



**Favoriser l'accueil de personnes handicapées psychiques en
FAM et reconsidérer le projet d'établissement**

Jean-Jacques EUDIER

2013

cafdes



Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier,

Mon directeur de mémoire Monsieur Bernard Séguier pour la pertinence de ses observations et son accompagnement dans ce travail de réflexion,

Mon épouse Elodie pour son infinie patience.

Sommaire

Introduction	1
1 Le FAM et la prise en compte du handicap psychique.....	3
1.1 Identité associative et le FAM.....	3
1.1.1 Une association parentale tournée vers le handicap mental	3
1.1.2 Identité du FAM.....	4
1.1.3 Le projet d'établissement du FAM dans la réalité associative	4
1.1.4 Population accueillie au FAM	6
1.1.5 Qualifications du FAM	9
1.2 Risque d'isolement du FAM.....	10
1.3 Compétences du FAM.....	12
1.3.1 Entre compétences acquises et compétences requises	12
1.4 Hébergement temporaire au FAM	14
1.4.1 Un espace à dédier au handicap psychique	14
1.4.2 Ambivalence de ce type d'hébergement.....	15
1.4.3 Une solution entrevue	16
1.5 Handicap mental et handicap psychique au FAM.....	16
1.5.1 Connaissances.....	16
1.5.2 Dans le monde et en Europe.....	17
1.5.3 En France et sur le territoire	20
1.6 Corrélation entre handicap mental et handicap psychique.....	23
2 Handicap mental et handicap psychique : identités et complémentarités. .	25
2.1 Deux cultures au service des usagers.....	25
2.1.1 Culture médico-sociale et psychiatrique	25
2.1.2 Données significatives.....	26
2.1.3 Antagonismes apparent des prestations.....	28
2.1.4 Identités professionnelles divergentes.....	29
2.1.5 Points d'accord.....	32
2.1.6 Un partenariat existant	34
2.2 Compétences et conduite du changement.....	35
2.2.1 Les références	35
2.2.2 De savoir-faire à savoir agir.....	35
2.2.3 Construire de nouvelles compétences.....	37
2.2.4 La conduite du changement	38

2.2.5	Le changement : un processus.....	38
2.2.6	Changement et adaptation.....	40
2.2.7	Le changement comme outil de management.....	42
2.2.8	Changement de culture et la valorisation des compétences.....	43
2.3	Identité des projets	43
2.3.1	Notions de projet.....	44
2.3.2	Projet de vie.....	44
2.3.3	Le projet d'établissement	45
2.3.4	La nature du projet d'établissement du FAM.....	46
2.3.5	Culture institutionnelle et projet d'établissement	47
2.3.6	Le projet associatif global.....	47
2.4	Changements : nouvel usager, nouveau projet.....	48
3	Inscrire le handicap psychique dans le projet d'établissement.....	51
3.1	Reconsidérer le projet d'établissement.....	51
3.1.1	Projets de vie, projets de service, projet associatif	51
3.1.2	Conditions requises au projet d'établissement	52
3.1.3	Projet d'établissement et évaluation interne	52
3.2	Stratégies au sein de l'établissement.....	53
3.2.1	En fonction de l'état des lieux	53
3.2.2	Axes de développement	54
3.2.3	Avec le personnel	56
3.2.4	Avec les résidents.....	57
3.2.5	Avec l'Association Adapei 63.....	58
3.3	Stratégies avec l'environnement	58
3.3.1	Avec les familles	58
3.3.2	Avec l'environnement socio-politique et culturel.....	59
3.3.3	Avec la collectivité territoriale.....	60
3.3.4	Avec l'environnement sanitaire	60
3.3.5	Avec l'environnement socio-administratif	62
3.3.6	Avec l'environnement socio-économique	62
3.4	Evaluation.....	63
3.4.1	Critères d'évaluation	63
3.4.2	Courts termes et moyens termes des stratégies	65
3.4.3	Évaluation de l'ensemble de la stratégie	65
3.5	Favoriser l'accueil des personnes handicapées psychiques.	66
	Conclusion.....	67

Bibliographie	68
Liste des annexes	I
1 ANNEXE I : Arrêté de création de l'établissement.....	I
2 ANNEXE II : Organigramme du FAM de St Priest des Champs.....	VII
3 ANNEXE III Message de l'union : Numéro spécial du 6 mai 2013	VIII
4 ANNEXE IV Actualisation du schéma départemental	XIX
5 ANNEXE V: Summary report on the causes of the diversification of users.....	XXIV
6 ANNEXE VI : Tableau récapitulatif du projet.	XXVI

Liste des sigles utilisés

ACAP 2000 : Accord sur la Conduite de l'Activité Professionnelle.

ADAPEI : Association départementale d'amis et parents de personnes handicapées mentales

AFNOR : Association Française de Normalisation.

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.

ARS : Agence Régionale de Santé

CDAPH : Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CG : Conseil Général

CH : Centre Hospitalier.

CME : Commission Médicale d'Établissement.

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

CVS : Conseil de Vie Sociale.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Établissements et Services d'Aide par le Travail.

ETP : Équivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.

GRETA : Groupement d'établissements

IME : Institut Médico Éducatif.

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

MEDEF : Mouvement des Entreprises de France.

ONU : Organisation des Nations-Unies.

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

T2A : Tarification À l'Activité

UNAPEI : Union Nationale d'associations de parents et amis de personnes handicapées mentales

URSS : Union des Républiques Socialistes et Soviétiques.

USLD : Unité de Soins de Longue Durée.

Introduction

Construire en pleine campagne en 2010, un **foyer d'accueil médicalisé (FAM)** dédié aux personnes handicapées mentales vieillissantes répondait à une demande du département du Puy de Dôme.

Directeur de ce foyer de 48 places depuis son ouverture, je remarque qu'après trois ans de fonctionnement, l'équipe formée principalement d'Aides Médico-Psychologiques (AMP) nouvellement diplômées, a permis de répondre avec les compétences disponibles aux besoins des personnes accueillies.

Mais, si nous avons su monter en puissance pour accueillir les personnes handicapées sur les 46 places d'accueil permanent (jusqu'à avoir un taux d'occupation de 95 %), il reste que l'hébergement temporaire souffre d'une désaffection. À cela il y a deux raisons principales : l'éloignement du tissu urbain et la non reconnaissance de nos capacités à diversifier notre accueil.

Nous nous apercevons que la prise en charge psychiatrique des personnes handicapées mentales accueillies au foyer ne correspond pas à leurs besoins, alors que 50 % des usagers de l'établissement bénéficient d'un suivi psychiatrique. Or, peu de membres du personnel sont formés à cette spécialité qui reste toujours porteuse d'une image stigmatisante.

Les hôpitaux psychiatriques de la région, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et surtout hôpital Sainte-Marie (Centre Hospitalier Spécialisé de notre secteur) souhaiteraient nous voir accueillir au sein du foyer des personnes handicapées psychiques. Confrontés à une réduction importante de lits, ils se retrouvent dans l'obligation de trouver des solutions d'accueil hors leurs murs.

Mais cette perspective d'ouverture du FAM au handicap psychique se heurte à plusieurs difficultés :

- Le foyer n'est pas reconnu par les établissements sanitaires psychiatriques comme étant capable de prendre en compte les besoins spécifiques de cette population.
- Le personnel n'est pas formé pour cet accueil.
- La prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques ne s'est inscrite que dernièrement au niveau de l'Unapei. Il n'y a pas encore une véritable culture institutionnelle au sein des établissements, dédiés plus particulièrement à l'accueil des personnes handicapées mentales.
- Dans l'esprit de nombre de personnes, l'éloignement de la structure ne correspond pas à la prise en compte des besoins d'une personne handicapée psychique plutôt urbaine.

Les différents constats énumérés ci-dessus nous conduiront à reconsidérer la déclinaison des usagers inscrite dans le projet d'établissement primitif. Seront interrogées les différentes compétences du FAM afin d'accueillir au mieux cette nouvelle population.

Les incitations gouvernementales transmises par l'Agence Régionale Santé (ARS) et les sollicitations de l'hôpital psychiatrique de secteur, nous invitent à penser que l'accueil des personnes handicapées psychiques représentent un défi, à la fois pour l'institution, son personnel, ses résidents, ses familles et la population locale. Les secteurs sanitaires et médico-sociaux bien que faisant régulièrement des tentatives de rapprochement ne suivent pas les mêmes règles de fonctionnement. La réunion de ces secteurs au sein de l'ARS et l'émergence de la notion de parcours de vie, nous oblige à nous positionner comme partenaire autour de la personne handicapée.

Ce partenariat autour de la personne handicapée psychique vient questionner les compétences du FAM, et, est source de notion de changement. « *Les étapes du changement d'une organisation sont en bien des points comparables à celles de la vie humaine. L'art de diriger est également l'art de prévoir ces évolutions, et même temps prévenir les conséquences* ». ¹. Conduire le changement au sein du FAM fera partie des enjeux du mémoire ;

Il aura pour objectif d'ouvrir l'hébergement temporaire du FAM à un accueil de qualité des personnes handicapées psychiques. Il s'articulera autour de trois axes :

- Faire reconnaître nos compétences actuelles et nos capacités à accueillir ce nouveau public.
- Former le personnel pour acquérir les compétences nécessaires au nouveau projet
- Manager le changement en générant une nouvelle culture institutionnelle efficiente.

Dans la première partie nous ferons état de l'identité du FAM confronté à des problèmes de reconnaissance par le champ psychiatrique, corrélés à des problèmes de gestion et de positionnement géographique.

La deuxième partie mettra en perspective handicap psychique et handicap mental, secteur sanitaire et secteur médico-social (différences et convergence), projet personnalisé et projet institutionnel, champs de compétences, et concept du changement.

Nous traiterons dans la troisième partie des stratégies employées pour conduire le changement, reconsidérer et renouveler notre projet d'établissement.

¹ MIRAMON J-M « manager le changement dans l'action sociale » édition école nationale de la santé publique 2001

1 Le FAM et la prise en compte du handicap psychique.

Les FAM ont pour mission d'accueillir des personnes ayant toutes formes de handicap et nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. Les FAM ont été mis en place par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986². Ils obéissent à des règles de double tarification (tarif hébergement et tarif soins).

Ouvert en décembre 2010, le FAM de Saint Priest des Champs a pour mission d'accueillir des personnes handicapées mentales vieillissantes. L'intrication entre le handicap mental et le handicap psychique, au sein de ce foyer, nous a conduits à réfléchir globalement sur la prise en compte de la santé mentale des personnes handicapées qui nous sont, ou qui pourraient nous être confiées.

1.1 L'identité associative et le FAM

1.1.1 Une association parentale tournée vers le handicap mental

L'Adapei 63 : Association départementale d'amis et parents de personnes handicapées mentales du Puy-de-Dôme.

Cette Association composée de parents et d'amis bénévoles, aujourd'hui reconnue sous le sigle Adapei 63, a été créée le 29 juillet 1959 par la volonté de parents d'enfants handicapés mentaux résidant sur la région clermontoise, et dans un contexte social où la méconnaissance des pouvoirs publics de la personne handicapée mentale entraînait des réponses inadaptées à ses besoins. Le handicap mental étant souvent confondu avec la maladie mentale, de nombreuses familles n'avaient pas d'autre possibilité que de garder leur enfant à domicile ou de le « placer » en hôpital psychiatrique.

Aujourd'hui, l'Adapei 63 gère 67 établissements et services qui, par leur diversité, peuvent accueillir des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes handicapées mentales vieillissantes.

L'association emploie 980 salariés et accueille 2000 personnes handicapées.

L'Adapei 63 gère plus particulièrement 12 foyers pour adultes dans le Puy-de-Dôme. 9 se situent à Clermont-Ferrand et sa périphérie, 2 à Saint-Eloy-les-Mines (3650 habitants) et 1 à Saint Priest des champs (700 habitants).

² Circulaire n°86-6 du 14 février 1986 mettant en place les Foyers à Double Tarification (FDT) qui prendront la dénomination Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

1.1.2 Identité du FAM

En 2000, des directeurs et des administrateurs faisaient part de leurs inquiétudes vis-à-vis du vieillissement de la population accueillie au sein des foyers, dont les projets d'établissement n'étaient plus adaptés à la prise en compte des besoins de ces personnes, la médicalisation y étant de plus en plus importante.

L'Association a donc étudié la possibilité de déposer un dossier de création d'un établissement pour les personnes handicapées vieillissantes. Le Conseil Général, ayant reçu en même temps une demande similaire d'une autre association (Croix Marines) au sud du département, a préconisé une implantation de cet établissement, au nord, dans le secteur des Combrailles qui souffrait du manque d'un tel type d'établissement médico-social. Le dossier a été déposé au Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Social (CROSMS) et validé en 2007. La construction sur un terrain de 14 000 m², offert par la municipalité de Saint Priest, a débuté en 2009. L'établissement de 3 500 m² a ouvert ses portes en décembre 2010 pour accueillir progressivement les résidents et les salariés jusqu'au mois de mars 2011. Le foyer de Saint Priest a été construit dans un village en zone montagneuse à une altitude de 750 m. La création de cet établissement a permis de développer des compétences et des emplois. Les tissus urbains les plus proches sont Montluçon et Riom (50 km) et Clermont-Ferrand (60 km).

1.1.3 Le projet d'établissement du FAM dans la réalité associative

Le projet d'établissement du FAM écrit en 2012, tient compte du projet associatif global de l'Adapei 63, lui-même respectant le projet de l'Unapei. Il oriente sa mission vers la population des personnes handicapées mentales ayant ou non des troubles associés. Il n'y est pas mentionné les possibilités d'accueil de personnes handicapées psychiques, handicap reconnu par la loi de 2005 qui précise que « *constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »³. Pourtant, devant le nombre important de résidents handicapés mentaux bénéficiant d'un suivi psychiatrique au sein de ce foyer, il nous est impossible d'exclure ces pathologies de notre champ de compétences.

³ article 2 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles sous l'article L114 (consulté le 19 juillet 2013)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796446&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20130719&fastPos=2&fastReqlD=751618526&oldAction=rechCodeArticle>

Le projet d'établissement du FAM associe la prise en compte des besoins médicaux et celle des besoins socio-éducatifs. S'adressant à un public de personnes handicapées vieillissantes, on s'aperçoit que les problèmes de santé augmentent (maladie d'Alzheimer, pathologies endocriniennes, arthrose, etc, ...) sauf dans la partie psychiatrique où les pathologies ont tendance à se stabiliser. Concernant la partie éducative, un débat s'est instauré avec les financeurs, qui ne voyaient pas l'intérêt de maintenir ce volet dans l'organigramme de la structure, retenant essentiellement le terme « vieillissant » pouvant nous assimiler à un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Nous avons alors, mis en avant plusieurs points :

- D'une part, que les résidents avaient bénéficié tout au long de leur vie d'un accompagnement éducatif et que le leur enlever brutalement provoquerait chez eux un manque de repères.
- D'autre part, que la représentation familiale n'est pas la même entre une personne âgée et une personne handicapée. La personne âgée est la doyenne d'une famille qu'elle a créée (filiation continue). La personne handicapée âgée n'a pas de descendance et dans 80% des cas a perdu ses parents (double rupture). Dans son esprit la cellule familiale se recrée autour du personnel éducatif, qu'elle a toujours connu.

Notre projet d'établissement reprend donc ces deux axes : le maintien de la santé physique et mentale, et un fonctionnement plus familial (constitution de petits groupes, participation à la cuisine, au jardin, aux tâches ménagères). Nous souhaitons les anniversaires et fêtons Noël ensemble. Mais pour ne pas tomber dans une hyper affectivité, voire une ambivalence, comme pourrait le décrire Paul Fustier, nous raisonnons globalement, les 48 membres du personnel s'occupant des 48 résidents. Par exemple, chaque AMP intervient de façon régulière sur chaque unité, sans être affecté sur une unité précise. *« Souvent non parlé, et pourtant fréquents en institution, sont ces drames que produisent les fêtes, et principalement Noël et les célébrations d'anniversaire. Ce sont des moments fragiles, souvent violents, facilitant la régression et l'envie ; on peut y lire la nostalgie d'un impossible, celui du retour de l'idéal maternel chez ceux qui accompagnent au quotidien. »*⁴ En faisant en sorte que l'ensemble des membres du personnel s'occupe de l'ensemble des résidents nous diminuons ce risque de projection, voire de fusion. Dans le projet d'établissement nous avons baptisé cela ; *la transversalité*, où chacun des membres du personnel s'occupe de l'ensemble des résidents. Pour les mêmes raisons, nous avons aussi préféré la coréférence éducative au référent.

Dans ce même état d'esprit, la voix de chaque membre du personnel est écoutée, puisqu'elle peut amener des améliorations, à la fois vers la prise en compte des besoins

⁴FUSTIER P « Les corridors du quotidien » Dunod 2008

des résidents, mais aussi vis-à-vis de l'organisation de l'établissement. En ce sens, nous pourrions considérer le foyer comme une organisation de type missionnaire (selon Mintzberg). « *L'idéologie existe d'abord comme une force dans les organisations des autres types, encourageant leurs membres à tirer tous ensemble. Mais, il peut se faire qu'elle puisse également dominer lorsque la standardisation des normes devient le mécanisme de coordination majeure. L'organisation prend alors la forme d'une configuration missionnaire, réalisant le stade le plus pur de la décentralisation, puisque chacun de ses membres est considéré comme pouvant décider ou agir en toute confiance pour le bien de l'organisation dans sa globalité* ». ⁵ Mais, si cette organisation a prévalu dans les premiers mois de fonctionnement, nous sommes maintenant dans un mode d'organisation plutôt de type professionnelle (Mintzberg) dans le sens où « *les membres du centre opérationnel exercent une poussée vers la professionnalisation, afin de diminuer l'influence que les autres, qu'ils soient des collègues, la hiérarchie ou des administrateurs technocrates, ont sur leur travail (...)* Il en résulte une configuration professionnelle, avec une complète décentralisation verticale et horizontale du pouvoir au centre opérationnel laquelle réalise la coordination en grande partie à travers la standardisation du savoir et des qualifications » ⁶. Il n'est pas rare que des membres du personnel proposent à l'encadrement l'amélioration de leurs conditions de travail, ou l'adaptation de la prise en charge d'un résident. Ces modifications, après concertation, sont mises en place et évaluées au bout de trois mois, avec l'ensemble des personnes concernées (personnel et/ou résident).

Une part non négligeable du projet d'établissement baptisée « *flux dynamiques de circulation* » est consacrée aux relations avec l'environnement. Qu'il soit proche (famille, habitants, mairie, canton) ou éloigné (siège social, financeurs, zones urbaines), qu'il s'agisse des professionnels du foyer accompagnant des résidents sur l'extérieur ou de professionnels extérieurs intervenant sur le site, ou bien des écoles et des EHPAD avec qui nous avons lié des relations régulières. Nous avons essayé de mettre en place une relation conviviale, par exemple en n'instaurant pas d'horaires de visite pour les familles ou en mettant gratuitement notre salle de réunion à la disposition d'associations municipales.

