction de l'évolution des troubles et recevoir en conséquence des compensations adaptées.

### Reconnaître la spécificité du handicap psychique

L'actualité d'une révision de la loi d'orientation 75-534 permet aujourd'hui de revoir les principes éthiques liés aux fondements de la politique menée en faveur des handicapés. Dans ce contexte, certaines questions sont en cours d'étude dont celle de pouvoir « 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 »<sup>19</sup> Le rapport de Michel Charzat, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir fait valoir que 600 000 personnes en France souffrent de troubles psychiques et relèvent de soins psychiatriques qui peuvent représenter un handicap particulier dans la mesure où il est peu reconnu et stigmatisant. Il se différencie du handicap mental qui fait référence en psychiatrie, aux déficiences liées en général à une altération du système nerveux central avec des répercussions motrices, intellectuelles et cognitives.

L'association des parents et amis des malades mentaux : l'UNAFAM, milite pour faire reconnaître la spécificité du handicap psychique dont de graves pathologies mentales sont à l'origine. Elles surviennent sans cause médicale connue, souvent à l'adolescence et touchent environ 1% de la population, quelque soit le pays concerné ou la classe sociale. Ces maladies se manifestent de façon variable et évolutive et nécessitent des soins continus et importants. Dans la maladie psychique, selon le livre blanc de l'UNAFAM, « l'intégrité des personnes est en jeu et cela ne se voit pas clairement de l'extérieur. La capacité à l'autonomie est amoindrie. Des comportements et des idées rigides incontrôlées apparaissent pouvant créer des dépendances quasi insurmontables... »<sup>20</sup> Les maladies psychiques ne permettent pas à la personne de vivre normalement et surtout de se comporter de façon adaptée car ses capacités relationnelles, fortement affectées par l'inertie et le manque de désir, engendrent isolement social, souffrance, inadaptation et exclusion. Pour les auteurs du « Dictionnaires du handicap<sup>21</sup> » le « handicap par maladie mentale » semble un terme plus approprié que celui de handicap psychique, car il nous invite à dépasser l'opposition classique entre handicap et maladie et à considérer davantage un processus, qu'une atteinte en soi, en dehors des répercussions qu'elle entraîne dans la vie sociale.

---

<sup>19</sup> Titre du Rapport de Michel Charzat remis à Mme S.Royal, ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées : mai 2002

<sup>20</sup> UNAFAM : *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France* p 11

<sup>21</sup> G.Zribi ; D Poupée-Fontaine : *Dictionnaire du handicap*

### 1.1.2.3 Un lien social fragilisé

Gilles Vidon a précisément souligné dans la maladie mentale la difficulté de la relation sociale aux autres : « La maladie mentale est essentiellement maladie du lien, de la relation sociale aux autres, et ses manifestations sont habituellement repérées en fonction de la tolérance de la société par rapport à elles... »<sup>22</sup>

Pour Edouard Zarifian «le malade mental offre à son entourage un nouveau code de la communication où le système de référence est différent de ce qui permet à chacun de demeurer en relation avec les autres » , et « la folie est une dialectique de l'exclusion ».

De fait, la folie demeure encore très stigmatisée dans les représentations de la société. Une enquête sur la santé mentale en France dont la première phase s'est achevée en 2000<sup>23</sup> a montré que « l'étrangeté de l'étranger » et la dangerosité potentielle du fou étaient à la base de son rejet. Son lieu doit être, d'un avis encore très commun, l'hôpital psychiatrique, dans son aspect le plus ségréatif.

Les durées d'hospitalisation et leur répétition introduisent des fissures profondes dans la vie sociale des malades. Elles favorisent une relégation qui entraîne des réaménagements dans les relations familiales et amicales, une perte de l'identité qui désocialise, confisque l'autonomie et risque d'aboutir à une chronicisation

### 1.1.3 Chronicité et chronicisation : prendre le risque de l'insertion ?

La notion de chronicité en psychiatrie renvoie aux origines de son histoire et s'enracine dans celle de l'incurabilité. Elle fige la maladie et ôte tout espoir d'une éventuelle évolutivité : « Dire la chronicité, c'est déjà participer au processus de chronicisation »<sup>24</sup> En effet, la notion de chronicisation fait intervenir la notion de dépendance croissante, sinon au lieu de soin, tout au moins à un lieu protégé : E Gofmann a dénoncé dans les années 60, les effets iatrogènes de l'hôpital psychiatrique où les patients s'adaptent, utilisant au mieux ses avantages secondaires. La chronicisation est décrite comme un processus d'aménagement de la situation d'enfermement avec la mise en place d'une relation objectale minimale.

Les deux notions sont étroitement intriquées dans l'évolution de la prise en charge des malades mentaux : de la logique asilaire au grand mouvement de désinstitutionalisation « les stratégies ont toujours eu du mal à sortir de la partition aigu/chronique, sanitaire/social, lieu

---

<sup>22</sup> G.Vidon : *La réhabilitation psychosociale* p 30

<sup>23</sup> R Lepoutre, J de Kersvasdoué : *La santé mentale des français* p 369

<sup>24</sup> JP Arveiller, C Bonnet : *L'insertion du malade mental* p 52

de soin/lieu de vie, soin/assistance, curable/incurable... »<sup>25</sup> précisent JP.Arveiller et Cl.Bonnet, médecins psychiatres, responsables de rédaction de la revue «Pratiques en santé mentale » et militants d'une psychiatrie sociale.

Ces considérations posent ainsi la question des prises en charge dans la durée et dans leur orientation, soulignant encore la fracture entre sanitaire et social – entre soins actifs et assistance démedicalisée - si cette dialectique ne se déplace pas vers le rapport entre dépendance et autonomie.

La dépendance, pour certains cas de psychose, peut-être considérée comme un aménagement du processus schizophrénique en voie de stabilisation. L Muldorf<sup>26</sup> la considère comme un résultat thérapeutique, une première étape dans le projet de soin ; elle doit être respectée par les équipes soignantes qui doivent aider les malades à l'organiser pour aménager leur vie sociale car, dans un premier temps, il paraît difficile de ne pas prendre en compte des symptômes prévalants : repli sur soi, apathie, perte des compétences personnelles et incurie quelques fois.

L'option continuité des soins n'est pas forcément en contradiction avec l'option discontinuité du cadre de la prise en charge car c'est de l'établissement des liens et de leur investissement que dépendra le problème de l'apparition ou non d'une rupture dans la stabilisation des sujets. Ainsi, écrit le Dr B Jolivet<sup>27</sup> : « l'histoire, l'évolution, les progrès d'un sujet ne sont pas écrits d'avance ». Il prône en conséquence l'introduction de césures dans les prises en charge afin de préserver une dynamique de vie intervenant à l'inverse de l'enfermement. Les prestations de soins sont alors proposées « à la carte » : hospitalisations brèves, hôpitaux de jour, accompagnement psychosocial de secteur, organisant ainsi un jeu d'alternance de présence-absence dans un étayage qui va s'amenuisant au fur et à mesure de l'autonomisation des personnes. Cette formule permet d'envisager une séparation du lieu de soin et un relais médico-social ou social.

C'est ainsi que « dans les conditions actuelles de réponses aux besoins thérapeutiques et sociaux des malades mentaux, un consensus en psychiatrie considère que deux tiers d'entre eux ne présentent pas d'invalidité permanente, et qu'un tiers peut mener momentanément ou durablement une existence assez proche de l'ordinaire dans le corpus social ; même si plane encore longtemps le spectre de la rechute quand bien même la personne serait insérée depuis longtemps »<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Idem p 54

<sup>26</sup> L Muldorf : *La dépendance des sujets psychotiques* Revue Snynapse Décembre 1999)

<sup>27</sup> B Jolivet : *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie* p 57

<sup>28</sup> H d'Heilly et J P Sorriaux : *De l'insertion à l'autonomie : quelle réalité pour les malades mentaux ?* p 69



La réinsertion sociale n'est donc pas, dans la pensée médicale, une «contre-indication» pour les malades mentaux.

Aux yeux des malades, elle représente un objectif attractif qui comporte des risques. Celui en premier lieu de quitter un environnement protégé ; celui ensuite de confondre retour dans la société et guérison et de dénier la nécessité de poursuivre les soins ; celui aussi de ne pas disposer de moyens d'intégration suffisants. Sans travail, envisageant de vivre seules le plus souvent, disposant de ressources minimales, peu portées sur les inscriptions sociales, les personnes redoutent le milieu ordinaire de vie, quand bien même il leur paraît important d'y revenir.

## **1.2 DÉFINIR, CIRCONSCRIRE, PROPOSER UN PROJET DE RÉINSERTION SOCIALE**

L'insertion sociale en milieu ordinaire, qui est le plus souvent une réinsertion, lorsqu'elle n'est pas accompagnée par une insertion professionnelle, pose particulièrement question en ce qui concerne les malades mentaux chronicisés. Est-elle un mythe, une idéologie, une injonction politique, une forme de harcèlement pour les sujets ? Quels sont les objectifs d'un projet d'insertion ? Est-ce un projet bien réaliste alors que, devant les attentes de la société, avant tout normatives, les personnes ont tendance à se réfugier dans la maladie ?

Les dispositifs de compensation et d'aide inhérents au statut de handicapé accordent des prises en charge qui peuvent dispenser les personnes de se responsabiliser elles-mêmes, même si par ailleurs elles en ressentent douloureusement les désignations et les disqualifications sociales. Les représentations liées à un avenir marqué par la maladie et les désavantages qui en découlent, l'utilisation dynamique ou morbide des dispositifs accessibles, sont au demeurant une affaire liée à la singularité de chacun, mais aussi à l'incidence d'un accompagnement spécifique qui permettra aux sujets de cheminer vers une alternative à la dépendance au lieu de soin.

L'accompagnement est un levier essentiel pour l'insertion, car il ne peut être réduit à un appareillage d'assistance à travers des dispositifs d'intégration dans la mesure où, nous le verrons à l'exemple de notre établissement « Triade », il se conçoit dans un espace de transition, au sens Winnicotien du terme ; c'est à dire qu'il y apporte suffisamment de sécurité pour permettre aux résidents d'entreprendre un projet de réinsertion sociale.

### 1.2.1 L'insertion : un processus nécessitant des dispositifs d'intégration

La notion d'insertion traverse un champ conceptuel relativement large. « Elle désigne à la fois un processus et un état qui conduit un sujet à trouver une place reconnue dans un système »<sup>29</sup> Dans le secteur social, elle voisine avec le terme d'intégration et traduit des actions initiées par des politiques et des acteurs qui souhaitent en faire profiter un public en difficulté. Dans le contexte de la crise économique des années 1980, elle ajoute à la dimension d'insertion professionnelle, plutôt synonyme jusque là d'entrée dans la vie active, celle d'insertion sociale, comprise globalement comme le maintien de la citoyenneté des personnes pour lesquelles sont mises en place des actions touchant à des domaines qui, progressivement, ne sont plus nécessairement liés au travail .

Avec la loi pour la lutte contre les exclusions en 1998, l'insertion sociale tend à devenir une notion transversale qui désigne la finalité ultime d'une démarche : emploi, soins, logement, culture, éducation, mais comporte aussi des objectifs liés à la personne pour la réinscrire au cœur de la société. « L'insertion signifie à la fois un travail de restauration et de restructuration des identités, de recomposition du réseau des relations (...), un nouvel ancrage dans le tissu social, un échange de liens entre la personne et la société »<sup>30</sup> Il faut donc penser que l'insertion se joue entre un individu et une société d'accueil et qu'il ne suffit pas qu'elle se décrète.

Cependant la personne qui vit un handicap est à une place socialement déconsidérée, d'où la nécessité que le législateur adopte des stratégies d'aide pour accompagner la mobilisation ou le développement de ses compétences et capacités.

Les mesures d'aide sociale visent à rétablir des liens entre l'individu isolé et ceux qui l'entourent.

La loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées est fondatrice de la plupart des interventions auprès des adultes et des enfants touchés par un handicap. Elle affirme un principe de solidarité nationale visant à favoriser leur autonomie et leur intégration à la vie sociale (article 1) Elle a représenté de ce point de vue une avancée considérable en faisant évoluer la conception réglementaire antérieure centrée sur l'infirmité et ses aspects médicaux génératrice d'une logique d'assistance. Elle a renouvelé l'approche du handicap en s'attachant davantage à ses conséquences sociales qu'à ses origines. Cependant « ...c'est bien toute la contradiction dynamique de la loi d'orientation de 1975 que de reconnaître à la personne handicapée un statut protecteur, et en même temps, affirmer qu'il doit être nié par une intégration en milieu de vie ordinaire. »<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> *Dictionnaire critique d'Action sociale* p 208

<sup>30</sup> idem p 209

<sup>31</sup> P Risselin à propos de la loi de 1975 dans les ASH n° 2088 du 9 octobre 1998 p 23

La loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales a opté pour une intégration qui s'appuie sur des dispositifs spécifiques (accueil en structures spécialisées, allocations de ressources, travail protégé ...) tout en recommandant l'intégration prioritaire dans les dispositifs de droit commun qu'il s'agisse de l'emploi, de l'école ou de la vie sociale en général. Mais, «...être avec les autres, souligne Patrick Risselin <sup>32</sup>, ne signifie pas obligatoirement être intégré, c'est à dire partager, échanger et participer d'une même communauté de destin ».

C'est dire si l'objectif d'intégration préconisé par les deux lois de 75 a questionné. Cependant il est possible de s'appuyer sur la dynamique que génère la tension entre « être handicapé » et « vivre avec le handicap ». L'objectif de la loi est alors de dépasser cette contradiction irréductible et de viser à organiser le passage de l'un à l'autre de ces deux pôles.

Ainsi « la loi d'orientation invite moins à privilégier l'institution contre le domicile, le milieu protégé contre le milieu ordinaire ou inversement, qu'à penser la complémentarité de chacune des réponses et à organiser leur nécessaire liaison. »<sup>33</sup> De ce point de vue le concept d'insertion paraît complémentaire à celui de l'intégration qui, s'il fait ressortir des dispositifs pour des résultats d'insertion, idéalement escomptés de la part d'une société intégrante, laisse de côté la démarche individuelle qui repose sur des paramètres multiples.

La question des marges disponibles de choix, d'exercice des droits, des motivations et des capacités de décision est souvent survalorisée dans une société qui, aujourd'hui, se construit en privilégiant l'initiative individuelle et la réussite personnelle. « Dans ces conditions, quelle place sociale pourrait être celle des handicapés mentaux et psychiques, eux qui sont l'exact opposé de l'homme prétendument moderne, quand bien même on évoque l'égalité des chances pour tous ? »<sup>34</sup>

### **1.2.2 Quelle insertion pour les malades mentaux stabilisés ?**

Pour JP. Arveiller et C. Bonnet la réinsertion au sens général du terme est la visée de toute thérapeutique ; elle s'appuie sur le «sentiment de partager avec les autres un minimum de culture commune et d'y prendre une place reconnue.»<sup>35</sup> Individu, groupe et société sont les trois niveaux d'appartenance qui signent l'insertion. L'insertion est définie en terme de lien ; elle suppose donc une interactivité qu'il est nécessaire de remettre en place : L'insertion ne pourra jamais se définir autrement que comme le résultat de l'interaction entre le malade et son milieu.

---

<sup>32</sup> P Risselin : *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000* p 98

<sup>33</sup> idem p 99

<sup>34</sup> G Zribi, J Sarfaty : *Handicapés mentaux et psychiques . Vers de nouveaux droits* p 77

<sup>35</sup> JP Arveiller ;C Bonnet : *L'insertion du malade mental* p 10

Pour y parvenir, on peut envisager trois étapes nécessaires : trouver de soi-même une image valorisée en retrouvant ses compétences; avoir le sentiment de faire partie d'un sous-système d'appartenance ; se construire un sentiment de citoyenneté.

L'insertion sociale des malades mentaux est souvent une réinsertion, car dans maints des cas, ils ont travaillé ou suivi une scolarité, eu un logement en milieu ordinaire, connu une vie de couple. La maladie, les hospitalisations répétées ont souvent abouti à une désorganisation totale de la vie qu'ils ont connu. C'est pourquoi en ce qui les concerne, les processus d'insertion doivent passer par des étapes qui correspondent à des phases d'interventions distinctes : soin, réadaptation et réhabilitation afin de retrouver des relations sociales, de reconstruire une identité et de recréer du lien social pour que les personnes puissent se reconnaître à la fois comme sujet, comme acteur et comme citoyen. La maladie mentale résonne comme facteur d'exclusion sociale, non seulement parce que la société les stigmatise encore comme des déviants, mais aussi parce que le handicap qu'elle révèle repose sur la difficulté de préserver un lien social dans la durée, la stabilité étant toujours menacée par des crises qui surgissent de façon imprévisible.

L'insertion des malades mentaux chroniques, nous l'avons vu plus haut, a longtemps été pensée en termes de protection au sein de l'asile. L'idée que ce lieu favorisait leur chronicisation et la dépendance aux institutions de soin a initié des mouvements de désinstitutionalisation massifs sans appuis suffisants dans le social. La désinstitutionalisation signifie concrètement se séparer d'une institution dans laquelle les individus vivaient en vase clos, mais de façon protégée, passer de la vie collective à la vie solitaire, et aussi venir d'un lieu où l'initiative n'est pas sollicitée pour se ranger à l'injonction de l'autonomie. La remise en cause de la vie cloisonnée à l'intérieur des institutions est certes à l'origine d'une remobilisation des potentialités des personnes et de l'ouverture d'un projet de vie dynamique mais cela ne peut se faire que dans un espace où la négociation respecte leur singularité, leur dépendance effective, leurs besoins dans leur évolution mais aussi leur régression.

La question de l'insertion vient ici interroger le passage des soins en psychiatrie à un espace social qui permette l'émergence de liens autres que ceux qui ont été entretenus dans l'espace soignant.

Le temps du soin, c'est celui qu'il faut pour accepter les soins, articulé au temps nécessaire pour envisager un projet de vie ; cela suppose donc de considérer une temporalité où temps objectif de la durée et temps subjectif référé à la vie psychique conditionne l'appréhension d'un espace qui soit susceptible d'être vivable et que le sujet puisse s'approprier.

C'est aux intervenants du secteur social que reviennent les actions dans les domaines du travail, du logement ou de la gestion du quotidien, champs dans lesquels se joue le recouvrement d'une autonomie qui ne peut se concevoir, dans le cas des malades mentaux,

qu'en fonction d'une articulation avec du soin sur une durée qui la dépasse et l'intègre à la fois.

Pour Arveiller et Bonnet «l'insertion s'inscrit à l'articulation d'un accompagnement qui se voudrait thérapeutique et d'un autre qui se dirait social. De l'un, qui nécessite la délimitation d'un cadre et d'un projet, à l'autre, qui se définit davantage en terme de service et de partage d'un vécu commun, condition de la prise de risque possible de la part d'un individu, se joue une progression : de la mise en place d'un lien social à la mise en acte d'un lien social »<sup>36</sup>

Telle est la voie empruntée par les associations oeuvrant dans le champ de la santé mentale qui inscrivent dans leurs perspectives de « déspecialiser » les soins aux malades mentaux, démarche nécessaire pour faire évoluer l'image de la maladie mentale dans l'esprit de la société civile. Ces associations pour la plupart régies par la loi de 1901, souvent reconnues d'utilité publique se sont attelées à la lutte contre le carcan asilaire et administratif pour favoriser l'autonomisation des personnes, les aider à sortir de l'univers aliénant de la psychose, et regagner autant que faire se peut la vie sociale communément partagée. Je citerai ici la FASM Croix-Marine, l'UNAFAM, l'UNAPEI, la FNARS en omettant beaucoup d'autres associations dont les convictions ont été inspirées par le mouvement pour la réhabilitation psychosociale issu de la psychiatrie. Cette discipline désigne « l'ensemble des processus directs et indirects tendant à diminuer les stigmates de la maladie mentale et à augmenter les compétences psychosociales des patients désinsérés en développant à l'intérieur de la communauté de concrètes opportunités de vie »<sup>37</sup> Il s'agit non pas d'une technique mais d'une stratégie d'ensemble qui a pour but de permettre l'émergence d'une citoyenneté du patient psychiatrique. De là, les associations ont participé dans des secteurs divers (hébergement, santé, travail, culture) à la création, en dehors de l'équipement hospitalier, de services et de structures qui restent nécessaires tant que le malade n'a pas retrouvé sa complète autonomie pour envisager sa réinsertion progressive. Ces expériences ont représenté à la fois des stratégies de passage entre le sanitaire et le social et ouvert des voies d'accès à la citoyenneté aux personnes pour qui ces lieux ont contribué à lutter contre l'isolement et favorisé leur insertion.

La notion d'accompagnement y est présente, à l'exemple de celles déjà mises en œuvre dans le champ de la santé mentale alors que des pratiques d'accompagnement s'étaient développées, permettant les visites à domicile des intervenants du secteur chez les malades qui pouvaient ainsi se soigner à leur domicile. L'appui d'un accompagnement est ainsi nécessaire pour éviter les ruptures lors de l'emprunt des dispositifs d'intégration pour

---

<sup>36</sup> JP Arveiller, C. Bonnet : *L'insertion du malade mental* p 102

<sup>37</sup> G. Vidon : *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* p 14

un retour dans la vie sociale. Il s'avère nécessaire pour compenser les difficultés des personnes et favoriser la transition entre milieu protégé et milieu ordinaire.

### 1.3 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU FONDEMENT DE L'ACTION

La notion d'accompagnement se situe au carrefour de divers champs : thérapeutique, social, éducatif, juridique. Précédemment, j'ai évoqué qu'« il est mis en jeu de façon très habituelle dans le champ de la santé mentale... »<sup>38</sup>, puisqu'il s'y présente comme une aide, une offre ouverture vers de nouveaux espaces d'accueil en induisant une séparation avec l'institution limitée aux soins et une médiation avec la réalité sociale. Parcourir quelques pistes sémantiques permettra au lecteur d'aborder ce «concept» qui affirme une présence croissante dans le vocabulaire de l'action sociale.

#### 1.3.1 Les pistes sémantiques

L'accompagnement repose sur l'action d'« accompagner », verbe pour lequel le Petit Robert propose l'idée de se joindre au compagnon pour aller où il va, en même temps que lui. Le compagnon, le *con- pane* symbolise dans sa dimension étymologique le partage du pain, le lien substantiel qui entre compagnons<sup>39</sup> peut arriver à manquer et devenir symbole de l'absence en dépit de l'échange présent.

Sur la voie de l'itinéraire, de la trajectoire de vie, accompagner signifie conduire, transporter, prendre en charge, atteindre un but en étant attentif à ce qui se passe ; accompagner peut obliger un moment à la séparation, également à revenir, et à repartir ensemble. De plus, la racine latine *ad* indique la direction : Vers où va t'on ensemble ? jusqu'où accompagner l'autre pour qu'un jour il accepte une séparation et donc une certaine solitude ?

L'accompagnement peut aussi être entendu comme un accompagnement musical, celui qui participe d'une composition, d'un arrangement reposant sur la rigueur des accords, la créativité, l'intuition.

Ainsi l'accompagnement social ne serait-il pas alors une affaire de contrat, de rigueur, de méthodes, de sens, d'objectifs, de choix et d'opinions ? Une pratique qui tient d'une alchimie entre des éléments qui participent à une construction commune : celle d'un projet de vie dans ses liens avec les autres et aussi bien dans les mêmes conditions, celle d'un projet d'établissement ou celle d'un projet communautaire ou personnel qui relie des logiques différentes pour un même objectif.

---

<sup>38</sup> UNAFAM *Le livre blanc de la santé mentale* p 16

<sup>39</sup> Dictionnaire critique d'action sociale : *accompagnement social* p16

Les services d'accompagnement social ont été un exemple d'innovation adopté par de nombreux établissements médico-sociaux pour soutenir l'intégration d'anciens résidents ou de travailleurs handicapés par ailleurs employés dans les CAT. Des éducateurs ont créé un groupement autour de cette pratique en donnant naissance en 1987 au M.A.I.S : Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale dont les travaux, exposés régulièrement au cours des « Journées nationales de formation » sont une source de réflexion et de questionnement pour les pratiques d'accompagnement. Elles ont contribué à les rendre repérables et à éclaircir un concept dont les tribulations ont rendu l'évaluation difficile, c'est-à-dire lui donner du sens dans un contexte social de plus en plus exigeant.

### **1.3.2 La restauration du lien social : un enjeu politique**

Face à la multiplication des parcours de ruptures occasionnés par la montée en masse de l'exclusion liée aux mutations économiques et sociales, les politiques sociales ont apporté depuis plus de dix ans des réponses techniques ; elles ont légiféré dans le cadre d'une assistance aux individus mais aussi pour restaurer le principe de son appartenance à la société. De fait, elles reposent de plus en plus sur un préalable : « mettre les personnes en situation d'être les acteurs des interventions sociales qui les concernent »<sup>40</sup>.

Ce préalable définit l'accompagnement dans le champ social comme fondé sur le triptyque bénéficiaire, dispositif d'action sociale, intervenant ou accompagnateur.

« Dans le cadre de l'intervention sociale , l'accompagnement est « un processus méthodologique d'une relation contractuelle d'insertion entre un agent spécialisé et un usager d'un service ou d'un dispositif d'action sociale »<sup>41</sup>. Il désigne à la fois l'action d'un acteur auprès d'une personne en situation difficile, et la mise en œuvre de relais, de médiations, d'échanges qui seront les vecteurs des trajectoires des personnes accompagnées.

Les valeurs traditionnelles de l'action sociale en institution sont de ce fait questionnées par de nouvelles pratiques.

Concevoir l'accompagnement d'une personne en difficulté va aujourd'hui au-delà de l'idée de sa prise en charge ou de l'assistance qu'elle nécessite. Dans les procédures d'assistance classique , la personne aidée était en réalité, dépossédée de sa responsabilité et de son autonomie ; sous couvert de protection sociale, elle se trouvait en situation de dépendance par rapport au travailleur social. Le travail d'autonomisation entrepris était vécu comme un sevrage progressif de la protection dans la perspective d'être un jour lâché dans la nature, au risque de provoquer des sentiments d'abandon et de réactiver les situations de

---

<sup>40</sup> CST: *L'intervention d'aide sociale à la personne* : p 151

<sup>41</sup> JY Barreyre, B Bouquet : *Dictionnaire critique d'action sociale : (accompagnement social)* p 16

dépendance. Les solutions à rechercher, les orientations de projet reposaient sur les professionnels, les personnes concernées y étant associées, souvent à posteriori. Aujourd'hui l'affirmation de la personne comme citoyen-acteur et sujet dans l'ensemble des procédures à l'intérieur desquelles elle est inscrite fait appel à ses propres dispositions et à sa responsabilité.

Appréhendé par la sociologie, le sujet est «à la fois individu et communauté, caractérisé par la capacité de se référer à soi mais aussi au monde extérieur »<sup>42</sup>. Il est le fruit d'une dynamique entre ses propres intérêts pour la sauvegarde de son espace vital et les contraintes issues de sa confrontation avec l'expérience de la société. « Le travail social qui prône la reconnaissance de la personne capable d'autonomie, de critique et de connaissance de soi, trouve un argumentaire dans cette analyse sociologique de la transformation du sujet qui unit universalisme et particularisme, appel au droit et mise en œuvre de la solidarité, respect de l'autre et volonté d'intégration, instrumentalité sociale et identité culturelle et sociale »<sup>43</sup>

Le concept de personne a toujours été privilégié par le travail social car au-delà de la question de la personne en tant qu'être/essence il renvoie à l'identité de la personne dans ses rapports à l'altérité, à la sociabilité, dans ses liens avec l'environnement. La personne est à considérer comme l'acteur constitutif d'une société moderne figurée par l'interaction d'éléments multiples intriqués les uns dans les autres.

A partir de là, le travail social promeut une intervention auprès des personnes qui tient compte de cette complexité. Les interventions vont donc se situer à des niveaux différents :

- Sur la personne elle-même, prise dans sa singularité et sa subjectivité, dimension qui fera intervenir un accompagnement basé sur une fonction de médiation et la recherche d'un équilibre entre les difficultés rencontrées, sources de stress, et la motivation ou les intérêts de la personne acteur.
- Le deuxième niveau se situe sur le plan de la sociabilité de la personne, de son réseau relationnel, du lien social existant ou à développer. Il met l'accent sur son environnement et sur la société.
- Le troisième niveau situe l'action en faveur de la citoyenneté qui fait appel à une intervention dans le dispositif institutionnel global, à prendre dans ses articulations avec le politique, l'économique, le culturel : L'accompagnement revêt alors un caractère d'expertise, de coordination d'interpellation, engagé dans une position éthique qui favorise des initiatives participatives et crée ainsi du lien social dont la personne peut se ressaisir.

---

<sup>42</sup> CST : *L'intervention sociale d'aide à la personne* p 63

<sup>43</sup> CST : *L'intervention sociale d'aide à la personne* p 64



Dans le secteur médico-social, les aspirations sociales des personnes handicapées et de leurs familles ou représentants ont résolument changé. Le modèle culturel de la structure d'hébergement traditionnelle recule au profit du développement des petites unités de vie et de la réorganisation des pratiques des intervenants sociaux qui oeuvrent de plus en plus en dehors des murs de l'institution pour soutenir l'insertion sociale en milieu ouvert par des services ponctuels. L'action sociale se présente dès lors comme un ensemble complexe et adaptable de réponses possibles au regard des particularités de la personne qui, ainsi, impose une mise en cohérence des dispositifs d'accompagnement.

Les pratiques sociales deviennent donc transversales et prônent un traitement global et individualisé de la personne en difficulté dans une mise en œuvre territorialisée, où les moyens de plusieurs services sont utilisés pour son projet. On assiste ainsi à la montée d'une «contextualisation» du bénéficiaire qui met en avant l'analyse des situations singulières afin de favoriser une restauration de ses capacités et de sa participation à la vie sociale. L'individualisation des modes d'intervention s'appuie sur la notion de «sujet de droits » et la notion de contrat.

### **1.3.3 Accompagner : une nécessaire contractualisation.**

L'accompagnement est en soi une route pleine d'écueils, dont le premier est celui de faire à la place de l'autre. Assister correspond certainement à une nécessité dans un certain nombre de cas, mais pour favoriser l'autonomie il est indispensable que la personne accompagnée sache que cet accompagnement s'effectue dans le cadre d'un projet et suppose des règles du jeu explicites basées sur une pédagogie du contrat.

La relation contractualisée fait une apparition officielle dans les orientations du travail social avec « La note d'orientation au travail social » de Nicole Questiaux, ministre de la solidarité en 1982. «Recommandée afin de redonner à l'usager sa place de citoyen acteur, elle devient progressivement un outil incontournable de l'action sociale »<sup>44</sup>

L'optique contractuelle est constitutive d'une certaine conception de la démocratie. « Le contrat social établit l'égalité des individus : nous sommes égaux devant des droits et des devoirs dans lesquels nous nous reconnaissons. Ceci fonde notre liberté, notre citoyenneté, notre appartenance sociale. Ainsi, appartenir à une société démocratique, à un Etat de droit, implique l'accès à une série de droits fondamentaux : droit à l'éducation, au logement, au travail, à la santé... »<sup>45</sup>. Cette orientation fonde le sujet de droits lié à la notion de contrat.

---

<sup>44</sup> J Y Barreyre, B Bouquet : *Dictionnaire critique de l'action sociale* p 100

<sup>45</sup> J J Schaller : *Accompagner la personne en difficulté* p 11

Jean René Loubat la considère comme un point révolutionnaire de la rénovation de la loi de 75, « car parler de contrat, c'est tout simplement admettre qu'il existe des « parties », possédant leurs intérêts et leurs points de vue respectifs et respectables et qui de fait donnent réalité au partenariat»<sup>46</sup>. Le contrat établit un lien qui engage réciproquement les partenaires, usagers et intervenants d'un service ou d'une structure et aboutit à la formalisation d'un projet ou d'un document qui détermine la durée de l'accompagnement, la place et le rôle de chacun, les objectifs à poursuivre ainsi que les modalités d'évaluation. L'établissement du lien contractuel passe par la recherche de l'adhésion de l'utilisateur sinon par sa volonté manifeste pour obtenir une participation constructive à son projet.

La réinsertion sociale des malades mentaux est aujourd'hui possible grâce aux dispositifs d'intégration proposés par les politiques sociales. Préparer une vie sociale fait l'objet d'un « processus » (phénomène mouvant et modifiable en marche vers un but) qui tient compte d'une interactivité entre la continuité des soins et un accompagnement social qui favorise des projets individuels de réinsertion. La temporalité nécessaire à la restauration d'un lien social qui valide l'insertion requiert des espaces qui autorisent l'autonomie et relancent la dynamique des personnes en tenant compte de leurs capacités et de l'environnement dans lequel elles évoluent. Cette démarche nécessite un accompagnement des personnes dans le cadre d'un projet où elles sont parties prenantes, s'inscrivant au carrefour de logiques qui sont à coordonner dans un souci de cohérence et d'efficacité des actions.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé Triade a défini sa mission d'accueil des malades mentaux stabilisés dans la perspective d'une reconquête de leur espace social à partir de la maturation d'un projet personnel.

Le contexte du travail lié au mémoire m'a conduit à revisiter le projet pour créer l'opportunité d'évaluer et de refonder ses thèmes constitutifs. Ainsi le projet sera reconsidéré dans ses aspirations citoyennes et questionné sur les incertitudes quant à l'implication sociale et à la réalité d'une autonomie à recouvrer pour chaque résident.

Ce sera l'occasion d'en exposer les constituants et les dispositifs et de le faire évoluer dans le cadre de contraintes et de ressources nouvelles.

---

<sup>46</sup> Jean René Loubat : *Instaurer la relation de service* p 140

## **2 - L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS LA RÉINSERTION : UN PROCESSUS EN QUESTION**

L'histoire du foyer à double tarification Triade témoigne des écueils sur lesquels ont buté les prises en charge des malades mentaux mais aussi de leurs avancées dans le contexte de l'évolution des politiques sanitaires et sociales.

A travers des restructurations successives, cette structure expérimentale de soins et de réinsertion a renversé dans son enseignement, la priorité du soin pour mettre en valeur celle de l'insertion en devenant « Structure de Réinsertion et de Soins » à l'intérieur du cadre juridique de Foyer à Double Tarification reconnu aujourd'hui Foyer d'Accueil Médicalisé par la loi n° 2-2002 du 2 janvier 2002. La sémantique adoptée reflète bien la tension existant entre les deux pôles de sa mission : une continuité des soins dans le cadre d'un lieu d'accueil que Triade a voulu optimiser dans l'objectif d'une réinsertion en milieu ordinaire pour les résidents qui y séjournent.

L'analyse du fonctionnement du F A M permettra de déterminer l'efficacité et la cohérence du projet de réinsertion à travers une analyse méthodologique mettant l'accent sur la temporalité des séjours et l'intervention d'intervenants aux logiques parfois contradictoires. Passer par le processus des admissions situera l'importance de l'amont de l'accueil au F.A.M en situant d'emblée des acteurs qui seront par la suite interrogés sur leur implication dans le projet proposé pendant la prise en charge.

Une lecture centrée sur la gestion des sorties revêtira un caractère évaluatif et nous apportera des éléments de compréhension sur les ruptures dans les trajectoires vers l'insertion sociale. L'adoption de cette méthodologie m'a permis de croiser des indicateurs jouant un rôle en interne avec ceux à prendre en compte en externe pour expliquer les limites du processus d'insertion et proposer par la suite de nouvelles stratégies d'accompagnement.

### **2.1 DU SOIN À LA VIE SOCIALE DANS LE CADRE D'UN F A M**

Le F A M Triade est un établissement médico-social géré par l'Association Rénovation. Il est issu d'une succession de réaménagements structureaux liés à l'évolution du cadre réglementaire autorisant l'accueil des personnes touchées par des maladies d'ordre psychique et à une orientation du projet s'affirmant vers l'insertion sociale. Ouvert sous la forme d'un « foyer protégé » en 1969 sur l'initiative des fondateurs de l'Association dans un contexte porteur de recherches et d'intérêt concernant la maladie mentale, cet établissement est assez représentatif de l'identité de l'association gestionnaire.

## **2.1.1 L'Association Rénovation: associer dans la recherche, les dimensions clinique et sociale**

L'identité de l'association a pris au niveau régional un caractère spécifique. Elle est une des premières à avoir pris le risque de s'occuper d'un public en très grande difficulté psychologique, notamment des adultes habituellement pris en charge par la psychiatrie. « Aider les sujets à acquérir un meilleur équilibre et un plus grand développement de leur personnalité ; ceci dans l'absolue dignité des personnes et leur respect en visant la promotion de leur droit à l'éducation, aux soins, à l'intégration dans la cité et à la citoyenneté »<sup>47</sup> inscrit sa mission dans des finalités affirmées.

### **2.1.1.1 L'origine : humanisme et communauté sociale**

L'Association Rénovation est née le 15 mars 1955 : date du dépôt de ses statuts en tant qu'association loi 1901, à la préfecture de la Gironde

La force symbolique de son nom : Rénovation, s'explique par l'engagement d'hommes et de femmes militant au sein du mouvement : « Vie nouvelle » au lendemain de la deuxième guerre mondiale. Ils recherchent un sens à une vie profondément bouleversée par les tragédies de l'histoire en s'appuyant sur des valeurs fondées sur la solidarité, l'humanisme chrétien, et le « personnalisme communautaire » du philosophe Emmanuel Mounier. « La valeur essentielle est la personne humaine inséparable de son appartenance à la communauté sociale. La situation difficile, souvent tragique d'une partie de la jeunesse, les déséquilibres psychopathologiques et la délinquance juvénile appelaient des réponses que l'Etat n'était pas encore en mesure d'apporter dans l'éducation spécialisée en cours de construction »<sup>48</sup>. Dans ce domaine tout était à faire, les esprits commençaient tout juste à envisager en d'autres termes que les bagnes d'enfants, l'approche des jeunes en difficultés.

Des adhérents de « Vie nouvelle », des médecins, neuropsychiatres et psychologues forment le noyau fondateur en créant le premier établissement de l'Association Rénovation dans un domaine appartenant à la famille de l'un d'entre eux. On y accueille des adolescents garçons, intelligents, en axant l'orientation de travail sur la prise en compte des troubles de la personnalité associée aux aides éducatives, scolaires et professionnelles. La recherche en sciences humaines qui fera plus tard partie de l'identité de l'association, est déjà là en perspective, cherchant à rendre compatibles la dimension du soin et l'inscription dans un environnement social qui soit sans danger pour le jeune et l'intègre pour lui faire une place.

---

<sup>47</sup> Article 1 des Statuts de l'Association Rénovation

<sup>48</sup> Plaquette de présentation de l'Association Rénovation 1955-1985 : Historique de l'association

L'ensemble de l'activité de l'association se trouve aujourd'hui répartie sur 13 établissements et services, pour la plupart situés à Bordeaux ou sa région, en dehors de deux situés dans les Landes. Elle est constituée d'équipements qui s'adressent à des populations diverses de la petite enfance aux adultes, la grande majorité relevant des secteurs sanitaire et médico-social. L'accueil d'adolescents et d'adultes malades mentaux en hôpital de jour, en foyers de post-cure ou en foyer d'accueil médicalisé montre l'implication de l'association dans le champ de la santé mentale, son engagement dans l'humanisation des lieux de soins et la réinsertion des malades dans la cité, l'une des finalités de l'Association étant de « créer et gérer des établissements et services destinés au traitement médical et psychopédagogique des jeunes inadaptés en leur fournissant en outre l'aide matérielle et morale susceptible de favoriser leur réinsertion sociale. »<sup>49</sup>

Un service d'insertion et de retour à l'emploi pour personnes handicapées a développé une section d'accueil pour le retour possible à l'emploi des malades mentaux. Il témoigne des options prises afin de favoriser leur participation active à une réinsertion.

#### 2.1.1.2 Anticiper les changements et promouvoir une dynamique de projet.

L'Association Rénovation a une tradition de dialogue et de proximité avec les professionnels concernés par son action.

En cherchant à promouvoir des projets ambitieux à l'égard des publics en difficultés psychologiques reçus dans ses établissements, l'association a laissé l'initiative des changements aux directeurs et appuyé leurs projets, mais elle les a parfois devancés en attirant leur attention sur de nouveaux besoins et en tirant les sonnettes d'alarme sur les ronronnements ou les dysfonctionnements institutionnels. Son intervention dans l'évolution du projet de la structure dont je vais définir le cadre a été particulièrement prégnante, sans doute mal reçue par les personnels dans un premier temps, mais éprouvée comme nécessaire avec le recul.

L'annexe I: « Organigramme structurel de l'Association Rénovation et organigramme fonctionnel de la direction associative » expose schématiquement la volonté de maintenir un dialogue de proximité et une vie associative dynamique. Les débats sur des questions liées à l'évolution de l'environnement des établissements et les accompagnements de projets s'appuient en interne :

- Sur la mise en place de plusieurs commissions techniques ponctuelles et d'autres permanentes intégrant des salariés et des personnes ressources des secteurs sanitaires et médico-social et du champ des sciences humaines. La « Commission Qualité et Projets » a notamment pour tâche d'accompagner en lien avec la direction générale, la réflexion sur les

---

<sup>49</sup> Art 2 des statuts de l'Association Rénovation

projets. D'autre part, une « Commission de Recherche et Formation » définit les actions de formation et le contenu des journées d'étude bi-annuelles proposées aux publics internes et externes. Elle prend une place importante pour l'évaluation des besoins en formation en lien avec des changements dans des métiers qui doivent s'adapter à des usagers dont les besoins évoluent de façon rapide.

- Sur un Séminaire des administrateurs et des directeurs qui, tous les deux ans développe une réflexion autour d'un thème fort dans le champ des pratiques.

- Sur l'instance d'un conseil de direction restreint pour les établissements sanitaires et associés ( concernant le F A M Triade, un Centre de Réadaptation avec ses foyers de post-cure pour jeunes adultes psychotiques ou névrotiques graves, un Hôpital de jour pour adolescents et jeunes adultes, et un Centre de Santé Mentale Infantile ). Il permet de repérer les problématiques transversales qui caractérisent leur situation souvent soumise à des logiques cloisonnées entre préoccupations de soin et traitement social. Les problèmes touchant aux modes de prise en charge des personnes issues de la psychiatrie, la prise en compte de leurs besoins quant à leur place dans la société ont guidé une politique de communication étroite avec le sanitaire et favorisé les liens avec des partenaires du monde associatif, des services publics et des collectivités territoriales concernés par ce public.

La présence de psychiatres des hôpitaux, de responsables d'associations de familles, de chercheurs en sciences humaines dans les commissions techniques et le conseil d'administration de l'association témoigne de ce souci de dialogue avec les partenaires qui caractérise la perspective associative.

La perspective clinique présente dans les statuts, implique non seulement de rechercher la qualité des services, mais aussi de développer un esprit de recherche et de responsabilisation des acteurs dans le but de promouvoir des innovations tout en préservant la stabilité des activités dans le respect des missions de départ.

## **2.1.2 Le F A M Triade : une solution adaptée pour concilier soin et vie sociale**

### **2.1.2.1 L'histoire : Du foyer protégé à la structure éclatée en petites unités de vie**

En 1969, un « Foyer protégé » ouvre ses portes à Pessac avec un statut d'hospice pour accueillir 30 femmes malades mentales. La durée de séjour n'est pas limitée. Il s'agit d'éviter à des femmes encore jeunes et d'autres plus âgées de vivre à l'hôpital psychiatrique où cependant il leur arrive de retourner pour des périodes de soins et de séjour contenant. Cependant la notion de durée illimitée de prise en charge accentuée par le cadre

juridique d'hospice s'avère trop favorable à une chronicisation qui est elle-même à la source de retours en milieu hospitalier.

La recherche d'un compromis entre lieu de vie et lieu de soin aboutit à une première restructuration. Dans un premier temps il s'agit de déménager, de redéfinir le projet d'accueil et d'envisager une forme d'encadrement juridique relevant du secteur médico-social issu de la loi 75-535 du 30 juin 1975. C'est ainsi qu'en 1978, le Foyer Madran construit dans une nouvelle banlieue résidentielle de Pessac, ouvre ses locaux bénéficiant à titre expérimental d'un système à double tarification : l'hébergement relève de la compétence du Conseil Général, le forfait soins fait l'objet d'une convention avec la CRAMA. L'effectif passe à 35 malades mentaux adultes, hommes et femmes, à partir de 20 ans.

Alors que l'un des buts visés par le projet est de favoriser l'autonomie et l'insertion, reprenant les termes de la loi d'orientation, Il apparaît vite que les résidents, au cursus psychiatrique lourd, demeurent là dans une situation aliénante du fait du nombre de malades graves vivant dans un même espace dans lequel ils sont déresponsabilisés par une prise en charge de la vie quotidienne à laquelle ils participent peu ou pas du tout. Malgré la présence d'un appartement au cœur du centre ville de Bordeaux pour aménager des expériences de séjour en dehors de la maison mère il est difficile de faire évoluer le parcours des patients. De plus, un rajeunissement de la population reçue, redevable à l'ouverture des hôpitaux psychiatriques, oblige à repenser les pratiques en cours. En effet, il paraît difficile de laisser s'institutionnaliser des jeunes dont les capacités à gérer leur vie quotidienne demeurent mobilisables en dépit des soins nécessaires. A cela s'ajoute le constat d'une équipe figée dans un immobilisme contribuant à la lourdeur de la structure.

Une nouvelle habilitation datée du 15 juillet 1992 introduit la mise en place progressive d'une restructuration de l'établissement : Après la vente des bcaux et l'installation sur des sites différenciés, la « Structure de Soins et de Réinsertion Sociale Triade », établissement d'hébergement pour adultes gravement handicapés donne lieu à l'établissement d'une convention entre le Conseil Général et la Caisse Régionale de l'assurance Maladie pour la répartition des financements respectifs entre hébergement et soins.

L'établissement a présenté une diversification de ses modes et lieux d'accueil sous la forme de trois services répartis sur la C U B de Bordeaux :

- Un foyer d'hébergement pour 15 personnes installées dans un quartier résidentiel du Bouscat, lieu de traitement plutôt traditionnel, contenant, pour permettre à certains malades d'être suivis et pris en charge dans une temporalité assez longue.
- Une villa pour un hébergement de 8 places proche du centre ville de Pessac pour un temps de prise en charge assez court et largement ouvert à des perspectives d'autonomisation.

- Quatre appartements de trois personnes chacun permettent de mixer un hébergement autonome et une formule d'accompagnement spécifique pour favoriser une intégration dans la vie de la cité.

En 1997 une dernière restructuration intervient à la suite de la fermeture du petit foyer de Pessac. La direction en accord avec l'association choisit d'augmenter le nombre de places en appartements et de consolider l'accompagnement de ses résidents par l'ouverture d'un Centre de jour qui tient lieu de point de consultations, de rencontres, et d'animations aux personnes logeant dans les appartements qui lui sont rattachés.

Le cadre de l'établissement présente désormais deux options d'accueil fonctionnant à partir de deux unités de fonctionnement encadrée chacune par une équipe autonome :

- Une unité d'hébergement en foyer pour 15 personnes
- Une unité d'hébergement en appartements pour 20 personnes

Triade s'appelle désormais : « Structure de Réinsertion et de Soins » avançant dans ce renversement d'enseigne la nécessité d'articuler un travail sur l'accompagnement social à la continuité des soins pour favoriser la reprise de contact avec une vie sociale en milieu ordinaire et l'émergence d'un projet qui permette aux résidents de penser un avenir possible en dehors de l'institution.

L'identité de Triade, la perception de ses missions, la compréhension de son projet, ont été les objets d'un long processus de maturation, tant pour son personnel que pour ses partenaires. L'implication de l'association et des cadres de direction dans les décisions de remaniements successifs a sans doute conduit les changements dans des contextes politiques favorables mais pas toujours compris. Il nous faut donc revenir sur deux points : Le choix du F D T pour la prise en charge d'une dépendance liée à la spécificité de la maladie mentale, l'option affirmée pour la réinsertion sociale d'une population pour laquelle se posent des problèmes dans la continuité et la durée en raison de la nature spécifique des troubles fragilisant cette insertion.

#### 2.1.2.2 Le choix du F D T : un dispositif expérimental en faveur d'une dynamique d'insertion

Dans le contexte des changements de missions de l'hôpital psychiatrique, les malades mentaux invalidés par les séquelles de la maladie, souvent très dépendants du fait du temps passé en institution de type asilaire, ne nécessitent plus néanmoins d'y séjourner. La recherche de solutions de vie en préservant la continuité des soins est une des priorités du schéma départemental des handicapés. Les F D T, permettent de prendre en charge des personnes lourdement handicapées en maintenant des projets de socialisation.



La circulaire n° 86-6 du 14 février 1986, relative à la mise en place d'un programme expérimental d'hébergement pour adultes gravement handicapés sous la forme de foyers expérimentaux à double tarification, s'adressait à des personnes nécessitant «à la fois un hébergement social et un suivi médical ou paramédical important qui ne peut être assuré par le seul recours à des interventions extérieures par les équipes de secteur psychiatrique ou les soins de ville. La structure a dès lors la possibilité de se doter «d'une organisation propre de soins »

La population susceptible d'être accueillie dans ces structures concerne à partir de la circulaire n° 243 du 22 avril 1988 « des malades mentaux stabilisés dont l'état ne nécessite plus de soins actifs en établissement psychiatrique »<sup>50</sup> et n'ayant pas obligatoirement besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence. Leur handicap constaté par la C O T O R E P justifie un encadrement dans le quotidien.

La double vocation sanitaire et sociale du F D T trouve dans le dispositif financier (1/3 sécurité sociale, 2/3 aide sociale du département pour lesquels les résidents sont astreints à un reversement) à maintenir des relations partenariales avec le secteur de la santé et celui du social.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2003 le financement du F A M est assuré par :

- Un prix de journée DDASS : 46,56 €
- Un prix de journée DSG : 93,51€
- Un prix de réservation DSG 82,84 € en cas d'hospitalisation (perte du prix de journée DDASS):

Les foyers entrant dans ce programme expérimental sont des structures d'hébergement, «ils constituent le logement permanent des personnes admises. Il s'agira de veiller à ce que leur implantation permette l'ouverture à la vie sociale »

Avec le temps, et la reconnaissance de son statut juridique par la rénovation de la loi 75-535 du 30 juin 1975, l'usage de l'appellation F D T Triade s'est banalisée et ce type de structure multiplié sur le territoire, bien que leur public ne soit homogène que dans la nécessité de bénéficier de soins et d'encadrement pour le quotidien.

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 avance une nouvelle dénomination<sup>51</sup> : le Foyer d'Accueil Médicalisé<sup>52</sup> qu'elle intègre dans les établissements et services pour personnes handicapées, «donnant ainsi une assise légale aux foyers à double tarification dont le régime défini par circulaire avait été censuré par le Conseil d'Etat dans un arrêt du 30 juin

---

<sup>50</sup> Jaeger M : *Guide du secteur social et médico-social* (les foyers à double tarification) p 145

<sup>51</sup> C A S F, art L. 312-1

<sup>52</sup> C A S F, art. L . 314-1, V

1999 pour défaut de base légale »<sup>53</sup>. Nous restons à ce jour dans l'attente des décrets qui définiront précisément leur mission.

### Le projet en faveur de la réinsertion sociale.

En étroite articulation avec les valeurs qui ont fondé le projet associatif de Rénovation, le projet de Triade a mis un accent particulier sur la notion d'une évolution possible des personnes et leur prise en compte dans l'accompagnement de leur propre projet.

L'objectif général est d'amener les personnes à réaliser un projet de réinsertion durable, essentiellement à partir d'un habitat personnel dans la cité. La question d'un retour à l'emploi se présentant dans quelques cas, aucune solution n'est exclue .

La mise en œuvre de cet objectif peut être décliné dans les orientations suivantes :

- Poursuivre les soins en amenant les résidents vers une autonomie pour la gestion de leur traitement et l'organisation d'un suivi psychothérapeutique personnel sur indication médicale.
- Maintenir les acquis, mobiliser les potentiels et offrir aux résidents un cadre sécurisant au plus près de la vie sociale environnante.
- Lutter contre l'invalidation de la psychose et l'appauvrissement des relations : restaurer le lien social et encourager l'ouverture et la participation à la vie sociale.
- Permettre aux résidents de retrouver l'autonomie nécessaire pour assurer leur vie quotidienne par une responsabilisation continue et envisager progressivement une installation en milieu ordinaire.

L'ambition de l'institution est de permettre au sujet de se séparer d'elle, d'émerger et d'être reconnu. Il ne suffit pas qu'il soit capable de faire des courses, de se déplacer seul mais d'arriver à produire un lien avec l'autre et la société qui ne l'oblige pas forcément à être « normé » ou étranger à lui-même. « Etre reconnu comme celui qui n'est pas comme tout le monde reste stigmatisant, l'être comme celui qui est *comme personne* »<sup>54</sup> participe d'un soutien du psychotique dans ses identifications pour peu qu'elles soient compatibles avec la réalité sociale. Pour atteindre ses objectifs , il faut concevoir un travail social qui tienne compte de la dimension clinique qui elle-même ne se résume pas à la seule écoute et la compréhension de ses problèmes psychiques. Le travail global d'accompagnement est compris comme visant à encourager les personnes à circuler dans le tissu social afin de soutenir leur parole auprès d'autres intervenants dans des interventions de médiation , de traduction, d'aide à l'élaboration d'une position sociale à prendre.

---

<sup>53</sup> ASH n° 2245 du 11 janvier 2002

<sup>54</sup> Ph Thiéfaïne : *Dignité et lien social* (16ème journées de formation du MAIS : Qualité de vie et accompagnement social p 133)

### Des moyens pour favoriser l'ouverture sur la vie sociale.

- Un dispositif d'hébergement personnalisé adapté aux besoins de chacun offre des possibilités de progression continue vers l'autonomie par le passage du foyer vers un appartement. Ce type de lieu de vie en petit collectif ou en studio et l'utilisation de l'appartement du centre ville pour des séjours courts à titre d'expérience conduit à pouvoir se passer de la présence continue des soignants.
- La gestion personnelle du budget alimentation et de l'entretien au niveau des appartements, et ponctuellement des temps de repas à l'extérieur pour les résidents du foyer. La responsabilité de l'entretien de son lieu de vie, de son linge et la participation à quelques tâches collectives.
- Des activités de soutien en interne contribuent à la restauration des habiletés sociales : groupes de paroles, ateliers de médiatisation par la cuisine, le jardinage, le soutien scolaire.
- L'inscription des ateliers et des activités dans l'environnement urbain et si possible à proximité du domicile, avec une incitation aux inscriptions individuelles aidées financièrement par l'institution (footing et sports d'équipe, piscine, tennis, clubs de gym, de photos ou d'informatique)
- L'organisation de séjours à l'extérieur à travers la médiation d'un projet de groupe et d'une activité suivie au cours de l'année ( randonnées pédestres, randonnées vélo, stages plantes liées à l'activité serre jardinage) pour encourager l'engagement au long cours.
- L'organisation de l'espace pour rompre la tendance à l'isolement des personnes dans leurs chambres respectives (que ce soit en foyer ou en appartement) par l'instauration de réunions, d'activités pour favoriser l'investissement des lieux communs et d'en faire, comme c'est le cas du centre de jour, un réel lieu d'échanges et d'ancrage communautaire.
- La structuration du temps afin de faire entrer, rythme de vie et dynamique dans le vécu intemporel des psychotiques : l'emploi du temps est ainsi organisé autour des réunions de groupe et de régulation, des rendez-vous pour les démarches extérieures, les consultations médicales, les moments des repas, les activités, les sorties etc.

Les activités et ateliers sont de fait assez importants par leur nombre et leur fréquentation par les résidents. Ils concernent cependant rarement les personnes les plus en difficulté, trop souvent jugées incapables de s'y inscrire. L'absence d'une contractualisation et d'un suivi de projet personnalisé ne sont pas générateurs de progrès dans l'investissement de ces lieux pour les personnes qui vivent très repliées sur elles-mêmes ou ne sont pas en mesure de respecter un cadre.

### 2.1.3 Le dispositif d'accueil éclaté dans la cité.

La perspective d'un retour en milieu ordinaire est favorisée par l'implantation de logements banalisés en milieu urbain.

#### 2.1.3.1 Un accueil en hébergement diversifié, des modes d'accompagnement modulés.

La structure fonctionne avec deux unités autonomes et distantes géographiquement. La première est liée au foyer d'hébergement et regroupe le pôle administratif, la deuxième relie un Centre de jour à 8 appartements répartis sur la ville de Bordeaux et sa proche banlieue.

L'organisation de l'ensemble est présentée en Annexe II : « Organisation des unités de fonctionnement et répartition du personnel ».

##### ➤ **Au Bouscat :**

- **Le bâtiment administratif**, avec le secrétariat, les bureaux de la direction, du médecin, la salle de réunion, et la salle de psychomotricité.
- **L'unité A** : 1 foyer, 1 appartement de 2 places

Le foyer d'hébergement de 15 places en chambre individuelle et le bâtiment administratif se situent dans un beau parc arboré dans un quartier résidentiel du Bouscat, proche d'une ligne de bus au passage fréquent. Par principe une chambre vide est réservée dans le foyer afin d'y accueillir temporairement une personne vivant en appartement si la nécessité s'en fait ressentir en raison de problèmes autres que ceux relevant d'une hospitalisation.

Les places en foyer incluent deux petits studios équipés de sanitaires situés dans le parc, constituant ainsi une forme d'indépendance pour ceux qui y vivent.

Une salle polyvalente d'ateliers et de réunion réservée aux résidents complète les bâtiments attenants au foyer.

Ce type d'accueil présente les caractéristiques d'un cadre contenant avec une présence constante des soignants et des services liés à une collectivité : repas préparés, aide au ménage, animation et régulation de la vie quotidienne. Les murs d'une institution offrent un appui nécessaire à la stabilisation des personnes et à la maturation d'un projet d'avenir, cependant des difficultés inhérentes à cette organisation favorisent les phénomènes de dépendance et de régression, et l'accession à l'autonomie bute encore sur les effets inhibiteurs d'un groupe marqué par des relations de dépendance aux autres.