1.1.4 Population accueillie au FAM

L'agrément de l'établissement est de 48 places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en foyer occupationnel internat (FOI), dont deux places réservées à l'accueil temporaire

⁵ MINTZBERG H « Le management. Voyage au centre des organisations ». p 203-212 Eyrolles 1989

⁶ MINTZBERG H « Le management. Voyage au centre des organisations ». p 203-212 Eyrolles 1989

(arrêté de création en annexe 1). Volontairement nous regroupons sous le terme de FAM à la fois le FOI et le FAM. Le foyer de Saint Priest accueille et héberge, sur 4 unités de 12 chambres, des personnes vieillissantes en situation de handicap mental et/ou physique ayant ou non des troubles associés. Volontairement, sur le projet d'établissement, nous n'avons pas voulu fixer d'âge d'admission, estimant que le vieillissement des personnes handicapées est très aléatoire et ne reflète pas grand-chose d'une pathologie à une autre. Néanmoins, « *l'âge d'une personne handicapée se définit aux alentours de 45 ans pour la trisomie 21, et on estime que la population des autres personnes handicapées mentales devrait avoir la même espérance de vie que la population ordinaire* ». ⁷

Les personnes accueillies au foyer de Saint Priest des Champs sont originaires à 85 % du Puy de Dôme et plus particulièrement de Clermont-Ferrand et du Nord du département. 75 % d'entre elles viennent directement d'autres foyers (Adapei 63 ou non). La moyenne d'âge des résidents est de 58 ans, soit 10 ans de plus que dans les foyers de l'Adapei 63 où les résidents sont les plus âgés.

Le foyer de Saint Priest des Champs en accueillant à l'heure actuelle 48 personnes en FAM et FOI dont deux places en hébergement temporaire, conjugue les savoir-faire des professionnels soignants et éducatifs afin d'offrir un accompagnement qui répond aux problématiques des personnes accueillies.

Le processus d'admission est le suivant : dans le Puy de Dôme, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) envoie à chaque établissement les noms et adresses des personnes handicapées pour qui la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) a formulé une orientation. Dès que nous recevons cette orientation, nous contactons la personne et/ou son représentant légal et nous leur fixons un rendez-vous. Lors de cette rencontre nous visitons ensemble l'établissement et nous remettons les documents légaux (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement et dossier d'admission). Si la personne confirme sa volonté d'entrer au FAM de St Priest, nous l'inscrivons sur la liste d'attente et nous lui proposons des séjours en hébergement temporaire. Si une place se libère, une commission d'admission composée du directeur, de l'administrateur délégué, du médecin, de la psychologue et de la chef de service se réunit afin de déterminer la personne à accueillir.

Ainsi parmi les 46 résidents accueillis

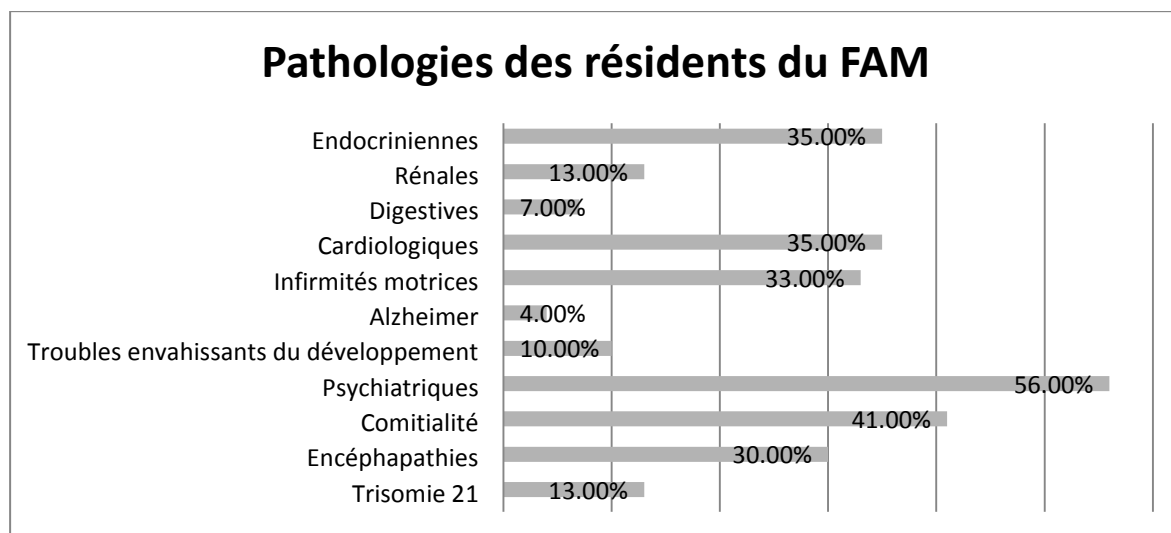
⁷ Schéma départemental du conseil général du Puy de Dôme 20 juin 2010

- 38 personnes viennent directement d'un foyer de la région clermontoise (Clermont-Ferrand, Mozac ou Issoire).
- 1 personne vient du secteur psychiatrique.
- 7 personnes sont en provenance directe de leurs familles et ont eu l'occasion au cours de leur parcours de vie de côtoyer un peu la vie en établissement.

Actuellement la liste d'attente est composée de 71 personnes dont 14 proviennent, depuis 6 mois, du secteur psychiatrique (ce délai de 6 mois correspond au retour au sein de la CDAPH de deux psychiatres).

Sur l'ensemble des résidents accueillis, 29 restent en contact avec un membre de leur famille mais seulement 12 partent régulièrement de l'établissement pour aller en famille. Dans la plupart des cas, il s'agit de la famille qui vient sur le site rendre visite.

Actuellement, sur les 46 résidents permanents du foyer nous avons 25 hommes et 21 femmes qui présentent des pathologies variées.



On se rend compte sur le tableau ci-dessus, que les pathologies les plus fréquentes au sein du foyer sont les pathologies psychiatriques, puisque plus de la moitié des personnes accueillies en souffrent.

La plupart des résidents en situation de handicap souffrent d'une déficience intellectuelle moyenne à profonde avec trouble du comportement. Sur l'ensemble du foyer, 13 personnes présentent des troubles du langage.

Les difficultés et/ou troubles de la mobilité concernent 7 personnes. Néanmoins, l'autonomie à la marche n'est pas entière pour 8 résidents, puisqu'une aide physique ou matérielle peut être utilisée de manière ponctuelle ou permanente.

L'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne n'est pas complète : 37 résidents ont besoin d'un accompagnement à la toilette et 5 d'un accompagnement au repas.

Toutes ces pathologies nécessitent une coopération étroite entre les praticiens spécialistes hospitaliers et libéraux chargés du suivi régulier. De même au sein du foyer, ces différentes pathologies et leur suivi, nécessitent la collaboration entre les pôles éducatifs, médicaux, paramédicaux et d'hébergement. Cette pluri professionnalisation, autour de la personne handicapée, cette multitude de regards croisés, incitent à plus d'écoute et plus d'innovation dans la prise en charge de ces besoins. Cela permet aussi de partager les connaissances et d'accroître ainsi les compétences de l'ensemble du personnel.

1.1.5 Qualifications du FAM

(Organigramme en annexe 2).

Le personnel de Saint Priest est composé de 54 personnes soit 47.99 équivalents temps pleins (ETP). Le ratio d'encadrement est donc de 1 pour 1.

Equipe administrative : 5 personnes (4,5 ETP) 1 directeur, 2 secrétaires, 1.5 comptables.

Equipe éducative : 30 personnes (29.4 ETP) 1 chef de service, 3 animateurs, 21 AMP, 4.4 surveillants de nuit qualifiés.

Equipe médicale : 12 personnes (7.59 ETP) 0.33 médecin, 0.20 psychiatre (non pourvu), 0.40 de psychologue, 0.20 de kinésithérapeute 2 infirmières, 4 aides-soignantes, 0.26 psychomotricienne, 0.20 ergothérapeute (non pourvu), 0.20 art-thérapeute (vacataire).

Equipe maintenance : 7 personnes (6.5 ETP) 1.5 techniciens de maintenance, 4 agents de service intérieur, 1 lingère.

Sur ces 54 personnes 11 avaient déjà travaillé dans le secteur du handicap. Sur les 21 AMP, 20 ont été formés pour l'ouverture du foyer.

(Il faut ajouter les 2 cuisiniers qui sont salariés d'une entreprise prestataire).

En 2008, l'Adapei 63 s'est rendu compte qu'elle aurait des difficultés pour assurer l'ouverture des foyers de Saint Eloy et de St Priest, si elle ne formait pas des professionnels. L'association prend alors contact avec le Greta, Pôle Emploi, le Conseil Général (CG) et le Conseil Régional. Les tractations dureront un an.

Une sélection organisée par l'association et le Greta (après une présélection du Pôle Emploi), a permis à 35 personnes d'intégrer en 2009 un cursus de formation d'AMP dédié aux établissements susnommés. Cette formation en 1 an, a permis de diplômer 29

personnes en décembre 2010. 3 autres ont pu valider leurs modules manquants, au cours de l'année 2011.

Ce recrutement local a permis de fixer une population jusque-là au chômage et d'assurer ainsi la pérennité des deux établissements. Dans le but de revitaliser ce secteur rural, le CG, Pôle Emploi et l'Association ont contribué financièrement de manière importante à la réussite de ce projet.

Bien que le personnel ait été formé pour l'ouverture de l'établissement, et faisant preuve d'une efficacité dans la prise en compte des besoins des personnes handicapées mentales, il n'en reste pas moins que les besoins en suivi psychiatrique des résidents du foyer ne sont pas suffisamment abordés. Une de nos problématiques étant l'adaptation du personnel à ces pathologies.

Mon propos n'est pas de revenir sur le bien-fondé de cette construction, tant sur le plan économique, que sur le plan des besoins en création de places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes, mais il faut toutefois noter que la question de l'éloignement de la structure, reste une problématique essentielle à traiter puisqu'elle pourrait induire un risque d'isolement.

1.2 Risque d'isolement du FAM

La volonté du Conseil Général de redynamiser le secteur rural des Combrailles, en demandant à l'Adapei 63 de construire le foyer d'accueil médicalisé dans le Nord du département, a eu des effets positifs et négatifs pour notre établissement.

Comme pour une partie de la population française, la vie en secteur rural peut comporter des avantages et aussi des inconvénients :

Points positifs :

- Emprise foncière à moindre coût ce qui a permis de créer un établissement de 3500 m² sur un terrain de 14 000 m².
- Environnement calme et reposant propice à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.
- Population bienveillante et accueillante.
- Formation du personnel localement.

Points négatifs :

- La vie en secteur rural conduit à un risque d'isolement par l'éloignement du tissu urbain. Par exemple, cela induit deux choix pour les activités des résidents qui sont réduites à :
 - o Soit des activités rurales : équitation, ferme pédagogique, pêche, randonnée, jardin qui sont réalisées sur place ou aux alentours immédiats.

- Soit des activités sociales : achats, habillement, cinéma, piscine, restaurant, etc, qui nécessitent des déplacements plus longs, plus de véhicules et un personnel absent plus longtemps de la structure.
- Des difficultés pour le maintien du lien familial. En effet, les 12 familles encore présentes auprès des résidents ont un âge moyen de 72 ans, et 60 km de route (dont 15 km de montagne) pour se rendre au foyer, leurs posent des difficultés. Pour celles qui ne peuvent plus conduire ou ont des difficultés, nous avons mis en place deux sortes de navettes :
 - Une navette résidents qui 1 weekend sur 2 les emmène dans leur famille le vendredi soir et les ramène au foyer le lundi matin.
 - Une navette famille qui, 1 samedi sur 2, va chercher les membres de la famille à Clermont Ferrand pour qu'ils passent la journée au foyer.
- Enfin, se pose la question du suivi médical de chaque personne accueillie :
 - En dehors du médecin généraliste salarié de l'établissement, il n'y a qu'un seul médecin libéral dans le secteur. Les infirmières libérales peuvent assurer quelques remplacements en cas d'absence des infirmières du FAM. Nous avons aussi salarié le kinésithérapeute local en lui laissant la possibilité d'accueillir sur le site, sa clientèle libérale dans le cadre des *flux dynamiques de circulations*. Malgré tout cela, nous manquons encore d'un psychiatre (0.20 ETP) et d'un ergothérapeute (0.20 ETP).
 - Le manque le plus prégnant reste au niveau des urgences : en effet, le SAMU met entre 45 minutes et 1 heure pour intervenir sur le site. Pour pallier cette difficulté, 17 salariés (35%) sont formés en sauveteur secouriste du travail. De plus nous avons 2 infirmières formées aux soins d'urgences, 1 chariot d'urgence et 1 défibrillateur. Nous remarquons que tout cela n'est fonctionnel qu'au niveau des urgences vitales : fausse route, épilepsie, syndrome infectieux, etc.. Mais nous constatons que nous ne savons pas répondre correctement à une urgence psychiatrique pour deux raisons :
 - Le manque de formation du personnel sur ce sujet, risque de lui faire perdre un temps précieux sur l'appréciation réelle d'un besoin d'hospitalisation, et provoquer une confusion possible sur la conduite à tenir.
 - L'éloignement de la structure fera lui aussi perdre du temps aux services de secours.

Notre éloignement, si l'on ne veut pas qu'il devienne isolement, doit être compensé par une revalorisation de nos compétences existantes et par l'obtention de nouvelles compétences, nous permettant, à terme, de pouvoir prendre en compte le plus efficacement possible la majorité des problèmes de santé.

1.3 Compétences du FAM

Après trois ans d'ouverture, nous avons pu mettre en place, en interne, entre les secteurs médicaux, paramédicaux, et le secteur socio-éducatif, une collaboration étroite. Les voix éducatives et médicales sont d'égales valeurs. Le directeur, issu du monde soignant, et la chef de service, venant du monde éducatif, bien qu'ayant des approches différentes du bien-être des résidents, ont su s'écouter pour mettre de la cohérence autour du projet personnalisé de chacun.

Grâce à un plateau technique médical et paramédical important, la prise en charge de la santé physique des résidents a été optimisée. Nombre de pathologies qui, dans les foyers d'accueil médicalisé de moindre importance, et donc avec un plateau technique réduit, seraient traitées en milieu hospitalier, peuvent être prises en charge au foyer de Saint Priest des Champs. Les conseils de l'équipe médicale envers l'équipe socio-éducatif chargée de la gestion de la vie quotidienne, s'avèrent précieux (diabète, greffes rénales, maladies dégénératives, etc...). Le travail en collaboration entre aides médico-psychologiques et aides-soignantes permet d'échanger les points de vue éducatifs et paramédicaux autour de situations complexes.

Nous pourrions être un EHPAD dédié aux personnes handicapées et fonctionner comme tel, en axant notre prise en charge sur le soin. Notre volonté a toujours été de maintenir le volet socio-éducatif de manière prépondérante. Mais si nous observons bien, l'équipe la plus expérimentée est l'équipe médicale. Ce qui pourrait provoquer un axe fort vers la médicalisation au détriment de l'éducatif. Ce n'est pas le cas : l'axe fort du projet d'établissement autour de la transversalité permet que chaque groupe professionnel s'occupe de la partie qui le concerne tout en prenant en compte les observations des autres membres du personnel. Malgré le flottement des deux premières années, où chacun essayait d'avoir pouvoir sur l'autre, la notion d'expertise partagée a fini par prendre sa place au sein de l'organisation.

1.3.1 Entre compétences acquises et compétences requises

Le bien-être des personnes accueillies au foyer d'accueil médicalisé de Saint Priest des Champs s'avère assuré, à la réserve près de sa composante psychiatrique.

Le manque de compétences concernant la psychiatrie se fait sentir :

- L'équipe médicale est peu formée à la psychiatrie et personne n'y a travaillé.

- Les aides médico psychologiques n'ayant comme seule expérience que le foyer d'accueil médicalisé de Saint Priest, n'ont été que rarement confrontés à des prises en charge psychiatriques lors de leurs stages.
- Sur les 48 ETP, seuls le directeur, la psychologue et l'art-thérapeute ont travaillé dans ce secteur.

Pour les résidents nécessitant un suivi psychiatrique, cette prise en charge est totalement délaissée aux professionnels du secteur. En effet, la gestion des quelques « crises » des personnes ayant une pathologie psychiatrique n'est pas d'une qualité linéaire. Si quelques membres du personnel, bien que n'ayant que peu de bases théoriques, savent gérer ces moments difficiles, d'autres se heurtent de plein fouet avec les résidents, d'autres encore préfèrent ne pas s'en occuper. Pourquoi ?

- La psychiatrie fait peur. Son image est toujours porteuse, dans la population et chez les professionnels du foyer, d'enfermement, d'asile, de violence et d'aliénation.
- Les modules d'apprentissage de la psychiatrie, que ce soit au niveau des médecins, infirmières, aides-soignantes, aides médico psychologiques, sont en fait des survols. Seuls les professionnels qui se passionnent pour cette discipline s'y intéressent et approfondissent leurs connaissances pour devenir experts et travailler dans ce secteur.
- Dans l'esprit des professionnels du foyer, la psychiatrie est dévolue au secteur sanitaire et n'a pas sa place dans le secteur médico-social.
- Le poste non pourvu de psychiatre ne permet pas de sensibiliser et de former le personnel à la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques.

Par exemple, dès qu'un résident subit une modification de son comportement évoquant un trouble psychiatrique, les membres du personnel demandent au médecin de l'hospitaliser en secteur psychiatrique. Dans la majorité des cas, nous arrivons à garder la personne au sein du foyer afin qu'elle soit traitée sur place. Par ailleurs, si le résident manifeste de la violence verbale ou dirigée contre lui-même, il n'est pas rare que des membres du personnel refusent d'entrer seuls dans sa chambre, même 15 jours après son problème. Depuis deux ans nous essayons de destigmatiser la psychiatrie, mais nos connaissances sont insuffisantes et nous nous heurtons à un scepticisme qu'il est difficile de combattre.

Pour surmonter ce problème avec les compétences requises, le positionnement sur l'accueil temporaire pourrait démontrer toute sa pertinence, dans l'accueil de ces personnes présentant un handicap psychique.

1.4 Hébergement temporaire au FAM

Le foyer de Saint Priest des Champs a 2 chambres d'hébergement temporaire sur les 48 places qu'il compte au total.

Nous constatons que si nous avons un taux d'occupation de 94 % sur l'hébergement définitif, nous avons une désaffectation de l'hébergement temporaire (taux d'occupation de 31 %). À cela plusieurs raisons :

- L'éloignement de l'établissement du tissu urbain (60 km de Clermont Ferrand, 50 km de Montluçon et Riom), ce qui déplaît souvent aux familles qui habitent ces secteurs (majorité). Notamment, en ce qui concerne les frais de transport, pour amener et rechercher les personnes, qui sont à la charge des familles.
- Sur 71 dossiers d'orientation CDAPH en hébergement définitif, 52 % viennent de personnes de plus de 60 ans déjà prises en charge dans un autre foyer ou en secteur psychiatrique fermé. L'hébergement temporaire ne prendrait tout son sens que si nous pouvions proposer une admission définitive dans un laps de temps raisonnable. Or, nous ne prévoyons pas de nouvelles admissions avant 2 à 3 ans.
- 40 % des demandes sont formulées par une personne prise en charge dans sa famille, une famille d'accueil, un foyer appartement, un Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS), ou en secteur de psychiatrie ouvert. Dans ces cas-là, la personne est arrivée en limite de prise en charge et la demande est faite pour de l'hébergement définitif, sans pouvoir l'anticiper par des séjours temporaires. La plupart du temps ces demandes sont urgentes (urgences sociales ou médicales).
- Enfin, 8 % des demandes d'orientation dans notre foyer (quatre personnes), sont dans l'anticipation du phénomène de vieillissement. Il n'y a pas d'urgence et nous pouvons les accueillir 90 jours par an pour préparer leur future admission définitive. Ce sont ces personnes qui occupent principalement les chambres d'accueil temporaire. Leur durée moyenne de séjour est de 34 jours.