La question de l'articulation du lieu de vie et lieu de soin s'y pose de manière confuse, car il est difficile de séparer leurs spécificités respectives afin de les rendre plus opérantes. Pour exemple : Le bureau de l'équipe y est nommé à la fois pharmacie, bureau

des éducateurs, bureau des soignants. Il sert à la fois aux entretiens, aux rendez-vous pour les démarches et les prises de médicaments.

Relié fonctionnellement à cette unité : un appartement de deux places en rez-de-chaussée avec jardinet à une rue de là ; Il permet à ses résidents de bénéficier d'une prise en charge modulée par des allées et venues entre leur logement et le foyer en participant à des temps d'activités, de repas, de se rendre aux consultations médicales tout en vivant séparément de la « maison mère » et en assurant la gestion de leur quotidien de façon quasi complète.

Le rattachement d'un appartement à l'unité du foyer a été voulu pour appuyer la représentation chez les résidents, d'une évolution du mode d'hébergement vers une certaine indépendance. Il était nécessaire aussi de permettre à l'équipe des actions d'accompagnement tournée vers l'extérieur.

Le foyer est un lieu de vie et de soins ouverts la majeure partie de l'année. Lors de la période des vacances il est fermé pendant deux semaines au mois d'août. Les résidents sont alors invités à mettre en place un projet personnel pour cette période.

- **A Bordeaux et sur la C U B : l'unité B** avec un centre de jour et 8 appartements:

Le centre de jour est une maison banalisée et facilement accessible par les transports urbains. Il est ouvert en semaine et pour des activités organisées certains dimanches et jours fériés. Il est le lieu de la coordination des actions de l'équipe auprès des résidents hébergés en appartements.

Plusieurs fonctions lui sont dévolues :

- Lieu d'accueil, de rencontres, d'échanges avec les autres résidents et avec le personnel, liens avec les tuteurs, les familles, et autres partenaires
- Lieu d'aide à la gestion du quotidien pour des problèmes ne relevant pas d'une aide sur le lieu de vie.
- Lieu d'animation : activités internes, point de rendez-vous pour des activités externes.

C'est aussi un lieu de recentrage de la prise en charge avec :

- Rencontre et suivi individuel pour les soins (consultations médicales, traitement)
- Régulation des groupes d'appartement et des groupes paroles.
- Lieu de soutien individuel et de suivi de projet.
- Lieu de réunion et de coordination de l'équipe.

Les appartements ouverts toute l'année (3 studios et 5 appartements pour 3 places chacun) accueillent 18 résidents.

Ils sont implantés dans différents quartiers de la ville de Bordeaux et sa proche banlieue, facilement desservis par les lignes de transports en commun, en général dans des résidences de bon standing proche des commerces et services de quartier. Le choix d'une implantation éclatée des appartements facilite la tolérance du milieu avoisinant et évite la surcharge des hospitalisations éventuelles sur un seul secteur psychiatrique. La reconversion récente d'un appartement collectif en trois studios a permis de répondre de façon personnalisée aux besoins d'autonomie de résidents approchant la fin de leur séjour au F A M.

Tous les appartements sont équipés d'un téléphone permettant la permanence d'un lien avec le personnel.

Le dispositif d'accueil en appartement sollicite au départ une relative autonomie des personnes et produit chez elles une mobilisation des acquis et un développement des capacités d'adaptation qui rendent tangibles les prises de responsabilités et les initiatives individuelles. Les résidents vont au centre de jour chercher les services dont ils ont besoin et reçoivent à domicile des visites des soignants et des éducateurs selon des protocoles individualisés. Le suivi en appartement demande au personnel une position de veille et de vigilance permanente pour repérer et anticiper les situations de crise ou les difficultés dans lesquelles peuvent retomber les résidents.

Pour compléter l'ensemble du dispositif d'insertion, un appartement dit « expérimental » situé au centre ville de Bordeaux permet des séjours d'essais d'autonomie pour les personnes logeant au foyer ou dans les appartements collectifs; ceci afin qu'ils se confrontent à une expérience de vie en dehors de la présence des personnes vivant habituellement avec eux. C'est alors pour les uns, une situation intermédiaire entre le foyer et les appartements, pour les autres une étape qui permet d'envisager une sortie à moyen terme. Cet appartement est aussi utilisé pour pallier des crises de cohabitation ou pour faciliter des sorties prévues dans le cadre de spectacles tardifs, en fonction desquels le retour sur la banlieue est malaisé.

#### 2.1.3.2 Les admissions

L'identification des résidents en fonction des indicateurs d'âge, de sexe et des admissions par secteurs de soins et de lieux géographiques pourra être consulté en annexe III.

Les critères d'admission concernent, après orientation de la C.O.T.O.R.E.P pour un F A M 35 malades mentaux stabilisés, psychotiques ou névrotiques graves, non déficitaires à partir de 20 ans. La moyenne d'âge moyen à l'entrée est de 34 ans.

D'origines sociales très diverses, les personnes souffrent de troubles qui les rendent inaptes à une vie professionnelle, ont fragilisé leur aptitude à gérer le quotidien de façon autonome, et perturbé leur lien avec le milieu social. Les résidents nécessitent un accompagnement, une surveillance médicale, une écoute attentive et un accompagnement individualisé pour ouvrir la perspective d'un avenir et l'élaboration d'un projet personnel.

Les contre-indications concernent les états aigus, les états déficitaires, conséquences de psychoses infantiles, les structures psychopathies ainsi que les personnes présentant des conduites d'addictions lourdes et permanentes. L'accueil des personnes présentant ce type de pathologie est en effet peu compatible avec un cadre ouvert et présente dans certains cas des dangers potentiels pour la vie collective.

Le nombre des demandes reste depuis l'ouverture de la structure bien supérieur à l'offre d'accueil : 56 dossiers de candidatures ont été reçus au cours de l'année 2002 contre 50 en 2001 : 40 proviennent du département de la Gironde.

Les résidents sont adressés à Triade par

- Les services hospitaliers spécialisés du département, parfois par ceux des départements limitrophes, exceptionnellement par d'autres comme la région parisienne ou le nord de la France. L'hôpital spécialisé de Bordeaux reste un demandeur important avec 21 demandes sur 30 du secteur public en 2002

- Les cliniques de soins et les institutions habilitées à recevoir des personnes souffrant de troubles psychiques, y compris les foyers de post-cure et les centres de réadaptation par le travail ou le CAT: 17 demandes en 2002, 12 en 2001

- Les parents dont l'enfant (adulte) est suivi de manière ambulatoire par un médecin : 2 demandes en 2002, 6 en 2001

- La personne elle-même : 2 demandes en 2002, 3 en 2001

Les admissions émanant directement de la Gironde favorisent un travail relationnel avec les familles lorsqu'elles sont présentes, et un travail de collaboration avec les établissements de soin situés à proximité, notamment l'hôpital pour lequel la venue de personnes issues d'autres départements ajoutent à la saturation de leurs propres secteurs.

La procédure d'admission a lieu en plusieurs étapes :

- Un premier temps est destiné à exposer le projet, le fonctionnement de l'établissement et clarifier la demande du candidat. Celui-ci rencontre, seul ou accompagné, le directeur ou le chef de service qui donnent également les renseignements sur les démarches administratives à entreprendre et le coût de la prise en charge : Tout résident est

redevable d'un reversement de ses ressources à l'aide sociale<sup>55</sup>. Il s'agit d'une contribution à ses frais d'hébergement qui sont décomptés en cas d'absence de plus de 48 h. En sus, il doit reverser l'intégrité de l'allocation logement à laquelle il a droit pour son logement dans l'établissement.

- A l'issue de ce premier entretien, les candidats doivent contacter le médecin de l'unité d'accueil pressentie qui se prononce sur la stabilité des troubles, et le degré d'autonomie permettant l'entrée en foyer ou en appartement, en accord avec l'attente des personnes.

- Un délai assez long intervient généralement entre l'accord de principe envoyé à l'intéressé, à son représentant et au médecin adressant et la possibilité d'entrée dans l'établissement. Dans le cas d'attentes très importantes, ce qui est souvent le cas pour le foyer où les sorties sont moins fréquentes que sur les appartements, les personnes ayant obtenu l'orientation de la C O T O R E P, sont invitées par la direction du foyer à rappeler elles-mêmes pour prendre rendez-vous et passer une journée ou une demi-journée de façon à garder le contact et à préserver l'idée du projet d'entrée dans la structure. Cependant, cette procédure est inégalement suivie car elle n'apparaît pas de façon intelligible et indissociable d'une démarche contractualisée. En effet, les personnes elles-mêmes ou les services demandeurs sont davantage inscrits dans une logique de placement que positionnés dans un processus d'une réinsertion possible faisant appel à la responsabilité. Responsabilité qui doit être partagée car elle fait aussi appel à un soutien et une préparation des intervenants en amont de l'entrée au foyer.

Les entrées directes en appartement concernent des personnes relativement autonomes pour lesquelles une demande spécifique a été faite et appréciée en amont. Des rencontres programmées au Centre de jour pendant une activité de loisirs permettent aux futurs résidents de bénéficier d'une inscription dans le groupe et de faire connaissance avec les intervenants avant leur entrée définitive.

Les propositions des résidents du foyer pour les appartements sont accueillies en continuité de leur prise en charge et acceptées de manière automatique. Le passage du foyer en appartement est inscrit dans les projets individuels comme la réalisation d'une progression de l'autonomie et participe d'une valorisation très appréciée par les résidents quand bien même ce moment est source d'inquiétude.

---

<sup>55</sup> Article 322 du règlement départemental d'aide sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : Un montant global est calculé laissant à disposition du résident une somme mensuelle de 133,47 euros, plus 38,11 euros pour le paiement de sa mutuelle médicale : Règlement de la Direction de la Solidarité de la Gironde.



## **2.2 LES LIMITES DU PROJET : UNE INSERTION SOCIALE FRAGILE**

La place qu'occupent les différents protagonistes dans l'accompagnement vers le milieu ordinaire questionne le processus de réinsertion mis en place par le Foyer d'Accueil Médicalisé.

### **2.2.1 Une pluralité d'acteurs : des attentes et des logiques différentes**

#### 2.2.1.1 Les résidents

Les attentes des personnes vis à vis du projet varient en fonction de leur âge et de leur passé. Leurs attitudes face à la proposition d'un projet de réinsertion sont étroitement liées à leur histoire personnelle.

Certains sujets arrivent après un parcours institutionnel important, parfois un passé psychiatrique lourd. L'arrivée à Triade est souvent source d'angoisse parce qu'inscrite dans une dynamique de changement et dans une épreuve de séparation d'avec une institution refuge ou protectrice. Ceux-là sont plutôt des sujets âgés, conscients de leur pathologie, acceptant les soins mais peu demandeurs et peu mobilisables. Souvent apragmatiques, la perspective du projet de réinsertion avec laquelle ils sont d'accord à l'entrée, faute de pouvoir choisir une autre solution, ne leur paraît pas réalisable dans les premiers mois de leur séjour.

Pour d'autres, souvent les plus jeunes, c'est l'occasion de partir de l'hôpital psychiatrique, de quitter une institution de réadaptation par le travail, un foyer de post-cure en fin de prise en charge ou si le projet s'avère peu adapté à leurs capacités réelles. Mettre en place un projet d'avenir les mobilise – avec plus ou moins de réalisme- car de fait, ils le vivent comme oblitéré par la maladie et le milieu ordinaire leur apparaît comme hostile et rejetant. Certains se défendent dans des positions de repli sur soi et des comportements de dépendance ou d'addiction, d'autres surinvestissent dans des activités en conformité avec le projet d'insertion en déniaient leurs difficultés réelles et la nécessité des soins.

La très grande majorité des résidents étant dans l'incapacité de travailler, l'absence de projet personnel conditionne douloureusement l'aménagement d'une vie menacée par le sentiment d'inutilité et les difficultés relationnelles. Lorsqu'il leur paraît possible de reprendre un travail, la reconnaissance de travailleur handicapé pour bénéficier des dispositifs liés à l'emploi protégé, est difficile à obtenir en raison de leur placement en foyer d'accueil médicalisé basé sur l'attribution d'un taux d'invalidité en général supérieur ou égal à 80%.

Le problème du maintien des liens et la menace de l'isolement se posent de façon angoissante à la sortie, car beaucoup n'ont que peu de contacts avec leur famille et disposent d'un noyau amical restreint ; le plus souvent il s'agit de rencontres faites dans les institutions ou à l'hôpital. Les relations nouées au cours des passages dans les institutions donnent lieu à un réseau de liens de solidarité appréciable mais fragilisé par les difficultés que les uns et les autres traversent ; les personnes sont en effet souvent dans l'impossibilité de se protéger car elles ne trouvent pas les limites ou la distance nécessaires pour assumer le mal-être des autres et se défendre de leurs intrusions.

#### 2.2.1.2 Une équipe pluridisciplinaire.

La composition de l'équipe et sa répartition sont repérables de façon schématique à l'Annexe II. Un accompagnement médical coordonné à un accompagnement social nécessaire à l'aménagement d'un cadre ouvert à la vie sociale et à la mobilisation progressive des résidents pour un projet de vie autonome explique la polyvalence des fonctions

Elle est composée :

- d'un pôle administratif : 1 directeur ; 1 chef de service ; 2 secrétaires
- d'une équipe pluridisciplinaire réunissant des éducateurs spécialisés et des infirmiers, dont les plus anciens ont un diplôme spécialisé en psychiatrie.
- de deux médecins psychiatres affectés à 0,50 ETP par unité dont chacun assume la responsabilité médicale.
- d'un pôle de services généraux constitué par des agents d'entretien, des agents techniques, des cuisiniers et des surveillants de nuit.

Cette équipe est répartie sur les deux unités, celle du foyer étant plus importante, compte tenu des contraintes imposées par un encadrement continu des résidents, et des services d'hébergement sur place.

La présence de nombreux temps partiels a été favorisé au moment de la constitution du F D T divisant le foyer Madran en plusieurs unités de fonctionnement dans le but de bénéficier de davantage de disponibilité de la part du personnel et d'infléchir les phénomènes d'usure institutionnelle. Cependant, la réduction du temps de travail n'a pas facilité sous cet angle les suivis de projet et l'implication dans les accompagnements extérieurs à l'extérieur, grands consommateurs de temps.

Le pool infirmier a été considérablement étoffé en raison de l'accord de la dotation soins au moment de la restructuration, aux dépens de la dotation socio-éducative pour

laquelle le classement par catégories budgétaires affiche un pourcentage de -13,9 par rapport à la norme nationale en F A M<sup>56</sup>.

Cet appui para-médical important a été voulu pour satisfaire aux exigences de continuité des soins dans un établissement qui s'offre comme un espace de transition entre l'hospitalisation et la vie sociale sans toutefois se substituer à l'hospitalisation. Il s'inscrit dans un ensemble de réponses aux besoins de santé concernant les domaines préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation. La présence infirmière y est précieuse au regard de l'appréciation clinique des manifestations du corps en souffrance que les psychotiques ressentent parfois de manière éclatée ou destructrice. Le suivi et les incidences de traitements lourds sur l'état de santé des patients doit par ailleurs faire l'objet d'une très grande vigilance.

Malgré une dominante soignante, l'équipe pluridisciplinaire est au service d'un projet qui doit articuler suivi des soins, attentions éducatives et accompagnement social. Cela suppose pour tous les intervenants des compétences allant au-delà de leur formation technique, qui les assigne à des tâches précises. Le suivi des dossiers infirmiers, l'accompagnement social reviennent respectivement aux infirmiers et aux éducateurs. Mais dans le cadre d'une intervention basée sur de l'aide et de l'écoute au quotidien, soutien psychosocial indispensable, il faut aussi une volonté d'intégrer aux pratiques des savoir-faire combinés qui tiennent compte de l'intérêt des personnes et suppose une approche globale des situations pour envisager leur avenir en dehors de l'institution. Evaluer la dépendance, soigner, prendre soin, aider, favoriser l'autonomie, responsabiliser au quotidien sont les vecteurs de la présence auprès des résidents.

Chacune des équipes intervenant de manière autonome, sur des unités au fonctionnement distinct, développe des pratiques sensiblement différentes. Le passage d'une équipe à l'autre n'est pas recherché, et chacune entretient un sentiment d'appartenance lié à son site d'attache. Ceci n'est pas sans conséquence sur les possibilités de mise en synergie des moyens entre les deux équipes, notamment au niveau de la prise en charge de certains résidents qui passent d'une unité à l'autre, la plupart dans le sens d'une progression de l'autonomie lorsqu'il s'agit d'un passage du foyer en appartement. Cependant, pour certains, un retour temporaire en foyer s'avère nécessaire, requérant alors une concertation des équipes dans le suivi de projets pour lesquels l'inscription d'une réinsertion semble compromise. Cette concertation loin d'être optimale révèle un

---

<sup>56</sup> n° spécial du SNASEA ( décembre 2002) :contrat d'études prospectives de la branche sociale et médico-sociale p 35

positionnement particulier de chaque équipe par rapport au projet de réinsertion des résidents.

Au foyer, plus attaché à une culture soignante, le personnel a perçu plus difficilement les « nécessités » d'une insertion du malade mental auquel il est confronté dans un quotidien relativement pesant. Une culture relevant de la psychothérapie institutionnelle, centrée sur l'évolution en milieu protégé a marqué une équipe qui se trouve parfois en difficulté d'aider les résidents à maintenir une dynamique de projet. Les phénomènes d'usure institutionnelle sont sensibles et repérables par une certaine difficulté à témoigner des pratiques et à établir des relations d'échange. Les personnes trop installées dans un fonctionnement routinier ont du mal à prendre des initiatives pour des accompagnements individualisés.

Au centre de jour gérant les appartements, l'institution comme lieu de transition vers une réinsertion sociale, existe d'emblée ; le dispositif ouvert n'impose pas aux intervenants un encadrement de type internat classique mais il exige mobilité, souplesse de fonctionnement et réactivité pour anticiper les situations qui s'inscrivent davantage dans une culture d'accompagnement psychosocial. Le personnel présent dans cette équipe a participé à l'ouverture du foyer d'hébergement classique vers un dispositif d'accueil éclaté et différencié, porté par une adhésion au mouvement de réhabilitation psychosociale dont les psychiatres de l'institution ont fait partager la culture à la naissance du projet.

Des questions demeurent pourtant de part et d'autre autour de la finalité du projet et de sa viabilité pour les résidents. Est-il toujours pertinent d'inscrire les personnes dans une dynamique de projet de vie autonome alors que des problèmes symptomatiques persistent et les mettent en difficulté ? La société est-elle en mesure d'accueillir ces personnes dont les comportements sont parfois si étranges ? Que va t'il leur arriver lorsqu'ils seront sortis de l'institution ? La qualité de la vie des handicapés psychiques, le respect de leurs droits, la préservation de leur santé n'ont-ils pas plus de chance de subsister dans un dispositif d'hébergement ouvert mais protecteur ? L'oscillation des énergies entre volonté de réinsertion et résolution de protection marque ainsi une dynamique institutionnelle tenue par le rapport au soin. En conséquence le rapport au projet de réinsertion des résidents reste soumis à une appréciation de leur état psychologique, avec les revers qu'entraînent les périodes de découragements devant l'application que certains sujets mettent pour faire échouer ce qui a été mis en place pour eux.

Une dernière observation sur le rapport au projet relève d'un manque de positionnement clair de la notion de référent. Cette situation résulte autant de l'héritage de la psychothérapie institutionnelle qui a fortement marqué les pratiques jusqu'à l'ouverture de Triade, que de la résistance au changement très forte à ce moment là. De plus, une certaine prudence et des réflexes de protection semblent empêcher les personnes de s'avancer dans

des prises de responsabilité ou des positionnements individuels face à l'agressivité latente ou une violence imprévisible et redoutée de la part des psychotiques.

Les soignants interviennent sous forme de deux groupes de référents, correspondant à deux groupes de résidents par unité ; cette organisation favorise la possibilité des relais des uns et des autres mais demande par ailleurs une rigueur forte et de grandes capacités de communication dans les suivis de projets et le partage des tâches. Dans le cas contraire, un flou artistique est maintenu autour des responsabilités et de la formalisation des actions, contribuant ainsi à un certain laxisme au dépend d'un positionnement individuel dans l'accompagnement des résidents.

Enfin les pratiques s'organisent surtout autour du suivi en interne et se mobilisent peu sur les liens à opérer avec les partenaires extérieurs, notamment en cas d'hospitalisation et d'interventions concernant les aides à une inscription sociale personnelle : ateliers, clubs, fréquentation de lieux culturels , voire rechercher des relais pour une structure plus adaptée.

Le turn-over quoique faible sur l'ensemble des salariés concerne surtout des salariés qui ont suivi des formations qualifiantes et d'autres à temps partiel qui ont eu l'opportunité d'obtenir un plein temps chez leur deuxième employeur.

### 2.2.1.3 Les interlocuteurs et les partenaires

#### Les familles

Les familles lorsqu'elles sont présentes, témoignent de leur peine à comprendre les troubles liés à l'absence de communication, aux angoisses ou à l'activité délirante de leurs enfants.

Ceux-ci, ayant atteint l'âge adulte, restent dans une dépendance souvent pesante pour leurs parents. La demande des familles se juxtapose souvent avec la nécessité de maintenir une certaine distance pour préserver des liens vivables et de surcroît elles estiment qu'une résidence en milieu protégé est la meilleure solution. L'analyse des sorties montre que très peu de résidents, en dépit des souhaits qu'ils expriment, reviennent en famille (aucune en 1999 et 2000, 1 seul en 2001 et 2002) .

Dans bien des cas les parents sont des personnes âgées qui s'inquiètent du devenir de leur enfant ; la perspective du retour de celui-ci dans le milieu social ordinaire les trouble beaucoup.

Nous devons constater par ailleurs que les familles sont souvent absentes, les résidents ayant connu très tôt pour certains d'entre eux, des épisodes d'errance qui les ont conduit à la rupture des liens familiaux et amicaux. Dès lors, il arrive que l'institution soit

assimilée à un refuge, un lieu sécurisant qui protège de cette exclusion récurrente vécue dans le milieu social ordinaire ressenti sur un mode délirant et persécutif.,

Les délégués à la tutelle ou curatelle sont concernés et associés aux projets individualisés des personnes. Une concertation étroite est menée dès les premiers temps de l'entrée des résidents dans l'établissement. Les relations sont parfois un peu tendues lorsque sont rappelés les projets de sortie de certains (crainte que les majeurs protégés s'exposent aux difficultés qu'ils ont déjà connues : abandon des soins, comportements antisociaux, agressions ou/et invasions extérieures, détérioration importante des appartements) La « désinstitutionnalisation » tant souhaitée par les pouvoirs publics rend leur travail difficile car elle augmente le nombre de dossiers à traiter sans pour autant apporter de soutien dans un travail où les délégués se trouvent seuls dans l'accompagnement éducatif et social qu'ils ne peuvent assumer parallèlement à la gestion des prestations sociales.

#### L'hôpital et les institutions de soins

Des liens forts existent avec les secteurs psychiatriques et les services demandeurs pour des admissions ou des suivis d'hospitalisation des résidents admis. Cependant la communication parfois difficile relève de plusieurs raisons :

A l'hôpital, la représentation du service médico-social apparaît comme la gestion du handicap assimilé à un déficit ou à une incapacité et s'impose donc comme une prestation de protection sur du long terme et une assistance qui avoisine plus le nursing que l'accompagnement social.

La liste d'attente des demandeurs est très longue en raison du manque d'équipement départemental susceptible de répondre aux besoins d'hébergement encadré des malades mentaux et de la durée des séjours à Triade.

Un certain agacement est perceptible devant les admissions en urgence lorsqu'un des résidents décompense. Cependant de 1997 à 2002 on assiste à une baisse constante des journées d'hospitalisation : 1169 en 1997 contre 649 en 2002 ;

Les services comprennent difficilement l'arrêt des prises en charge de certains malades dont les troubles récurrents rendent difficiles la vie en communauté ou en appartement. Par ailleurs, au-delà d'un certain délai (45 jours renouvelable une fois), l'établissement doit justifier à la D S G la réservation de la place d'un résident hospitalisé. Cette disposition dont sont avertis les médecins a pour effet de précipiter des sorties d'hospitalisation qui ne sont pas toujours adéquates avec l'état de santé des personnes qu'il faut réhospitaliser peu de temps après.

Ma dernière remarque concerne les personnes sorties de l'établissement. Installées en logement personnel, elles font principalement appel aux équipements de leur secteur qui, saturé de demandes, (le centre-ville de Bordeaux particulièrement), a du mal à assurer la prise en charge ambulatoire. Pour ces personnes il arrive fréquemment que des hospitalisations répétées remettent en cause le processus d'insertion insuffisamment préparé et mal encadré. Les services de l'hôpital réadressent alors les patients à Triade pour de nouvelles prises en charge. L'établissement n'en a pas toujours la possibilité, et n'est pas toujours d'accord avec certaines réorientations ; il s'agit le plus souvent de situations complexes de personnes échappant aux dispositifs proposés (soins hospitaliers, suivi de traitement, règles sociales non respectées).

Les demandes de l'établissement pour les hospitalisations sont plus ou moins explicites: répondre à l'urgence en cas de crise constitue leur objet habituel. Liées à cette demande, d'autres sont plus ou moins nettement formulées : Surveiller, contrôler, contenir car ce n'est pas dans les moyens de l'institution ni sa fonction d'opérer en force et d'assurer une mission sécuritaire; séparer la personne de son milieu dans un contexte de tension pour protéger l'entourage ou la personne elle-même peuvent ainsi faire l'objet de demandes d'hospitalisations. La psychiatrie renvoyée à son ancienne fonction ségrégative s'agace de ces transferts de responsabilités, pour lesquelles elle dispose de réponses techniques sur un court terme mais qui, pour le long terme, repose la question d'un travail axé sur la socialisation et la citoyenneté. L'hôpital répond de moins en moins aux besoins d'accompagnement social et a du mal à élargir son champ de compétence sanitaire.

Des liens forts existent également avec les cliniques spécialisées, les maisons de repos, les institutions médico-sociales et les foyers de post-cure. Ces établissements sont fortement demandeurs d'un relais pour des patients ne nécessitant plus de soins intensifs et en attente d'un hébergement dans le cadre d'une prise en charge adaptée. De son côté le foyer sollicite des séjours dans les maisons de santé spécialisées afin de répondre aux besoins d'un patient nécessitant une période de repos ou demandeur d'un milieu de soins plus intensif. De part et d'autre les délais d'attentes ne sont pas toujours compatibles avec la réalité de la situation des malades.

#### L'environnement de proximité

C'est un domaine qu'il faut traiter de sorte que la stigmatisation des personnes ne soient pas à l'origine de nouvelles situations d'exclusion.

Les problèmes de voisinage amènent des interventions auprès des habitants proches des logements des résidents qui connaissent des situations de crise. Le dialogue, les démarches de conciliation les aident à ne pas se bloquer sur des positions définitives et rejetantes.

L'action au quotidien avec l'environnement est celui de l'interaction proximale : le quartier, les commerçants, les voisins, là où se tissent et se nouent les liens indispensables de suivi, de bienveillance, de vigilance et de régulation sociale.

L'établissement engage les résidents à utiliser autant que faire se peut les structures culturelles, sportives, administratives et commerciales de leur zone d'habitation.

Ces éléments conditionnent un travail de médiation et d'accompagnement qui reste bien en deçà des besoins, et qui surtout s'arrête à la sortie des personnes.

#### Les partenaires institutionnels :

Le schéma départemental des établissements et services pour adultes handicapés de la Gironde a été adopté en décembre 1998.

Il met l'accent sur la complexité d'un dispositif segmenté entre le social, le médico-social et le sanitaire, partagé entre les compétences et les interventions de l'Etat, des conseils généraux, des régimes d'assurances maladie ou encore des assureurs privés. Il met ainsi en évidence l'isolement de certains acteurs du champ du handicap et la connaissance imparfaite des secteurs d'intervention de chacun.

Il révèle l'insuffisance de relais médico-sociaux pour répondre aux besoins des malades mentaux stabilisés qui demeurent à l'hôpital faute de solution intermédiaire entre lieu de soin et lieu de vie personnel, bien qu'un gros effort ait été fait ces dernières années en matière d'hébergement en co-financement avec l'assurance maladie pour les personnes lourdement handicapées. 5 F D T ou Foyers d'Accueil Médicalisé sont actuellement ouverts en Gironde, mais les taux d'occupation sont proches des 100% et les listes d'attente pour des admissions chroniquement saturées. D'autre part les handicaps dont souffre leur population sont très différents et nécessitent des dispositifs d'accueil et d'encadrement personnalisés.

Le Schéma Régional d'Organisation de la Psychiatrie intégré au S R O S est actuellement mobilisé, dans le cadre d'une nouvelle définition, sur les conditions de prise en charge des malades mentaux stabilisés et recherche des solutions pour trouver des réponses sanitaires coordonnées avec des dispositifs d'action sociale. Cette nécessité s'inscrit dans une problématique marquée par une saturation de la possibilité d'accueil en soins psychiatriques et un manque endémique de personnel médical pour suivre les malades.