1.4.1 Un espace à dédier au handicap psychique

Actuellement le secteur de la psychiatrie est très demandeur de places d'hébergement définitif pour certains de ces patients vieillissants. Or, ni l'hôpital, ni les établissements médico-sociaux ne peuvent être sûrs à 100% que toutes les personnes handicapées psychiques pourront vivre en foyer. À notre sens, seule une période définie d'accueil en hébergement temporaire, serait à même de conforter ces demandes, en mettant en place des outils de suivi et d'observation, puis en le transmettant à la CDAPH, permettant ainsi de maintenir une demande d'accueil définitif en foyer.

Le passage de l'hôpital vers le foyer ne peut pas être anodin pour un patient qui a passé plusieurs années au sein de la structure psychiatrique. Les pertes de repères (architecturaux, membres du personnel, organisation, public accueilli, etc.), pourraient

induire chez ces personnes handicapées une aggravation de leurs pathologies. Il nous semble donc nécessaire, avant de confirmer une demande d'hébergement définitif dans quelque établissement médico-social que ce soit, que ces personnes puissent venir « à l'essai » dans la structure médico-sociale, sur une période ne pouvant pas excéder 90 jours par an. Ce laps de temps, permettrait à l'ensemble du personnel de formuler des observations tant médicales qu'éducatives, afin que la personne puisse être orientée sans risque vers un établissement médico-social ou qu'elle revienne à l'hôpital. L'orientation en hébergement temporaire de la personne par la CDAPH, permet d'évaluer l'adéquation entre les besoins de la personne handicapée psychique et les moyens proposés par l'établissement.

Cela permettrait en outre, de valoriser l'accueil temporaire, jusque-là déficitaire.

1.4.2 Ambivalence de ce type d'hébergement

Le déficit d'activité, lié au taux d'occupation très bas de l'hébergement temporaire, induit un déficit financier de 69 080 € en 2011 et de 72 942 € en 2012 (en comparaison du taux d'activité globale). Ce qui revient à environ 2.5 ETP. Il est important de garantir la pérennité de ces postes, tout en maintenant une offre de service d'accueil temporaire sur notre territoire. C'est-à-dire, en ne transformant pas l'hébergement temporaire en définitif, ce qui augmente certes le taux d'occupation (et donc le budget), mais ne correspond ni à l'agrément, ni aux besoins. En effet, même si l'hébergement temporaire n'a pas véritablement de sens au niveau strictement local, il est important de maintenir cet accueil en diversifiant l'offre car ses atouts sont indéniables :

- Il permet aux personnes handicapées de changer provisoirement de lieu de vie, de mode d'accueil et de connaître d'autres personnes.
- Il permet aux familles d'avoir un peu de répit, en confiant la personne handicapée à un établissement sécurisant.
- Il permet aux membres du personnel d'avoir de nouvelles connaissances professionnelles, de se remettre en question.
- Il permet aux équipes d'autres structures de passer la main et d'obtenir des observations différentes sur le comportement de leur résident.

Mais il peut aussi être synonyme de :

- Sentiment d'abandon pour le résident
- Sentiment de culpabilité des familles
- Stress pour les professionnels du foyer
- Comparaisons inadéquates d'autres professionnels

À nous de savoir rassurer les résidents et leur famille, d'augmenter nos compétences afin d'assurer un séjour temporaire en adéquation avec les besoins et livrer des observations de qualité pouvant servir les équipes d'autres établissements.

1.4.3 Une solution entrevue

Nous avons la possibilité d'accueillir des personnes handicapées psychiques en hébergement temporaire sur notre structure. La demande existante est très forte de la part de l'hôpital psychiatrique de secteur. Une convention existe entre cet Hôpital et l'Adapei 63, mais nous nous heurtons à une acculturation de la psychiatrie, tant de la part des professionnels, que des familles. De même, nous observons un manque de connaissance du secteur psychiatrique à notre égard.

1.5 Handicap mental et handicap psychique au FAM

En 1975, la déclaration 3447 de l'Organisation des Nations Unies (ONU) définit les droits de la personne handicapée, en précisant que ce terme « *désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessaires d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales* »⁸. Dans ce contexte, la terminologie différencie le handicap psychique et le handicap mental.

1.5.1 Connaissances

« Le handicap mental, est la conséquence de limitations des facultés cognitives et en particulier de l'efficience intellectuelle. Il se définit par l'existence d'un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70 et de troubles de l'adaptation sociale. Il se manifeste à tous les âges, mais dans bien des cas, dès l'enfance. Les causes en sont multiples ; on retiendra en particulier le rôle des affections génétiques, congénitales, périnatales, des traumatismes, infections, intoxications, accidents circulatoires, et des maladies psychiatriques.

Sous le terme de handicap psychique, reconnu par la loi de 2005, on entend les conséquences de troubles relationnels de l'individu vis-à-vis de lui-même et de son entourage. Il peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais, le plus souvent, est la conséquence d'une maladie psychiatrique du domaine de la névrose grave ou de la psychose. Le handicap psychique génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale. Il s'agit

⁸ <http://unionnationaledesmoinsvalides.org/unmv-onu.htm>

d'un état durable ou épisodique avec périodes de rémission, avec ou sans altérations des facultés mentales. Il peut apparaître à tous les âges de la vie. »⁹.

Handicap psychique et handicap mental peuvent être isolés, mais ils sont en fait souvent intrinsèquement liés. Ils peuvent s'ajouter et s'aggraver; les frontières entre eux pouvant être mal définies. Il existe donc des zones de recoupement pour la prise en charge des personnes entre les secteurs sanitaire (dont le secteur psychiatrique), social-éducatif et médico-social.

1.5.2 Dans le monde et en Europe

« La nouvelle convention concernant le handicap a été adoptée le 13 Décembre 2006 par l'Assemblée Générale de l'ONU.

Elle est entrée en vigueur le 3 Mai 2008, trente jours après avoir été ratifiée par le vingtième pays.

Elle ne crée pas de nouveaux droits mais réaffirme la volonté de promouvoir, de protéger et de garantir les droits fondamentaux des personnes handicapées. Elle envisage pour la première fois le handicap comme enjeu des droits de l'Homme.

La notion de handicap est définie à l'article 1 de la convention: Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »¹⁰.

Le nouveau plan de la Commission Européenne du 15 Novembre 2010 s'inscrit dans le cadre de la Résolution du Conseil de Juin 2010 et s'inspire des principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne et de l'expérience du premier plan mis en œuvre entre 2003 et 2010.

Il est important de noter que les définitions législatives du handicap diffèrent énormément d'un pays à un autre. Cela peut aller d'une définition extrêmement précise comme en France, à une absence volontaire de définition comme en Suède et au Danemark. Les classifications des personnes handicapées sont un casse-tête : cela va de six à douze suivant les pays. Mais l'Europe a la volonté d'unifier la prise en compte des besoins des personnes handicapées.

⁹ http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=643 Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation 2007 Consulté le 15 mars 2013

¹⁰ Albert, J. Tomasso, L. Merlin, J-B., 2010 pourquoi faut-il une politique particulière de protection des personnes handicapées? CRI-IRC <http://www.cri-irc.org/v4/publications/1-politique-europeenne/17-pourquoi-faut-il-une-politique-particuliere-de-protection-des-personnes-handicapees-.html> (Consulté le 23 janvier 2013).

Il faut relever, que l'union européenne a remarqué que les différents pays, bien qu'ayant des modes de fonctionnement disparates, ont tous de bonnes politiques en faveur des personnes handicapées.

La politique européenne incite de plus en plus au respect des droits de la personne handicapée :

- Intégration scolaire en milieu ordinaire.
- Désinstitutionnalisation et intégration dans la cité.
- Intégration dans le monde du travail.

La politique de l'Union Européenne consistera dans les années à venir à :

- Réorienter les soins hospitaliers psychiatriques vers des soins de proximité et développer l'hébergement des personnes handicapées dans des résidences spécialisées compétentes pour traiter les différentes formes de handicap
- Par ailleurs, dans plusieurs pays les hôpitaux psychiatriques n'existeront plus, la psychiatrie deviendra une spécialité médicale, au même titre que la cardiologie. Seule exception, au sein de ces hôpitaux généraux, le service d'urgences psychiatriques, qui sera à part des urgences médicales.

La vision des pays du nord (Suède, Danemark et Finlande) est plus tournée vers une responsabilité collective du handicap ; ainsi, pour ces pays c'est l'environnement qui est handicapant et non pas la personne qui est handicapée. En ce sens, la responsabilité de la personne handicapée n'est pas induite. Dans ces pays, la notion d'établissement spécialisé à pratiquement disparu, au profit de petits logements collectifs, d'aide à domicile et de suivi en ambulatoire ou par des services. En Finlande, la commune ayant reçu la compétence pour prendre en compte les besoins des personnes handicapées, a dévolu cette compétence au secteur privé à but lucratif. Du coup, les budgets sociaux ont explosé en proportion inverse des rentrées fiscales. Les coûts n'étant pas fixes, le « marché des personnes handicapées » est convoité par des entreprises qui pour les obtenir n'hésitent pas à baisser les prix, de même que la qualité des prestations. Les plaintes des personnes handicapées et de leurs familles influent donc les municipalités à se tourner vers des entreprises plus sérieuses, mais donc plus chères.

Les pays du sud (Portugal, Espagne et Italie) adoptent rapidement de nouvelles mesures pour compenser le handicap. L'Espagne qui accusait un retard considérable dans les soins aux malades mentaux est devenue un modèle au niveau européen. La disparition quasi complète des hôpitaux psychiatriques et leur remplacement par une prise en charge

à domicile ou dans de petites unités, ont permis une intégration dans la cité, des personnes handicapées psychiques.

La France, la Belgique et l'Allemagne bien qu'ayant des divergences marquées sur la reconnaissance et la gestion administrative du handicap, continuent à privilégier le modèle des établissements spécialisés. Néanmoins, l'intégration scolaire des enfants handicapés, ayant fait l'objet d'une directive européenne, ils seront confrontés dans les années à venir, à des demandes de plus en plus prégnantes de désinstitutionalisation.

Concernant la santé mentale :

*« Les 52 états membres de la région géographique correspondant à la communauté européenne et l'ex URSS se sont engagés en 2005 lors de la conférence interministérielle d'Helsinki à transformer leurs programmes et activités dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale pour assurer la transition de soins en milieu hospitalier à des services de proximité personnalisés, les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale et surtout la participation pleine et entière des usagers et de leurs familles aux différents programmes et à leur évaluation ».*¹¹

Nous comprenons mieux que la loi de 2005¹² soit votée en France la même année. En fait, elle reprend point par point la volonté européenne. Mais elle ne traite pas de la question des hôpitaux psychiatriques, ni de la collaboration de ceux-ci avec les établissements médico-sociaux. Or, certains pays prennent des initiatives en ce sens.

« En Suisse, dans le canton de Vaud est initiée la réduction du clivage entre les approches psychiatriques et socio-éducatives par une collaboration interdisciplinaire fondée sur une approche bio-psycho-sociale intégrative. Tout cela autour de 3 axes :

- *Trouver un langage commun, pour éviter les malentendus résultant des termes nosologiques utilisés dans le langage socio-éducatif sans tenir compte des critères diagnostiques des systèmes de classification ou sans prendre en compte les remaniements diagnostiques de certains concepts comme l'autisme par exemple.*
- *Améliorer la détection de la pathologie psychiatrique intriquée dans les manifestations du retard mental, où elle s'exprime par de l'agressivité, de l'automutilation, un repli oppositionnel, de l'hyperactivité, des stéréotypies ou des vocalisations sous une forme fruste.*
- *Approfondir les connaissances théoriques au sujet de la psycho-stimulation, pour éviter une utilisation abusive de l'isolement ».*¹³

¹¹ DAUMERIE N et ROELANDT J-L. Psychiatrie et santé mentale en Europe. Revue sociologie santé (n°34) Octobre 2011

¹² Loi 2005-102 du 11 février 2005 inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles

¹³ GRASSET F, J. FAVROD J, GIULIANI F et al. Revue Médicale Suisse. Septembre 2008

La Suisse admet donc les clivages entre les deux secteurs, psychiatrie et médico-social et propose de les faire travailler ensemble.

1.5.3 En France et sur le territoire

Autrefois, les personnes handicapées affectées d'un retard mental sévère étaient placées à long terme dans les divisions spécialisées d'un hôpital psychiatrique où, dans bien des cas, elles restaient toute leur vie. À partir du milieu du XX^e siècle, l'évolution de la psychiatrie a restreint la mission de l'hôpital au traitement intensif à court terme des épisodes psychopathologiques aigus. Il en résulta un processus de «déhospitalisation» des malades mentaux chroniques en général et des personnes handicapées mentales en particulier.

En France, au tournant des années 1970/80, le processus de déhospitisation a provoqué la disparition des unités psychiatriques spécialisées dans le domaine du handicap mental. Dès lors, quelle que soit la gravité du retard mental, la prise en charge à long terme des personnes handicapées mentales fut exclusivement attribuée à des établissements socio-éducatifs. Si comme le voulait François Tosquelle les murs de l'hôpital psychiatrique tombaient, il a bien fallu en reconstruire d'autres pour abriter les personnes handicapées mentales.

La volonté politique européenne serait d'intégrer la psychiatrie comme un des services spécialisés de l'hôpital général.

Le concept de prise en charge des maladies mentales au sein de l'hôpital général a bien du mal à trouver sa place dans un secteur non hiérarchisé. *« En France, le système de santé de soins primaires est caractéristique d'un modèle professionnel non hiérarchisé. Dans les pays dits développés, trois modèles types d'organisation sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissés à l'initiative des acteurs (Allemagne, France, Canada) ».*¹⁴

On s'aperçoit donc, qu'entre le secteur psychiatrique (découpage administratif) et le secteur non hiérarchisé, il y a un problème. Le découpage du territoire en secteurs psychiatriques, censés rapprocher les soins des malades, a provoqué une mainmise des

¹⁴ BOURGUEIL Y, MAREK A , MOUSQUES J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Question d'économie de la santé. IRDES, N°14, avril 2009.

spécialistes sur cette population. Or, ce système ne pouvait pas être modifié à ce moment-là, puisque le modèle non hiérarchisé laissait ces mêmes spécialistes organiser les soins qu'ils prodiguaient. La création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 a commencé à modifier cette organisation, en mettant en avant la notion d'équilibre au niveau des territoires, en fonction des besoins de la population. Les décideurs et financeurs ont donc une vision élargie de leur territoire, la région.

Au plan national, l'Unapei qui regroupe toutes les associations départementales, est reconnue comme une Association fer de lance de l'action en faveur des personnes handicapées mentales. Elle a toujours su s'adapter à l'évolution de la prise en compte des besoins des personnes handicapées mentales. Le 6 Mai 2013 paraissait un numéro spécial des Messages de l'Union, évoquant pour la première fois l'intrication réelle entre handicap mental et psychiatrie (Annexe 3). Forte de ce constat, l'Union préconise la prise en compte des besoins des personnes atteintes d'un handicap psychique au sein des établissements gérés par les Adapei. Le fait que l'Union nationale ait pris cette position nous conforte dans l'idée, qu'enfin un véritable partenariat va pouvoir s'instaurer entre le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur médico-social.

Au niveau du Puy de Dôme, l'hôpital Ste Marie gère 7 des 9 secteurs psychiatriques. Les 2 autres étant gérés par le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand. Le foyer de St Priest est rattaché à l'hôpital Ste Marie.

L'hôpital Ste Marie a vu le nombre de ses lits d'hospitalisation passer de 1 000 à 280 en vingt ans. Le docteur Boussiron, Chef de Service de la toute nouvelle unité mobile intersectorielle, insiste sur le fait que les moyens ne sont plus suffisants pour assurer la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques vivant hors de l'hôpital. Dans le même temps, des modes de sortie doivent être trouvés pour que des patients quittent le milieu hospitalier. Il souligne que « *personne, à l'heure actuelle, n'est capable de dire précisément combien de patients seraient susceptibles de rejoindre le secteur médico-social. Les données épidémiologiques sont là, mais inexploitées* ». ¹⁵

Le précédent schéma départemental du Conseil Général du Puy de Dôme correspondait à la période 2006/2010. Il recensait des besoins importants concernant le vieillissement des personnes handicapées et a défini la création de deux établissements spécialisés ; Saint Germain Lembron (Croix marines) et Saint Priest des Champs (Adapei 63). Par ailleurs, il évoquait également le handicap psychique et les difficultés rencontrées pour accueillir les personnes souffrant de cette forme de handicap.

¹⁵ Docteur BOURISSON Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap Groupe de travail n°4 : Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires. Conseil Général. 14 mai 2013

« La population concernée par la maladie mentale a une demande très forte de placement et de prise en charge en direction du secteur médico-social. Cela nécessite d'identifier d'une part cette population et d'autre part les types de prise en charge adaptés. C'est une population qui réclame une prise en charge très importante tant au plan des soins qu'au plan social, et qui nécessite un personnel spécialisé.

Au cours du travail de recensement élaboré par l'étude, 424 personnes sont concernées par la maladie mentale dans les structures d'hébergement dont 137 proviennent des établissements psychiatriques. On note toutefois que 20.1 % des personnes handicapées par maladie mentale en structure d'hébergement ont une prise en charge inadéquate. Si 5 % nécessiteraient une autre orientation, 15.1 % relèvent d'autres prestations, en particulier de soins. D'autres parts, 28 % de la population des ESAT, soit 370 travailleurs handicapés sur 1310, présentent une maladie mentale.

Il existe 900 lits de psychiatrie sur le Puy-de-Dôme, et une corrélation avec le médico-social ; lorsque le sanitaire ferme des lits, cela augmente la demande en médico-social. On note dans le sanitaire, une diminution de la moyenne de la durée de séjour, mais en même temps un accroissement des demandes ».¹⁶ Or, suite à ce plan, peu de nouveautés ont été mises en place. Il est certain que devant l'accroissement sans précédent du vieillissement de la population handicapée, les efforts du Conseil Général ont surtout porté sur cet axe.

Il faut admettre que comme le disait J-M Miramon, « la DDASS (on peut transposer sur l'ARS et le CG) se trouve confrontée à une double contradiction : l'impossibilité de satisfaire tous les besoins, et la nécessité de maintenir la qualité de la prise en charge de la population. Le besoin de place dans le secteur des personnes handicapées adultes est beaucoup trop important pour que des créations par simple reconversion et redéploiement de l'existant soient suffisantes. Comme par ailleurs, on ne peut faire sortir aucune personne handicapée d'une structure sans lui offrir une solution de rechange, on peut considérer qu'il y a blocage de l'ensemble du dispositif ».¹⁷

Cette contradiction, dans une époque de crise financière européenne, où les budgets de fonctionnement sont revus à la baisse, oblige le CG à faire un choix cornélien : assurer la qualité des établissements existants ou créer des places pour accueillir la nouvelle population du handicap psychique.

Actuellement, le Conseil Général du Puy de Dôme réalise son schéma départemental 2014/2018. Je fais partie du groupe de travail sur « les modalités de coopération et coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les

¹⁶ Schéma départemental du conseil général du Puy de Dôme 2006/2010.