L'examen de la position des différents partenaires du F A M révèlent des attentes et des logiques particulières qui ne convergent pas vers l'objectif central de la mission dont il est chargé. La trame des projets de réinsertion s'en trouve dès lors fragilisée, et s'inscrit en décalage par rapport aux attendus des nouvelles politiques sociales et de santé.



### **2.2.2 La trame incertaine d'un projet de réinsertion.**

Entre hébergement visant une médiation socialisante et souci thérapeutique, la gestion d'une position de dépendance et le développement de l'autonomie demandent aux résidents une réorganisation psychique et des capacités à prendre leur destin en main pour être acteur de leur devenir. La reconnaissance de leur statut de résident dans un lieu de vie inséré au plus près du milieu ordinaire, l'amorce d'une perspective sociale supposent un décentrement progressif des préoccupations dues à la maladie vers une reconquête de l'espace social pour investir une place de citoyen dès le moment où la stabilisation de la maladie le permet.

Cependant, les parcours des malades mentaux ne sont pas linéaires. La tendance au déni, par le sujet, de ses propres compétences sociales le conduit souvent à attaquer le cadre institutionnel et à glisser vers des processus d'auto disqualification. Ces conduites négatives sont induites par des facteurs ayant trait à l'atteinte des capacités de jugement et des facultés cognitives, à une expérience d'échecs répétés, à la difficile assimilation des règles sociales et à la recrudescence des troubles dans des projections délirantes et des sentiments de persécution. Elles entraînent des ré hospitalisations et dans le cas de la persistance des symptômes à des interruptions ou des fins de prise en charge. Les situations d'inertie défensive, si elles au contraire, ne font pas de bruit, verrouillent désespérément les projets.

La nécessité de faire intervenir la notion de contractualisation afin de favoriser la participation effective des résidents à leur projet exigent l'appui d'une formalisation plus claire de ce projet. Cela nous est apparu d'autant plus utile dans des situations complexes mettant à mal les équipes et le climat de l'institution.

D'autre part les écueils de l'accompagnement ont fait jour dans les tentations de faire à la place de l'autre, et d'une surprotection qui entraînent une dépendance à l'institution et le risque d'un engluement dans la relation.

La fragilité des parcours vers une réinsertion durable est soulignée par l'analyse des sorties.

### **2.2.3 L'analyse des sorties**

Au moment de leur sortie, les personnes connaissent une relative stabilisation et ont consolidé leurs capacités d'autonomie. Les sorties signent la fin des prises en charge.

La durée moyenne de séjour est actuellement de 3 ans ; elle est en baisse par rapport à il y a quelques années ; elle doit être modulée par la présence de séjours courts (quelques semaines à quelques mois) révélant souvent une erreur d'orientation ou une orientation prématurée, et la fin de séjours de plus de 5 ans. Un tableau rendant compte de ces

indications peut être consulté en annexe IV : « Répartition des admissions et des sorties de 1997 à 2000 »

L'analyse des sorties sur 10 ans montre que :

- la majorité des résidents sortent vivre dans des appartements individuels (57%),
- un petit nombre (20%) : bénéficie d'une réorientation après une nouvelle hospitalisation clôturant le séjour à Triade, sur une décision de la personne ou obligée par des incapacités à vivre dans la structure.
- les retours en famille représentent 12%, différant le moment de trouver un jour ou l'autre une solution pour une vie plus autonome.
- 8% sont des départs en hébergement spécialisé ou autre (maison de retraite, pension de famille, résidence de vie du milieu associatif : UNAFAM).

Le lecteur se réfèrera à la consultation de l'annexe IV pour les sorties réalisées de 1997 à 2002.

On observe à partir de l'analyse des sorties que pour certains malades mentaux la vie sera émaillée d'une alternance entre lieu de vie et hôpital.

Alors que les conditions de sortie s'appuient sur un ancrage dans le social et une gestion personnelle du traitement, il s'avère que dans la durée, 50% des personnes sorties vivant en appartement privé doivent être hospitalisées. Ces hospitalisations interviennent dans un laps de temps variable mais nombreuses sont celles qui sont nécessaires dans un délai de six mois à un an après la sortie du F A M. De plus, leur réitération dans certains cas aboutit au constat de telles situations de précarité et de vulnérabilité que le maintien en milieu ordinaire est devenu très difficile.

La cause de ces rechutes relève dans la majorité des cas de l'arrêt du traitement qui lui-même est la conséquence de positions subjectives multiples : confusion entre indépendance et guérison, sentiment d'abandon, repli sur soi défensif devant les exigences du quotidien et de la société et ruptures relationnelles empêchant toute mobilisation vers les relais préconisés pour les soins et la vie sociale.

La mission du foyer s'arrête à la sortie des personnes qui, dès lors, ne sont plus comptabilisées sur l'effectif, mais en réalité à leur demande et pour viabiliser les projets d'installation des éducateurs et des infirmiers référents continuent de les suivre de loin en loin pour organiser un étayage médico-social à minima. Ce travail n'est pas toujours réalisable et en l'absence d'une réelle formalisation ne peut perdurer au-delà de quelques mois.

Les relais en matière de soins concernent essentiellement les secteurs psychiatriques, la médecine de ville, ou les dispositifs de certains établissements de type associatif pour des hôpitaux de jour, des clubs thérapeutiques ou des services ouverts par des associations d'usagers tels ceux de l'U N A F A M.

Les C M P des secteurs ont vu leur file active augmenter de façon considérable au cours de ces dernières années et ne peuvent plus assurer des réponses soutenues dans la fréquence si ce n'est dans le temps. Les dispositifs dépendant de la situation géographique du logement des usagers, ceux-ci doivent prendre contact avec de nouvelles personnes en cas d'errance ou de déménagements, ce qui est un autre facteur de rupture dans leur parcours en santé mentale.

L'hôpital reste le destinataire des malades en crise, les accueille en urgence puis, dans les cas où ils ne bénéficient d'aucun appui social, et familial, doit apporter des solutions en matière de prise en charge psychosociale. Ses équipements saturés, ne correspondant pas toujours aux indications, il s'adresse au foyer pour des réadmissions qu'il estime nécessaires et pour lesquelles il lui paraît que le F A M est équipé. On assiste alors à une sorte de circularité des patients dans le dispositif institutionnel concerné par la santé mentale.

Malgré une Durée Moyenne de Séjour de 3 ans, il y a la réalité d'une liste d'attente importante (15 dossiers au 1/01/2003, 23 au 01/01/2002) pour l'accueil de nouveaux résidents. En dehors de cela la solution d'une réadmission au F A M ne peut être que ponctuelle car elle comporte des risques :

- Celui d'amoindrir une dynamique institutionnelle centrée sur la mise en œuvre de stratégies d'insertion et de réadaptation au milieu ordinaire, de phénomènes de seuil et d'épuisement pour son personnel, en particulier pour le foyer qui voit revenir les cas les plus difficiles du point de vue de la dépendance à l'institution.

- Un danger perdure, celui de renoncer pour les résidents au droit à la réinsertion sociale et à la citoyenneté. L'institutionnalisme comme l'hospitalisme entraîne inéluctablement une marginalisation des malades mentaux et contrarie les orientations récentes des politiques sociales comme les préconisations en santé mentale, ouvertes à davantage d'intégration.

Le devenir des personnes sorties de l'institution pose dans ces conditions des problèmes de responsabilité éthique à tout le personnel et à la direction de l'établissement. Pour préserver une dynamique de projet crédible pour les malades, nos partenaires et les professionnels qui y travaillent, la direction de Triade n'envisage pas sa mission comme se réduisant à un traitement des problèmes rencontrés lors de la présence des usagers dans la structure.

Pour reprendre les propos du philosophe bordelais Patrick Rodel, participant à un récent séminaire de direction de l'Association: « Pour qu'il y ait des projets, il faut une

ouverture, non pas vers un futur déterminé, mais vers un lieu d'avènement, d'advenue des possibles impossibles »<sup>57</sup>

## 2.3 PRENDRE EN COMPTE UN CONTEXTE SOCIÉTAL ET POLITIQUE EN ÉVOLUTION

L'évolution du dispositif déployé par « Triade » pour améliorer ses prestations envers ses usagers se situe dans un débat très actuel. « La question de la situation du handicap des personnes souffrant de troubles psychiques, à la rencontre des champs de la santé mentale et du handicap, dans sa complexité, renvoie aux grands problèmes de société »<sup>58</sup>. De grands chantiers ont été ouverts à l'intérieur des politiques sociales et médico-sociales qui ont trait à l'exclusion et la prise en charge du handicap, ainsi que dans le secteur de la santé mentale en matière de prévention et de soins.

Depuis des années déjà les politiques, à l'instar des associations et de la société civile, ont mis le doigt sur les dangers de l'exclusion et de la précarité.

La loi 2002 réformant la loi sur les institutions sociales et médico-sociales comporte des aménagements relatifs à la prise en charge des handicapés en insistant sur les droits des usagers et la possibilité de reconnaître de nouvelles structures ou des solutions innovantes. « La conquête des droits est réellement en marche pour tous les groupes de personnes handicapées depuis un siècle, laissant de côté les espaces clos, la relégation et l'abandon social pour construire un ensemble de droits, sans doute différents, mais assez proches du droit commun »<sup>59</sup>

Par ailleurs, des idées fortes se dégagent de la loi : Soigner et aider de manière adaptée et évolutive, favoriser la mise en synergie des partenaires, éviter la rupture dans le soutien médical et social. Ces idées sont présentes et développées dans des rapports dont les conclusions et les recommandations servent la réforme de la loi d'orientation 75-534 du 30 juin 1975 sur la politique en faveur des personnes handicapées pour laquelle l'année 2003, consacrée par ailleurs « année européenne du handicap », est une étape marquante.

---

<sup>57</sup> Patrick Rodel *Séminaire de direction : « Du projet associatif au projet personnalisé »* Octobre 2000

<sup>58</sup> Rapport Charzat, « ...pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques... » mars 2002

<sup>59</sup> G. Zribi ; J.Sarfaty : *Handicapés mentaux et psychiques ; vers de nouveaux droits* p 21

## 2.3.1 Des lois et des rapports en faveur d'une reconnaissance sociale des usagers

### 2.3.1.1 Pour la promotion de la citoyenneté

#### Le texte de la Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002

Il présente des lignes d'évolution dont l'axe essentiel est de recentrer les services sur les besoins des bénéficiaires et leurs attentes dans le respect de leur droits compris comme ceux de tout citoyen dans la vie civile. Il est porteur d'une ambition : celui de promouvoir une reconnaissance sociale des personnes porteuses de handicaps, jusque-là soumises à une logique d'assistance et de placement en institution. Au contraire « la philosophie du nouveau travail social <sup>60</sup> » tend à privilégier des services d'aide et d'accompagnement diversifiés permettant à l'utilisateur de vivre selon son choix dans le milieu ordinaire.

En conséquence les structures doivent moduler leurs dispositifs pour apporter des réponses répondant aux exigences de qualité et de bonnes pratiques et contractualiser leurs services en fonction d'une évaluation des besoins opérée dans une approche globale des intéressés, avec leur consentement éclairé.

La participation des personnes à la mise en œuvre de leur projet d'accueil ou d'accompagnement est un axe fondamental de la reconnaissance de leurs droits ; elle les sollicite en tant qu'acteur à part entière et renverse le postulat sur lequel repose le système d'aide sociale basé sur l'assistance.

Les outils dont chaque établissement devra se doter pour l'application de ces droits font donc partie des priorités à retenir dans les stratégies de direction, bien que les décrets d'application n'aient pas encore paru. Il s'agit d'anticiper et de préparer, personnes accueillies, personnel et partenaires à leur utilisation.

De ce point de vue le F A M dispose d'un certain nombre d'outils qui doivent faire l'objet d'une réactualisation ou d'une réflexion pour un positionnement clair.

- Le règlement intérieur, destiné en premier lieu à réguler la vie en commun, est remis et lu à l'intéressé au cours de la procédure d'accueil ; devenu règlement de fonctionnement prévu à l'article L 311-7 du *CASF*, il doit faire l'objet d'une révision compte tenu de la périodicité requise de cinq ans maximum.
- Le conseil de la vie sociale qui a succédé au conseil d'établissement demande un suivi et un engagement fort.

---

<sup>60</sup> J-R Loubat : « Instaurer la relation de service » p4

- Le document individuel de prise en charge est insuffisamment partagé avec les personnes concernées pour être réellement un contrat de séjour ou représenter le fil rouge d'un projet individualisé.

- La plaquette de présentation de l'établissement tient lieu de document d'information en l'absence d'un livret d'accueil visé à l'article 311-4 du *CASF*. Il n'est pas intégré à la procédure d'admission et manque à la fois aux postulants et à l'information de partenaires cherchant des solutions d'accueil pour des personnes lourdement handicapées.

Le deuxième volet de la loi développe la nécessité d'une offre personnalisée, reposant sur des services souples qui opèrent en partenariat multiple.

A l'institution unique se substitue une complémentarité de services de proximité, chaque prestataire étant, dans un souci de cohérence, dans l'obligation de se concerter avec ses partenaires.

La contractualisation devient alors un mode de négociation entre partenaires, entre interlocuteurs dont sont en premier lieu les bénéficiaires, promus sujets et acteurs de leur destinée.

La loi du 4 mars 2002 <sup>61</sup> relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme les principes de solidarité envers les personnes handicapées (Titre I) et les fondements d'une « démocratie sanitaire » reposant sur les droits de la personne (Titre II chapitre 1er) Nous y retrouvons les droits à l'information, au consentement et à l'expression de leur volonté ainsi que la participation des usagers au système de santé. Cette loi confirme l'émergence de l'usager citoyen, acteur de sa prise en charge et dont l'affirmation des droits engage les établissements sanitaires à des engagements contractuels et réglementaires nouveaux envers ses bénéficiaires.

### 2.3.1.2 Pour l'amélioration de l'insertion sociale des handicapés psychiques

#### Le rapport Charzat

En 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 », Monsieur Michel Charzat, député de Paris, a proposé dans un rapport à Madame Ségolène Royal ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, un état des lieux assorti d'un certain nombre de recommandations. Ce rapport relève la discrimination, le rejet et la ségrégation dont souffrent encore les handicapés dits psychiques et la nécessité de répondre à leurs besoins de soins et d'accompagnement en fonction des difficultés

---

<sup>61</sup> Loi n 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

constatées. Devant « un handicap sévère mais qui bénéficie de larges périodes de rémission et n'est jamais figé », les accompagnements et les aides doivent être pérennes et adaptées.

Les recommandations préconisées dans ce rapport touchent à l'articulation du projet de soin avec le projet de vie des personnes par le rapprochement des secteurs sanitaires et social ou médico-social.

Elles traduisent un nouvel abord de la personne handicapée psychique et favorisent les aides à apporter sous forme d'accompagnement à l'insertion sociale pour ne pas accentuer les ruptures ravageantes dues à la nature de la maladie. La participation à la vie sociale et la lutte contre l'isolement peuvent trouver des solutions dans le développement d'une vie associative et culturelle d'une part et l'accès facilité à l'emploi d'autre part. Ces orientations sont à promouvoir dans les milieux spécialisés .

Faisant référence à la loi du 2 janvier 2002, Michel Charzat rappelle qu'elle permet :

- par l'article L.312-1 du *CASF* , l'accès des handicapés psychiques à des services spécifiques comme les F A M et les appartements de coordination thérapeutique, ainsi qu'à des services de soins, d'aide et d'accompagnement.
- de promouvoir des formules innovantes grâce au statut conféré dorénavant aux établissements et services expérimentaux par les articles L.312-1 et L.312-7
- de préciser, dans le cadre de la convention obligatoire conclue entre le préfet et le conseil général, en application de l'article L.312-6, la politique commune à conduire pour les handicapés psychiques, les liens à établir avec les plans de santé mentale et les articulations générales à prévoir entre les différents dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés.
- de mettre en place à partir des dispositions prévues à l'article L.312-7, des conventions permettant la promotion de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés mais également des réseaux décloisonnés avec le champ sanitaire.

### 2.3.1.3 Favoriser les services

Le rapport d'information Paul Blanc : « Compensation du handicap, le temps de la solidarité » à la commission des affaires sociales en 2002, propose de simplifier le système institutionnel afin d'aider les personnes handicapées à « maîtriser leur choix de vie » et d'organiser le système de prise en charge autour de leurs besoins à partir d'une appréciation personnalisée de leurs potentiels. Le recentrage et la mise en cohérence des dispositifs doivent prendre en compte « un véritable parcours de vie » établi à partir des choix et des projets de la personne. La création de sites pour la vie autonome et de guichets uniques permettrait des interventions dans une logique de services de proximité qui favoriserait le maintien des personnes dans le milieu ordinaire.

### **2.3.2 Le plan santé mentale : pour une prise en charge médico-sociale de proximité**

De plus en plus le cadre de la psychiatrie s'élargit et passant de l'asile à la cité devient « santé mentale ». L'OMS envisage la santé comme un état de bien-être physique mental et social et affirme l'interconnexion des trois composantes qui concourent à la santé de l'individu bio-psycho-social. Les troubles psychiques d'une personne concernent son entourage, sa famille, son quartier, ses relations son travail et toute la société. Aucune compréhension n'est possible sans resituer le symptôme dans la culture et dans l'histoire personnelle des personnes en souffrance ; la psychiatrie rejoint alors le politique dans l'organisation de la cité et dans la protection sociale. La santé mentale devient dans cette optique un enjeu de citoyenneté et la psychiatrie doit travailler en partenariat avec les réseaux sociaux pour servir une politique globale de santé de la population.

Le plan Santé Mentale : « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » a paru en Novembre 2001. Il s'inscrit dans le contexte des travaux alimentés par le rapport des Docteurs Piel et Roelandt<sup>62</sup> remis en juillet 2001, ainsi que par la mission de Michel Charzat dont j'ai rapporté les recommandations. Ces travaux s'appuyant également sur la loi relative aux droits des malades, permettent de proposer une évolution de la politique de santé mentale et des actions visant à :

- lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales
- renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux
- développer les partenariats entre les acteurs concernés par la santé mentale en incitant à une articulation étroite des décideurs locaux
- amplifier le développement d'actions d'insertion sociales et professionnelles
- organiser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale

### **2.3.3 Reconsidérer la gestion de l'accompagnement : une nécessité.**

Le foyer d'accueil médicalisé Triade exerce sa mission dans un champ particulièrement sensible où la direction de projet doit veiller à préserver l'exigence des soins et dynamiser une logique d'accompagnement social pour faire aboutir les projets de réinsertion sociale.

Pour développer l'autonomie des malades mentaux stabilisés, institutionnalisés depuis longtemps, la structure a ouvert l'hébergement en foyer sur l'extérieur par une organisation éclatée en petits appartements auxquels ils peuvent accéder progressivement

---

<sup>62</sup> JP Roelandt, E Piel : *De la psychiatrie vers la santé mentale* »



ou directement. L'action médico-sociale sociale vise à agir sur leur isolement en encourageant leur participation à la vie sociale par le biais d'activités qui les mettent en relation avec les autres en s'appuyant sur les potentiels mobilisables pour développer leurs capacités à gérer leur vie quotidienne. L'accueil en appartement recueille sur ce plan des expériences réussies, contribuant à l'épanouissement et à l'autonomie de nombreuses personnes. Pourtant, la question de la réinsertion dans la durée se heurte au problème récurrent de la dépendance au lieu de soin en termes de repli et de rupture des liens.

L' évolution des politiques sociales et de santé mentale pour la reconnaissance des droits envers les personnes handicapées et les malades est un facteur insuffisamment pris en compte dans une démarche qui devrait permettre de rendre plus effective leur place dans la cité en termes de participation au lien social pour la réalisation d'une citoyenneté patente. L'absence du fil rouge d'un projet formalisé à partir de la personne ne favorise pas la nécessaire contractualisation :

- qui mobiliserait la responsabilité et la participation des résidents dans leur prise en charge.
- qui renforcerait les coopérations internes et externes entre les acteurs institutionnels afin que le projet de l'établissement devienne une construction partagée et le résultat d'une concertation associant les points de vue de l'ensemble des personnes.

A la relecture du projet de l'établissement j'ai fait ressortir la nécessaire cohérence à obtenir de la part d'acteurs aux cultures différentes, la culture soignante s'étant jusque là imposée comme référence. Se recentrer sur le soutien à la réinsertion sociale oblige à mettre en évidence l'interaction entre l'individu et son environnement, que ce soit dans le domaine de sa vie personnelle ou de manière extensive dans la dimension sociétale.

Par ailleurs, j'ai fait apparaître le besoin d'un décloisonnement des pratiques dans le but de répondre à la nécessaire complémentarité des interventions entre sanitaire et social et à dépasser ce clivage pour trouver des solutions ouvertes à une transversalité des interventions qui prenne en compte les trajectoires des personnes dans la globalité de leurs attentes et de leurs besoins.

Soutenir la réinsertion sociale des malades mentaux stabilisés suppose de mettre en œuvre des moyens pour la préparer, non seulement en termes de dispositifs et d'actions d'accompagnement pendant le séjour des résidents, mais aussi à penser des solutions pour l'après-foyer, l'absence de relais d'accueil dans une dimension contractualisée faisant défaut. Si l'accompagnement se construit en effet à partir de l'utilisateur et de la mission du foyer pendant le temps de son séjour, sa réinsertion n'est qu'en cours d'accomplissement à la sortie de cette phase transitoire et son autonomie reste d'autant plus fragile qu'elle est dépendante de l'environnement dans lequel il va s'installer.

Prendre en compte cette dimension oblige à penser un parcours qui puisse s'inscrire dans la durée en intégrant des problématiques qui existent au delà de l'institution.

### **3 - GÉRER UNE STRATÉGIE NOUVELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

La stratégie d'une direction d'établissement est en lien étroit avec son projet. Ma conception du projet d'accueil de malades mentaux stabilisés dans le cadre d'un Foyer d'Accueil Médicalisé est liée à l'affirmation d'un certain nombre de choix.

- Préserver l'attachement aux valeurs associatives qui sous-tendent notre action : associer les dimensions cliniques ou thérapeutiques et la dimension sociale, et préserver une dynamique de recherche pour répondre au plus près des besoins des usagers.
- Concevoir une dimension citoyenne de l'action sociale en promouvant sa co-construction avec tous les acteurs.
- Agir en interaction avec les institutions de l'association et du secteur santé mentale et en réseaux pour faire face aux problématiques complexes et à la multiplicité des besoins
- Développer des modalités d'accompagnement dans la durée et des relais pour assurer une réinsertion dans la cité

Pour cela, il s'agit en premier lieu d'adapter l'organisation interne en vue d'obtenir un meilleur positionnement de nos méthodes opératoires et de nos attitudes de travail pour autoriser une participation plus importante des personnes accueillies. Cette démarche engagera des changements qu'il faudra accompagner par des actions de formation afin de faciliter la mise au travail et l'adhésion d'une communauté tournée vers des objectifs communs.

Renforcer la perception d'une coopération nécessaire et les liens avec notre environnement social et nos partenaires du secteur santé mentale devrait servir une meilleure préparation en amont de l'accueil au foyer et les modalités d'accompagnement pendant le temps de la prise en charge.

Corrélativement, la mise en place d'un dispositif tangible d'accompagnement après la sortie s'est imposé à la réflexion de l'équipe. J'ai piloté le projet d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale qui a retenu la participation de deux éducateurs de l'équipe de l'unité d'hébergement en appartement et le soutien de l'association. Ce projet fait actuellement l'objet de la rédaction d'un dossier qui sera soumis dans un premier temps à l'approbation du Conseil d'administration de l'association. Il sera dans un deuxième temps présenté et défendu devant le CROSMS pour l'obtention de son autorisation et de son habilitation.

## 3.1 UNE STRATÉGIE RELATIVE A LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE RÉINSERTION

### 3.1.1 Rechercher la participation des résidents à leur projet de vie

En élargissant le droit des usagers, la loi du 02 janvier 2002 « introduit l'idée novatrice et moralement stimulante que l'implication et la responsabilisation des usagers font partie intégrante du système d'élaboration et de fonctionnement des réponses et qu'elle est un facteur d'amélioration de la qualité des prestations »<sup>63</sup> Mettre en place des modalités concrètes de participation au delà des aspects réglementaires constitue un facteur de mobilisation réelle pour des personnes qui se réfugient dans des positions de repli et qui se désintéressent, apparemment, du monde qui les entoure.

#### 3.1.1.1 La question des droits et le concept de citoyenneté

Cette notion a émergé dans les années 90 dans le cadre de l'affirmation de plus en plus vive des droits de l'homme, de la femme, des enfants, des minorités et des personnes handicapées. Qu'elle appelle à des comportements nouveaux dans le fonctionnement des institutions du secteur médico-social ne cesse d'être rappelé, alors que les réponses se résumaient souvent en encadrement contenant et isolant.

Ainsi la citoyenneté, si elle se réfère en premier lieu aux droits accordés à tout citoyen, ne s'y limite pas. Occuper une place dans la cité en est l'enjeu essentiel. La voie d'une reconnaissance sociale et l'intégration dans la société civile ordinaire réaffirmée par la loi de janvier 2002<sup>64</sup> nous invite à développer les facultés de la participation des usagers à la vie sociale à travers une démarche projet susceptible de favoriser chez eux une position d'acteur, « co-producteur et co-évaluateur des services qui lui sont rendus »<sup>65</sup>

Il me paraît indispensable que l'établissement s'engage alors à accueillir ses usagers dans le cadre d'un projet personnalisé et d'une démarche de contractualisation.

#### 3.1.1.2 Un projet pour la personnalisation des parcours

La notion de projet individuel déjà présente dans la loi de 1975 est réaffirmée dans les Annexes XXIV (articles 9 et 29) préconisant le recentrage du projet des établissements en direction de l'usager. Dans la loi de janvier 2002, la notion de projet devient le support

---

<sup>63</sup> G Zribi, J Sarfaty . *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits* p 64

<sup>64</sup> Article 1.Chapitre 1 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

<sup>65</sup> M Laforcade ; Ph Ducalet . *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* p 78

central de toute action éducative, de tout accompagnement sur un mode participatif, à commencer par l'utilisateur.

L'utilisateur (ou son représentant), dans le contexte de la loi, a la possibilité de faire des choix, de faire valoir ses besoins, de participer à la gestion des structures ( article L.311-3).

L'accompagnement c'est faire un projet avec une personne, dans le cadre d'une intervention sociale qui n'est plus linéaire mais implique plutôt une démarche plus labyrinthique, se construisant en lien avec les besoins des individus.

#### Un outil technique posant les principes et les termes d'un accompagnement.

De façon générale, envisager une dynamique de projet, que ce soit à court ou à moyen terme invite le sujet à imaginer et à créer son propre avenir. Ce peut-être un but tout à fait simple à réaliser en peu de temps, ou à l'extrême, le rêve de toute une vie. Le terme projet est porteur d'espoir et de mobilisation, il implique une méthodologie spécifique, où les objectifs à atteindre sont mesurables, et où les moyens à mettre en œuvre sont à la portée de la personne concernée. Il n'est pas le lieu de l'utopie car il mobilise les réalités d'une personne, prend appui sur des éléments existant dans une situation donnée et vise à leur évolution.

Une pédagogie de l'autonomie est à la clef de la méthodologie dans la mesure où la personne accompagnée est responsabilisée dans ce qu'elle entreprend, et qu'elle est le véritable porteur de projet.

Les accompagnants aident leur interlocuteur à exprimer ses attentes, à formaliser son désir en prenant garde à ce que le projet qui sort de ce dialogue soit bien le sien. C'est dans une stratégie des « petits pas » que les résultats positifs sont encouragés, les échecs relativisés, et la continuité soutenue. Un projet individualisé ou personnalisé représente avant tout une matière à rencontre et à échanges dans le but de donner un sens à la présence de tous les acteurs dans un cadre d'intervention donnée et pour cela doit être en lien avec le projet issu de ce cadre, le projet de service.

Il est aussi un repère permettant la contractualisation avec les résidents à travers des objectifs fixés à termes variables.

L'accompagnement de projet doit s'effectuer dans le cadre d'une règle du jeu explicite. Du côté des résidents, il s'agit de définir ce qu'il recherche et comment il pense y parvenir, du côté des intervenants il s'agit de préciser les modalités de son aide, de rendre le projet réaliste et réalisable.

#### Revoir la procédure d'accueil : un préalable à la contractualisation

Dans le but de formaliser la procédure d'accueil en y intégrant la participation des nouveaux entrants, j'ai constitué des groupes de travail sur le livret d'accueil et la mise en place d'un document individuel de prise en charge de la personne accueillie.

Deux groupes composés d'une part de deux éducateurs de chaque équipe et du chef de service, d'autre part de deux infirmiers de chaque équipe et des médecins ont pour charge de définir respectivement les éléments qui serviront à formaliser le contenu d'un dossier à double entrée, sociale et infirmière.

La réunion périodique de ces deux groupes aura pour objectif de soumettre un rapport d'ensemble aux équipes réunies afin de retenir les modèles qui serviront à la formalisation du document général d'accompagnement des résidents pendant leur séjour.

Ce processus, mis en place depuis le mois de mai 2003, a déjà retenu certains principes de base d'un travail en coopération avec les résidents.

- Etablir un état des lieux à l'entrée avec le recueil de données :

- Sur le versant social (liens familiaux et affectifs, autonomie par rapport à la vie quotidienne, gestion des démarches et des ressources, situation subjective par rapport au projet proposé, inscriptions sociales existantes)
- Sur le versant thérapeutique (traitements en cours et soins à prévoir, compliance par rapport au traitement chimiothérapique, autonomie sur la gestion des soins personnels et médicaux, psychothérapie, psychomotricité)
- Lister les partenaires avec lesquels des liens sont à préserver ou à établir en fonction des trajectoires et du lieu de provenance des personnes.

- Lire et remettre personnellement un règlement intérieur en expliquant la portée contractuelle des liens de coopération pour la construction progressive d'un avenir.

- Présenter au résident les référents qui seront chargés de suivre avec lui son projet et l'inscrire dans un groupe de parole.

- Constituer avec le résident un dossier « Triade », dans lequel il conservera le double de ses papiers administratifs ( Orientation C O T O R E P pour le F A M , attribution du taux d'invalidité, A A H, attestation de mutuelle, carte vitale sécurité sociale, carte d'identité etc. et le livret d'accueil où seront déclinés les prestations de service et le prix du séjour) Aider les résidents à se réapproprier les documents qui les représentent civilement, sans lesquels ils ne peuvent avoir accès à leurs droits, notamment pour ceux qui bénéficient d'une mesure de protection juridique, me semble un préalable à toute identité citoyenne.

- Etablir un document individuel de prise en charge auquel le résident aura accès dans le but de suivre « un fil rouge » sur le déroulement du séjour.

- L'accompagner dans son installation et le repérage du fonctionnement institutionnel.

Ces principes doivent tenir compte de la situation psychologique de la personne et être modulés en fonction de ses capacités réelles.

#### Des bilans de séjour pour la scansion du temps et la modulation du projet

La limite de temps fixé pour la prise en charge au F A M dépend des décisions de placement dans la structure par la C O T O R E P, renouvelées régulièrement à la

demande du résident et de l'établissement. Le temps est cependant limité par les attendus concernant la formalisation progressive d'un projet de vie en dehors de l'institution. Faute de projet, l'espace temps de la vie devient une trajectoire où l'individu circule à vide. Cet aspect est d'autant plus sensible qu'une des dimensions du symptôme psychopathologique dans la psychose paraît bien être une tentative d'annulation du temps. La négociation de la durée de séjour avec les résidents est une occasion de faire le bilan d'un séjour et d'ouvrir les perspectives de l'avenir. Elle est par ailleurs une étape de réflexion pour les référents qui sont ainsi amenés dans ces moments à déterminer des axes de travail et d'accompagnement spécifiques, à les proposer et à les négocier puis les contractualiser avec les résidents concernés.

### L'évaluation

C'est un processus en continu scandé par les moments formels des bilans. Ils permettent au porteur de projet lui-même de mesurer et analyser, en fonction de ce qui a été élaboré avec lui au départ, sa progression vers la sortie dans des conditions d'autonomie touchant à la gestion de la vie quotidienne, ses relations sociales et ses capacités à se passer de l'institution. Ces bilans doivent intervenir au moins une fois par an et à partir de six mois passés dans l'institution.

#### 3.1.1.3 Favoriser l'exercice de la citoyenneté : Le Conseil de la vie sociale

A Triade, le Conseil de la vie sociale a pris le relais du Conseil d'établissement<sup>66</sup> mis en place au cours du dernier trimestre 1999. Ce dernier remplaçait une instance mensuelle d'expression et de consultation réunissant la totalité des résidents : le Conseil de maison où ne venaient plus que les habitants du foyer, ceux des appartements se sentant peu concernés. Cette démobilitation m'a engagée à revenir sur le cadre formel que la loi du 30 juin 1975 prévoyait déjà en termes d'instance de participation des usagers au fonctionnement de leur structure d'hébergement. Le Conseil de la vie sociale prévu par la Loi n° 2-2002 du 2 janvier 2002<sup>67</sup> ne s'appuyant pas encore sur des décrets précis à ce jour, il se déroule selon la formule de l'ancien Conseil d'établissement et réunit les 10 représentants élus et le directeur une fois par trimestre.

L'existence, la constitution et l'expression de cette instance soulève, au niveau de la direction, des enjeux à plus d'un titre. Quand bien même il n'intervient que comme instance

---

<sup>66</sup> Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 8 bis de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

<sup>67</sup> CASF. article. L. 311-6 (article 10 de la Loi du 2 janvier 2002)

de consultation, il est un facteur de valorisation du rôle social que peuvent occuper les résidents dans la structure qui les accueille et entraîne des effets.

- Rendre sensible aux personnes l'inscription de l'établissement dans ses liens avec l'association et les partenaires extérieurs.
- Au niveau de la composition des membres du conseil : la venue d'un membre du conseil municipal confirme la prise en compte de l'établissement par les pouvoirs publics au niveau du territoire.
- Le refus des résidents d'accepter dans un premier temps un représentant des familles pour bénéficier du chiffre maximum de sièges fait l'objet d'une discussion récurrente sur la nécessité de la coordination de notre travail avec les familles et les curateurs.
- Il permet aux résidents de valoriser leur association entre pairs responsables de leur prise en charge. Ainsi que le passage d'une problématique individuelle à une dynamique collective. La participation de trois représentants du Conseil de la vie sociale de Triade à l'Assemblée Générale annuelle de l'association en Juin 2003 a permis de rendre effective à ce niveau la relation directe avec les usagers en tant que personnes citoyennes en difficulté.
- Etablir une interface entre le personnel et les résidents pour susciter et développer la participation à leur cadre de vie a demandé aux équipes, et notamment aux personnels élus de se mobiliser sur un accompagnement spécifique pour ne pas laisser le fonctionnement se perdre dans les aléas de la vie quotidienne : rappeler les élus à leurs devoirs et aider les résidents à se saisir des questions concernant leurs conditions de vie au foyer pour les amener à la discussion et au débat dans une instance supérieure a fait l'objet de discussions touchant aux droits individuels, à la qualité de la vie, à ses aléas et au projet de socialisation inscrit dans la mission de l'établissement . Nous citons à titre d'exemple différents problèmes soulevés au cours des débats : remise en cause de l'interdiction de fumer dans certains lieux, isolation du coin téléphone, tolérance des états de crise, fermeture du foyer en été, participation aux menus avec le cuisinier, gestion de la vie quotidienne, protocole de soins, notion de référent, changement de médecin lors du changement d'unité etc.

Impliquée dans la responsabilité de la révision du projet de l'établissement, j'ai engagé un chantier qui a pour cadre la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Il s'agit de concevoir, adapter, mettre en oeuvre les outils qu'elle impose aux structures d'accueil pour développer la participation des personnes à leur prise en charge aux fins d'une responsabilisation. Cette orientation des politiques sociales fait l'objet d'une information régulière dans le cadre du Conseil. Nous avons retenu ensemble le principe de

mettre à la discussion les travaux concernant le règlement de fonctionnement <sup>68</sup> et le projet d'établissement. Ceux-ci faisant l'objet de groupes de travail que j'ai inscrit au calendrier de l'année 2004, le conseil de la vie sociale sera régulièrement informé de l'avancée des travaux et d'un certain nombre de remarques recueillies au cours des séances et figurant sur leurs comptes rendus affichés dans le lieu de vie collectif.

La participation effective de l'expression des personnes accueillies et sa prise en compte réelle témoigne ainsi de leur utilité sociale dans la construction des outils nécessaires à l'encadrement de leurs conditions de vie, aujourd'hui pour eux-mêmes et dans le futur pour d'autres. Le travail projeté sur le règlement de fonctionnement, permettra de traiter les questions des droits et des devoirs de chacun car les questions de comportements sont souvent évoquées comme faisant problème, dans le foyer et dans les appartements où ils réveillent les réflexes d'exclusion d'un entourage habituellement tolérant.

### **3.1.2 Améliorer les pratiques professionnelles au regard de la mission d'insertion**

#### **3.1.2.1 Fédérer autour du projet d'établissement**

L'engagement de la direction dans une démarche stratégique aux objectifs lisibles constitue un préalable pour définir un sens à l'action. Situer cette action dans un environnement évolutif, susceptible de donner lieu à de nouvelles problématiques auxquelles il faudra répondre : communiquer, informer sur la réalité des enjeux d'aujourd'hui et de demain, favorisent les occasions de revenir sur la finalité de notre mission et d'interroger ce qui nous réunit : le projet de l'établissement.

L'adhésion à un projet mettant l'accent sur la réinsertion des personnes accueillies a posé des problèmes récurrents dans la mise en œuvre des restructurations successives de l'établissement ; elles ont été vécues comme imposées par les cadres dirigeants de la structure et de l'association. Bien que les choses aient considérablement évolué depuis la création du Centre de jour et de l'augmentation de l'accueil en appartements, donnant ainsi corps à l'expérience d'une réinsertion des résidents dans le milieu de vie ordinaire, les positionnements par rapport au projet demeurent encore flous du côté des personnels.

Intervenir dans une structure où le départ des usagers est souhaité au terme de la maturation d'un projet de réinsertion sociale implique de se référer non seulement à l'idée d'une promotion de leur autonomie mais aussi à un engagement de chacun dans

---

<sup>68</sup> L'article L.311-7 (article 11 de la loi du 2 janvier 2002) instaure un règlement de fonctionnement destiné aux usagers.



l'accompagnement des projets personnalisés par la mise en place de processus qui la favorisent.

Des opportunités à saisir : la révision du projet d'établissement et la démarche qualité.

- A l'initiative de l'association, et conformément aujourd'hui aux directives de la loi du 02 janvier 2002, la formalisation du projet d'établissement est à reprendre et à exposer tous les cinq ans devant le Conseil d'administration. Des journées institutionnelles réunissant les deux équipes ont été programmées à partir de l'automne 2003 afin de déterminer ensemble les orientations de travail et réviser le projet en fonction du contexte environnemental et de l'évolution des besoins des résidents. « S'inscrire dans une démarche projet, c'est s'inscrire dans une démarche de questionnement sans cesse réactualisée, d'où émerge une tension créatrice »<sup>69</sup>

C'est pour moi l'occasion d'introduire une véritable démarche d'analyse du projet actuel et d'en tirer ensemble les conclusions pour des changements de pratiques à partir de la définition d'un cadre de références partagées. Cette démarche a par ailleurs été anticipée par un travail préparatoire.

- En effet, la transversalité d'une démarche qualité, entreprise par la direction de l'association, a permis l'implication de tous les personnels dans la remise en cause de leurs pratiques en vue d'y apporter des améliorations. Rappelons, comme le souligne Jean- René Loubat, que la démarche qualité dans un établissement médico-social s'inscrit nécessairement dans deux logiques : « Celle de viser la meilleure qualité possible de service à l'endroit des bénéficiaires, celle d'utiliser au mieux les fonds alloués et d'offrir la meilleure efficacité fonctionnelle. Nous pouvons ainsi parler de qualité de service et de qualité de mission »<sup>70</sup>.

Au cours de l'année 2001, 78% des personnels de Triade, interrogés au cours d'une enquête de sensibilisation introduisant la nécessité d'une démarche qualité se sont prononcé en sa faveur. Elle a contribué à l'élaboration d'un état des lieux du fonctionnement des pratiques infirmières et éducatives pour les deux unités aux fins d'une ébauche d'auto-évaluation.

La constitution de groupes de travail veillant à une représentation de chaque corps de fonction, aboutissant à des synthèses de groupe par des rapporteurs issus de ces instances d'échanges, ont initié un processus qui a permis de mettre en évidence des constats déjà relevés par les cadres de direction. Des solutions aux problèmes soulevés étaient difficiles à faire accepter en raison des résistances liées à la crainte de changements imposés. La reconnaissance par les intervenants des limites aux modes d'intervention actuels, de la

---

<sup>69</sup> Ph Ducalet, M Laforcade : *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. p 189

<sup>70</sup> J R Loubat : *Instaurer la relation de service*. p 51

nécessité d'organiser un suivi plus formalisé pour l'accompagnement des projets personnalisés des résidents a été à la base de la réappropriation des solutions envisagées face aux faiblesses du dispositif.

Les décisions prises ont concerné

- La formalisation du processus d'accueil qui initiera une démarche projet pour chaque résident dont j'ai donné plus haut les principes. Elle sera effective en mars 2004, après l'approbation de ses protocoles par les groupes qualité de l'association qui, en parallèle, travaillent à la définition de référentiels communs pour le projet d'établissement, le livret d'accueil et le dossier de l'usager que chaque établissement pourra enrichir en raison des particularités des publics reçus et des pratiques internes.

- Le repositionnement de la notion de référent: La démarche projet nécessite le positionnement de référents, notion très contestée dans l'équipe lorsqu'elle présente le risque d'une responsabilité isolée, et à laquelle a été substituée la notion d'accompagnant car elle ouvre la perspective d'un travail en commun.

- o Un accompagnant coordinateur pour chaque résident aura, avec le chef de service, la tâche de rassembler, communiquer synthétiquement les informations, rédiger les bilans, les conclusions sociales pour le renouvellement des placements C O T O R E P et veiller à la coordination des actions en cours.
- o Des accompagnants nominatifs seront identifiés par pôles d'activités ou de projets : vacances-loisirs, travail et inscriptions sociales, projet de sortie, liens avec les partenaires extérieurs ( tuteurs, familles, structures relais de soins ou sociales) ateliers.

En préalable à ces désignations nous avons expérimenté des «commissions à thèmes» encadrées ouvertes sans obligation pour les résidents d'y assister. Pour exemple, la commission « Démarches : comment ça marche ? » centrée sur les questions administratives réunissait régulièrement les résidents des appartements. Elle a initié un groupe de résidents « Des marcheurs ! » volontaires pour aller recueillir des documentations pouvant servir d'aide aux démarches administratives, puis un groupe « Découvrir la ville » en vue de collecter des renseignements pratiques et des adresses de lieux récréatifs abordables. Les accompagnants de ces groupes ont prolongé leur animation dans des activités extérieures qu'ils ont soutenu par leur présence ou par une dynamisation depuis le centre de jour. Leur témoignage dans les réunions d'équipe ont initié ce travail par pôle projet ou pôle mission où il est intéressant d'intégrer directement les résidents.

Le recours à des accompagnants référencés a pour finalité de :

- o Constituer des pôles services repérables par les résidents en vue de faciliter leur mobilisation pour entreprendre leurs démarches .

- Situer personnellement chaque intervenant au sein de la communauté de travail en fonction d'une organisation de services, mobile et suffisamment souple, pour que chacun puisse constituer une force de proposition et d'appui.
- Ouvrir la structure à l'environnement extérieur en donnant des voies d'accès par le biais d'interlocuteurs identifiables.

Ce positionnement contribue à la qualité des actions et des suivis de projet par la responsabilisation de chacun et la stimulation de l'initiative individuelle. En outre, cette méthode de travail permettra d'apprécier et de mesurer les écarts existant entre intentions et résultats, favorisant ainsi l'appropriation d'une démarche d'évaluation.

### 3.1.2.2 Une appropriation de l'évaluation par des méthodes de travail en interne

Le travail social gagne en énonciation explicite de ses pratiques. L'évocation de l'éthique, trop souvent de principe, reste nécessaire en tant que telle comme support de l'engagement de chacun à travers des valeurs, celles de l'association. En outre, elle doit aboutir à un processus de construction collective qui doit être lisible.

Le principe : *dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit : reste à le prouver*, est reconnu comme une base d'identification des prestations et des processus qu'une démarche qualité vise à améliorer. L'appréciation des situations sur un plan clinique doit aussi être préservée pour une éthique de l'action.

La mise en place d'une régulation sur chaque équipe a initié depuis l'année 2002, une dynamique collective pour mettre au travail les positionnements personnels, la coordination et la cohérence des actions : Elle est à soutenir car elle représente le lieu d'une élaboration et la plate forme des échanges questionnant les pratiques. Elle permet de reconstruire les processus d'accompagnement dans leur globalité, d'appréhender la complexité et l'histoire des personnes, d'évaluer le travail entrepris et d'élaborer des pistes de travail pour rechercher de nouvelles réponses mais aussi pour en mesurer ensemble la pertinence et la validité.

### 3.1.2.3 Utiliser le levier des ressources humaines pour renforcer l'orientation vers l'insertion.

#### Valoriser les compétences professionnelles par la formation

La formation des personnels est déterminée à partir du P A U F dont la préparation est la source d'une dynamique collective et individuelle. Elle me permet par délégation du directeur et au titre de ma participation à la Commission Formation et Recherche de

l'association, d'intervenir auprès des équipes pour finaliser les besoins en formation. « Formations diplômantes ou qualifiantes, internes ou externes, la formation apporte à l'établissement des ressources qui lui permettent d'entretenir et d'élargir les compétences internes »<sup>71</sup>

A Triade, compte tenu de l'orientation du projet de service vers le soutien de la réinsertion sociale des usagers, les orientations de formation doivent tenir compte :

- Des compétences à la coordination des partenariats dans les actions de soins et d'accompagnement social pour faire évoluer le projet vers d'avantage de participation des résidents à la vie de la cité et dans la cité.
- D'une nécessaire mobilité entre les deux sites ; voire entre les différents établissements de l'association pour répondre de manière plus fine et plus adaptée aux besoins des usagers en terme de prise en compte des trajectoires institutionnelles.
- D'une révision de la répartition des postes devant le manque endémique de personnel infirmier, et la nécessité de renforcer le pôle d'accompagnement social sur l'hébergement en appartement.
- D'une intervention nécessaire dans les lieux de formation des travailleurs sociaux afin de sensibiliser les personnels nouveaux aux problèmes concernant les personnes handicapées psychiques . Dans le même sens, Il y a lieu d'encourager dans l'établissement l'accueil de stagiaires des formations sociales et infirmières, ces derniers disposant de peu de stages en matière de psychiatrie sociale.

Ces constats ont conduit la direction de Triade à prendre des décisions au niveau du plan de formation :

Former, communiquer et informer sont au cœur des débats d'aujourd'hui et des enjeux de demain. Les formations qu'elles soient initiales permanentes ou supérieures sont directement sollicitées par les évolutions des politiques. Celles-ci soulignent l'importance du décloisonnement nécessaire entre le champ du sanitaire et le champ du social, tandis qu'elles révèlent leur complexité dans la mise en œuvre de dispositifs adaptés. Prévenir l'exclusion et la précarité, répondre aux nouvelles attentes des usagers citoyens représentent des enjeux importants pour l'appareil de formation comme à ceux qui en assurent l'accès, employeurs et professionnels. Le projet de l'établissement évoluant en mettant l'accent sur les projets d'insertion et de suivi dans la cité, l'approche transversale des situations est devenue nécessaire, et avec elle , les capacités de travailler en partenariat, de médiatiser, de gérer l'accompagnement social tout en respectant la dimension clinique.

---

<sup>71</sup> P.Lefèvre : *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social* p 202

Il m'est apparu important de concrétiser cette analyse dans la définition des fiches de poste concernant les éducateurs et les infirmiers. Ce travail sera réalisé en collaboration avec la direction des ressources humaines de l'association pilotant une GPEC<sup>72</sup>. Les qualités requises dans l'accompagnement des projets devront faire ressortir les facultés d'évaluation des parcours des personnes et les capacités de coordination de projet, telles que je les ai définies à l'annexe V pour l'accompagnement éducatif.

Afin de favoriser l'acquisition de nouvelles compétences ; j'ai mis en place un cycle de plusieurs journées de formation pour l'ensemble de l'équipe sur les notions de « citoyenneté » et de « droit des usagers ». Leur déclinaison à travers les récentes lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 a fait l'objet de trois journées d'enseignement à l'intention de l'ensemble de l'équipe. Ce cycle de formation débuté en mars 2003 a permis d'acquérir un minimum de culture et de langage communs entre professionnels partageant le même champ d'intervention.

Ce type de formation est lié à des attentes de changements culturels et une évolution des comportements. Centrées sur l'appréhension des mutations sociétales et politiques, elles permettent l'enrichissement collectif et la capacité de produire au niveau individuel, des référentiels nouveaux en matière de professionnalisme et de compétences. Elles restent à développer afin de consolider leurs acquis face au cadre de l'expérience et de la réalité professionnelle.

J'ai prévu pour l'année 2004 un cycle de formation à l'écriture professionnelle destiné à accompagner la révision du projet de l'établissement et l'élaboration des outils dont le service devra désormais se doter : Livret d'accueil, document individualisé de prise en charge seront choisis prioritairement parmi les sept outils préconisés dans la loi du 2 janvier 2002. Ce travail se fera en lien avec la démarche qualité de l'association.

Par ailleurs les Services généraux ne doivent pas être oubliés. Aujourd'hui, les métiers du social s'enrichissent de nouvelles professions qui seront amenées à accompagner les usagers dans des services divers dont l'aide à domicile qui se substituera de plus en plus à l'hébergement en structure. La montée des métiers d'aide à la personne concernant déjà le secteur des personnes âgées devront faire l'objet d'une information spécifique en direction des agents affectés à l'entretien des lieux de vie des résidents. Ils exercent leurs fonctions dans des conditions parfois difficiles et avec l'ancienneté, ils ont acquis une expérience intéressante auprès des usagers ; moyennant des formations ou stages complémentaires, ils ont la possibilité de bénéficier de qualification nouvelle par la VAE.

---

<sup>72</sup> Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

### Renforcer une culture de coopération en interne

C'est une nécessité pour le suivi des projets des résidents que ce soit pour préparer un passage progressif de l'unité du foyer à l'unité des appartements, ou le retour d'un appartement vers le foyer dans le cas de grandes difficultés d'adaptation.

De plus il est utile que les deux unités travaillent en synergie sur certains types d'accompagnement. Ceci pour préserver une dynamique de circulation des pratiques et des conceptions de l'accompagnement vers la réinsertion sociale.

Dans ce sens et à la faveur d'opportunité de départs liés à la carrière de certains personnels, j'ai réparti la présence d'un temps éducatif à 0,50 ETP sur chaque unité, cette personne étant particulièrement intéressée par l'articulation des suivis de projets entre les deux sites. L'unité des appartements a pu bénéficier ainsi du renfort du pôle social qui s'avérait nécessaire.

Afin de favoriser la capacité de travailler ensemble et de soutenir le partage des expériences, plusieurs activités ont été ouvertes aux résidents des deux sites. Des réunions de régulation de ces ateliers ou l'occasion de bilans de projets permettent aux accompagnants des deux unités de se rencontrer, s'il y a lieu en présence des résidents concernés.

Les formations en commun, les activités mixtes, l'articulation des pratiques à travers des fonctions mobiles sont autant d'opportunités qui vont permettre aux équipes de s'associer pour la réécriture du projet et la conception d'une intervention coordonnée.

La restructuration des modes opératoires en interne suppose une bonne identification des opérateurs concernés : le tableau récapitulatif des instances , acteurs et actions retenus pour identifier les processus de changements en interne figure en annexe VI : « Les stratégies d'intervention en interne » Elles énoncent les logiques à respecter pour recueillir les synergies nécessaires au crédit de la réinsertion sociale de chaque résident.

## **3.2 ACCENTUER L'ACCOMPAGNEMENT : DES LIENS À OPÉRER ENTRE LES ACTEURS**

Le cadre de la prise en charge des malades mentaux rend compte de l'imbrication de problématiques plurielles (maladie, handicap, difficultés sociales) et justifie ainsi l'intervention de politiques transversales. C'est ainsi que le F A M Triade est appelé à

travailler au sein d'un réseau à la fois institutionnel et informel pour aménager les parcours des résidents, entre soin et vie sociale, entre milieu protégé et milieu ouvert.

L'annexe VII : « Les processus d'intervention stratégique en externe » introduira le lecteur au travail entrepris par le F A M Triade dans ce sens . Le schéma en annexe VIII : « Le réseau des acteurs dans lequel se situe le FAM Triade » a pour objet de compléter la vue d'ensemble que nous pouvons donner des liens et de l'inter activité nécessaires entre les différents acteurs (réseau et partenariat) Il préfigure l'externalisation possible d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, suite logique des partenariats mis en place dès l'arrivée d'un résident au foyer.

Ce travail, inscrit dans une vocation médico-sociale, nécessite une articulation incontournable entre les secteurs sanitaire et social.

La loi du 2 janvier 2002 fait ressortir la nécessité de travailler ensemble pour :

- améliorer la coordination de l'accueil des usagers en amont et en aval de l'institution.
- proposer à l'usager des formes d'interventions et de services en rapport avec sa situation et ses besoins.
- Coordonner le réseau de partenaires ainsi mis en place.

Si partenariat et réseau répondent aux formes de coopération encouragées par la loi<sup>73</sup>, ces deux termes ne se superposent pas, quoique dans le langage courant nous ayons tendance à les confondre. Au delà des partenariats organisationnels inter établissements, associations ou institutions, il est nécessaire de préserver un niveau qui constitue l'environnement proche et la constellation sanitaire et sociale des personnes. Il s'agira dans ce cas des réseaux qu'on assimilera davantage à un système de relations défini par sa souplesse et son côté informel.

« Face à la complexité des systèmes, être en réseau permet de faire aboutir des projets, de se sentir en lien, de partager des intérêts et des valeurs à plusieurs niveaux »<sup>74</sup>

C'est donc l'intérêt du projet de chacun qui est à préserver ; pour cela il importe de repérer l'ensemble des intervenants qui constituent l'aire d'intervention globale du projet afin de faire apparaître les rôles et les fonctions des uns par rapport aux autres, de manière à situer les positionnements stratégiques à préserver ou à initier ; ce positionnement permettra de

---

<sup>73</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 : « la coordination et la coopération des établissements et services » : (CASF, art.L.312-7)

<sup>74</sup> J.Y Barreyre, B Bouquet ... *Dictionnaire critique de l'action sociale* p 337

dénouer au mieux les problématiques qui parsèment les trajectoires des personnes, arrêtent ou ralentissent leur cheminement vers une inscription sociale durable.

La difficulté est ici de recenser les liens informels qui unissent protagonistes ou partenaires autour d'une ou d'un ensemble d'actions, et les liens institutionnels à établir au sein de ce même ensemble. De fait devant la multiplicité de ces liens, le terme « réseau » prend alors une autre forme et concrétise son utilité dans la réalisation de conventions qui vont permettre d'améliorer les partenariats de fait et de légitimer l'informel.

### **3.2.1 Animer une stratégie de réseau**

#### 3.2.1.1 Soutenir le réseau social des résidents.

##### Médiatiser les relations.

La famille, les relations amicales (souvent des patients connus dans des institutions de soins), les acteurs du tissu associatif – dont les délégués aux prestations de ressources-constituent en amont, pendant et après leur séjour, un réseau de proximité informel, susceptible de servir de support dans l'itinéraire des personnes. Ces réseaux dits « réseaux primaires »<sup>75</sup> sont fluctuants et pour certains inexistant. Ils représentent la base d'un travail sur la vie psychique et sur les liens au cours duquel il va paraître indispensable de mettre en place des rencontres ou des instances de médiation, notamment en raison du pouvoir désorganisateur de la folie des uns sur le psychisme des autres. Ce travail s'il peut être formalisé dans les principes et apparaître comme un service de l'établissement, ne peut être préétabli. Il est imprévu et ne peut prétendre à aucune attitude systématique. Il doit être pris en compte par les équipes en terme d'appui, de vigilance, et de réactivité.

Encourager les inscriptions dans les associations d'usagers : La principale association représentant les familles et les proches est l'UNAFAM, Elle est représentée par un membre au bureau du CA de Rénovation. Elle a développé à Bordeaux des clubs thérapeutiques à partir d'une association d'usagers : Espoir 33.

L'Association Asais issue du secteur sanitaire gère un café et des ateliers d'expression ouverts par abonnement aux malades mentaux du secteur psychiatrique et du secteur médico-social.

Les liens avec ces associations passent par des protocoles d'admission des personnes qu'il faut s'efforcer d'accompagner ainsi que par une participation financière de

---

<sup>75</sup> J.Y Barreyre : *Dictionnaire critique de l'action sociale* p 337



l'établissement aux abonnements pour soutenir leur adhésion à ces lieux qui représentent des relais importants, des points d'ancrage du lien social en dehors du foyer, sans obligation autre que contractuelles.

Participer à l'effort d'insertion par l'adhésion à des mouvements associatifs, qu'ils concernent le secteur de la santé mentale ou autre, donne aux usagers les moyens de lutter contre l'isolement en les incitant à l'engagement dans des collectifs sur lesquels ils pourront s'appuyer.

Favoriser les inscriptions dans le dispositif commun des loisirs et de la culture par un accompagnement dans les maisons de quartier, les clubs de gymnastique, les ateliers de musique ou autre et une aide financière négociée.

Des conventions culturelles et de mise à disposition de moyens techniques ont été signées entre les responsables de certains lieux ( Maisons de quartiers, Centres de loisirs et centres sportifs) et l'établissement pour pérenniser des accords intervenus au cours d'expériences ponctuelles.