¹⁷ MIRAMON J-M « Manager le changement dans l'action sociale » édition école nationale de la santé publique 2001

établissements de santé et les établissements scolaires » (annexe 4). Après trois réunions, nous pensons que l'axe majeur qui sera défini dans les fiches-action du CG, sera d'assurer une continuité de soins et de prise en charge pour les personnes handicapées psychiques. « Selon des intervenants, les collaborations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social se dégradent notamment du fait d'une diminution des moyens dans le secteur sanitaire (exemple : diminution du nombre d'assistantes sociales qui assurent parfois des liens avec les établissements médico-sociaux). Les durées d'hospitalisation (notamment dans le secteur psychiatrique) sont de plus en plus courtes. Cela entraîne un transfert de la prise en charge des personnes vers le secteur médico-social. Toutefois, les établissements et services spécialisés du secteur médico-social sont confrontés à des difficultés pour recruter des professionnels de santé.

*Par ailleurs, des différences au niveau de la culture, du langage et de l'organisation sont constatées entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ».*¹⁸

Il me semblait important de participer à ce groupe afin d'apporter notre vision sur les collaborations nécessaires entre sanitaire et médico-social autour des personnes handicapées et plus particulièrement les personnes handicapées psychiques. Il faut avouer que l'incidence de la double tarification (CG et ARS) doit nous inciter à la prudence. En effet, les co-financements sont parfois plus difficiles à mettre en place.

Ces observations font poindre la problématique centrale : comment faire évoluer les compétences, le changement de champ culturel et le projet d'établissement du FAM pour accueillir les personnes handicapées psychiques ? La question centrale étant : sommes-nous compétents pour accueillir des personnes handicapées psychiques ?

Nous avons émis l'hypothèse, que de nouvelles compétences acquises du personnel modifieront et élargiront le champ de leurs cultures professionnelles et accroîtront leur capacité d'accueil des personnes handicapées psychiques.

De manière opérationnelle, en conduisant le changement sur ces nouvelles compétences, nous serons invités à évaluer le projet d'établissement actuel et à le reconsidérer ; le personnel accentuera ses compétences et apprendra que cogérer handicap mental et handicap psychique, en respectant le projet de vie de chacun, devient un axiome de pensée et d'action non seulement possible mais nécessaire.

1.6 Corrélation entre handicap mental et handicap psychique

Le foyer de Saint Priest des Champs, pour des raisons de construction récente, d'éloignement, d'inexpérience de son personnel, a des difficultés à faire reconnaître ses

¹⁸ Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap
Groupe n°4 : Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires
Réunion du 4 avril 2013 Conseil Général

compétences. Celles-ci, malgré la volonté de rester un établissement éducatif, tournent surtout autour de la santé physique des résidents. Or, une composante de la santé, la santé psychique n'est pas très bien assurée au sein du foyer. Paradoxalement, si nous sommes incités par les pouvoirs publics à travailler en collaboration étroite avec le secteur psychiatrique, la culture institutionnelle fait défaut pour s'occuper de ce genre de handicap.

L'éloignement de la structure ne permet pas d'avoir un taux d'occupation satisfaisant au niveau de l'hébergement temporaire. Ne devrait-on pas modifier la culture institutionnelle vers la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques ? Nous pourrions alors parler au sein du foyer de santé mentale, regroupant sous cette appellation les deux formes de handicap. La volonté de l'Europe et de l'Unapei, va d'ailleurs en ce sens.

Nous émettons l'hypothèse qu'en reconnaissant le handicap psychique comme faisant partie des possibilités d'accueil (temporaire dans un premier temps) du FAM de Saint Priest des Champs nous pouvons mettre en place un développement des compétences de l'ensemble du personnel. En mettant en action une synergie en interne et en externe pour qualifier les prestations au niveau du handicap psychique, nous permettons au FAM de se développer tout en conservant son identité.

Mais avant de mettre en place une nouvelle culture institutionnelle il est impératif d'étudier les concepts fondamentaux qui sont en jeu et structurent la connaissance des besoins nouveaux. C'est l'objet de la seconde partie.

2 Handicap mental et handicap psychique : identités et complémentarités.

Depuis la loi de 2005 et la reconnaissance du handicap psychique, le changement s'opère dans les mentalités professionnelles. Il subsiste, malgré tout, des réticences à considérer de la même manière, handicapés mentaux et psychiques. Cela s'explique par le fait que chaque secteur (sanitaire et médicosocial) a pris en charge soit la maladie, soit la déficience, et que l'on pensait que l'expertise complète sur une partie de la santé mentale devait suffire pour répondre aux attentes de ces pathologies. Or, depuis 1996 pour le secteur sanitaire, et 2005 pour le médicosocial, et avec la création des ARS en 2010, des évolutions se font sentir. Mais chaque partie cherche à garder sa propre identité.

2.1 Deux cultures au service des usagers

Malgré l'imbrication forte entre handicap mental et psychiatrie, nous pouvons constater encore actuellement, que ces deux formes de handicap sont prises en charge par deux secteurs (sanitaire et médicosocial) ayant des cultures différentes. Par exemple, le secteur sanitaire est dans l'obligation d'accueillir toute personne se présentant à lui. Il détermine ensuite l'éventualité d'une hospitalisation plus ou moins longue, d'une orientation ou d'un retour en famille. Le secteur médico-social quant à lui, accueille le plus souvent, des personnes choisies sur une liste d'attente. Il n'a pas pour but de la guérir mais simplement de l'accompagner, et pour ce faire, il signe un contrat.

2.1.1 Culture médico-sociale et psychiatrique

« En France deux systèmes institutionnels coexistent : le médico-social et le sanitaire. Le premier est principalement d'initiative privée, associative, très largement à but non lucratif financé par des fonds publics alors que le second est davantage de statut public et comportant une grande part de structures à but lucratif. Pour l'essentiel, ces deux secteurs reposent sur des réglementations et circuits de financement différents et ils ne se sont pas organisés de la même manière. Pourtant ces deux systèmes concourent à une même fin : répondre aux besoins des personnes dont l'état de santé et la situation personnelle réclament des soins et de l'accompagnement. Avec des moyens institutionnels, organisationnels et techniques différents la perspective est convergente, il

*s'agit de faciliter la continuité de la vie des personnes accueillies parmi les autres dans le meilleur état de santé possible ».*¹⁹

En partant du principe que la santé globale des individus, doit être maintenue et/ou réhabilitée, on ne pourrait que se féliciter de la nécessaire convergence du secteur sanitaire et du médico-social. Mais nous pensons que ce sont surtout les impératifs économiques qui dictent cette avancée. La convergence proposée est davantage une convergence tarifaire qu'une confluence des points de vue ou des regards portés sur l'individu. Il est certain que la comparaison des prix de journée hospitaliers avec ceux du médico-social n'ont aucune mesure. Mais il n'est pas si facile de transposer, de copier-coller, le fonctionnement de l'un sur l'autre. Quand l'un (l'hôpital) parle de bien être par la guérison ou la réduction des symptômes, l'autre (le médico-social) parle aussi de bien-être, mais surtout dans la vie sociale. En fait, leurs points de vue se sont différenciés au cours de l'histoire.

2.1.2 Données significatives

Alors que les hôpitaux avaient à l'origine une fonction d'assistance, ils sont devenus après-guerre des spécialistes du soin visant à la guérison. La fonction d'assistance de ceux qui ne pouvaient pas guérir (les incurables), personnes handicapées, personnes âgées, personnes socialement fragiles, a été confiée, dès lors, au secteur social et médico-social qui sera plus tard encadré par la loi du 30 juin 1975.

Mais ces deux secteurs ont eu affaire au resserrement des contraintes financières à la fin des années 1990 pour le sanitaire, et au début des années 2000 pour le médico-social. *« Progressivement les modalités de pilotage et de management qui se sont imposées pour les établissements de santé ont été transportées vers les structures médico-sociales : planification opposable reprenant les principes de la carte sanitaire, mode de financements descendants et fonctionnant par enveloppes fermées, budgets globaux en lieu et place des tarifications journalières, en attendant peut-être l'arrivée de la tarification à l'activité et surtout, à compter des années 2000, introduction des méthodes managériales empruntées par les établissements de santé aux entreprises privées dans l'apparition d'un droit des usagers singeant le droit des patients, des procédures évaluatives, des formes de contrôle du type accréditations, le mécanisme des normes qualité et autres référentiels produits par des agences nationales ».*²⁰

¹⁹ PAPAY J Convergences, complémentarités et hétérogénéités des pratiques médico-sociales et sanitaires : vers des dispositifs équilibrés. Les cahiers de l'actif. Novembre/décembre 2012. (Numéro 438-439) Pages81-91

²⁰ LAFORE R L'inexorable convergence du sanitaire et du médicosocial ? Les cahiers de l'actif Novembre/Décembre 2012 (n°438-439). Pages 9-16

À ceci près que le secteur sanitaire est beaucoup plus standardisé que le secteur médico-social ; Le mode de fonctionnement du sanitaire, emprunté directement aux congrégations et aux militaires est plus hiérarchisé que le secteur médico-social considéré comme plus laxiste, mais qui est surtout un lieu de rencontres et d'échanges humains. Dans ce secteur les notions de recherche fondamentale et recherche appliquée se sont imposées moins vite que dans le sanitaire, chez qui le nombre d'universitaires est plus important. Les normes ont plus de mal à être respectées, les référentiels d'évaluation sont plus difficiles à élaborer dans le secteur médico-social, dont les personnels supportent plus difficilement les contraintes, surtout lorsqu'elles sont administratives. La temporalité des réformes du secteur s'en trouve donc allongée. La loi 2002-2²¹ a généré chez les professionnels du secteur médico-social la crainte d'être absorbés par le sanitaire.

La volonté de l'Etat est pourtant de clarifier les rôles de chacun, tout en conservant certaines spécificités, afin d'arriver à une collaboration étroite sur des territoires définis entre les différents secteurs, autour d'une prise en compte efficiente de la santé des populations.

Depuis l'apparition de la loi HPST²² en 2009 et la création des ARS, on se rend compte que le secteur médico-social est associé de fait au secteur sanitaire. La loi accroît les prérogatives des ARS sur le secteur médico-social et la médecine de ville. Elle impose ainsi un cadre juridique pour inciter à la collaboration entre les acteurs de la santé mentale

Le secteur psychiatrique qui a vu fondre le nombre de ses lits d'hospitalisation (moins 50 000 depuis 1985), qui se retrouve confronté à l'impératif de la tarification à l'activité (T2A)²³, cherche par quels moyens il peut confier les patients non-autonomes à l'attention de personnels compétents. De là ses sollicitations envers le secteur médico-social, suivant en ce sens les directives de l'Etat. De son côté le secteur médico-social, conscient des mutations qui se profilent (accueil en milieu ordinaire, prestations à domicile, notion de parcours de vie et contraintes budgétaires), doit chercher d'autres sources d'accueil et

²¹ Guide explicatif de la loi 2002-2 à destination des personnels d'accompagnement et des services (Version 2 éditée par ESPACE SENTEIN) 01 septembre 2005. Consulté le 25 mai 2013 sur <http://www.reseau-gesat.com/Travail-handicap/Le-Gesat/Observatoire/Informations-legislatives/Guide-explicatif-de-La-Loi-2002-2-a-destination-des-personnels-d-accompagnement-et-des-services,i315.html>

²² Loi 2009-879 du 21 Juillet 2009 consulté le 23 Mai 2013 sur <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

²³ Définition du mot T2A : La tarification à l'activité ou T2A est un nouveau mode de financement des hôpitaux en France. Avant, ils bénéficiaient d'un budget global sans rapport avec le nombre d'actes effectués dans leurs murs. Depuis la mise en place de la T2A en 2005, chaque séjour d'un patient est rentré dans une base de données informatique et chiffré précisément en fonction des actes pratiqués pendant le séjour et des diagnostics de maladie. Ainsi l'hôpital ou la clinique est réglé en fonction de son activité exacte <http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-t2a.htm> (consulté le 24 juillet 2013)

de financement, ce qui le contraint à regarder hors de son champ d'activité spécifique. Néanmoins l'histoire de ces deux secteurs, œuvrant chacun pour le bien-être des personnes qu'ils accueillent, est jalonnée de paradoxes, d'antagonismes et d'incompréhensions.

2.1.3 Antagonismes apparent des prestations

Comment concilier des secteurs qui n'utilisent même pas le même mot pour désigner la même personne ? Le patient qui sort de l'hôpital devient le résident à son arrivée au foyer. Pourtant le mot usager avait été pressenti, mais il est plus utilisé dans les centres de formation que dans les associations ou les hôpitaux.

Autre exemple, il est souvent fait état dans le secteur médico-social des « crises » de certains résidents, alors que le même comportement en milieu hospitalier est qualifié de trouble.

Il est souvent évoqué les difficultés d'hospitalisation des personnes handicapées mentales. Il faut avouer que le secteur médico-social à la moindre manifestation de violence d'une personne handicapée mentale au sein d'une institution, avait la fâcheuse tendance à hospitaliser la personne en cause, à ne pas attendre pour la remplacer et refuser ensuite de la réadmettre sous prétexte de manque de place. Au point que certains hôpitaux psychiatriques ne voulaient plus admettre de personnes provenant de ces institutions. De même, il est arrivé qu'un hôpital psychiatrique oublie de préciser les troubles du comportement de certains de leurs patients admis en secteur médico-social. (Adapei 63 et Hôpital Ste Marie au cours des années 1990 à 2005).

*« Cloisonnement, méconnaissance voire méfiance réciproque... Les relations entre les acteurs des champs médico-sociaux et sanitaires, en particulier la psychiatrie, ne vont pas toujours de soi. Pour les usagers, cela se traduit trop souvent par des ruptures de parcours, des allers retours d'un établissement à l'autre ou des hospitalisations qui auraient pu être évitées ».*²⁴

Sur un plan éthique la division de ces deux secteurs n'induit-elle pas un morcellement de la personne handicapée au lieu de la mettre au centre du dispositif, comme le préconise la loi 2002-2 ? En y réfléchissant, nous comprenons mieux pourquoi le secteur médico-social et le secteur sanitaire doivent se rapprocher, au-delà des maîtrises budgétaires, de leur expertise technique et des enjeux de pouvoir.

Ces allers retours, ces ruptures, ce manque de concertation des professionnels autour de la personne handicapée, ce manque de confiance entre professionnels, vont à l'encontre

²⁴M, KAMMERER. «Des services à la carte assurés par un groupement de coopération.» Revue Direction(s), mars 2013.

du projet de vie des usagers, qui devrait être la base de tout acte qu'il soit médical ou éducatif, et faire partie des pratiques professionnelles.

2.1.4 Identités professionnelles divergentes

A une époque où il manque, 800 postes à temps plein de psychiatres hospitaliers, et 1500 autres postes à temps partiels dans le médico-social, comment définir les priorités et dans quel champ ? S'il n'est pas possible d'opérer une mutation des praticiens hospitaliers, comment accueillir dignement les personnes handicapées psychiques vieillissantes dans le secteur médico-social ? D'autant que ce secteur souffre d'une acculturation à la psychiatrie en général et au handicap psychique en particulier. La segmentation entre psychiatrie, psychanalyse, psychologie et socio-éducatif a conduit à des formes d'expertise où l'utilisateur se retrouve morcelé. Les personnels du médico-social, tous formés à l'univers socio-éducatif, ne prennent que des bribes des trois autres, accentuant ainsi un clivage entre ceux qui savent, ceux qui maîtrisent et ceux qui ignorent. Pour ajouter au phénomène, les écoles de formation aux métiers de l'éducatif, sont toutes d'obédiences différentes (lacanienne, freudienne, etc...). Tel n'est pas le cas dans le secteur sanitaire, où toutes les formations sont strictement similaires, qu'elles soient universitaires ou non.

Si les personnels de l'hôpital (infirmiers) reçoivent une formation spécifique à la psychiatrie, ils ne travaillent pratiquement jamais ailleurs. Autre exemple, au cours des études médicales, aucune information n'est donnée sur le secteur médico-social. « *La pratique enseignée, ne se conçoit qu'en milieu hospitalier* ». ²⁵

Les personnels travaillant dans le secteur médico-social (AMP, éducateurs) reçoivent une formation spécifique à l'accompagnement des personnes défavorisées et/ou dépendantes et changent rarement de secteur.

Depuis 1996 et les réformes Juppé, l'hôpital a vu son fonctionnement se modifier considérablement :

« *L'hôpital à l'heure actuelle est déjà confronté à la rationalisation de l'activité de soins. On entendra par rationalisation l'effort de standardisation des critères, de formalisation des méthodes, de viabilisation des données, efforts guidés par l'idée sous-jacente d'une best-way, d'un diagnostic idéal, fiable, rapide, standardisé, permettant de prédire le*

²⁵ Docteur BOUSSIRON Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap

Groupe de travail n°4 : Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires
Conseil Général. 14 mai 2013.

*comportement futur des patients, articulé à une médecine de preuve, et induisant des arsenaux thérapeutiques eux aussi standardisés comme bonnes pratiques ».*²⁶

Il y a de fortes raisons de croire que cet effort de rationalisation sera transposé, avec certains aménagements, vers le secteur médico-social.

Dans l'extrait ci-dessus, en dehors des termes de « bonnes pratiques », tous les autres mots ne trouvent pas d'écho favorable chez les professionnels du secteur médico-social. Dans ce secteur, les mots clé sont : l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, la prise en compte des besoins spécifiques, le projet personnalisé, le parcours de vie. Il nous faudra trouver les moyens pour que nos deux secteurs puissent s'entendre, tout en conservant les bases de leur travail, et ce ne peut se faire qu'en agrégeant nos pratiques, en les mutualisant autour de l'utilisateur. Certains pays fonctionnent déjà sur ce principe :

*« En Suisse, la suppression des moyens psychiatriques hospitaliers spécialisés a provoqué un changement de paradigme dans le domaine du handicap mental, lequel s'est dès lors situé sur le plan essentiellement social qui est celui des conditions d'existence dans un lieu de vie spécialement adapté aux possibilités et aux besoins des résidents, en dehors de considérations psychiatriques à ce sujet. Il en est résulté un décalage important entre la conception des troubles psychiatriques du monde médico-soignant et celle du monde socio-éducatif. L'identification de ces écarts permet d'esquisser les principes d'une psychiatrie de liaison spécialisée dans le domaine du handicap mental ».*²⁷ Nous voyons donc là, s'esquisser ce qui pourrait être la psychiatrie de demain. Tout d'abord la reconnaissance de la maladie mentale en handicap, puis l'effort demandé au secteur médico-social pour prendre en charge des patients devenus résidents, et enfin une psychiatrie de secteur incluant dans une même voie les médico-soignants et les socio-éducatifs. Quel défi en termes de rationalisation, d'organisation et de changement !

Nous voyons pour l'instant, que l'accompagnement de la personne handicapée psychique ne se fait pas de la même manière dans ces deux secteurs. Nous pensons que leur collaboration serait un gage de qualité, à condition toutefois, que les professionnels apprennent à communiquer ensemble. Ce qui permettrait de réduire le clivage entre ces deux approches et d'intégrer la notion de parcours de vie de l'utilisateur. Pour cela il s'agira de trouver un langage commun, pour éviter les malentendus résultant des termes utilisés dans le langage socio-éducatif et dans le jargon médical.