Rester ouvert sur les possibilités d'un retour à l'emploi ou sur le maintien des acquis scolaires en préservant des liens avec les organismes d'insertion font l'objet de relations contractualisées avec les personnes intéressées, qu'il faut accompagner en intégrant les actions au projet personnalisé. Ce lien d'accompagnement doit être fondé sur une méthodologie de travail où chacun des partenaires doit apprendre à se situer et à identifier les limites de ses interventions.

Ces axes de travail sont tributaires d'un réseau relationnel et professionnel qui permettent le montage de solutions souples, multiples, tolérantes aux ruptures ou à la variabilité des présences, tout en autorisant les résidents à utiliser des services en dehors du foyer. Aidés dans leurs démarches par l'accompagnant du projet et le référent coordonnateur à partir de ses objectifs personnels, ils peuvent ainsi prendre la mesure de leurs ambitions (souvent peu compatibles avec la réalité) et s'approprier leur parcours de vie.

### 3.2.1.2 Assurer la continuité du projet de soin pour l'assurance du projet de vie

L'évolution des orientations politiques en psychiatrie insiste sur son entrée dans la cité, tant à travers une proximité des antennes d'accueil, y compris celles ouvertes à l'urgence, que dans les actions dites d'accompagnement psychosocial ; en réalité c'était déjà la vocation du secteur, ce type de démarche étant son essence même. La continuité et la discontinuité des soins, la place qu'ils occupent par rapport aux investissements et aux inscriptions des personnes dans le champ social, sont au cœur des problématiques de l'accompagnement des malades mentaux . « On sait, en effet, que les modes d'entrée et de sortie d'établissement psychiatrique (...) sont en rapport avec deux facteurs eux-mêmes très

liés : l'état de santé des patients et la qualité de leur réseau social ». Lorsque celui-ci est défaillant ou concourt à la déstabilisation des malades, le repli sur l'hôpital est ainsi un mode de résolution des périodes d'instabilité et d'angoisse que connaissent les résidents de Triade au cours de leur séjour ou après leur sortie.

Conjuguer projet de vie et projet de soin demande donc une nécessaire coopération entre des secteurs étanches l'un à l'autre depuis les lois sociales de 1975 et la loi hospitalière de 1970 renforcée par celle de 1991; «recentrer le sanitaire sur le soin et le médico-social sur la qualité de vie ne signifie pas penser en termes de basculement des stocks du premier vers le second, mais de flux permanents entre les deux types d'institutions »<sup>76</sup> Au final, pour reprendre l'expression de Bernard Kouchner défendant le Plan Santé Mentale de novembre 2001, il s'agit « de construire une santé mentale autour de l'usager et non plus autour des statuts et des structures ».

Si une psychiatrie sociale est en cours de construction, il est utile d'anticiper sur les formes de coopération possibles entre les institutions de soins et les structures médico-sociales.

Elles reposent en premier lieu sur la lisibilité de la mission de l'établissement et la proximité de ses services. Multiplier les occasions d'échanges de pratiques facilite de ce point de vue une communication qui tient compte de la logique qualitative à respecter dans le projet global des malades.

- Il s'agit ainsi de veiller à l'accompagnement des hospitalisations et à leur suivi pour faciliter le retour sur le foyer. Dans le cas d'une contre indication pour ce retour, expliquer nos limites, s'associer aux personnels hospitaliers pour trouver d'autres solutions.
- De rendre visite aux équipes, afin de leur présenter les personnes qui vont s'installer sur les secteurs psychiatriques pour organiser le relais des soins et permettre aux intéressés de se familiariser avec ce nouveau service.
- D'intégrer les personnels des services adressant au dispositif d'admission afin d'accompagner le projet dès l'amont du foyer, préparer ainsi son investissement et son appropriation, le foyer restant ouvert pour des journées de contact.
- Il est ainsi possible de recevoir et de traiter des demandes d'accueil pour des personnes en grande difficulté d'autonomie en mettant en place des processus d'intégration progressif afin de permettre l'émergence d'un projet de vie en dehors de l'hôpital.

---

<sup>76</sup> C Helfer : article : « *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social* » ASH n° 2127 -9/7/99- p 23

Ces moments de contacts sont indispensables pour traiter les situations les plus préoccupantes. Il importe de réunir toute la constellation des personnes mobilisées par le projet d'un résident présent, ou d'une personne sortie à la dérive, avant que la situation devienne désespérante pour lui et pour les intervenants. Ces espaces de circulation de la parole, que ce soit en terme de communication, d'information, d'expression subjective, sont à préserver car ils permettent souvent aux usagers de se dégager des impasses où menace de se bloquer leur projet de vie.

« Privilégier la permanence du lien parce que la permanence du lieu n'est pas possible (...) c'est se déplacer, accepter d'être un parmi d'autres sur un terrain qui n'est pas le sien, donner du temps au temps... »<sup>77</sup>

Ainsi, travailler en réseau c'est travailler à ce niveau collectif ; pour y réussir, il faut pouvoir être en bon contact, demeurer de connivence quoiqu'il arrive avec ses partenaires ; c'est peut-être ici dépasser la logique de prestation de service et préserver un certain style pour tenir compte des logiques singulières à chaque personne.

### **3.2.2 Se placer dans une stratégie partenariale**

#### 3.2.2.1 Contractualiser les partenariats

Pourquoi formaliser des partenariats si les systèmes basés sur la souplesse, la réactivité, les modes informels apportent des solutions satisfaisantes ? Le partenariat étant fondé sur la reconnaissance mutuelle des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance il demande, pour être valide dans la durée, un protocole précisant les responsabilités, les places et rôles de chacun. En réalité il détermine aussi par ses choix les orientations stratégiques d'un établissement. Il représente des points d'appui pour lier des secteurs aux législations séparées, assurer ainsi la pérennité des accords et réguler les relations dans un souci d'égalité. C'est le gage de prises en charge plus cohérentes permettant d'intervenir au plus près des besoins des usagers

Les conventions de soins<sup>78</sup> signées entre Triade et plusieurs établissements privés en dehors de l'hôpital s'inscrivent dans l'aboutissement des logiques d'un partenariat courant. Ces institutions adressent régulièrement des dossiers pour des demandes d'admission tandis que Triade les sollicite pour des hospitalisations demandées par des

---

<sup>77</sup> C Martin Leray dans R Lepoutre ; J De Kersvasdoué : *La santé mentale des français* p 195

<sup>78</sup> La loi n° 91-748 du 31/07/91 évoque la possibilité de collaboration entre le secteur santé et les services sociaux et médico-sociaux, fait que rappellent les ordonnances Juppé de 1996 mettant en évidence la nécessité de décloisonnement des offres de soins.

personnes déstabilisées qui souhaitent des séjours de rupture. Les possibilités de recourir à ce réseau de soin permet ainsi une articulation suivie entre projet de soin et projet de vie, le premier garantissant l'autre. Il représente une offre de service à laquelle toute personne pourra faire appel en suivant son libre choix.

Ce type de convention est à négocier avec l'hôpital afin de prévenir et écouter les hospitalisations, permettre de meilleures orientations, et organiser un accompagnement global articulant le soin et la vie sociale par la mise en commun de moyens humains et logistiques. Cette nécessité déjà ressentie pour certaines personnes durant leur séjour, s'avère indispensable pour celles qui n'ont pas recours à la psychiatrie de ville et au circuit privé.

Le partenariat conventionné représente un espace de négociation et par là un potentiel de solutions à trouver, car travailler ensemble peut sans doute permettre d'apporter des réponses plus ajustées aux projets personnalisés, mais aussi de développer l'accompagnement psychosocial dans la cité à travers des projets innovants.

La construction de ce type de partenariat doit son existence à un partenariat d'observation, à l'exemple des observatoires installés dans une fonction de veille sur des secteurs précis : handicap, toxicomanie, santé mentale. « Leur intérêt est de pouvoir mettre en commun des analyses, de proposer des réponses moins segmentées à partir d'outils communs conçus comme la base d'un véritable partenariat. »<sup>79</sup>

### 3.2.2.2 Participer à un partenariat d'observation.

Préparant une fonction de direction j'ai été associée à la participation de Triade à des instances de réflexion et de concertation réunissant des acteurs du réseau santé mentale, du social et des pouvoirs publics. Préserver ces lieux, donne non seulement l'occasion de mettre en relation les partenaires d'un secteur d'activité, mais permet à différents niveaux de percevoir de plus loin la situation environnementale qui va conditionner les changements à mener.

Ainsi ces espaces d'échanges, permettent d'aborder des problématiques, de les analyser, avec l'apport précieux des acteurs de terrain, et de produire des hypothèses de travail. Ils constituent de cette façon une démarche qui renforce l'implication des cadres dirigeants et des acteurs d'une part, et augmente aussi les chances de parvenir à des résultats d'autre part.

---

<sup>79</sup> P Lefèvre : *Guide de la fonction de directeur* p 51

- Le rôle des collectivités territoriales est impliqué dans les moyens à mettre en œuvre pour la constitution de réseaux de coopération articulant la psychiatrie et le social.

J'ai participé au niveau régional et départemental à des réunions de concertation pour l'amélioration des schémas de l'organisation des soins en psychiatrie au niveau de la DRASS, et pour l'élaboration du schéma départemental des handicapés relevant de la responsabilité du Conseil Général. De part et d'autre les orientations incitent à la recherche de rapprochements pour des solutions propices au retour ou au maintien dans le milieu ordinaire des handicapés par maladie mentale.

Un Conseil départemental du handicap a permis de soutenir une dynamique de concertation entre les acteurs de ce champ afin de recentrer les réponses de façon cohérente sur les besoins de la personne handicapée. La participation d'un représentant de l'Association Rénovation régulièrement déléguée à la direction de Triade est venue confirmer la nécessité d'une approche pluri-institutionnelle pour dynamiser une politique du handicap globale et cohérente. Lieu d'échange, de réflexion, de coordination des actions, force de proposition, son rôle est de permettre l'expression des besoins, d'initier des recherches pour poursuivre la concertation, et d'accompagner la mise en œuvre des orientations du schéma.

Il faut retenir dans ce sens, les actions définies en faveur de l'intégration sociale des personnes handicapées. Le développement de l'accompagnement social et des services pour lutter contre l'isolement social, ainsi que le soutien de l'environnement familial.

Avec le directeur en place, nous avons pu exposer les écueils que rencontraient les résidents dans la construction d'un projet de vie en dehors de l'institution. Nous avons fait état de nos propositions en matière de soutien et de la pérennisation de ces projets à savoir la promotion d'un SAVS, non limité aux patients de l'établissement, pouvant apporter des solutions à des malades mentaux stabilisés concernées par des prises en charge multiples sur un bassin de vie assez large.

D'autres instances de concertation auprès des pouvoirs publics peuvent illustrer ce partenariat d'observation qui permet d'entretenir une communication en externe et de percevoir les enjeux qui viendront définir les stratégies d'interventions auprès des usagers.

- Les acteurs du réseau Santé Mentale

La Commission de Réhabilitation Santé Mentale réunit des acteurs pluridisciplinaires du réseau associatif et sanitaire proche de Triade, par le fait que les prises en charge circulent dans les institutions qui y sont représentées. Cette instance travaille sur l'identification des besoins des malades mentaux afin de faciliter l'adaptation qualitative de l'offre de service et développer des projets en commun. Une réflexion menée sur le thème des difficultés à accompagner une réelle inscription sociale des personnes a favorisé

l'émergence d'un projet culturel réunissant les usagers et les intervenants de plusieurs établissements privés du secteur associatif et deux grands établissements hospitaliers de la région bordelaise

### 3.2.3 Développer un partenariat innovant : l'expérience du projet « Persona ».

*« La notion de personne au sens moderne de l'acceptation prend forme avec les latins de la Rome ancienne, notamment après la révolte de la plèbe. Tous les hommes libres acquièrent « la persona ». La personne, personnage artificiel, masque et rôle, cède progressivement la place à la personne libre, propriétaire de son nom, de son corps, de ses biens. Le concept sera enrichi avec le développement de la pensée morale et du christianisme, des notions de conscience, de responsabilité, d'autonomie et de liberté. »<sup>80</sup>*

Né d'une réelle volonté politique, à partir de la réflexion des acteurs du champ de la santé mentale sur le thème « culture et santé », le projet *PERSONA* illustre l'enjeu d'un partenariat articulant les services publics et associatifs. En même temps qu'il ouvre la possibilité aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie sociale en utilisant les dispositifs de quartiers, ce projet donne un cadre pour contractualiser l'accompagnement des malades mentaux dans la cité et contribuer au changement de regard de la société sur eux.

Ce projet met en relation, dans le cadre d'une action culturelle, plusieurs partenaires institutionnels du champ de la santé mentale, de l'action sociale et un prestataire technique professionnel du théâtre : Le groupe « Théâtre action ». L'Association Rénovation, avec deux établissements engagés, dont Triade, assure la coordination du projet.

Des conventions de différentes nature sont signées : Je renvoie à la consultation de l'annexe IX : « Le partenariat par conventionnement à l'intérieur du projet Persona » pour initier le lecteur à la complexité du dispositif.

Le projet repose sur une démarche originale qui consiste à briser l'isolement imputable à la maladie mentale par la pratique artistique, en tissant des liens entre les participants et les lieux culturels ouverts à tout le monde : les centres socioculturels de quartier. Une inscription réelle dans le tissu social est ainsi rendue possible pendant le temps et au delà des séjours en institution.

Le travail proposé est organisé autour de plusieurs ateliers d'expression artistique touchant au jeu du comédien, à l'interprétation musicale et chantée, et aux techniques du spectacle.

---

<sup>80</sup> CSTS : *L'intervention d'aide auprès de la personne* p 64

Patients, soignants et techniciens, sont au même titre intégrés, dans un même processus. La présence des soignants qui participent aux ateliers favorisent le passage des malades vers l'extérieur. Le projet réunit actuellement près de 50 personnes

Travailler ensemble sur un projet au long cours incite à l'esprit d'équipe et encourage l'implication personnelle pour aboutir à la création commune d'une représentation théâtrale ouverte au public. La cohésion de la troupe dépendant de la responsabilisation des acteurs est un passage obligé vers l'aboutissement du spectacle final. Cette « dynamique de troupe » est un élément essentiel de la forte participation des résidents de Triade au projet. En juillet 2003, 9 résidents suivent régulièrement les ateliers et les réunions de mise au point ; parfois avec grande difficulté, mobilisant l'énergie des 5 accompagnants (éducateurs et infirmiers) pour les 3 heures de rendez-vous hebdomadaire, souvent avec beaucoup de plaisir, malgré les efforts demandés qui consistent en un réel travail, imposant son rythme et ses contraintes.

Le renouvellement des conventions annuelles, les questions de responsabilité vis à vis de l'encadrement des malades des différentes institutions, l'engagement d'un certain nombre de personnels dans cette action, l'attribution annuelle d'une contribution financière sur la ligne budgétaire consacrée aux activités sociales exigent une grande implication de la direction. L'articulation nécessaire entre ces différents niveaux d'exigences se reporte de façon intéressante et positive dans la réalité d'un engagement réel des résidents, des équipes et des responsables de ce partenariat pour soutenir le projet dans la durée et la réalisation de ses objectifs.

Ce projet a par ailleurs initié des actions de communication contribuant à changer le regard du public sur les handicapés psychiques :

En dehors de la réalisation de reportages dans Sud-Ouest et aux actualités télévisées régionales<sup>81</sup>, Triade a organisé une journée «portes ouvertes » sur le thème « Culture et santé mentale » où les visiteurs ont pu assister à la projection d'une vidéo sur la mise en commun des ateliers et le montage de la pièce finale. Un débat réunissant les différents acteurs du projet, (résidents de Triade, patients et accompagnants d'autres institutions, représentant de la DRAC, techniciens du projet, familles) a permis aux personnes présentes de s'exprimer sur les difficultés rencontrées au cours de ce travail mais aussi de se réjouir du chemin parcouru.

---

<sup>81</sup> Les mesures de protection liées à la loi informatique et liberté ont été respectées

« L'innovation vient à point nommé pour soutenir les utopies nécessaires au développement social (...) elle relève de cette capacité à transformer l'ordre des choses »<sup>82</sup>. Elle nous invite à penser à l'élaboration d'un projet associant une pluralité d'acteurs, dont les usagers et les partenaires, à partir de notre expérience de l'accompagnement des malades mentaux stabilisés. Soutenir les parcours de réinsertion après le temps du séjour à Triade est devenu un enjeu important pour valider l'expérience d'un processus mis en route dans l'établissement.

### **3.3 PROMOUVOIR UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL TERRITORIALISÉ**

L'analyse des sorties nous a permis de constater des carences en accompagnement social pour les personnes qui s'installent en appartement autonome. Il est certes nécessaire de poursuivre les améliorations préconisées dans l'accompagnement avant et pendant l'accueil à Triade notamment dans l'articulation des différents services auxquels les résidents ont recours pour retrouver une existence sociale viable. Cependant, reste le constat d'un manque évident de relais de coordination pour soutenir les installations des personnes en milieu ordinaire.

Les résidents ont eux-mêmes soulevé en Conseil de la vie sociale les difficultés liées à des situations d'isolement qu'ils avaient connues avant leur venue et interrogé le devenir des personnes sorties de l'établissement qu'ils savaient en condition de rechute.

Cette situation a conduit l'équipe à mettre en place des réponses d'accompagnement et de soutien des personnes à leur sortie de l'établissement dans la limite des moyens institutionnels disponibles : accompagnement au moment de la recherche d'appartement, aide à l'aménagement, démarches administratives, liens avec le suivi des soins, visites à domicile, accueil de leurs visites au centre de jour ou au foyer. La durée de ces accompagnements varie suivant les demandes des personnes et nos propres disponibilités, mettant à jour des besoins difficiles à satisfaire en quantité et en qualité. La diminution puis l'arrêt du suivi est par ailleurs inéluctable compte tenu du rythme régulier des sorties.

C'est pourquoi, dans un deuxième temps j'ai engagé avec l'équipe une réflexion pour la création d'un dispositif pérenne sous la forme d'un Service d'accompagnement intervenant à partir d'un lieu repéré et à domicile.

Ce projet porte la volonté de ne pas être un simple service de suite au foyer Triade, mais d'être ouvert aux usagers des services extérieurs, recevant des malades mentaux en cours

---

<sup>82</sup> P.Lefèvre « *Innovation et expérimentation dans les organisations sociales et médico-sociales* ». Les Cahiers de l'Actif n° 304/305 p 145



de stabilisation et engagés dans un processus de réinsertion. En effet d'autres personnes avec des difficultés psychiques se trouvent dans des situations difficiles à leur retour à domicile après des périodes de prise en charge institutionnelle : hôpital, maisons de santé, autres foyers etc.

Pour l'accompagner dans ce projet, avec le soutien financier de l'association, Triade a sollicité le CREAHI d'Aquitaine pour :

- La réalisation d'une étude qualitative et quantitative des besoins des personnes potentiellement concernées par ce dispositif.
- La définition des attentes des besoins des partenaires pressentis du S A V S pour préciser l'offre de service et son positionnement par rapport à un travail en réseau et en partenariat avec les acteurs des secteurs sanitaire et social.
- Analyser l'opportunité du projet par rapport au contexte départemental autour de deux axes: Le point de vue du Conseil Général et de la C O T O R E P au regard des politiques actuelles en matière de santé mentale, des besoins et des manques observés en Gironde et de la complémentarité de ce futur service avec les dispositifs existants.

Ce dernier point a consisté à rassembler des éléments définissant le contexte général et local à partir de l'analyse du rapport Charzat et des orientations du schéma départemental des établissements et services pour adultes handicapés. Je ne les développerai pas ici, compte tenu de ceux que j'ai déjà exposés en fin de deuxième partie dans le paragraphe 2.3.1 sur l'évolution des politiques sociales ainsi qu'au paragraphe 3.2.2 à propos du partenariat d'observation.

Le schéma souligne toutefois le droit de la personne handicapée à choisir son mode de vie. Par ailleurs, il insiste sur les difficultés rencontrées par les personnes concernées pour mener une vie à domicile décente. Il en résulte une forte attente à l'égard des accompagnements individualisés et de la coordination entre les différents secteurs d'intervention des partenaires pour une prise en charge optimale des personnes handicapées qui éprouvent de grandes difficultés liées à l'isolement social.

Cette étude nous a permis de déterminer l'importance d'une volonté locale au niveau politique et au niveau collectif. La motivation des élus pour un projet répondant à des besoins prioritaires et leur soutien est en effet un préalable à toute réalisation. Compter sur la volonté collective, suppose auparavant de proposer un projet fédérateur capable d'entraîner la mobilisation des partenaires et de jouer le rôle de catalyseur dans les dynamiques locales.

### 3.3.1 Piloter la démarche projet

#### Les étapes successives de Juin 2002 à septembre 2003

Afin d'élaborer le projet de ce futur service, j'ai organisé avec l'actuel directeur en place et deux éducateurs spécialisés de l'équipe des appartements, parties prenantes de ce projet, un groupe de travail dont les tâches ont été alternativement d'intervenir en interne et en externe de l'association :

- Etudier les statistiques au niveau des sorties de Triade et déterminer un pourcentage de personnes ré hospitalisées ou précarisées parce que sans soutien.
- Exploiter le réseau relationnel concerné par l'action de l'établissement pour évaluer leurs attentes vis à vis de la création d'un S A V S promu par des professionnels de Triade et prestataire de service de l'Association pour un public spécifique : les malades mentaux stabilisés en voie de réinsertion, venant d'autres structures d'hébergement social, médico-social, hospitalières ou spécialisées dans les soins psychiques.
- Obtenir le soutien de l'association : Participer à la commission qualité projet afin d'exposer nos hypothèses de départ et un avant projet justifiant la nécessité d'un tel service.
- Solliciter un soutien financier auprès du Conseil d'Administration pour valider un dispositif d'informations complémentaires.
- Confirmer les hypothèses de départ et consolider la finalité de la mission du service par l'enquête du CREAHI que nous avons accompagnée en rencontrant chaque responsable de structure pour la remise des fiches questionnaires dans le souci d'une information claire et d'une identification du commanditaire.
- Présenter un avant projet dans les instances de concertation au niveau régional, départemental, et local :
  - Le Comité de pilotage du SROPS à la DRASS et avec la DDASS pour faire intervenir la nécessité d'une articulation du sanitaire et du social dans le suivi au long cours des malades mentaux stabilisés.
  - La Commission Départementale du Handicap au Conseil Général afin d'y proposer des orientations nouvelles d'action en direction des personnes handicapées adultes.
  - La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale à l'occasion de tables rondes organisées pendant la période d'un audit commandité par l'ARH et le Centre Hospitalier Charles Perrens sur le thème des partenariats de l'hôpital avec le médico-social.

- La Commission Réhabilitation du Collectif Secteur santé mentale adulte réunissant les partenaires d'institutions sanitaires et médico-sociales.
- o Définir les objectifs, les axes d'intervention stratégique et les prestations de service à partir de la synthèse du rapport du CREAHI.
- o Ecrire un projet de service.
- o Constituer un dossier à présenter au CROSMS dans le but d'obtenir l'autorisation d'ouverture l'habilitation et le financement du service :

La zone d'incertitude concerne aujourd'hui l'accord administratif et les financements à obtenir dans la mesure où le projet n'a pas encore été déposé auprès des instances décisionnaires.

L'autonomie du Service d'accompagnement par rapport au FAM s'inscrira dans sa reconnaissance par les pouvoirs publics et le développement progressif de son activité. La direction de Triade assure dans un premier temps le pilotage du projet, sa promotion et sa responsabilité. La direction ultérieure sera assurée par le cadre du service, en l'occurrence, un éducateur spécialisé de l'équipe des appartements participant à la démarche projet et en formation préparatoire.

Les échanges avec les différents partenaires ont lieu actuellement à partir du projet issu de la synthèse de nos travaux et de l'étude de besoins fournie par le CREHAI.

### **3.3.2 S'appuyer sur les résultats d'une étude de besoins**

L'intervention du CREAHI s'est déroulée sous la forme d'une enquête par questionnaire adressée aux partenaires concernés par les accompagnements de projets de réinsertion des malades mentaux de Bordeaux centre ville et de la communauté urbaine, bénéficiant ou non d'une prise en charge institutionnelle . Elle a concerné 30 établissements ou services :

- les secteurs psychiatriques de l'hôpital : CMP, CATTP, services d'hospitalisation à temps plein et hôpitaux et de jour.
- les maisons de soins et cliniques spécialisées en psychiatrie,
- les centres de post-cure, et de réadaptation
- les hôpitaux de jour de secteur privé pour adultes et grands adolescents,
- les organismes de tutelle,
- les services existants d'accompagnement à la vie sociale et professionnelle.
- l'UNAFAM et ses services de clubs sociaux et de résidence vie,
- le foyer Triade en tant que promoteur.

La participation à l'enquête a été très satisfaisante puisque sur 260 réponses, 195<sup>83</sup> ont pu être exploitées, montrant l'intérêt manifesté autour de ce projet de création ;

L'exploitation du rapport de synthèse produit par le CREAHI nous a permis de clarifier un certain nombre de points.

#### Les caractéristiques et les attentes du public potentiel :

Les résultats de l'étude montrent que les candidats potentiels du SAVS sont majoritairement de sexe masculin (60%) et vivent pour la plupart seuls (59,6%). Les inscriptions sociales (travail, clubs de loisirs, réseaux amicaux) étant par ailleurs très réduites, les personnes sont très vite menacées par un isolement social.

95% font l'objet d'au moins une prise en charge, les prises en charge multiples étant par ailleurs assez répandues.

La nature de ces prises en charge révèle que 71% d'entre elles sont ambulatoires et que les tutelles et curatelles sont les plus fréquentes (31%). Le suivi psychiatrique ambulatoire et les hospitalisations de jour occupent également une place non négligeable : 27% et 15%.

De plus, 78,3% ont un handicap reconnu par la C O T O R E P et parmi eux, les 2/3 ont un taux d'invalidité de plus de 80%.

L' A A H est la ressource la plus répandue (62%) suivie des pensions d'invalidité. Les individus travaillant étant peu nombreux.

**La quasi totalité des personnes questionnées sur le sujet sont prêtes à faire une demande de suivi** (la plupart avec le soutien d'un lien d'accompagnement social) et 97,7% ont les capacités pour comprendre les effets et les implications d'un engagement par contrat.

Par ailleurs, les candidats font preuve d'une certaine autonomie notamment au niveau des déplacements, des consultations chez le médecin et de leur présentation. Toutefois cette autonomie n'est que partielle ; la gestion régulière du quotidien faisant apparaître des difficultés sur de nombreux points : démarches administratives, gestion du budget, gestion des droits, initiatives pour des loisirs ...)

En ce qui concerne l'origine géographique des personnes qui pourraient avoir recours à un SAVS , la majorité d'entre elles sont domiciliées à Bordeaux ou sur la CUB rive gauche de la Garonne.

Nous avons donc projeté une installation du SAVS sur ces secteurs, un de nos partenaires : la Société d'Hygiène Mentale d'Aquitaine ayant proposé de nous louer des locaux attenants à ses équipements sur la ceinture du boulevard bordelais. La population

---

<sup>83</sup> Une vingtaine ont été exclues en raison des doublons dues à la multiplicité des prises en charge

accueillie sera susceptible de montrer une certaine autonomie dans ses déplacements, tout en ayant des difficultés pour gérer et organiser sa vie quotidienne. La structure devra jouer le rôle de repère pour la coordination des prises en charge et être un relais de socialisation.

#### L'analyse des besoins et les attentes des partenaires potentiels

Parmi les besoins les plus prégnants sont considérés :

- un accompagnement de grande proximité, de gestion à la vie quotidienne avec un suivi éducatif qui aiderait à l'autonomisation des personnes et à son maintien.
- le besoin de rompre l'isolement social à travers la création de liens sociaux en dehors de la famille dans des lieux de médiation et d'écoute qui offrent à la fois la possibilité d'un relais en cas de fin de prise en charge et une base d'accompagnement pour la gestion des loisirs.
- un soutien psychologique et un appui pour le maintien de la continuité des soins.
- la possibilité d'un accompagnement en vue d'une insertion professionnelle et de la recherche d'un logement.

L'enquête auprès des partenaires potentiels a été réalisée par entretiens semi-directif auprès des responsables ou des personnels de différents services et établissement intervenant auprès de personnes handicapées psychiques, qui par ailleurs ont été sollicités pour répondre à une enquête quantitative auprès des usagers pressentis, dont nous avons donné plus haut le résumé des résultats.

Plusieurs catégories de structures et d'intervenants ont été questionnés :

- médecins psychiatres responsables de secteur de psychiatrie pour adultes
- personnels de CMP (infirmières, assistantes sociales)
- responsables d'établissements de soins ou de réadaptation
- responsables d'établissements et de services d'action médico-sociale et sociale

Sur le principe de coopération avec un SAVS, les résultats de l'enquête montrent des réponses contrastées.

- Du côté du secteur sanitaire public, il apparaît un manque évident d'information sur ce type de service. Le SAVS est considéré souvent comme un dispositif concurrent des secteurs. De son point de vue, les besoins à la fois en terme de santé et de vie sociale sont couverts même s'ils reconnaissent que beaucoup vivent « dans un système de vie pauvre et ralentie, sans travail, sans relations sociales » ou posent des difficultés par leur refus à un moment ou à un autre de suivre leur traitement. Leur recherche se situe surtout vers des structures qui assurent à la fois un accueil médicalisé et un hébergement social protecteur sur un long terme. Cependant ces réponses proviennent surtout des médecins responsables, le personnel infirmier et

les assistantes sociales étant très demandeurs d'un accompagnement en articulation avec leurs propres interventions.

- Du côté du secteur médico-social et des structures de soins privées, il est à retenir le grand intérêt manifesté à divers titres pour ce type d'accompagnement : en tant que dispositif relais à la sortie, en tant que partenaire de prise en charge globale sur la durée.
- Pour les structures recevant à un titre ou à un autre, des publics déjà en situation d'autonomie (organismes de tutelle, clubs, antennes d'insertion professionnelle), l'intérêt du SAVS est de pouvoir assurer des fonctions d'accompagnement éducatif et d'aide à la gestion de la vie quotidienne, complémentaires de celles assumées par les infirmières en ambulatoire ou les assistantes sociales, tout en maintenant la spécificité des interventions de chacun pour le maintien des repères des personnes suivies.

En conclusion, les attentes exprimées des partenaires potentiels s'organisent principalement autour d'un axe d'accompagnement social et éducatif à domicile (en complémentarité des services existants) ou à partir d'un lieu repéré, pouvant se décliner sous les aspects suivants :

- gestion de la vie quotidienne à domicile : aménagement de l'appartement, entretien alimentation et ménage.
- soins à la personne : hygiène, présentation.
- intégration dans l'environnement social de proximité.
- rupture de l'isolement social et action en faveur du développement personnel : soutenir et étayer les centres d'intérêts, organiser des loisirs en partenariat avec des associations, fréquentation de lieux de socialisation et de loisirs.
- vigilance concernant les soins médicaux en partenariat avec les services de soins.
- gestion administrative et budgétaire en relation avec les services compétents, aide et maintien de l'accès aux droits.

Par ailleurs d'autres souhaits d'intervention ont été formulés sur la base du constat de besoins existants :

- aide à la recherche d'un logement personnel.
- aide à la sortie du domicile parental dans le cas du vieillissement des aidants naturels.
- accompagnement lié aux questions de formation et de travail ou de la réadaptation périscolaire.
- médiation auprès des familles médiation dans les relations sociales.

Ces conclusions nous ont conduit à finaliser nos objectifs d'intervention et à définir les prestations de service à proposer.

Je renvoie le lecteur à l'Annexe X: « Le projet de SAVS promu par le FAM Triade » pour prendre connaissance du projet formalisé au 30 septembre 2003, préférant rendre ici compte des orientations stratégiques pour lesquelles nous avons opté.

### **3.3.3 Définir une stratégie globale de l'accompagnement du service dans la cité.**

Elle est fondée sur des objectifs liés à la personne, à son environnement, à la gestion du lien d'accompagnement et à l'évaluation des prestations.

- Partir de l'élaboration d'un projet personnalisé prenant en compte la situation des personnes, leurs attentes et leurs demandes. Il s'effectuera dans le cadre d'un contrat qui permettra de préciser de façon claire les objectifs, les changements voulus, les moyens mis en œuvre, les échéances. Il sera soumis à une évaluation partagée avec l'accompagné, à partir de l'expérimentation des situations et à une évaluation de résultats pour envisager de nouveaux processus d'intervention ou la fin de l'action de l'accompagnement. Des objectifs contractuels seront déterminés en fonction des besoins concernant la vie personnelle, la vie sociale, éventuellement l'insertion professionnelle des usagers.

- Jouer le rôle d'un tiers social positionné comme médiateur visant à faire jouer les complémentarités entre les différentes formes d'intervention sans se substituer à aucune d'elles. Ce rôle d'interface entre différents services créera une synergie entre les dispositifs afin de réduire les cloisonnements entre structures ou secteurs et de promouvoir une pratique médico-sociale en réseau. La garantie de la cohérence de l'accompagnement s'appuiera sur la circulation des informations, la participation des intervenants du service aux instances de travail externes, l'entretien des liens et d'une communication des bilans et des rapports. Le service cherchera à développer des partenariats par des contrats programmes innovants en s'appuyant sur le principe de conventions fixant les modalités de coopération.

- Gérer le lien d'un accompagnement dans ses différentes étapes : son établissement, sa régulation voire son rétablissement par le biais d'une démarche relationnelle axée sur la responsabilisation des personnes et le soutien d'une socialisation dans des activités de groupe. Dans ce sens, la mobilisation des personnes vers le site d'accueil du SAVS, leur inscription dans des activités organisées depuis ce lieu ou à l'extérieur seront encouragés et soutenues. Les interventions à domicile et dans les

démarches s'inscriront dans le cadre d'une assistance ponctuelle excluant la probabilité d'un assistanat. L'accompagnement consiste plutôt à favoriser l'insertion des personnes le plus loin possible dans le tissu social, en encourageant la création de leur propre réseau d'aide.

- Considérer la démarche d'évaluation continue comme un processus de construction collective participant étroitement à la transformation et au développement de notre action de soutien à la réinsertion sociale.

L'évaluation liée à la gestion du lien d'accompagnement est axée sur l'appréciation des résultats liés aux objectifs du contrat d'accompagnement. Il nous reste à opérer un travail d'élaboration collective pour la construction d'un outil qui permettra au SAVS de s'appuyer sur une analyse des données quantitatives pour dégager une évaluation qualitative des interventions. La pratique nous y aidera, mais au cours de ma formation CAFDES, l'expérience d'un stage de direction auprès d'un service d'accompagnement<sup>84</sup> m'a déjà permis de mesurer l'intérêt et la pertinence d'une démarche qui respecte la dimension éthique et autorise dans le même temps une technique conviviale basée sur l'utilisation d'un logiciel informatique à laquelle tous peuvent accéder et trouver intérêt à utiliser.

---

<sup>84</sup> Service d'Insertion par la Formation et l'Accompagnement : SIFA (ADAPEI Pau, Pyrénées Atlantiques)



## CONCLUSION

L'intérêt d'accueillir les malades mentaux stabilisés en institution repose sur la fonction de les réengager dans le «faire ensemble » et le «faire avec » qu'implique un accompagnement de vocation médico-sociale dans un cadre contenant. Néanmoins, c'est pour eux, l'avenir qui est à considérer et la place dans la cité qui est à reconquérir.

Or, l'accompagnement de ces personnes vers une réinsertion durable est tributaire de facteurs multiples, dont ceux relevant de leur participation réelle aux échanges qu'implique toute vie en société.

J'ai tenté de répondre dans ce travail à la question critique posée par les ruptures brutales et récurrentes des trajectoires vers et dans le milieu ordinaire. Pour cela, j'ai développé une étude approfondie des problèmes liés à une insertion étroitement dépendante de la continuité des soins. Si la logique soignante doit être respectée, le projet doit néanmoins inclure la prise en compte de l'individu citoyen de droit et instigateur de son environnement. C'est à partir de lui que « l'institution doit se réinventer »<sup>85</sup> et les actions se décloisonner.

Pour fonder le questionnement d'un processus de réinsertion qui reste toujours à accomplir car dépassant le cadre de l'amélioration de l'état de santé mentale du seul sujet, je me suis appuyée sur la notion d'accompagnement. L'accompagnement prend en effet toute sa valeur quand il s'agit de prendre en compte les itinéraires et les espaces traversés, mettant ainsi à jour la complexité dans laquelle le projet de vie de chacun se construit.

Pour favoriser et valider dans la durée un soutien à la réinsertion, je me suis projetée dans la direction du F A M Triade afin de définir des stratégies opératoires qui s'inscrivent dans l'orientation indiquée par les nouvelles politiques sociales aussi bien celles liées à la santé mentale en tenant compte des liens à préserver entre les deux secteurs.

Je me suis attachée à promouvoir dans l'établissement une dynamique fédératrice qui rassemble une équipe pluridisciplinaire sur un projet susceptible de favoriser la participation des usagers à leur prise en charge en vue de leur donner les atouts nécessaires à la valorisation de leurs compétences sociales et de leurs droits. Le Conseil de la vie sociale, par les voies d'expression et de participation qu'il a ouvertes dans cet esprit,

---

<sup>85</sup> Ph Ducalet, M Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* pp 75-76

nous a convaincu de poursuivre une expérimentation nourrie par l'acquisition de nouvelles connaissances et par une implication qui confère vie et corps à une dynamique d'insertion pendant le temps même du séjour dans l'institution.

Agir en dehors de son institution et en direction des partenaires est devenu une obligation bien perçue par tous les acteurs concernés par la prise en charge des malades mentaux ; encore faut-il la volonté de travailler ensemble pour la même cause. C'est un point sur lequel j'ai insisté dans ce mémoire. L'expérimentation a prouvé là encore que l'innovation pouvait réunir des partenaires sanitaires et sociaux dans un accompagnement de projet mettant au travail la participation des usagers à la réalité d'une vie sociale ; le projet Persona de fait, a contribué à la création de liens et à un effort d'engagement collectif dans la durée.

Mon travail débouche sur l'opportunité de la création d'un service nouveau ; son principe fondateur tient à la nécessité de mettre une instance élargie d'accompagnement à la disposition des personnes qui sortent des institutions.

Participant au maillage indispensable pour un renforcement de l'inscription sociale des malades mentaux stabilisés en dehors des structures d'hébergement, ce projet prendra en compte une dimension contractuelle de l'accompagnement qui impliquera un travail solidaire avec les usagers mais aussi l'appui des réseaux participant à la cohérence et à la pérennité de leur projet de vie.

Le travail de ce mémoire m'a engagée, en tant que directrice d'un établissement médico-social, à concevoir la transversalité comme condition nécessaire à l'organisation de stratégies défiant les cloisonnements institutionnels et impliquant le passage du travail individuel à un travail collectif pour participer ainsi au renforcement de la cohésion sociale par des projets novateurs ouverts à l'espérance et à l'avenir.

# Bibliographie

## Les ouvrages

- ARVEILLER J-P. Bonnet C. *L'insertion du malade mental*. Ramonville-Sainte-Agne ; Erès, 1994. 169 p.
- BARBIER D . *Guide de l'intervention en santé mentale*. Toulouse ; Privat, 1993. 327 p
- BARREYRE JY, BOUQUET B. *Dictionnaire critique d'action sociale* . Paris ; Bayard,1995. 435 p
- CASTEL R *L'ordre psychiatrique* . Paris ; Minuit, 1976
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL. *L' 'intervention sociale d'aide à la personne*. Rennes ; ENSP, 1998. 173 p
- DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*. Paris ; Dunod, 1999. 188 p
- DUCALET Ph, LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris ; Editions Seli Arslan 2000. 272 p
- FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique* . Plon Paris 1961
- GOFMANN E. *Stigmate. Les usages sociaux du handicap* Paris ; Les éditions de minuit, 1975 . 175 p. .
- JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris ; Dunod, 2000. 172 p.
- JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p
- LEPOUTRE R ; KERVASDOUÉ J de ; *La santé mentale des français* . Paris : Odile Jacob, 2002. 412 p
- LIBERMAN R. *Handicap et maladie mentale*. Paris : PUF,1988 . Que sais-je ? 2003 .125 p
- LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod ;1997.264 p
- LOUBAT J-R . *Instaurer la relation de service* . Paris : Dunod ;2002 . 258 p
- MAISONDIEU. J *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard 1997
- MIRAMON J M . *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes ; ENSP, 2001.105 p.
- MIRAMON J M : *Le métier de directeur ; techniques et fictions* ; ENSP, 2001.272 p
- RISSELIN. P *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000* . Paris ; ODAS , 1998. 166 p
- SCHALLER Jean-Jacques. *Accompagner la personne en difficulté* ; Paris ; Dunod, 1999. 213 p.
- UNAFAM *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris ; Edition de Santé ; 2001
- VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris ; Frison Roche, 1995. 485p.
- ZARIFIAN E *Les jardiniers de la folie* . Paris ; Odile Jacob poche, 2000. 295p
- G.ZRIBI ; D.POUPÉE-FONTAINE *Dictionnaire du handicap* . Rennes ; ENSP, 2002. 327p

## Les revues

- Les Cahiers de l'Actif n°304/305 : *Dossier sur la Rénovation de la loi de 75* (Sept, Oct 2001)
- Revue de l'UNAFAM Un autre regard « *Les caractéristiques de l'accompagnement nécessaire des handicapés psychiques* » 1999
- Revue de l'UNAFAM Un autre regard n° 3 « *Maladie et handicap* »
- Revue du M.A.I.S (Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale) *Actes des 12e Journées Nationales de Formation ; 1998 : « Etre acteur de son devenir »*
- Revue du M.A.I.S : *Actes des 16e Journées Nationales de Formation ; 2002 : « Qualité de vie et accompagnement social »*
- Revue : « Mieux articuler le sanitaire et le social en psychiatrie » 26ème journées du colloque du TNH n° 38 septembre 1999 « Technologies et santé »
- Revue « PRATIQUES en santé mentale » (Fédération d'aide en santé mentale Croix marine)
- n°3 août 2000 : « *Où vivre ?* »
  - n° 1 février 2001 : « *Le temps de soigner , le temps de vivre* »
- Revue ESPRIT Décembre 1999 : *Quelle place pour les personnes handicapées ?*
- Revue Synapse : Numéro spécial de décembre 1999 sur la réhabilitation psychosociale

## Rapports

- BLANC.Paul: Rapport d'information - Commission des affaires sociales : « *Compensation du handicap : le temps de la solidarité* » (2001-2002)
- CHARZAT M; « *Rapport pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et ceux de leurs proches.* » Remis à S Royal (ministre déléguée à la famille, l'enfance et les personnes handicapées) mars 2002
- LYAZID M . *Plan pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées dans leur milieu de vie ordinaire, 2000*
- Dr E.PIEL et Dr J.L.ROELANDT : Rapport de mission : « *De la psychiatrie vers la santé mentale* ». juillet 2001
- Plan santé mentale « *L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover* » Ministère délégué à la santé . novembre 2001
- Note d'orientation de la loi « *relative à l'égalité des chances des personnes handicapées* » 2003 Document interne à l'association Rénovation

## Textes de Lois

### **Social et médico-social**

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 dite d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JO du 3 janvier 2002

### **Sanitaire**

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée : réseaux de soins .

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » dite « de démocratie sanitaire » J O du 5 mars 2002

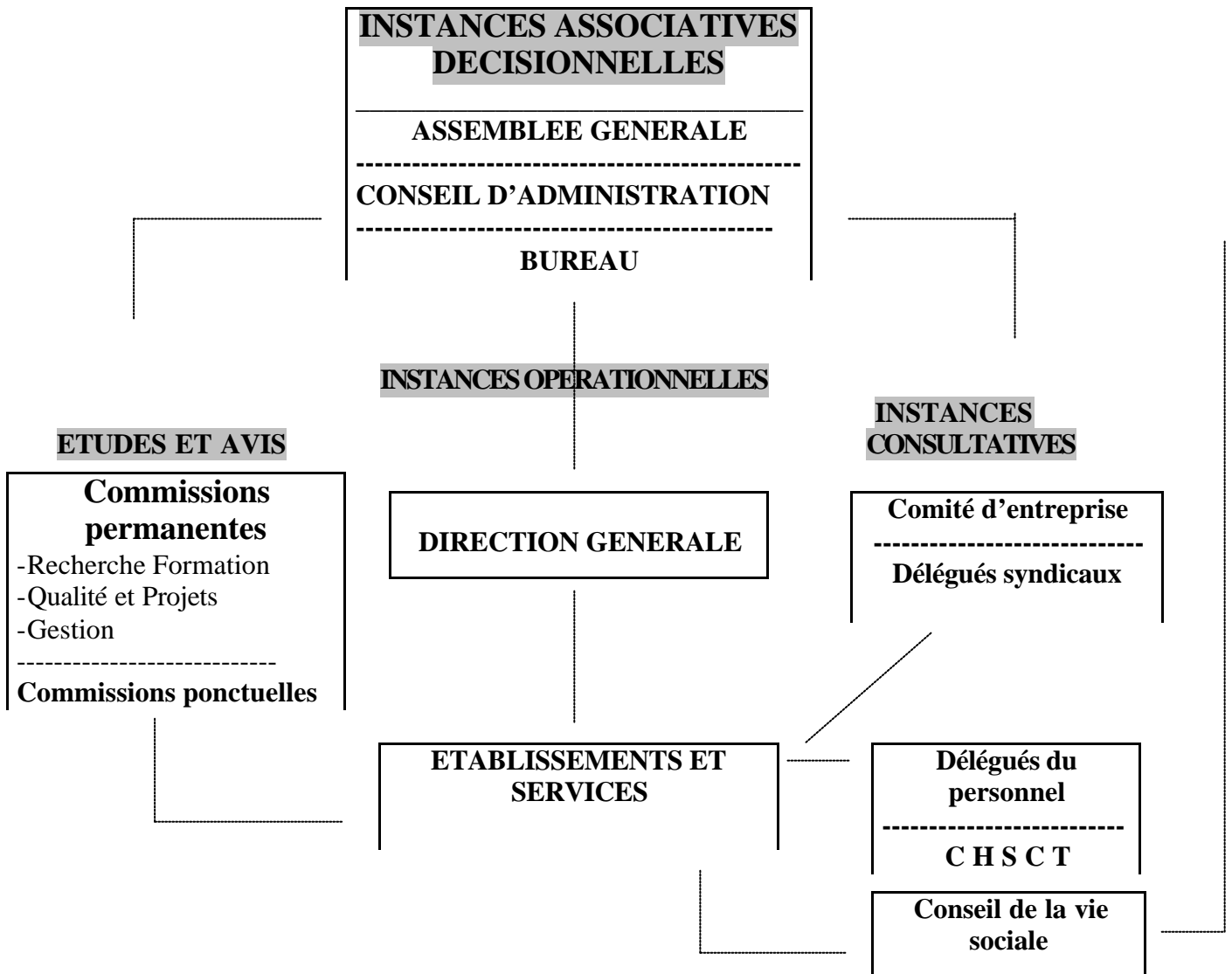
---

## Liste des annexes

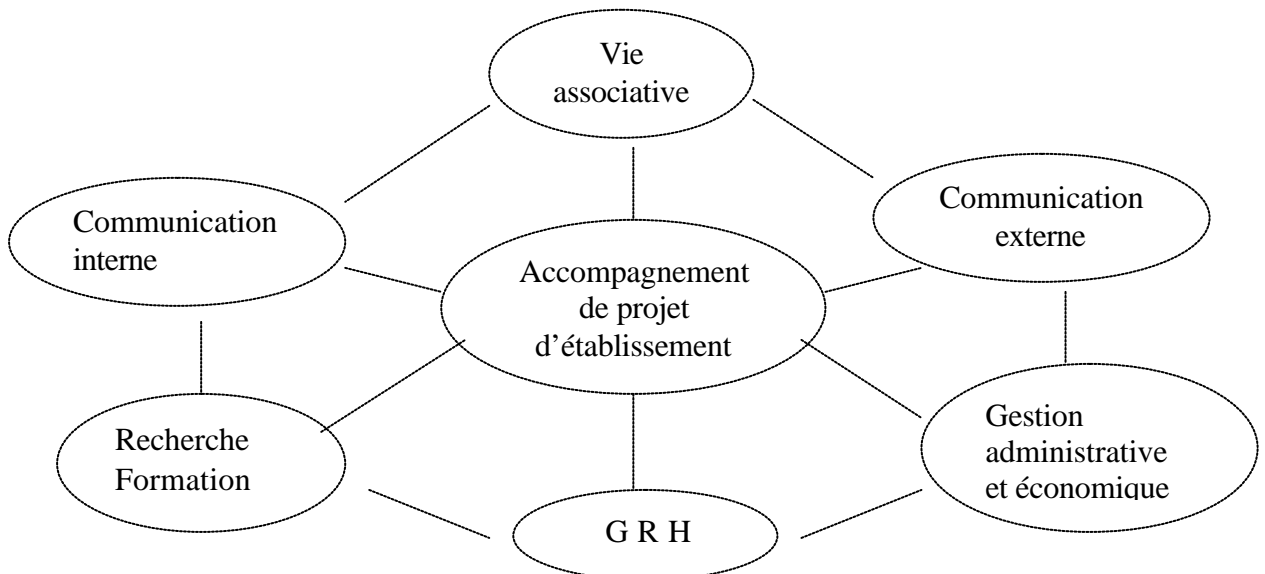
---

- ANNEXE I Organigramme structurel de l'Association Rénovation et organigramme fonctionnel de la direction associative.
- ANNEXE II Organisation des unités de fonctionnement et répartition du personnel du F A M Triade
- ANNEXE III Identification des résidents de TRIADE sur un effectif de 35 au 31/12 de 1997 à 2002
- ANNEXE IV Répartition des admissions et sorties de 1997 à 2002
- ANNEXE V Descriptif des fonctions concernant l'accompagnement éducatif
- ANNEXE VI Les processus d'intervention stratégique en interne
- ANNEXE VII Les processus d'intervention stratégique en externe
- ANNEXE VIII Schéma du réseau d'acteurs dans lequel se situe le F A M Triade
- ANNEXE IX Schéma du projet Persona en fonction des conventions partenariales
- ANNEXE X Projet du S A V S promu par le F A M TRIADE

## Organigramme structurel de l'Association Rénovation

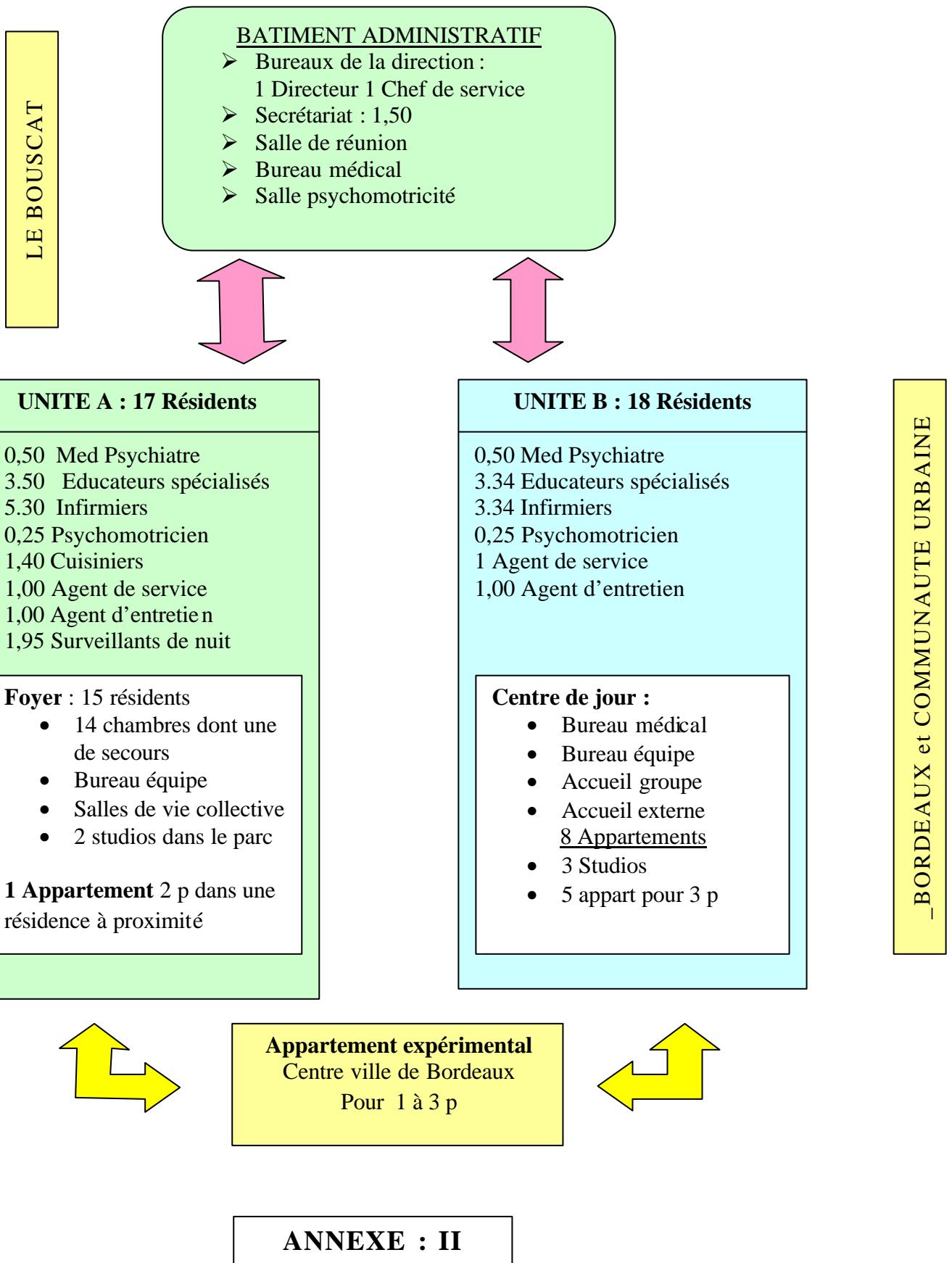


## Organigramme fonctionnel de la direction associative



**ANNEXE I**

## Triade : Organisation des unités de fonctionnement et répartition du personnel





<b>ANNEES</b> <b>RUBRIQUES</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Moyenne d'âge	34 ans	35 ans	35 ans	35 ans	34 ans	33 ans ½
<b>Sexe :</b> - Hommes - Femmes	26 8	26 9	24 11	22 13	23 12	19 17
<b>Demandes d'admission</b> <b>Répartition Géographique :</b> - Gironde - Extérieur	26 8	27 8	25 10	25 10	25 10	30 06
<b>Provenance :</b> - Secteur PUBLIC - Secteur PRIVE - Famille	23 8 3	23 12 -	21 14 -	17 18 -	14 21 -	14 21 -

ANNEES	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>RUBRIQUES</b>						
<b>Admissions réalisées</b>	17	13	6	15	13	16
<b>Origine Géographique</b>						
- Gironde	10	12	2	11	11	12
- Extérieur	7	1	4	4	3	4
<b>Provenance</b>						
- Secteur Public	11	7	2	7	4	6
- Secteur Privé	6	6	4	8	9	10
<b>Sexe</b>						
- Femmes	5	4	2	7	3	6
- Hommes	12	9	4	8	10	10
<u>Moyenne d'âge</u>	33 ans	35 ans	27 ans 1/2	33 ans	32 ans	32 ans
	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>Sorties réalisées</b>	17	12	6	15	13	15
<b>Moyenne du temps de séjour</b>	3 ans	4 ans	3 ans	2 ans 9 mois	3 ans	3 ans
<b>Moyenne d'âge des résidents sortis</b>	33 ans	34 ans	33 ans 1/2	37 ans	36 ans	35 ans
<b>Orientations</b>						
- Appartements privés	6	5	4	12	6	9
- Famille	6	1	-	-	1	1
- Hospitalisation	5	6	2	3	4	3
- Appt. Espoir 33	-	-	-	-	2	1
- Maison de Retraite	-	-	-	-	-	1

<b>Descriptif des fonctions concernant l'accompagnement éducatif au Foyer d'Accueil Médicalisé TRIADE</b>
---

- **Profil**

- Titulaire du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé
- Connaissance des publics et des dispositifs relatifs à la prise en charge d'adultes handicapés psychiques souhaitée
- Capacités à travailler dans une équipe pluridisciplinaire en institution et dans l'environnement social

- **Missions**

- Contribution à la réalisation du projet d'établissement
- Suivi d'un travail d'accompagnement éducatif de proximité avec les usagers du service
  - Mobilisant leurs compétences sociales en vue de développer leur autonomie
  - Facilitant la construction d'un projet de vie personnalisé en prenant en compte son environnement et ses capacités
- Organisation et mise en œuvre des activités socio-éducative au sein d'une équipe
- Exercice du partenariat pour renforcer un travail en réseau
- Participation à l'analyse et à l'expertise des pratiques éducatives et sociales

- **Compétences attendues**

- Capacités relationnelles et d'écoute
- Animation de groupe , intervention à caractère collectif
- Gestion de conflit
- Capacités d'adaptation
- Connaissance et approche du handicap et de la maladie mentale
- Connaissance et approche des orientations des politiques sociales, des dispositifs et des partenaires institutionnels
- Ecrits, rédaction : méthodologie de projet et de bilans ; évaluation et diagnostic ;
- Démarche qualité