Dans le rapport d'évaluation du plan santé mentale 2005 2008 il est fait état d'une approche différente entre l'hôpital psychiatrique et le secteur médico-social. Alors que

²⁶ DEMAILLY.L « Le soin du trouble psychique en France : mutations et tensions » Psychiatrie et santé mentale en Europe. Revue sociologie santé (n°34) Octobre 2011

²⁷ GRASSET F, FAVROD J. GIULIANI F, et al. Revue Médicale Suisse. Septembre 2008

l'hôpital, se doit d'accueillir tout le monde sans aucune restriction, le secteur médico-social choisit les personnes qu'il veut accueillir. Bien sûr, il les choisit en fonction de notifications et dans une liste d'attente, mais chaque établissement émet des critères d'admissions qui lui sont propres, en fonction des pathologies, de la proximité de la famille, de l'âge, etc... etc... Aux yeux des hospitaliers, ce mode de sélection est discriminant.

Le secteur médico-social, se targue, à l'inverse du secteur sanitaire, d'établir un contrat avec la personne accueillie. Cette contractualisation est dans l'esprit du secteur médico-social, l'opposé de la prise en charge « obligatoire » du secteur sanitaire. D'ailleurs la contractualisation est paradoxale, puisqu'elle existe dans le secteur qui n'a qu'une obligation de moyens et qu'elle est absente du secteur sanitaire, qui lui, considère qu'il a une obligation de résultat.

Par ailleurs, concernant la maladie mentale, il est souvent fait allusion au danger que représentent les personnes qui en souffrent. Or, les personnes handicapées psychiques ne sont pas plus dangereuses que les autres.

*« Les thèmes de la dangerosité, de la violence, de la maladie mentale et de la schizophrénie ont fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques afin d'identifier la réalité d'un risque très ancré dans les croyances de la population. Ils ont également été portés par des courants de réflexion concernant la stigmatisation et son effet discriminatoire immédiat. Les études rapportent un taux d'attribution des actes de violence inférieur à 5 % pour la population des personnes présentant des troubles mentaux graves et un risque relatif d'agression sur autrui pour les schizophrènes inférieur à 4 %. Certaines études retrouvent que la maladie mentale en soi ne prédit pas le risque de passage à l'acte violent ».*²⁸

A la lecture de ce livre on s'aperçoit que les « malades mentaux » ne sont pas plus dangereux que le reste de la population. Les passages à l'acte violent sont dans 80% des cas, liés à l'absorption d'alcool ou de drogues, par des hommes jeunes (même pourcentage que dans la population « valide »).

Les auteurs soulignent que malgré le programme de déstigmatisation de la psychiatrie, la perception par la population de la dangerosité des malades va en s'accroissant entre 1980 et 2000. Ils évoquent le rôle des médias qui accentuent cette perception négative en ayant une attitude sensationnaliste, lorsqu'un événement met en cause une personne ayant une pathologie psychiatrique.

²⁸ NADALET L Maladie mentale, schizophrénie, dangerosité et violence. In GIORDANA J-Y et al La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Elsevier Masson 2010

2.1.5 Points d'accord

Et pourtant, ces deux secteurs ont de multiples points d'accord. Tout d'abord, ils sont sous la coupe des mêmes entités : de l'ARS, et dans une moindre mesure pour le secteur hospitalier, du CG (Unité de Soins de Longue Durée par exemple). De par leur passé commun (la prise en charge des indigents), il existe toujours des points de rapprochement, par exemple au travers des assistants de service social.

Mais à force de tirailler chacun de leur côté, ces deux entités, pourtant si proches, en sont arrivées à un partage du résident/patient inefficace. À « nous » (secteur hospitalier) l'urgence, la vie sauvée, la guérison, et à « nous » (secteur médico-social) le retour à la vie sociale, le maintien des acquis. Et pourtant, le parcours de vie d'une personne, ne saurait s'absoudre de la complémentarité de ces deux prises en charge. Cette complémentarité nécessaire entre les deux secteurs autour de la personne handicapée permettrait d'étudier de nouveaux modes d'accompagnement et de soins. En fait depuis la loi de 2005 et la reconnaissance du handicap psychique, un échange de compétences s'est déjà amorcé entre les deux secteurs :

« Depuis quelques années le secteur médico-social s'est associé au champ de la psychiatrie d'une manière plus prononcée, inexorablement intriqué mais sans pour autant se confondre avec lui (...). L'exercice de la psychiatrie dans le secteur médico-social doit s'inscrire en complémentarité avec le secteur psychiatrique dans la recherche permanente d'une synergie bénéfique aux patients. Il y a là un enjeu déterminant, d'autant plus qu'actuellement nous assistons pour diverses raisons à une déqualification de l'hôpital, avec un glissement sémantique de la maladie mentale vers le handicap qui conduit son inscription de façon prépondérante dans le champ du médico-social (...). Pour une refondation pertinente, pour une réflexion critique sur nos pratiques, il convient de donner la parole aux éducateurs, aux instituteurs spécialisés, aux orthophonistes, etc. C'est la seule façon de prendre en compte le savoir-faire, « le savoir y faire » qui nécessite une prise de risque mais qui seul permet qu'une différence soit reconnue, acceptée et non pas niée. Cette modalité de rencontre est indispensable et doit prendre en considération tous les acteurs comme valeurs princeps de l'action menée pour qu'une éthique du soin puisse exister et que soit reconnue dans ces institutions la dimension soignante ».²⁹

L'analyse de ce texte démontre que la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques par le secteur médico-social, impliquera un basculement, pour partie, de l'éducatif vers le soin. Ainsi la majorité des personnes handicapées psychiques

²⁹ Marc Maximin et Yannick Cann. La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ? Publication n° 832 du 15 mars 2007 http://www.lien-social.com/spip.php?article1689&id_groupe=7 (consulté le 20 mai 2013)

pourraient être prises en charge dans des établissements médico-sociaux ou des services hospitaliers externalisés. De là l'idée de faire converger ces deux secteurs dans une forme de mutualisation de leurs compétences autour de la personne handicapée, qu'elle soit psychique ou mentale.

Le constat « *d'un manque d'intervention de professionnels du secteur de la psychiatrie sur le secteur médico-social pour aider les professionnels, mais aussi les familles* »³⁰ a été fait par le Conseil Général du Puy de Dôme. Néanmoins, comment le CG, qui n'a compétence ni sur le sanitaire ni sur le budget soins des établissements médico-sociaux, pourrait inciter le secteur psychiatrique à nous aider ?

Les participants aux groupes de travail du schéma départemental, soulignent que les personnes en situation de handicap actuellement prises en charge par le secteur médico-social ont de plus en plus pour origine le secteur psychiatrique. Rappelons que le nombre de lits est passé de 1 000 à 280 sur les 20 dernières années, à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, ce qui se traduit par un transfert, en partie, sur le secteur médico-social.

L'Etat, dans un rapport récent, se rend bien compte des difficultés à mettre en place ce type de coopération.

« La fongibilité entre les enveloppes médico-sociales et sanitaires notamment psychiatriques doit être accrue.

*Le traitement des inadéquations mises en évidence nécessitait le redéploiement du secteur sanitaire vers le secteur médico-social. Ces redéploiements peinent à s'opérer pour diverses raisons, dont la réticence du secteur sanitaire à voir son champ se réduire. La mission juge utile de mettre en place au niveau régional un plan d'adaptation de l'offre qui prévoit, pour une meilleure qualité de vie des personnes, une articulation des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales ».*³¹

Les différentes lois et stratégies européennes (2000³² et 2010³³), et françaises (2005³⁴ et 2009³⁵), incitent à un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-

³⁰ Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap
Groupe n°4 : Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires
Réunion du 14 mai 2013

³¹ Rapport IGF IGAS : Etablissements et services pour personnes handicapées offres et besoins, modalités de financement. Inspection générale des finances n° 2012-M-021-01. Inspection générales des affaires sociales n° RM-2012-126 P. Octobre 2012

³² 7 décembre 2000 Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

³³ Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées <http://eurlex.europa.eu> (consulté le 29 juin 2013).

³⁴ La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_loihandicap-2.pdf (Consulté le 9 février 2013)

social. S'agissant en particulier des personnes handicapées psychiques, il est fortement demandé une prise en charge des besoins au niveau local. L'hôpital psychiatrique ne devra accueillir que les urgences et soigner sur une durée courte (moins de trois mois en tout cas, avec une durée moyenne de séjour autour d'une quinzaine de jours), puis trouver une sortie en milieu ordinaire ou en secteur médico-social. La personne sera ensuite suivie en ambulatoire. La réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation ne permet plus de garder au sein de l'hôpital des malades au long cours.

Néanmoins au vu des compétences nécessaires au suivi de cette population, il est indispensable que le secteur médico-social bénéficie d'un appui des compétences de la psychiatrie, qui pourrait s'organiser autour d'équipes mobiles et d'échange de pratique. Nous en avons un exemple :

2.1.6 Un partenariat existant

Dans le Limousin un partenariat s'est engagé entre l'hôpital psychiatrique Esquirol de Limoges et les associations accueillant des personnes handicapées. 13 établissements médico-sociaux ont créé avec l'hôpital Esquirol un groupement de coopération sanitaire (GCS) Santé mentale et handicap. *« La loi hôpital, patients, santé et territoire de 2009 encourage la constitution de telle coopération c'était pour nous l'occasion de formaliser et développer des partenariats existants dans le but d'améliorer la continuité des prises en charge des usagers, explique Antoine Pacheco, directeur de l'hôpital, porteur du projet est administrateur du GCS »*.³⁶

Le GCS compte 42 adhérents : 9 établissements sanitaires, 29 associations gestionnaires et établissements publics sociaux et médico-sociaux, 3 associations d'usagers et 1 maison départementale pour personnes handicapées (MDPH). Ce sont donc 169 établissements et services représentant 5815 usagers. *« Pour limiter le recours à l'hospitalisation des usagers, le GCS organise aussi des formations et des échanges de pratiques pour appuyer les équipes médico-sociales dans la prise en charge du handicap psychique. Nos personnels connaissent mal les comportements et troubles associés et sont souvent démunis, alors que ces publics sont de plus en plus nombreux dans nos établissements, explique Véronique Quet, Présidente de l'Association Adapei 23, dont 36 salariés vont suivre une formation sur la maladie mentale dispensée par les professionnels de l'hôpital Esquirol »*.³⁷ L'objectif est de garder ensuite un contact privilégié avec ceux qui les auront formés. De même, des éducateurs et infirmiers d'autres

³⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <http://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 9 février 2013)

³⁶KAMMERER.M «Des services à la carte assurés par un groupement de coopération.» Revue Direction(s), mars 2013.

³⁷ KAMMERER.M «Des services à la carte assurés par un groupement de coopération.» Revue Direction(s), Mars 2013.

structures vont faire un stage au Centre Hospitalier (CH), dans une unité pour personnes psychotiques.

L'hôpital mesure d'ores et déjà les effets positifs du dispositif : le nombre de patients au long cours a baissé de 30 %. *« Nous avons moins de suivi à assurer, car davantage d'usagers le sont dans leur lieu de vie. Enfin nous allons pouvoir orienter les patients psychiatriques vieillissants vers des établissements ad hoc, créés par les partenaires »*³⁸.

Au final le GCS a non seulement créé du lien entre ses membres, mais il a aussi alimenté un réseau de partenaires au niveau régional. Ces rencontres ont permis de connaître de nouveaux besoins, et offrir de nouvelles solutions communes.

Cet exemple nous montre que la volonté commune de structures différentes de prendre en charge le handicap psychique, ainsi que la composante psychiatrique du handicap mental, permet de dépasser les clivages existants et d'assurer une qualité de soins, grâce à une confiance totale et une professionnalisation accrue.

2.2 Compétences et conduite du changement

Les concepts de compétence et de changement vont souvent de pair. Il est en effet difficile d'effectuer un changement dans une organisation sans auparavant avoir mesuré ses compétences, analysé les prérequis et décidé des nouvelles qualifications à obtenir pour modifier de manière efficiente cette organisation.

2.2.1 Les compétences

« AFNOR X50-750 : mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité.

ACAP 2000 : savoir-faire opérationnel validé

2.2.2 De savoir-faire à savoir agir

Les compétences professionnelles en 2013 ne sont plus les mêmes qu'il y a vingt ans. Nous parlions alors de qualifications ; mais aujourd'hui cette notion ne peut plus suffire. La qualification (savoir-faire), sanctionnée par un diplôme ne permet pas de couvrir l'entièreté des connaissances nécessaires pour travailler dans quelque établissement que ce soit. *« En d'autres termes, nous pouvons penser que la compétence relève d'un apprentissage permanent, apportant de multiples compétences (savoir-être), elles-mêmes définissant la compétence globale d'un individu à travailler dans un établissement ou un*

³⁸ KAMMERER.M «Des services à la carte assurés par un groupement de coopération.» Revue Direction(s), Mars 2013.

service (savoir-agir). Le savoir agir caractérise le professionnel qui ne se réduit pas au savoir-faire ou au savoir opérer. Il lui faut aller au-delà du prescrit, savoir innover »³⁹.

*« L'apprentissage est contingent à l'environnement de travail proposé. Le type de contrat de travail n'est plus celui de l'offre d'une qualification acquise pour un poste donné, c'est l'offre d'une capacité à construire de nouvelles compétences en échange d'un environnement favorable à l'apprentissage et à la réalisation d'un projet d'évolution professionnelle ».*⁴⁰ Si nous partons de ce postulat, il faut bien admettre qu'en faisant varier l'environnement (accueil de résidents ayant d'autres pathologies) nous demandons donc d'autres compétences. Celles-ci ne pouvant pas se construire d'elles-mêmes et sans base théorique, il est donc nécessaire d'avoir à côté du personnel du foyer, des personnes ressources (savoir-faire) étant capables, de partager leurs connaissances et d'initier une prise de conscience du changement (savoir être), avant de valider, in fine, des modes opératoires efficaces dans la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques (savoir-agir). En fait, il ne s'agit pas simplement d'avoir des compétences mais plutôt de savoir les mobiliser dans des situations particulières.

*« Le professionnel est de moins en moins compétent tout seul. La capacité à agir avec compétences dépend en partie de la richesse de son environnement et de ses possibilités d'accès à ces réseaux de ressources ».*⁴¹ En effet, les compétences n'existent pas toutes seules, perdues au milieu du couloir d'un service. Elles sont portées et valorisées par des personnes qui les utilisent avec plus ou moins de discernement. C'est en ce sens, que l'encadrement d'une structure s'attachera à observer ; qu'elles sont, par qui et comment sont mises en jeu les compétences, dans une situation donnée. Ce travail permet de recenser les personnes sachant agir avec compétence face à une situation, à analyser le processus mis en place et à formaliser sa reproductibilité par une autre personne. Si ce n'est pas possible, il faut en chercher la cause. Ce peut être un manque de formation, une appréhension des collègues de travail liée à la méconnaissance de la situation, à sa complexité ou à un conflit (d'intérêt ou de personne). Il faut éliminer les causes techniques par la formation, tout en sachant que cet apport ne peut pas être que technique. *« La compétence des employés ne peut plus être seulement technique. Elle devient pluridimensionnelle en intégrant des exigences de qualité, de réactivité, de relation. La compétence tend à se définir en relation à un service à fournir à un destinataire, que celui-ci se nomme client, patient ou bénéficiaires »*⁴². Dans notre cas, nous ne pouvons oublier que le destinataire étant un résident handicapé (ou un groupe de résidents), il

³⁹ [www. projet-idea.u-strasbg.fr](http://www.projet-idea.u-strasbg.fr). Université de Strasbourg. Octobre 2006 (consulté le 25 février 2013).

⁴⁰ G Le BOTERF. « Construire les compétences individuelles et collectives » Eyrolles Paris 2009

⁴¹ [http// www. projet-idea.u-strasbg.fr](http://www.projet-idea.u-strasbg.fr). Université de Strasbourg. Octobre 2006 (consulté le 25 février 2013)

⁴² G Le BOTERF. « Construire les compétences individuelles et collectives » Eyrolles Paris 2009

convient, dans un premier temps, que la personne ressource venant du secteur hospitalier, s'imprègne du fonctionnement, de l'organisation et des contraintes d'un établissement médico-social, afin de ne pas transposer un modèle uniquement sanitaire. C'est donc bien d'un échange de compétences dont il est question.

*« L'essentiel en matière de compétences a bien à voir avec les orientations de l'action, avec les manières d'agir, bien plus qu'avec les savoirs et techniques. En référence à Bourdieu, on pourrait parler d'habitus ou de sens pratique, c'est-à-dire d'un système de dispositions à sentir, penser, agir d'une certaine façon ».*⁴³

Il serait important, que le secteur sanitaire apprenne le fonctionnement du médico-social, afin que cet échange de pratique et cette mutualisation des compétences se fasse dans les meilleures conditions. En effet, nos modes de fonctionnement étant différents, l'hôpital s'étonne toujours de certaines de nos incapacités ; poser des perfusions 24h/24, absence de médecins salariés voire de personnel infirmier, soins effectués à la carte, etc...Un travail en complémentarité nous permettrait de nous comprendre, ne serait-ce qu'en apprenant nos modes de fonctionnement, et d'éviter ainsi des hospitalisations ou des admissions qui ne serait pas opportunes.

Cela permettrait aux professionnels des deux organisations d'accroître leurs compétences et d'aider les décideurs dans la conduite du changement nécessaire afin d'optimiser le service rendu aux personnes handicapées.

2.2.3 Construire de nouvelles compétences

La question de la construction des compétences ne peut pas se limiter uniquement à la formation de personnes isolées. Le but à atteindre est un nouvel apport de compétences collectives. Le projet d'établissement comportant le volet de la *transversalité*, il ne sera cohérent qu'en impliquant l'ensemble du personnel dans une démarche collective d'apprentissage. *« Le défi à relever est celui de l'invention d'une gestion de l'organisation et des compétences qui permettent de prendre en compte de façon conjointe :*

- *L'axe du développement et de la gestion des compétences individuelles,*
- *L'accès de la mise en commun des compétences.*

*Ces deux axes sont en interaction : l'efficacité de la coopération repose en partie sur la richesse des compétences individuelles acquises et sur leur dimension relationnelle et méthodologique. Les compétences individuelles s'enrichissent de l'expérience de la coopération. On peut de moins en moins être compétent tout seul, en étant isolé ».*⁴⁴

⁴³ BERTAUX, R et HIRLET, P. <http://www.roger-bertaux.com> Enjeux de l'approche des compétences dans le champ de l'action sociale et médico-sociale. IRTS Lorraine 2009

⁴⁴ G Le BOTERF. « Construire les compétences individuelles et collectives » Eyrolles Paris 2009

Nous retrouvons ici la notion d'expertises partagées inscrites dans le projet institutionnel dans la partie *transversalité*. Chaque catégorie de personnel est experte dans la partie qui le concerne. Pour éviter le morcellement du résident en ne prenant de lui que la partie qui intéresse ce professionnel, il est demandé un partage de l'expertise (sociale, éducative, médicale, etc...) afin d'avoir une vision globale de la personne accueillie tout au long de l'année et non pas uniquement au moment de la réunion de synthèse et de la rédaction du projet personnalisé.

C'est bien collectivement que nous obtiendrons ces nouvelles compétences, même si, nous devons acquérir individuellement de nouvelles qualifications.

2.2.4 La conduite du changement

La notion de changement est souvent synonyme de progrès.