**Les processus d'intervention stratégique en interne**

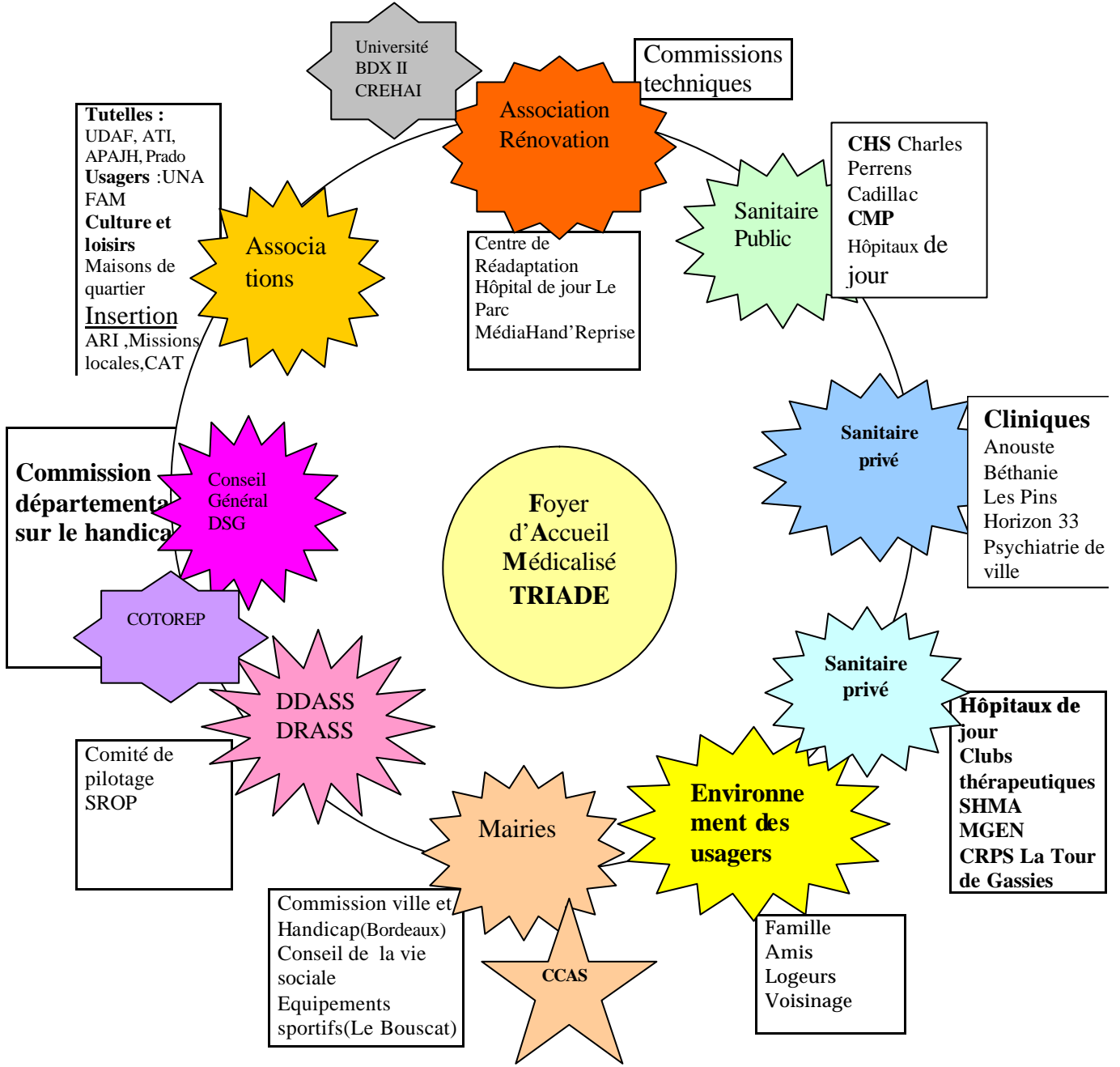
<b>Instances d'intervention</b>	<b>Acteurs concernés</b>	<b>Processus mis en oeuvre</b>	<b>Outils d'évaluation</b>
❖ Projet personnalisé	-Résidents. -Personnels -Partenaires	Recueils de données Suivis de projet Contractualisation Réunions avec les familles, les partenaires sociaux et médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilans périodiques</li> <li>• Inscriptions dans des activités socialisantes</li> <li>• Renfort des liens sociaux : rencontres à l'extérieur, projets à plusieurs</li> <li>• Rechutes/hospitalisations</li> </ul>
❖ Conseil de la vie sociale	- Résidents. -Personnels. - Partenaires	Représentation des usagers, citoyenneté Travail sur la parole et l'échange Travail sur la quotidienneté, les règles sociales, la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptes rendus affichés dans les lieux de vie</li> <li>• Participation à l'élaboration d'un règlement intérieur</li> </ul>
❖ Formation du personnel	-Personnels	Acquisition de connaissances :Nouvelles politiques sanitaires et sociales ; Droit des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion au projet de service</li> <li>• Mise en pratique dans l'élaboration des outils prévus par la loi du 02-01-2002</li> </ul>
❖ Postes éducatifs	- Equipe pluridisciplinaire	Renfort de l'accompagnement social sur les appartements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulation</li> <li>• Communication</li> <li>• Suivis de projet</li> </ul>

**ANNEXE VI**

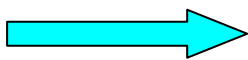
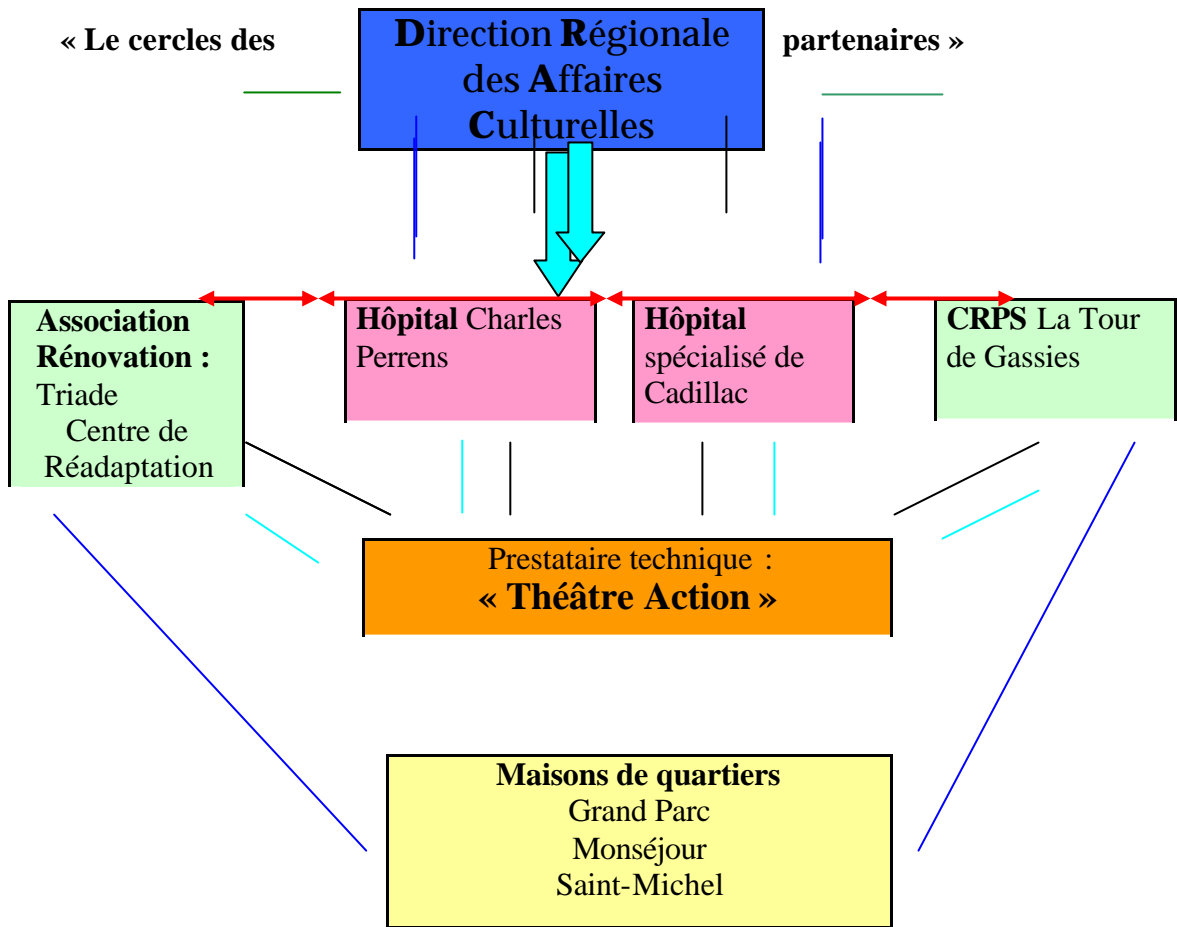
## Les processus d'intervention stratégique en externe

Instances d'intervention	Acteurs concernés	Processus mis en oeuvre	Outils d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Partenariat et réseaux</b></li> </ul>	<u>Politiques et tutelles</u> Conseil Général  DRASS ARH  Mairie : Conseil Ville & Handicap	<b>Partenariat d'observation</b> Commission Départementale du Handicap  <b>Comité de pilotage du SROPS : définition des orientations</b>  Mission « Handicap dans la ville »	Vision globale des besoins  Construction de nouveaux dispositifs Articulation sanitaire et sociale  Chartre du statut des handicapés dans la ville Lutte contre les exclusions
	<u>Institutions de soins</u> Clinique Béthanie Maison de santé les Pins Maison de santé Horizon Clinique Anouste Etablissements secteur santé mentale adulte inter ou extra association privé	<b>Signatures de conventions</b> Suivis d'hospitalisation Ruptures de séjour Accueil candidature <b>Partenariat d'observation</b> Commission réhabilitation Santé mentale	Projet personnalisé  Contrats de séjour  Contrats par objectifs  Bilans médicaux
	CMP de secteur  Services hospitaliers	<b>Relais soin</b> Accentuer la communication Suivis d'hospitalisation	Projet personnalisé  Bilans médicaux  Préparation et suivi des projets de soin Suivis de projet ,  Bilans
		<b>Relais et Suivis d'hospitalisation</b> Accueil candidature, préparation projet	
	Associations d'usagers UNAFAM	Participation aux CA et commissions techniques Adhésion Clubs et associations	
	Associations des délégués à la curatelle	Rencontres, Accompagnement de projet	
	Réseau social Sociétécivile famille Culture et loisirs	Accompagnement de projet	Médiations Conventions asso

Le réseau des acteurs dans lequel se situe le F A M TRIADE



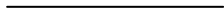
**Le partenariat par conventionnement à l'intérieur du projet culturel  
PERSONA**



Conventions de financement



Conventions de coopération artistique



Conventions individuelles de partenariat



Convention relative à une activité culturelle

## **1- ORIGINE DU PROJET**

### **1.1 Missions et buts de l'association**

L'association Rénovation fondée le 15 mars 1955 « a pour but de d'aider des membres de la population, de tous âges, qui ne peuvent surmonter eux-mêmes des difficultés liées à des carences (...) psychologiques ou sociales ou à des atteintes de leur santé mentale, à acquérir un meilleur équilibre et un plus grand développement de leur personnalité » (article 1)

« Ses moyens d'action sont de créer et de gérer des établissements et services assurant des interventions éducatives, sociales, psychologiques, psychothérapeutiques pédagogiques, socioprofessionnelles et médicales au bénéfice de ces sujets en leur fournissant en outre l'aide matérielle et morale susceptible de favoriser leur insertion sociale ... » (article 2)

Les missions de l'Association sont sous-tendues par des valeurs humanistes fortes :

- absolue dignité des personnes
- respect de l'autre dans sa différence, ses complémentarités et ses capacités
- solidarité vis à vis des plus démunis et lutte contre toute forme d'exclusion morale ou sociale
- épanouissement de la personne
- droit à l'éducation, aux soins, à l'intégration de chaque personne et droit à la citoyenneté

### **1.2 Historique et analyse de la demande**

Le promoteur de ce projet est le Foyer d'Accueil Médicalisé « Triade ».

Etablissement de l'Association Rénovation, Le FA M Triade est une structure de réinsertion sociale et de soins prenant en charge 35 adultes , hommes et femmes, malades mentaux stabilisés dont l'état ne nécessite plus de soins actifs en établissement psychiatrique » (circulaire n° 243 du 22 avril 1998 relative au public accueilli en FDT) mais dont le handicap, constaté par la COTOREP, justifie d'un encadrement soignant et socio-éducatif au quotidien.



Le projet de Triade est d'amener les personnes à réaliser un projet de réinsertion durable, essentiellement à partir d'un habitat personnel dans la cité. La question d'un retour à l'emploi se présentant dans quelques cas, aucune solution n'est exclue.

Dans le cadre de ses missions, l'équipe du FAM a fait le constat d'une carence d'accompagnement social des personnes à l'issue de leur prise en charge, créant ainsi des conditions de situations d'isolement et de repli sur soi mettant en péril leur intégration dans la cité.

Cette observation a par ailleurs été soulignée par les résidents de l'établissement qui ont interrogé dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale les conditions d'accompagnement dans le milieu ordinaire après leur sortie.

Ces constat ont dans un premier temps conduit l'équipe à mettre en place des réponses ponctuelles et au cas par cas à partir des ressources internes : accompagnement à l'installation, visites à domicile, suivi des soins en attente de l'ancrage réel d'un relais.

Dans un deuxième temps, elle s'est engagée dans une réflexion pour la création d'un dispositif pérenne sous la forme d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale destiné à un public élargi. En effet d'autres personnes avec des difficultés psychiques se trouvent dans la même situation à leur retour à domicile après une prise en charge ( hôpital psychiatrique, centre de post de cure, autre foyer d'hébergement...)

Afin de confirmer un certain nombre d'hypothèses, le foyer Triade via l'Association Rénovation, a sollicité le Centre Régional d'Etudes et Actions sur les Handicaps et les Inadaptations d'Aquitaine pour la réalisation d'une étude qualitative et quantitative des besoins des personnes potentiellement concernées par ce dispositif et la définition des attentes et des besoins des partenaires du SAVS.

Le CREAHI a mené une enquête par questionnaire et par interview auprès de 30 établissements et services concernés par la prise en charge ou les services à des publics souffrant de handicap psychique.

Il a complété son rapport par une analyse du contexte politique et social, dans lequel se posent les questions et les enjeux relatifs à l'intégration et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans la cité et évalué son opportunité au plan local.

Le diagnostic établi permet de dégager les grandes orientations dans lesquelles s'inscrira le SAVS :

- Etablir le lien d'un accompagnement individualisé et contractualisé.
- Créer les conditions d'une restauration du lien social et d'un encouragement à la participation sociale.
- Assurer un espace de médiation avec les partenaires médicaux et sociaux.
- Garantir un lieu de repère et de disponibilité auprès de l'utilisateur.

- Remplir les conditions d'une évaluation régulière de chaque situation.

## **2- Caractéristiques du service**

### **2-1 Structure juridique**

Ce service est reconnu par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (CASF, art L.312 -1- I ) au titre des établissements ou services pour personnes adultes handicapées qui assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Les services d'accompagnement à la vie sociale figurent dans le schéma départemental des handicapés au titre de « prestations extra-légales » attribuées par l'aide sociale et bénéficient jusqu'à présent d'une réglementation à ce titre qui apparaît dans le règlement du département d'aide sociale et de solidarité de la Gironde (Annexe 9).

L'autorisation concerne les services habilités par le Conseil Général à accompagner des adultes handicapés.

Les prises en charge se font à la demande du Conseil Général à partir des orientations prononcées par la C O T O R E P pour une durée maximale de trois ans. Les prises en charge peuvent être renouvelées à la demande des intéressés.

### **2-2 L'implantation géographique**

Le SAVS aura un local d'accueil situé sur la ceinture du boulevard de Bordeaux Centre Ville, de manière à permettre son accessibilité depuis le centre et la proche banlieue. Le rayon d'action des interventions se limitera à l'hyper centre et à la CUB en tenant compte des conclusions de l'enquête du CREAHI sur la concentration des besoins sur ces secteurs.

D'autre part, le service d'un accompagnement de proximité impose une distance géographique réduite pour réunir des conditions d'intervention rapide et réactive ou de déplacement aisé pour les bénéficiaires.

### **2-3 Les partenariats et réseaux**

#### Les principes

Le partenariat est considéré comme l'élément indispensable d'une action de qualité dans l'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique ; en effet elles utilisent les prestations de nombreux services inscrits dans le cadre sanitaire, mais également dans le champ associatif du social et du médico-social : C M P des secteurs psychiatriques, hôpitaux de jour, C M S, organismes de tutelle, clubs, aides à domicile, services d'aide à l'insertion professionnelle, maisons de quartiers constituent un réseau de proximité confronté aux difficultés d'intégration de ce public.

Tout en l'accompagnant sans se substituer à la personne, un de nos objectifs est de nous inscrire en tant que tiers entre ces différents intervenants et le bénéficiaire pour :

- Réguler les tensions éventuelles
- Coordonner les actions
- Evaluer celles-ci

**La finalité d'un tel dispositif est que le bénéficiaire du service sache à terme s'adresser au service compétent, optimiser les services rendus et faire valoir ses droits.**

Il s'agit de « développer des alternatives à l'hospitalisation en plaçant le malade au cœur d'un ensemble coordonné d'actions et de partenariats » ( Rapport Charzat) , d'éviter les réponses institutionnelles sous forme de structures en choisissant de se placer dans une logique de réseau de compétences.

### Les conventions

Il sera développé par convention des relations contractuelles avec des établissements et services ainsi que le prévoit la loi du 2 janvier 2002 «en vue de répondre à la satisfaction des besoins [...] les établissements et services peuvent constituer des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés ».

Les conventions feront apparaître les compétences et services attendus par chacune des parties afin d'identifier clairement les zones d'intervention respectives, le soin relevant notamment du domaine sanitaire

Les conventions devront favoriser des projets innovants.

Les noms des partenaires conventionnés figureront dans le Livret d'accueil du service

## **3- Les bénéficiaires**

### **3-1 Caractéristiques et attentes**

Le service s'adresse à des adultes de 18 à 60 ans souffrant de handicap psychique.

-Ils vivent dans le milieu ordinaire ou se préparent à y retourner à la fin d'une prise en charge hospitalière ou en établissement, mais sont confrontés à des difficultés sociales du fait de leurs symptômes (isolement, apragmatisme, conduites désordonnées).

- Ils bénéficient d'une prestation de soin.

- Ils ont acquis un certain degré d'autonomie où ils montrent une capacité minimale à gérer le quotidien : déplacement, capacité à faire appel, comprendre les aspects contractuels d'un service. Toutefois cette autonomie n'est que partielle ; la gestion régulière du quotidien faisant apparaître des difficultés sur de nombreux points : démarches administratives, gestion du budget, gestion des droits, initiatives pour des loisirs ...)

- Ils sont demandeurs d'une prestation d'accompagnement social pour :

- rompre l'isolement social à travers la création de liens sociaux
- un lieu d'écoute et de parole qui serve également de relais dans le cas d'une fin de prise en charge
- un soutien psychol-social qui représente une aide à la continuité des soins
- un accompagnement en vue d'une insertion professionnelle et un soutien à la recherche de logement

Les personnes demandeuses doivent habiter Bordeaux ou la CUB

### **3-2 Attentes de l'environnement familial**

Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France (UNAFAM) fait apparaître la prégnance des besoins des familles dans l'accompagnement de leurs enfants.

Il s'avère en effet nécessaire de les aider à garantir :

- Le droit aux soins
- La garantie des ressources
- Le droit à un hébergement adapté
- Le droit à un accompagnement assurant le minimum de lien social
- Si nécessaire, la possibilité de recourir à une protection juridique
- Si nécessaire, l'insertion vers le travail

## **4- Capacité prévue**

Ce service pourra accueillir dans un premier temps 30 personnes en effectif plein avec une montée en charge progressive sur une durée de six mois.

## **5 - Intérêt du projet au regard de la population concernée**

Le service d'accompagnement a pour but de favoriser la vie sociale des personnes parmi les autres, de maintenir ou de développer leurs capacités d'autonomie et leurs potentialités, de les aider à trouver leur place dans la cité en respectant leurs aspirations et leurs souhaits. L'accompagnement contractualisé est fondé sur une relation de confiance et sur la responsabilité des personnes et a pour but de prévenir, face à leur fragilité, la dégradation de situations trop lourdes à gérer seul. Il prend en compte la globalité des besoins bien que les interventions puissent n'être que ponctuelles.

De plus l'intérêt de ce service est de pouvoir répondre aux besoins des partenaires et des usagers en termes de prestations de service de façon souple et adaptée, de façon à préserver la continuité des trajectoires de réinsertion en milieu ordinaire.

## **6 - Objectifs du projet**

Le SAVS propose des objectifs généraux articulés autour de 3 axes concernant la situation des personnes : soutien à la vie sociale (démarches, accès aux droits, logement, loisirs, culture) à la vie personnelle ( santé, relations affectives) et professionnelle ( insertion) s'il y a lieu.

- Par l'élaboration et la contractualisation d'un projet personnalisé en mobilisant les ressources de l'environnement (relationnel, familial, professionnel)

La contractualisation est indissociable du service attendu. Il sera proposé aux personnes des contrats centrés sur des objectifs précis et limités (réalisation d'inscriptions sociales, entretiens de leurs lieux de vie, voire reprise des liens avec les intervenants pour le soin )

- Par la mise à disposition d'un accueil localisé qui favorisera les rencontres, les activités de groupe, les inscriptions dans le monde associatif pour le maintien et la restauration du lien social.
- Par la coordination des ressources et l'animation d'une stratégie de réseaux indispensable au cheminement du projet, à sa cohérence et sa continuité.
- Par l'évaluation de l'effectivité des interventions et des résultats obtenus.

## **7 - Fonctionnement du dispositif**

### **7-1 Le cadre institutionnel**

Nous ne proposons pas un service de suite de Triade mais bien un accompagnement à la vie sociale dont le champ d'intervention ne se limite pas à une population issue d'une seule institution. Le service sera ouvert aux demandes des personnes qui, pour la plupart, ont déjà bénéficié de prises en charges institutionnelles diverses. Les principes de réponses seront basés sur la souplesse et la disponibilité au service des personnes mais aussi du lien à entretenir entre les différents acteurs autour du contrat d'accompagnement qui sera la base des relations d'échange.

### **7-2 Le Projet personnalisé**

#### **7-2-1 La procédure d'admission et l'accueil**

Les demandes émanant des services ou des personnes elles-mêmes sont examinées par le cadre du service.

Si sa situation répond aux critères énoncés plus haut , une rencontre est organisée avec le futur bénéficiaire.

Après évaluation entre la demande de la personne, ses capacités et le service proposé, l'admission est acceptée. Il est rappelé à cette occasion la nécessité d'entreprendre les démarches administratives auprès de la C O T O R E P et de l'aide sociale.

***Il est également énoncé que la personne doit être engagée dans un processus de soins.***

C'est dans ce cadre que nous mettons en exergue la responsabilité de la personne en lui proposant de s'engager dans une relation contractuelle.

Ces conditions réunies, un dossier de mesure d'accompagnement peut être ouvert.

### **7-2-2 Le contrat d'accompagnement et le suivi**

Un contrat précisera les modalités d'accompagnement de l'utilisateur (rencontres sur sites, à domicile, vers des administrations, clubs) ainsi que la fréquence et la durée des rencontres.

#### Règlement intérieur

Le règlement est annexé au contrat d'accompagnement ; il est signé par l'utilisateur.

En référence au contrat initial, à partir des situations singulières rencontrées, nous nous efforcerons d'adapter les réponses de la manière la plus appropriée.

Le contrat fera l'objet d'évaluations régulières tout au long de l'accompagnement. A son terme il sera procédé à une évaluation finale qui tiendra compte des objectifs fixés.

Conformément au cadre juridique qui fixe la durée de l'accompagnement maximum à trois ans, nous proposons dans ce dispositif d'établir différentes phases d'évaluation et de bilan suivant la singularité de chaque prise en charge fixée dans le contrat.

Cependant, notre préférence serait d'établir des contrats annuels ou bi-annuels renouvelables.

#### a) L'évaluation à l'admission

Elle prend en compte la demande de la personne, celle du service adressant et les prestations possibles du S.A.V.S ; elle fixe les modalités du contrat (durées, fréquences, modes d'intervention...) et les actions à mettre en œuvre.

Le contrat est bi-latéral. Il engage le service et l'utilisateur.

#### b) L'évaluation intermédiaire

Elle est :

- Liée à des objectifs ponctuels et limités dans le temps : vacances, démarches administratives, déménagements, ... ;
- Liée à la globalité de l'accompagnement nécessitant un réajustement du contrat initial

Ces évaluations seront constitutives du bilan final.

### c) L'évaluation au terme du contrat : le bilan

Il reprendra les termes des objectifs fixés dans le contrat et ceux fixés lors des évaluations intermédiaires pour en mesurer quantitativement et qualitativement les résultats.

Il se fait conjointement entre le bénéficiaire et le service.

Les autres acteurs de l'accompagnement peuvent participer à ce bilan.

A l'issue de ce dernier, en accord avec l'utilisateur, il sera proposé :

- un arrêt de l'accompagnement ou une suspension
- une réorientation
- une reconduction de contrat.
- Les conclusions sociales seront adressées à l'aide sociale du département

### **7-2-3 La fin de prise en charge**

L'accompagnement s'arrête contractuellement à l'issue d'un bilan avec le bénéficiaire, ou en l'absence de buts et de moyens communs, à commencer par la possibilité de rencontre.

## **7-3 Les prestations de service : soutenir et aider les personnes dans leur réinsertion sociale**

La base du fonctionnement est la rencontre individuelle entre le service et le bénéficiaire dans le cadre du projet individualisé. Cette rencontre sera centrée sur l'accompagnement de l'utilisateur face aux difficultés qu'il rencontre dans son quotidien et dans son lieu de vie

Le mode de résolution des difficultés auxquelles se confrontent les usagers n'est pas exclusivement la relation individuelle. L'accompagnement groupal est aussi un moyen utilisé dans la restauration des liens sociaux inefficients.

Dans ce cadre nous proposerons aux personnes différents types de prestations inscrites dans un double mouvement, du service vers le domicile, du domicile vers le service.

- Prestations d'accueil sous forme de permanence ou de rendez-vous pour entretiens individuels, activités de groupe
- Prestations d'accompagnement éducatif personnalisé : Conseils et aide à la gestion de la vie à domicile, accompagnement démarches, écoute et soutien, travail relationnel, animation de groupe, activités culturelles et sociales
- Aide à la recherche de logement en milieu ordinaire
- Accompagnement à l'élaboration de projet et mise en place de contrats par objectifs
- Relations avec les services partenaires pour coordonner les actions et déterminer les niveaux d'intervention en complémentarité

- Médiation avec le réseau social ( environnement relationnel, familial et entourage de proximité)

#### **7-4- Modalités d'évaluation du service rendu**

Le service doit apporter des éléments permettant d'apprécier l'effectivité et l'efficience de son action, la qualité des prestations qu'il délivre et les résultats obtenus.

Ces appréciations sont essentielles pour les acteurs de terrain car elles servent à définir les ajustements nécessaires pour améliorer leurs interventions.

Cette évaluation concerne :

- la pratique générale du service
- la pratique de l'activité de chaque intervenant de l'équipe
- la pratique par rapport aux usagers en lien avec leurs projets.

L'évaluation est destinée à l'usager, les partenaires internes et externes, les partenaires financeurs.

Le service s'engage à étudier et appliquer un système d'évaluation qui lui permette de procéder régulièrement à la saisie d'éléments et d'indicateurs en termes quantitatifs pour dégager une évaluation qualitative de son action. L'étude d'un logiciel permettant cette activité se fera en lien avec le service qualité de l'association Rénovation.

### **8- L'organisation**

#### **8-1 Les moyens matériels**

- Location d'un local situé sur la ceinture des boulevards de Bordeaux:
  - Ouverture 235 jours par an : 365j – 104 repos hebdo- 11 jours fériés- 15 j de congé
  - Ouverture au public du lundi au vendredi et 1 fois par mois le un jour de Week End
- Ce local offre un espace d'accueil, 2 bureaux, 1 salle de groupe, toilettes et point d'eau
- Un téléphone-Fax avec répondeur téléphonique pour enregistrer les appels qui seront traités dès ouverture
  - Une photocopieuse
  - Un véhicule
  - Un budget de fonctionnement (déplacements, activités d'accompagnement à la vie sociale, loisirs, bureau, recherche)



## 8-2 L'encadrement , les moyens humains

Dotation personnel pour une capacité débutante de 30 personnes:

1 ETP Cadre responsable

2 ETP Educateurs spécialisés

0,5 ETP Secrétariat

0,15 ETP Psychologue

- Cadre responsable : Initialisation des contacts avec les partenaires, définitions des conventions ; animation des missions de départ et régulation des difficultés rencontrées ; suivi qualitatif et évaluatif des actions, exercice sur le terrain.
- Educateurs spécialisés : avec une expérience confirmée auprès des personnes handicapées psychiques, connaissance des dispositifs sociaux et pratiques de coordination des services pour l'animation du réseau, recherches partenariales pour des relais et montages de projets innovants
- Psychologue : pour une régulation du travail d'équipe et la recherche action
- Secrétariat : Accueil, standard , traitement des dossiers et suivi administratif

### Organigramme