Changement :

« Action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre :

Fait d'être modifié, changé ; modification, transformation :

*Modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi ».*⁴⁵

Il est aussi pertinent d'évoquer les deux modèles de changement : le changement subi et le changement voulu. Il est évident qu'un changement voulu par la direction et subi par le personnel, n'aura pas la même portée qu'un changement bâti et accepté en équipe.

Le changement peut provenir de facteurs exogènes (technologies, lois, concurrence) et dans ce cadre peut être vécu comme une contrainte. Il peut venir de facteurs endogènes qui sont la plupart du temps liés aux enjeux de pouvoir ou aux cultures professionnelles.

2.2.5 Le changement : un processus.

Le changement peut être rapide ou lent, toucher une partie du personnel ou l'ensemble de l'établissement, il n'empêche qu'il est important de mesurer son efficacité et d'imaginer quel impact il aura sur les comportements des personnes.

*« Les questions concernent la recherche d'efficacité de dispositifs formellement définis pour gérer un processus de changement. En effet, l'objectif des démarches vise à produire de véritables transformations dépassant le simple niveau formel d'un changement de règles en provoquant des réelles modifications des comportements et des interactions au niveau du travail quotidien. Le changement volontaire se définit toujours par un objectif d'accroissement de l'efficacité et de l'efficacité de l'organisation ».*⁴⁶

⁴⁵ Dictionnaire Larousse. Paris. Larousse 2009.

⁴⁶ FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

Au FAM de St Priest le fonctionnement de l'établissement a été séquentiel et son organisation souvent changée au cours de ses trois années de fonctionnement ;

- Ouverture le 06 Décembre 2010 : le personnel AMP présent ce jour-là n'a pas encore passé sa dernière épreuve pour obtenir son diplôme. Les notions utilisées sont : la qualité de l'accueil grâce à la convivialité, le bon sens, la polyvalence, la motivation. Au cours de ce mois de Décembre les résidents mangent, boivent, dorment, prennent leurs médicaments. Ils sortent peu et ne bénéficient pas d'animations planifiées. C'est une période déstructurée propice au foisonnement d'idées.
- Tout en conservant les acquis de l'ouverture, l'année 2011 a permis de professionnaliser les équipes et de constituer l'ossature du fonctionnement du FAM : création de groupes de travail sur divers sujets (livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement), mise en place du Conseil de Vie Sociale (CVS), recrutement du médecin, réunions de synthèse, échanges formels et informels de pratiques entre paramédicaux et éducatifs, mise en place des réunions institutionnelles. Création des premières manifestations d'envergure. Les résidents bénéficient d'un accompagnement plus personnalisé, permettant de répondre beaucoup plus à leurs besoins particuliers, notamment en ce qui concerne les activités, les animations et les transferts.
- L'année 2012 a vu venir le temps de la réflexion : création des groupes d'analyse de la pratique, réunions cliniques avec la psychologue, groupes de travail et écriture du projet d'établissement couplé à la démarche d'amélioration continue, réunions d'animation, élection des délégués du personnel, mise en place de la journée familles, commission des menus. Modification des plannings AMP, aides-soignantes et infirmières. Réalisation du premier plan de formation. Les résidents bénéficient d'une prise en charge adaptée, leurs projets personnalisés sont évalués et modifiés. Leur accompagnement médical est optimisé (sauf pour la psychiatrie).
- En 2013, s'engage un travail de théorisation de notre mission : participation du personnel au comité éthique de l'Adapei 63, évaluation interne, étude alimentation/nutrition, soins palliatifs, mise en place des entretiens professionnels avec des objectifs fixés entre la direction et les membres du personnel. Ecriture du livret d'accueil du personnel, présence du résident à sa réunion de synthèse (il devient ainsi acteur de son propre projet).

- En 2014, il est prévu la mise en place d'ateliers sur divers sujets, bienveillance, humanité⁴⁷, préparation à l'évaluation externe, reconsidération de notre projet d'établissement,

2.2.6 Changement et adaptation

Comme nous le voyons, le FAM, au cours de sa brève existence, a déjà effectué beaucoup de changements ou de réajustements. Le personnel dans son immense majorité, s'est habitué à ces multiples changements et considère que l'adaptation est nécessaire.

*« L'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement place le changement au cœur de la vie d'une organisation. Transformations et ruptures mettent constamment à l'épreuve nos pratiques quotidiennes, notre conception de l'organisation et jusqu'à notre perception du secteur social et médico-social ».*⁴⁸

Nous nous sommes rendu compte que le changement apporte un nouvel élan au sein de l'organisation. Pour se faire, il doit emporter l'adhésion de la majeure partie, voire de la totalité du personnel. Nous ne sommes pas ici, dans un concept taylorien d'analyse des caractéristiques formelles, édictant que les règles doivent rendre prévisibles les comportements. Nous sommes plutôt dans une approche qui se situerait entre celle de l'école des relations humaines et l'analyse stratégique et systémique, qui nous permettent d'analyser les transformations qui affectent les facteurs de motivation, ainsi que sur l'impact du changement dans les jeux entre acteurs.

Michel Foudriat analyse le changement organisationnel selon trois dimensions incontournables :

- La dimension stratégique
- La dimension systémique
- La dimension cognitive⁴⁹

A) La dimension stratégique du changement.

« Lors d'un changement, l'observation montre que tous les acteurs de l'organisation n'ont ni les mêmes attitudes, ni les mêmes discours. Certains ont une attitude de soutien et d'implication, et défendent auprès de leurs collègues le bien-fondé du changement. Ils se déclarent volontaires pour participer au travail de réflexion, s'impliquent très directement de façon constructive dans le processus, développent des arguments favorables pour

⁴⁷ L'humanité est un ensemble de concepts et de pratiques qui ont pour but de maintenir le lien entre les personnes âgées dépendantes et leur entourage

⁴⁸ MIRAMON J-M « Manager le changement dans l'action sociale » Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes 2001

⁴⁹ FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

convaincre les autres. D'autres acteurs se placent directement dans l'opposition et la résistance. Ces attitudes se définissent par un positionnement critique par rapport aux changements, des discours pessimistes sur le changement, des comportements individuels ou collectifs de blocage, de freinage, d'obstruction. Ils essaient de réduire au silence ceux qui ont une attitude de soutien et d'implication. Sous la forme active, les acteurs sont dans le refus, la critique systématique explicite, la plainte, le sabotage, le blocage. Sous la forme passive et ils sont dans la lenteur, dans les rumeurs critiques, dans l'alliance avec les opposants actifs. Enfin certains acteurs se positionnent dans le retrait, l'indifférence. Ils ne participent pas aux débats et ne manifestent aucune opinion sur le changement. »⁵⁰

Pour un dirigeant, il est clair que les acteurs impliqués permettent d'avancer efficacement dans le montage d'un projet. Néanmoins il serait illusoire de penser qu'en s'appuyant sur ces seuls acteurs, le projet verra le jour, suivant un processus linéaire. Si nous nions l'importance des acteurs pouvant effectivement bloquer le système ou simplement celle de ceux qui par leur inertie vont le freiner jusqu'à le rendre inintéressant pour les plus motivés, alors ce projet ne verra jamais le jour. L'encadrement doit porter ce projet vers l'ensemble des acteurs, en utilisant l'ensemble des ressources nécessaires en termes de management : entretiens individuels, cohésion d'équipe, formations, réunions formelles et informelles. Il est important de mettre en avant la valorisation liée au changement.

B) La dimension systémique du changement

« Les acteurs ne restent pas passifs par rapport à l'annonce de changement, parce qu'ils construisent des représentations sur les conséquences que celui-ci pourra avoir sur eux et, partant de ce qui pour eux est réalité, ils engagent des actions favorables ou non pour le maintien des jeux. La force inertielle de la règle du jeu explique l'échec de nombreux processus de changement. Lorsque les acteurs sont parvenus à un équilibre dans leur interaction en ayant construit une règle de jeu informelle, ils ont tous intérêt à sa permanence ».⁵¹ Il est donc crucial que l'encadrement repère les jeux que les acteurs ont mis en place entre eux. Entre secteur médical et paramédical détenteur (à priori) d'une zone d'incertitude sur les pathologies psychiatriques et l'équipe éducative détentrice d'une zone d'incertitude concernant les modes de vie des résidents, il y a certainement des jeux de pouvoir et du marchandage. On pourrait dire que l'équipe soignante s'alliant avec l'équipe éducative en laissant les soins psychiatriques au secteur sanitaire, évite de reconnaître son manque de compétence dans cette prise en charge. Et pour l'équipe

⁵⁰ FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

⁵¹ FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

éducative, porter ce refus devant l'équipe de direction, permet d'obtenir un contre-pouvoir reconnu par les autres membres du personnel. Pour l'équipe d'encadrement, le fait de pouvoir connaître ces enjeux, permet d'anticiper les modes d'action nécessaires afin de les contourner et d'arriver au résultat final : former l'ensemble du personnel à la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques.

C) La dimension cognitive du changement

« Les points de vue sur l'organisation sont des constructions sociales qui reflètent une activité cognitive interprétative chez les acteurs qui les défendent. Parler de perspectives cognitives, c'est dire à la fois que les membres de l'organisation construisent des théories personnelles, des schémas interprétatifs se traduisant par leur définition de la réalité, mais c'est reconnaître aussi que l'organisation elle-même est l'objet d'une construction de sens. »⁵²

En reconnaissant que chaque acteur construit sa propre interprétation de son travail, de ses interventions, de la même manière que l'encadrement, cela remet au centre du débat le sens qui est défini dans l'organisation. Si celui-ci est partagé par la majorité des acteurs, encadrement compris, la possibilité de voir le changement aboutir est plus évidente.

En fait, pour un dirigeant, l'apport de ces concepts sociologiques, et surtout la lecture moderne de Foudriat sur les organisations et sa vision cognitive (sortant ainsi de Taylor et de Crozier), permet d'élaborer une conduite du changement sous l'angle du management.

2.2.7 Le changement comme outil de management

Le changement et sa conduite, sont indissociables de la notion de prise de décision. Or, cette notion fait partie intégrante de la fonction de direction. *« A un moment donné, on a beau avoir écouté tous les avis, pesé le pour et le contre, cherché des solutions, il faut prendre une décision. C'est le rôle du directeur »⁵³*. Les équipes sont souvent dans l'attente d'une décision. Non qu'elles soient toujours d'accord, mais elles savent à ce moment-là qu'il y a « un pilote dans l'avion ». A priori, nous pensons qu'une mauvaise décision, qui ne met pas en jeu l'existence de l'établissement, a moins de répercussion qu'une absence de décision. Le changement, lorsqu'il est décidé par le directeur et après les consultations nécessaires, provoque (une fois passées les résistances habituelles), une motivation chez les équipes. Mais il ne faut pas oublier que : *« dans le fonctionnement des organisations, aucun problème de relève de la seule dimension*

⁵² FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

⁵³ KARZ S Colloque ANDESI ; « Faire de l'institution à l'heure de la désinstitutionalisation ». 24 mai 2013 Paris

*technique. Les problèmes sont toujours produits pas des interactions entre les acteurs et peuvent s'analyser en termes d'arrangement, de marchandage et de jeux de pouvoir ».*⁵⁴

Si gouverner c'est prévoir, manager c'est anticiper. L'anticipation précède toujours le changement. Or, il nous semble nécessaire de prendre en compte les possibilités d'échec du changement proposé, ne serait-ce que par le jeu des acteurs qui chercheront à préserver leurs arrangements et leur marge de liberté (cf. 3.2.3).

2.2.8 Changement de culture et la valorisation des compétences

Passer d'une culture médico-sociale à une culture sanitaire et du handicap mental au handicap psychique, nécessite un changement de culture institutionnelle. La culture institutionnelle du FAM tourne autour de la prise en charge du handicap mental. Les compétences du personnel sont véritablement axées sur le bien-être physique des résidents. Sans gommer cette culture, il faut arriver à la modifier pour que la santé mentale de l'ensemble des résidents soit prise en compte. L'ensemble des acteurs (médecin, infirmiers, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques) a reçu une formation succincte sur la psychiatrie, ne permettant pas d'aborder la santé mentale dans son ensemble. Culturellement, au foyer, cette notion de santé mentale, a été rapidement séparée de la santé globale des individus accueillis. Or, il nous semble judicieux en s'appuyant sur cette donnée, de faire comprendre au personnel que le changement en fait n'est pas si important, puisque la prise en compte des besoins en santé mentale fait partie du référentiel de chacune de ces professions.

Ce changement ne peut se faire que si des formations spécifiques sont proposées aux membres du personnel. Les connaissances nouvelles ainsi apportées par cette formation permettront d'accroître les compétences et les acquis actuels, et de les valoriser. En effet, plus on est compétent et plus notre valeur professionnelle s'accroît. Ces nouvelles compétences seront mises à contribution afin d'influer sur les projets de vie et le projet d'établissement

2.3 Identité des projets

« Pour l'Association Française de Normalisation (AFNOR), le projet serait une démarche spécifique permettant de structurer une réalité à venir. Il est défini et mis en œuvre pour correspondre à un besoin émis par un utilisateur, un client. Il implique un objectif et des actions à entreprendre et la mise à disposition de ressources. Cette définition appelle un certain nombre de remarques :

⁵⁴ FOUURIAT M « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Presses de l'EHESP 2013

-L'utilisateur. Il s'agit non pas du consommateur final comme on pourrait le penser. L'utilisateur dont il est question n'est rien d'autre que le porteur du projet. C'est celui qui met à disposition de l'équipe du projet, des moyens ou ressources nécessaires pour la réalisation de quelque chose.

-L'objectif. Il exprime ce à quoi le porteur du projet doit aboutir. Il aide à l'élaboration du cahier des charges. Clairement exprimé, il permet aux techniciens du projet de répondre aux attentes du donneur d'ordre, qui, insatisfait de la situation actuelle, par son projet abouti à une situation nouvelle plus satisfaisante.

-Existence de ressources. Les ressources sont constituées des moyens matériels ou humains que le maître d'ouvrage entend affecter à la réalisation de son ouvrage. Celles-ci doivent être conséquentes pour que le projet voit le jour.

La définition telle que présentée insiste sur la nécessité de poser un diagnostic sur l'environnement avant d'engager quelque démarche que ce soit. Un projet n'a de sens que s'il répond à un besoin clairement exprimé ou identifié, que s'il s'intègre dans la stratégie globale de l'entreprise ».⁵⁵

Le projet a une vocation de reliance : il a tendance à requalifier et relier les données. Il permet d'introduire le handicap psychique dans le projet d'établissement et le relier au handicap mental. Nous avons donc deux projets distincts mais pourtant fortement imbriqués et surtout ne pouvant se passer l'un de l'autre. Le projet d'établissement ne peut pas se concevoir sans résident et le projet de vie d'un résident ne se conçoit qu'au travers de sa vie dans l'établissement.

2.3.1 Notions de projet

Pour Jean-Pierre Boutinet, « nous pouvons définir quatre formes de projet :

- *Le projet sur l'autre selon le modèle de la commande sociale,*
- *Le projet pour l'autre selon le modèle paternaliste,*
- *Le projet avec l'autre selon le modèle participatif,*
- *Le projet de l'autre selon le modèle de l'autonomie ».⁵⁶*

Selon les cas, nous alternons d'un modèle à un autre. C'est l'imbrication de « l'autre », qu'il soit un professionnel, une personne handicapée, sa famille, un politique, un médecin, avec son environnement, qui va formaliser le projet le plus adapté pour la personne.

2.3.2 Projet de vie

La loi du 2 janvier 2002 a introduit la notion de « projet d'accueil et d'accompagnement de la personne ». Cette définition est peu utilisée dans le secteur médico-social. Nous

⁵⁵ DJUATIO E « Management des projets. Techniques d'évaluation, analyse, choix et planification » L'Harmattan Paris 2004

⁵⁶ BOUTINET JP « Anthropologie du projet », PUF, 2005

parlerons ici du projet de vie de la personne handicapée, liant de fait le projet éducatif, le projet de soins et le projet individuel. Suivant les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), cette personne :

« Est le bénéficiaire direct des accompagnements et des prestations.

Elle se différencie de son représentant légal ou de ses proches, quel que soit son statut ou sa situation. Le travail des professionnels consiste à créer un cadre facilitant une expression différenciée des attentes : celles de la personne, celles des proches, celles du représentant légal ;

A des attentes vis-à-vis des professionnels. Ces attentes correspondent aux souhaits, désirs, envies, éléments de projets que les personnes forment elles-mêmes et proposent aux professionnels. Ces attentes peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites, mais elles existent toujours.

A souvent une représentation de ses propres besoins d'aide et d'accompagnement. La personne (éventuellement aidée par des tiers), au-delà de la formulation d'une attente, ou préalablement à celle-ci, peut produire une analyse de ses besoins. Le travail des professionnels consiste à aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés ».⁵⁷

Le projet de vie prend tout son sens lorsqu'il est élaboré conjointement avec la personne accompagnée. Toute rédaction, ajustement, évaluation de ce projet ne peut se faire qu'avec son consentement éclairé. La participation de la personne à sa réunion de synthèse, a permis au sein du FAM d'élaborer des projets qui « collent » à la réalité. Les professionnels se sont rendu compte que les demandes des résidents sont bien plus simples à mettre en œuvre que ce qu'ils auraient imaginé. En redonnant au résident, la main sur le levier d'action de sa propre vie, nous lui rendons sa dignité d'homme ; celle de faire des choix.

2.3.3 Le projet d'établissement

Le projet d'établissement n'a de sens que s'il met en cohésion l'ensemble des projets de vie qui sont exprimés par chaque résident. *« Le projet d'établissement constitue un texte ayant une valeur de référence ;*

- *il constitue une base documentaire à partir de laquelle les questions évaluatives seront posées ;*

⁵⁷ ANESM Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » Anesm. Saint Denis 2008

- *-il comporte des tableaux de bord qui, renseignés et repris annuellement dans les rapports d'activité, serviront de base à l'évaluation ;*
- *-il définit les objectifs à atteindre qui font l'objet d'un bilan/évaluation à terme. Chaque objectif est donc accompagné d'indicateurs de suivi et d'évaluation ».*⁵⁸

La loi 2002-2⁵⁹ demande à chaque établissement de rédiger un projet d'établissement décrivant son fonctionnement et sa politique durant les cinq ans à venir. Ce projet se nourrit et sert les évaluations internes et externes tout en tenant compte des évolutions du secteur. C'est dans ce sens que le fait d'accueillir une nouvelle population implique une reconsidération du projet d'établissement.

Le projet d'établissement est aussi un outil de management, de positionnement et de communication. « *Le projet d'établissement permet au professionnel de repérer à la fois le sens de son action et sa place dans l'organisation. Le professionnel s'approprie ainsi les évolutions auxquelles il a participé, les objectifs et moyens affectés à cette évolution. Le projet d'établissement constitue un outil de conduite du changement* ». ⁶⁰ Le projet d'établissement, établi pour cinq ans, doit mettre en avant nos compétences actuelles, identifier les manques que nous avons, notamment dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, et les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de cette population.

Ce projet d'établissement prend son sens dans la volonté et la mission de l'Association définies dans le projet associatif global de l'Adapei 63 elle-même sujette au projet associatif de l'Unapei.

2.3.4 La nature du projet d'établissement du FAM

Le projet d'établissement du FAM rédigé en 2012, préconise l'accueil de personnes handicapées atteintes de toutes formes de handicap. En ce sens il prévoyait déjà pour les années à venir d'adapter la structure aux personnes mal voyantes, malentendantes, et handicapées motrices. En aucun cas nous n'avons prévu l'accueil des personnes handicapées psychiques. Et pourtant nous faisons état d'un ratio important de personnes bénéficiant d'un suivi psychiatrique (56%).

Le projet d'établissement a été rédigé grâce au travail de l'ensemble du personnel du foyer divisé en quatre groupes :

- Résidents
- Bâtiment

⁵⁸ ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Élaboration, rédaction animation du projet d'établissement ou de services Anesm Juin 2012

⁵⁹ Code de l'action sociale et des familles article L311-8

⁶⁰ ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Élaboration, rédaction animation du projet d'établissement ou de services Anesm Juin 2012

- Personnel
- Environnement

La synthèse des travaux de ces quatre groupes par le comité de pilotage a permis l'écriture du projet sur une trame proposée par l'Adapei 63 en 2012.

2.3.5 Culture institutionnelle et projet d'établissement

La culture institutionnelle tourne autour de quatre axes :

- La transversalité, qui implique l'attention de l'ensemble des acteurs à tous les moments de la vie des personnes accueillies.
- L'ouverture vers l'extérieur et la convivialité (flux dynamiques de circulation).
- La prise en compte des besoins, pour au moins maintenir les capacités des résidents.
- La formation du personnel à l'accueil de toutes formes de pathologies liées au handicap mental.

Il va sans dire, que l'accueil de personnes handicapées psychiques, demandera une modification, une réécriture du projet d'établissement, afin qu'il s'inscrive dans les préconisations de l'Unapei, les injonctions gouvernementales et les modifications des rapports entre sanitaire et médico-social.

2.3.6 Le projet associatif global

L'Unapei, dans son bulletin du 06 mai 2013 évoque tout d'abord un constat : *« la déficience intellectuelle peut s'accompagner de déficience motrice et physique et, quelquefois, de maladie mentale (double diagnostic) et les besoins d'aide en compensation de handicap des uns et des autres sont souvent similaires. Et d'ajouter : « Nous rappelons que seule une partie des personnes ayant des troubles psychiques a aujourd'hui besoin d'un accompagnement en établissement ou service médico-social tel qu'ESAT, foyers, accueil de jours... Nos travaux investissent donc ce seul champ de la maladie mentale »⁶¹. La mise en garde de l'Union nationale est importante : accompagner des personnes ayant des troubles du comportement ou un handicap psychique nécessite de réinterroger son projet d'accompagnement .Et vient une définition des prérequis : « Partenariat formalisé avec le sanitaire, respect des diagnostics des différents partenaires, un regard d'expert, la formation continue du personnel, la constitution d'une équipe pluridisciplinaire, l'analyse de la pratique et enfin une homogénéité relative entre handicaps ».*

⁶¹ UNAPEI. 2013. L'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein du mouvement. Messages de l'Union. 06 Mai 2013, pp. 1-11.

Au terme de la lecture de ce bulletin, nous constatons que l'Union nationale avance vite sur ce sujet. Sans doute beaucoup plus vite que certaines régions. La psychiatrie se digère lentement, surtout lorsqu'elle n'est pas encore totalement « déstigmatisée ». Néanmoins, l'Unapei a toujours su s'adapter au fil du temps pour répondre aux besoins des personnes handicapées. Nul doute, que cette nouvelle approche sans doute liée aux programmes de « déstigmatisation », aux incitations gouvernementales, aux études démontrant le recoupement entre handicap et maladie mentale et à la désinstitutionalisation, va produire des effets dans l'acceptation d'accueillir au sein des établissements une population grandissante de personnes handicapées psychiques.

La lecture de cet article nous a confortés dans l'écriture de ce mémoire. Si l'Union se positionne ainsi, alors les associations départementales suivront et nous rencontrerons moins de difficultés pour la réalisation de notre projet.

Par ailleurs, depuis août 2012, l'Unapei coordonne un projet européen intitulé : « adaptation des services pour les personnes handicapées aux nouveaux usagers » (Annexe V). Je fais partie de ce groupe qui a fait ce constat : *« dans de nombreux pays européens, les établissements et services destinés traditionnellement à l'accompagnement des personnes handicapées mentales constatent une transformation du public accueilli. Celui-ci comprend de plus en plus de personnes avec un handicap psychique et handicap mental (double diagnostic), voire des personnes avec seul un handicap psychique ou encore des personnes en situation d'exclusion sociale. Cette transformation du public accueilli ne va pas sans soulever de nombreux défis (garantir des réponses de qualité aux besoins de ces nouveaux usagers, assurer des relations harmonieuses entre usagers, travailler avec le secteur sanitaire, etc.), Or, elle s'est souvent faite sans évolution des compétences, des connaissances et des pratiques »*.⁶²

Ce groupe de travail rendra un rapport énonçant les résultats des enquêtes et des visites réalisées dans d'autres pays européens, et préconisera les changements nécessaires au sein des établissements de l'Unapei.

2.4 Changements : nouvel usager, nouveau projet

Une analyse des secteurs médico-sociaux et sanitaires, nous permet de nous rendre compte des antagonismes et rivalités qui agitent ces deux secteurs qui accueillent souvent des populations similaires. Or, une fois balayés les problèmes culturels et de sémantique, on s'aperçoit que la prise en compte des besoins des personnes handicapées serait assurément d'une meilleure qualité si chaque secteur acceptait de travailler en collaboration avec l'autre. Ce choix fait, il reste à notre foyer à requalifier son

⁶² Actualités Unapei : Un projet européen pour un meilleur accompagnement de tous les publics accueillis. 17 juillet 2013.

projet d'établissement en tenant compte des concepts de compétence et de changement. Comme abordé précédemment, ces concepts s'adressant en premier lieu à des personnes, ne sont pas si simples à manier. En effet, toute organisation est confrontée aux jeux des acteurs qui par leurs propres arrangements peuvent mettre en place des stratégies d'évitement, voire même de résistance au changement : un changement de culture va induire des résistances importantes avec des négations objectives.

La conduite du changement est une des composantes du management, et nous devons tenir compte des résistances, des injonctions et des aménagements nécessaires. Nous tenterons de mettre en place une stratégie visant à convaincre l'ensemble du personnel du bien-fondé de cette démarche de changement, qui consistera à accueillir en hébergement temporaire des personnes handicapées psychiques. La prise en charge nouvelle du handicap psychique en relation avec le handicap mental, induit une définition du public accueilli à reconsidérer, et par là-même à une réécriture du projet d'établissement.

La troisième partie énonce les stratégies principales déployées, mises en perspective pour finaliser cette écriture du projet d'établissement, en impliquant au mieux tous les acteurs concernés.

3 Inscrire le handicap psychique dans le projet d'établissement

Afin d'éviter de continuer à diviser le handicap psychique et le handicap mental, il nous paraît plus cohérent de parler de santé mentale. En effet ce champ couvrant la totalité des pathologies et des déficiences, qui souvent se recoupent entre elles, permet in extenso de développer la notion de parcours de vie, au cours duquel la personne handicapée pourra se retrouver en secteur sanitaire, en ambulatoire, à domicile ou en secteur médico-social. Mais nous en sommes toujours à scinder en deux parties la santé mentale en accentuant les différences culturelles.

Sous le terme de santé mentale nous regroupons l'ensemble des troubles et dysfonctionnements dont sont atteintes les personnes handicapées psychiques et mentales. Nous appréhenderons d'une manière globale, tout d'abord la maladie mentale et la déficience intellectuelle pour descendre jusqu'à la personne, qui, nous l'avons vu plus haut, souffre d'une intrication plus ou moins prononcée de ces deux handicaps.

Le projet d'établissement ne précisant pas que l'accueil des personnes handicapées psychiques fait partie de son champ d'action, doit être revu, afin de coordonner la prise en charge des besoins différents.

3.1 Reconsidérer le projet d'établissement

La reconsidération du projet d'établissement, bien qu'il s'agisse de ne réécrire que quelques paragraphes, aura une portée importante à la fois interne et externe. Cette reconsidération produira des effets sur les compétences du personnel et sur sa motivation (positifs ou négatifs), mais aussi sur les résidents et les familles. De même, il nous positionnera vis-à-vis de nos partenaires politiques comme un établissement, qui, à la fois respecte les recommandations gouvernementales, régionales et départementales, mais aussi, sait faire preuve d'innovations. De même, notre collaboration avec le secteur sanitaire va étoffer notre savoir-agir et inciter celui-ci à nous considérer comme un partenaire enrichissant.

3.1.1 Projets de vie, projets de service, projet associatif

Si le projet associatif global, écrit par les administrateurs, est présenté et connu des familles et des professionnels, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un outil qui généralise les modes de prise en charge au sein des établissements de l'Adapei 63.

Il en est autrement des projets de vie, qui reflètent le plus fidèlement possible les aspirations de chaque personne accueillie, en fonction de ses déficiences et de son état de santé. Le projet de vie au FAM de St Priest comporte trois volets : le projet personnalisé, le projet éducatif et le projet de soins. L'articulation essentielle de ces trois

projets se fait au cours de la réunion de synthèse qui a lieu tous les ans et dont les objectifs peuvent être réajustés plusieurs fois par an.

Le projet de service de l'hébergement temporaire n'a pas été écrit spécifiquement au sein du projet d'établissement. La démarche consistera donc, à entreprendre l'écriture de ce projet spécifique et d'y inclure la possibilité d'accueillir sur l'hébergement temporaire des personnes handicapées psychiques.

3.1.2 Conditions requises au projet d'établissement

Tout d'abord, il est essentiel de s'assurer que l'ensemble des personnels du foyer, les résidents et les familles connaissent les axes du projet d'établissement 2012/2016. Ensuite, il nous faut évaluer la pertinence de ce projet 2012. Dans le domaine particulier de la prise en compte des besoins en soins psychiatriques des personnes accueillies, nous nous heurtons aux difficultés citées plus haut : acculturation de la psychiatrie, personnel peu expérimenté, etc. En évaluant la pertinence du projet d'établissement nous pourrions visualiser plus concrètement nos manques. Il en ressortira certainement nos difficultés de prise en charge des personnes actuellement accueillies et ayant une pathologie psychiatrique. Nous pourrions alors définir avec l'ensemble des acteurs, de l'opportunité d'opérer quelques modifications dans le projet d'établissement. Nous rappellerons, à cette occasion, les préconisations d'adaptation des projets d'établissement formulées par l'Unapei et concernant les personnes handicapées psychiques.

3.1.3 Projet d'établissement et évaluation interne

L'évaluation interne a été réalisée conjointement avec l'écriture du projet d'établissement, afin d'éviter les redondances, les oublis et un décalage entre les objectifs du projet et ceux de l'évaluation.

Parmi les axes retenus au niveau de l'évaluation interne :

- *« Des points restent à travailler et à être formalisés ; ainsi, les postes non éducatifs devraient pouvoir bénéficier d'une formation sur les problématiques des personnes en situation de handicap. Il s'avère que les professionnels qui partent en formation ne partagent pas leurs connaissances avec l'ensemble des équipes. Il serait intéressant de développer un système de personnes ressource.*
- *Le foyer de Saint Priest doit penser certains aménagements afin de pouvoir accueillir toutes les problématiques.*

- *Il est nécessaire que les enquêtes de satisfaction des usagers soient réalisées. Cependant, nous devons réfléchir aux modalités et à un outil qui aurait un sens une compréhension pour l'ensemble des personnes accueillies ».*⁶³

Cette évaluation interne permet de mettre en exergue et d'objectiver les axes à travailler. Elle souligne également qu'après deux ans d'ouverture, l'établissement a réussi à mettre en œuvre l'ensemble des outils de la loi 2002-2, une organisation transversale des équipes pluri professionnelles, afin de répondre au mieux aux besoins des résidents, et des procédures nécessaires au bon fonctionnement de la structure. A ceci près que l'évaluation a été réalisée en fonction d'un accueil de personnes handicapées mentales. Les membres du personnel seront invités à reconsidérer le projet d'établissement avec un angle de vision nouveau, celui de l'accueil de personnes handicapées psychiques. Nous formerons des groupes de travail, afin de déterminer les atouts et les freins de ce projet.

3.2 Stratégies au sein de l'établissement

Pour l'élaboration de ces stratégies nous allons nous appuyer sur une des recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditée par l'Anesm : « **la mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées** ». ⁶⁴

3.2.1 En fonction de l'état des lieux

- A) Les outils actuellement mis en œuvre pour le recueil et l'appréciation des besoins sont :
 - a) Populations accompagnées : participation des résidents aux différents conseils de vie sociale, élaboration avec les résidents des recueils de données et des projets personnalisés. Enquêtes de satisfaction en direction des résidents et de leurs familles. Participation des résidents à diverses réunions (réunion d'animation, commission des menus, etc...). Pour les résidents venant dans l'établissement d'hébergement temporaire, une mesure de leur satisfaction globale est effectuée avant leur départ.
 - b) Personnels : différentes réunions permettent au personnel de s'exprimer sur l'appréciation des besoins, et en particulier les réunions de service et institutionnelles. À titre particulier chaque membre du personnel peut solliciter l'encadrement pour faire état de ses besoins. Enfin, l'entretien professionnel qui

⁶³ Rapport d'évaluation interne 2012/2016. Foyer d'Accueil Médicalisé de St Priest des Champs. Octobre 2012

⁶⁴ ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Anesm Juin 2012

se déroule chaque année permet de définir les objectifs de chacun pour l'année suivante. Cet entretien permet de balayer le champ des compétences acquises et la différence avec celles qui sont requises au sein de l'établissement. Cet entretien est déterminant pour l'élaboration du plan de formation.

- B) Les pratiques actuelles pour la définition et la mise en œuvre d'une stratégie, sont :
 - a) Les stratégies descendantes, pour celles venant d'injonctions de l'ARS ou du CG, ou de la volonté du siège, sont portées et expliquées par l'encadrement en direction de l'ensemble du personnel. Celles venant directement de la direction du FAM, sont analysées par les membres de l'encadrement avant d'être expliquées et mises en place. Dans la stratégie du FAM, il est toujours préconisé de faire un bilan de l'action ou du projet après trois mois de mise en place. Ce délai permet une meilleure appropriation de l'action par l'ensemble des participants dans la mesure où elle n'apparaît pas obligatoirement pérenne.
 - b) Les stratégies montantes, provenant d'idées proposées par des résidents, des familles ou des membres du personnel sont élaborées par des groupes de travail afin de déterminer leur efficacité. Comme tout autre projet elles sont évaluées au bout de trois mois.
- C) Les leviers actuellement utilisés pour l'adaptation à l'emploi au regard des populations accompagnées sont :
 - a) Les formations qualifiantes ou continues réalisées en intra ou en inter établissement. L'échange de pratiques entre les compétences des divers personnels.
 - b) La formalisation de l'écrit pour les échanges professionnels au sein de l'établissement et avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

3.2.2 Axes de développement

- A) Les autres outils qui pourraient être mis en œuvre pour le recueil et l'appréciation des besoins sont :
 - a) Déterminer des critères objectifs permettant de reconsidérer nos modes d'action. Par exemple, le nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'un suivi psychiatrique au sein du foyer ou bien le nombre d'usagers venant du secteur psychiatrique et qui ont nécessité une ré-hospitalisation.
 - b) Élaborer des enquêtes de satisfaction en direction du personnel comportant une appréciation sur la relation entre les formations proposées et l'adéquation de la prise en charge des résidents.

- B) Les priorités pour améliorer la définition et la mise en œuvre de la stratégie sont :
 - a) Faire partager à l'ensemble du personnel les attentes et les besoins de la population des personnes handicapées psychiques en recherche de solution à l'hospitalisation.
 - b) Une collaboration étroite entre le personnel hospitalier et personnel du foyer afin d'optimiser la prise en compte des besoins en psychiatrie des usagers déjà présents dans la structure, afin de diminuer leur appréhension à l'accueil d'usagers venant directement de l'hôpital psychiatrique.
- C) Les effets attendus par les nouveaux leviers d'adaptation à l'emploi sont :
 - a) Une prise en compte globale de la santé mentale de l'ensemble des résidents du foyer.
 - b) Une professionnalisation de l'ensemble du personnel par une valorisation des compétences acquises.

En pratique, il y a lieu de différencier deux stratégies différentes : en interne et en externe. En effet, même si elles sont conduites de concert, leur mode opératoire ne sera pas le même.

Comme nous l'avons vu précédemment, le personnel du FAM a déjà connu beaucoup de changement depuis trois ans. Les changements importants sont venus pour moitié de la direction et pour l'autre du personnel. Nous pouvons dire que dans ce foyer le changement est culturel, puisqu'il est abordé de manière formelle lors des diverses réunions, qu'il est toujours porté par un groupe de réflexion, et qu'il est validé ou réajusté au bout de trois mois de mise en place, par une majorité des membres du personnel. Nous allons donc œuvrer pour que ce changement soit aussi transparent que possible, en amenant déjà le fait que plus de la moitié des résidents souffrent de pathologies psychiatriques, et que la prise en compte de ces pathologies ne se fait pas d'une manière efficiente, par manque de formation.

Nous allons ensuite proposer des formations en interne par leur formalisation sur le plan de formation, et par la présence d'un professionnel issu du secteur psychiatrique.

Nous planifierons sur le mode du volontariat, des échanges de professionnels entre l'hôpital Ste Marie et le foyer sous la forme de stages, dès que nous recevrons des personnes handicapées psychiques en accueil temporaire. Nous formaliserons l'envoi vers l'hôpital, de rapports d'observation rédigés par les membres du personnel du foyer. Nous demanderons aux médecins des deux structures d'établir un contact étroit, afin d'analyser les contenus de ces rapports, jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme efficaces. Nous allons ainsi créer une temporalité pour que le changement s'opère en douceur et sur des bases professionnelles.

*« Élaborer une stratégie d'entreprise est une chose ; la mettre en œuvre en est une autre. Il ne suffit pas de disposer d'un projet stratégique, encore faut-il avoir la capacité de le mettre en application. L'expérience montre que le passage à l'acte dépend pour une large part des compétences et de la motivation du personnel. Cette exigence explique le développement des démarches consistant à identifier les compétences critiques qui sont nécessaires pour réaliser les choix stratégiques. C'est par rapport à ses savoir-faire collectifs que seront développées les compétences individuelles qui devront y contribuer. Il devient nécessaire de raisonner en termes d'employabilité et non seulement en termes d'emploi. Du côté de l'employé, cela signifie le développement de la capacité à s'employer; du côté de l'employeur, cela implique la réunion des conditions requises (formation, situation de travail professionnalisant, itinéraire professionnel...) pour que l'employé soit employable ».*⁶⁵

Au sein de l'établissement, cette stratégie peut être menée à tout moment par l'équipe de direction. Des réunions formelles ou informelles permettront d'acquiescer à cette cause des professionnels qui pourraient être réticents.

Sachant qu'un peu moins de la moitié du personnel trouve valorisant d'accueillir une population de personnes handicapées psychiques, il faudra s'appuyer sur ces personnes, afin d'expliquer les modalités de cet accueil. Il faudra mettre en avant la valorisation que la formation à une nouvelle pathologie pourra avoir en termes de carrière et ce, pour l'ensemble du personnel. La formation en intra et en extra qui sera proposée, devrait apporter un facteur de motivation supplémentaire. Lors d'une réunion institutionnelle, il sera important de faire intervenir un professionnel du secteur psychiatrique, afin d'expliquer et d'aider à la déstigmatisation de cette pathologie.

3.2.3 Avec le personnel

Le projet de changement doit tout d'abord être réfléchi en équipe de direction afin d'obtenir la cohérence de l'encadrement. L'équipe de direction est composée du directeur, du médecin, de la psychologue et de la chef de service. Sur ces quatre personnes, deux ont déjà travaillé en secteur psychiatrique et sont tout à fait enclines à accueillir des personnes ayant cette pathologie. Les autres, dont le médecin de l'établissement, trouvent extrêmement valorisant l'apport des praticiens hospitaliers dans la prise en charge des personnes handicapées mentales ayant un suivi psychiatrique. Elles sont plutôt favorables à une intensification des relations avec ces professionnels. Je peux donc affirmer que l'équipe de direction sera porteuse du projet.

En ayant cette cohérence au niveau de l'encadrement il va nous être plus facile de répondre aux questions du personnel, des familles et des résidents, l'éclectisme de nos

⁶⁵ G Le BOTERF. « Construire les compétences individuelles et collectives » Eyrolles Paris 2009

formations nous permettant de couvrir un champ très large. L'adhésion du personnel à ce projet est nécessaire, pour le mener à bien. En limitant le jeu des acteurs autour du projet, c'est-à-dire en incluant chacun des membres du personnel à des niveaux différents du projet, certains étant déjà sensibilisés, d'autres allant en stage à l'hôpital, quelque uns étant nommés co-référents d'une personne handicapée psychique, il est possible de limiter les enjeux de pouvoir et les arrangements entre acteurs. Le bien-fondé de la démarche s'appuyant sur plusieurs faits, le volontariat pour aller en stage, la formation, la présence d'une personne ressource, l'hébergement temporaire qui ne serait plus déficitaire (préservation des postes financés), sont autant d'éléments qui devraient être actés favorablement par les professionnels.

Reste la question de la durée de vie de ce projet, car si nous ne fixons rien en termes de temps il y a de fortes chances pour que ce changement ne reste qu'un projet jamais réalisé. Mais nous ne pouvons pas non plus fixer une temporalité trop précise, comme par exemple : *- tous les membres du personnel du foyer auront, au 1er janvier 2015, toutes les compétences requises pour accueillir n'importe quelle pathologie psychiatrique -* peut être considérée comme vouée à l'échec. En effet, en définissant cela, l'organisation crée une notion de temps qu'elle est incapable de définir correctement puisque les impondérables, les rendez-vous reportés, le temps de mise en place du plan de formation, etc..., rendent obsolète toute tentative de définir une durée précise. Nous pensons néanmoins, pour que le projet arrive à son terme, qu'il faudra environ deux ans à partir du moment où un professionnel de l'hôpital interviendra dans notre foyer et où nous enverrons les premiers professionnels du foyer en formation et/ou en stage. Nous pouvons donc dire qu'entre le premier contact avec l'hôpital Ste Marie et jusqu'à la finalisation du projet il se sera passé 4 ans. (Tableau en Annexe VI).

3.2.4 Avec les résidents

Les personnes handicapées mentales et les personnes handicapées psychiques n'ont pas le même rythme.

Les premières sont parfois lentes à acquérir de nouvelles compétences, mais celles-ci sont, la plupart du temps, pérennes. L'autorité est souvent reconnue et respectée. L'accompagnement humain est privilégié, sans avoir besoin obligatoirement d'un apport médicamenteux.

Pour les personnes handicapées psychiques les acquis précédents peuvent être remis en cause du jour au lendemain alors que les capacités cognitives sont maintenues. L'autorité à moins de prise. L'apport des médicaments est quasiment obligatoire.

Ces populations peuvent cohabiter à condition d'éviter les jugements de valeur et les contraintes non liées au projet personnalisé. Pour favoriser l'accueil de la population des personnes handicapées psychiques, nous devons être vigilants dans l'étude de notre liste

d'attente de l'hébergement temporaire et commencer à admettre des résidents venant du secteur psychiatrique. Les bons rapports que nous entretenons avec les assistantes sociales de l'hôpital psychiatrique, devraient nous permettre d'accueillir des personnes ayant un profil de pathologie correspondant à nos possibilités actuelles, et se modifiant au fur et à mesure de l'augmentation des compétences du personnel.

3.2.5 Avec l'Association Adapei 63

L'association Adapei 63 a toujours su s'adapter aux évolutions du secteur. Par le passé, elle a toujours écouté attentivement les remontées du terrain, comme au moment de la prise de conscience du vieillissement de la population accueillie au sein des foyers.

Au niveau du Puy de Dôme, l'Adapei 63 étant la plus grosse Association départementale, elle est un partenaire incontournable pour les financeurs. Elle est reconnue pour son sérieux et la qualité de ses interventions. Quand elle a été sollicitée par les pouvoirs publics afin de reprendre une petite association qui rencontrait de graves difficultés, elle a répondu favorablement.

Le recoupement quasi permanent entre le handicap psychique et le handicap mental est un facteur qui nous permettra d'explicitier plus facilement les possibilités de métissage des deux populations. Le Président de l'Association, initiateur du projet de collaboration avec l'hôpital Ste Marie, devrait être un allié pour notre projet.

L'arrivée de jeunes administrateurs dont les enfants souffrent du double diagnostic (handicap mental et psychique), plus réceptif à ce type de demande, devrait nous aider dans notre projet auprès de l'Association. Depuis 2 ans, l'équipe d'encadrement du foyer fait un travail de fond à ce sujet, par exemple lors des réunions trimestrielles de gestion des listes d'attente. Nous informons, nous essayons de déstigmatiser la psychiatrie, nous maintenons le lien avec l'hôpital psychiatrique de secteur, nous innovons en participant aux consultations en télé-médecine.

3.3 Stratégies avec l'environnement

3.3.1 Avec les familles

Les familles dans leur ensemble, font peu de différence entre personnes handicapées psychiques et personnes handicapées mentales. Plus de la moitié d'entre elles savent que le handicap psychique est fortement imbriqué avec le handicap mental. Elles ont souvent eu des rapports fréquents avec la psychiatrie de secteur. Il n'empêche, l'hôpital psychiatrique leur fait quand même peur.

Au début, lors de l'accueil de personnes handicapées psychiques au sein de l'établissement nous avons pu nous rendre compte que cela posait plus de questions aux familles que l'admission de personnes handicapées mentales.

Le fait d'avoir fait se rencontrer les familles lors de journées qui leur sont dédiées, leur a permis de se connaître et d'échanger leurs pratiques. Depuis ces rencontres, elles sont plus réceptives aux problèmes des autres et ne déconsidèrent pas les personnes handicapées psychiques. La notion de dangerosité n'est pas chez elles si marquée que dans le reste de la population. Les familles ont vécu parfois des épisodes violents que ce soit chez elles ou dans des foyers, et elles ont eu l'occasion d'assister à ces accès de violence. Nous ne pensons pas avoir beaucoup de réticences à l'accueil des personnes handicapées psychiques venant de la part des familles de personnes handicapées mentales.

L'administrateur délégué du foyer dont le frère est résident au FAM de St Priest ne voit pas de difficultés dans l'accueil de personnes handicapées psychiques au sein de l'unité de son frère. Il a décidé de défendre en Conseil d'Administration, l'admission de personnes handicapées psychiques au sein des établissements de l'Adapei 63.

Il s'agira de ne pas éluder avec les familles le souci du reste à charge. En effet, les personnes hospitalisées en psychiatrie, n'ont à régler que le forfait journalier. En secteur médico-social, le reste à charge peut être élevé, en fonction des revenus de la personne handicapée.

3.3.2 Avec l'environnement socio-politique et culturel

La stratégie avec cet environnement est plus complexe dans la mesure où la psychiatrie est loin d'être « déstigmatisée », et il faudra faire œuvre de patience afin de convaincre les différents acteurs du bien-fondé de ce changement. Pour faire avancer ce travail de « déstigmatisation » je me suis inscrit dans un groupe de travail européen⁶⁶:

“Adapting services for persons with disabilities to new users” dont l'Unapei est le partenaire français.

« Depuis août 2012, l'Unapei coordonne un projet européen intitulé « Adaptation des services pour les personnes handicapées aux nouveaux usagers ». Objectif : aboutir d'ici l'été 2014 à des recommandations notamment en matière de pratiques et de formation des professionnels. Bilan d'étape... »

Ce projet réunit des partenaires de sept pays (Autriche, Belgique, France, Hongrie, Pays de Galles, Pologne, Portugal), représentant tous des gestionnaires de services dans le champ du handicap mental.

Comme je l'ai déjà dit, (2.3.6) dans de nombreux pays européens, les établissements et services destinés traditionnellement à l'accompagnement des personnes handicapées mentales constatent une transformation du public accueilli. Celui comprend de plus en

⁶⁶ Leonardo Partnership N. 2012-1-FR1-LEO04-35551 Lifelong Learning Programme Adapting services for persons with disabilities to new users Annexe V

*plus de personnes avec un handicap psychique et un handicap mental (« double diagnostic »), voire des personnes avec seul un handicap psychique ou encore des personnes en situation d'exclusion sociale. Cette transformation du public accueilli ne va pas sans soulever de nombreux défis (garantir des réponses de qualité aux besoins de ces nouveaux usagers, assurer une relation harmonieuse entre usagers, travailler avec le secteur sanitaire, etc.), or elle s'est souvent faite sans évolution des compétences, des connaissances et des pratiques ».*⁶⁷

En faisant partie d'un groupe international de recherche sur ce sujet, je pense avoir plus d'influence et de crédibilité auprès des élus et des financeurs pour mener à bien et expliquer ce projet.

3.3.3 Avec la collectivité territoriale

S'il est avéré que l'accueil de la population a été bienveillant envers les personnes handicapées mentales dès l'ouverture du foyer, il faut souligner que les nombreuses interventions du maire et des conseillers municipaux avant la création de la structure, pour mettre en avant les points positifs de cette implantation, ont largement contribué à cette réussite.

Les personnes en situation de handicap psychique bénéficieront-elles de la même empathie ? Nous pensons que l'information devra être diffusée de la même manière, avec cette fois, l'apport des professionnels du foyer. Ceux-ci, sont en effet inclus dans la cité, habitants de la commune, participant aux diverses manifestations et pouvant donc influencer positivement le reste de la population.

3.3.4 Avec l'environnement sanitaire

L'hôpital Ste Marie s'est tourné depuis la fin 2010 vers les associations du Puy de Dôme. Son directeur a tenu à rencontrer les administrateurs de l'Association Adapei 63, à leur faire visiter l'hôpital psychiatrique et à signer une convention cadre permettant aux deux entités de collaborer plus étroitement. Le but poursuivi étant de confier au secteur médico-social les « malades chroniques » ne pouvant plus rester au sein du système hospitalier. L'hôpital Ste Marie s'engage à assurer le suivi des personnes handicapées par différentes mesures : la création d'une équipe mobile intersectorielle, l'accueil prioritaire de toute personne adressée à l'hôpital par les différents établissements et la formation en intra et en inter des membres du personnel de l'Adapei 63. J'ai participé au comité de pilotage qui a précédé la signature de la convention entre les deux parties.

⁶⁷ <http://www.unapei.org/Un-projet-europeen-pour-un.html> consulté le 17 Juillet 2013.

Au sein de cette convention signée en février 2011, il était question d'un groupe de travail se réunissant 3 à 4 fois dans l'année afin d'étudier les besoins de chacune des parties. Hélas, ces réunions n'ont jamais eu lieu.

Il était aussi fait mention que chaque directeur d'établissement, pouvait signer une convention directement avec l'hôpital Ste Marie. Actuellement je suis le seul directeur à maintenir le lien avec le directeur de l'hôpital, pour mettre en place un partenariat par l'intermédiaire de l'hébergement temporaire.

Déjà, à travers l'activité d'art thérapie, nous avons mis en place des rencontres entre professionnels et patients/résidents.

De plus, l'hôpital Ste Marie expérimentant la télé médecine et les consultations vidéo au cours des années 2012-2013, nous avons sollicité la direction de l'hôpital pour être inscrit dans ce projet. Lors de notre rencontre du 11 juillet 2013 avec le directeur de l'hôpital et le médecin Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), nous avons pu exposer l'ensemble de nos attentes :

- L'hôpital a actuellement une quarantaine de patients hospitalisés depuis plus de 3 ans, qui sont « stabilisés » et pour lesquels sont cherchées des solutions d'hébergement et/ou de travail. Les dossiers de demande d'orientation sont faits ou en cours auprès de la MDPH. Le directeur de l'hôpital souhaite que le secteur médico-social prenne en charge ces personnes.

- En ce qui nous concerne, nous avons fait part de notre manque de compétences pour assurer le suivi psychiatrique de personnes handicapées psychiques. Nous sommes prêts à accueillir ces personnes en hébergement temporaire, si en contrepartie l'hôpital nous met du personnel infirmier à disposition, quelques heures par semaine.

Si nous voulons collaborer efficacement, il est nécessaire que le personnel hospitalier puisse être accueilli au sein du FAM, afin d'appréhender le mode de fonctionnement d'une structure médico-sociale et ainsi visualiser les possibilités d'accueil des personnes handicapées psychiques. Cet échange de pratiques sera formalisé par la signature d'une convention qui décrira sous quelle forme ces rencontres interprofessionnelles auront lieu. Elles devront se situer à tous les niveaux de l'organigramme (directeurs, médecins, infirmiers, AMP, aides-soignants). Les rapports excellents que nous entretenons avec le directeur de l'hôpital Ste Marie, nous permettrons d'officialiser une convention en fin d'année 2013. Lors de la visite de nos locaux en mars 2013, deux médecins psychiatres de l'hôpital ont été rassurés par les locaux, le matériel et les professionnels qu'ils ont pu découvrir.

L'hôpital Ste Marie n'ayant pas la possibilité de nous mettre à disposition un psychiatre, bien que nous ayons un financement sur notre budget, il est tout à fait disposé à formaliser un partenariat avec nous sur les trois bases suivantes :

- Venue dans les murs du foyer d'un infirmier psychiatrique, permettant de réaliser des entretiens de suivi pour l'ensemble des résidents. Sa présence et son expertise devraient inciter les membres du personnel du FAM à réaliser des entretiens auxquels il pourra assister pour les conseiller.
- Possibilité de nous inscrire dans le réseau de l'unité mobile intersectorielle et donc la possibilité de bénéficier sur place de la visite de médecin, psychologue, infirmier, assistant de service social en cas de difficulté de prise en charge.
- Au vu de l'éloignement de notre structure la possibilité d'effectuer des consultations en télémédecine au Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) de Youx à quelques kilomètres du FAM.

Ces différentes collaborations ne seront pas uniquement appliquées en faveur des personnes handicapées psychiques accueillies sur l'hébergement temporaire, mais à l'ensemble des résidents du foyer.

L'apport technique de ces personnels, devrait permettre une déstigmatisation de la psychiatrie et un meilleur positionnement des personnels du foyer.

3.3.5 Avec l'environnement socio-administratif

La MDPH, au travers de la CDAPH, où siègent à nouveau depuis le début de l'année deux psychiatres, nous soumet des demandes d'orientation vers le foyer concernant des personnes handicapées psychiques. Sur 72 personnes orientées par la MDPH et sur la liste d'attente de notre foyer, 17 sont actuellement hospitalisées à Ste Marie. Toutes ces personnes bénéficient d'une orientation en hébergement définitif et nous devons demander des modifications afin de les admettre en hébergement temporaire. Nous avons, au sein de la MDPH, des relations suivies avec la chef de service s'occupant plus particulièrement des orientations. Nous avons rencontré à plusieurs reprises le directeur de la MDPH, principalement lors des travaux du groupe œuvrant à l'élaboration du nouveau schéma départemental. Nous avons répondu favorablement à la MDPH pour une demande d'hébergement en urgences d'une personne handicapée maltraitée par sa famille d'accueil. Nos liens sont donc à la fois cordiaux et de confiance.

3.3.6 Avec l'environnement socio-économique

En suivant les injonctions du gouvernement, en respectant le schéma régional, et en travaillant avec le Conseil Général du Puy de Dôme sur le schéma départemental, nous amenons stratégiquement notre position de prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques.

Au niveau du schéma départemental, nous nous sommes volontairement inscrit dans le groupe : *Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires*. Nous exprimons une certaine réserve à l'efficacité de ce groupe par le fait que

ni l'ARS, ni l'éducation nationale n'ont assisté aux différentes réunions, et ce malgré leur invitation. En effet, sans la présence de l'ARS, il est difficile de planifier sur cinq ans les rapports régissant le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Néanmoins, nous avons réalisé 3 réunions entre avril et mai 2013 ; ce qui a permis à l'ensemble des participants de mieux comprendre les enjeux de l'hôpital psychiatrique, représenté par le médecin-chef de l'inter-secteur. Les probabilités sont fortes pour que le CG et l'ARS décident d'un appel à projet concernant la construction d'une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) ou d'un FAM pouvant accueillir les personnes handicapées psychiques. De plus, le CG devrait solliciter le mouvement associatif sur la prise en compte des besoins de cette population.

Ce schéma étant valide de 2014 à 2018, il y a de fortes probabilités pour qu'une demande de mutualisation des compétences entre secteurs sanitaire et médicosocial se fasse autour de la santé mentale, incluant de fait la maladie et le handicap mental.

Néanmoins, la mise en place de ce projet nécessite une rencontre préalable des services de l'ARS. S'agissant du basculement d'une population prise en charge par le secteur sanitaire vers le secteur médico-social, nous devons obtenir la garantie que ce financement sera pris en compte par cette agence, par un maintien de notre dotation concernant le poste de psychiatre.

3.4 Evaluation

Tout projet, doit comporter un volet évaluatif, qui permet de mesurer son efficacité. Les critères d'évaluation doivent être définis de préférence avant la mise en place effective du projet. En procédant ainsi, même en oubliant certains critères qui pourraient être pertinents, nous ne créons pas de distorsions sur l'analyse du projet.

3.4.1 Critères d'évaluation

Au-delà de la définition de critères d'évaluation, il sera important de réaliser 3 enquêtes de satisfaction :

- Auprès des résidents : connaître la mesure de leur satisfaction avant et après l'accueil de personnes handicapées psychiques.
- Vers les familles : mesurer l'impact de cet accueil par des visions extérieures à l'établissement.
- En direction du personnel : analyser l'efficacité des formations en interne et en externe, et des échanges de pratique.

Définition de critères.

A) - Nombre de consultations en télémédecine/nombre de consultations physiques.

Pour l'instant nous avons 23 consultations en psychiatrie par mois sur environ dix mois par an. Ce temps d'accompagnement nécessite la présence de plus de 4 ETP par an. Si ces consultations peuvent être réalisées par le biais de la télémédecine, et si nous voyons baisser le nombre de consultations à Clermont Ferrand, tout en gardant une qualité de prise en charge et une non-prolifération des crises, nous pourrions alors mesurer l'impact en équivalent temps plein.

B) - Diminution des consultations psychiatrique à l'extérieur.

Nombre de consultations psychiatriques sur Clermont Ferrand en année N-1 par rapport à l'année N. Si le chiffre baisse, nous pourrions l'analyser par une amélioration du suivi psychiatrique au sein du foyer

C) - Formation des équipes nombre d'échanges et qualité des échanges.

Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation en psychiatrie, et/ou d'un accueil en stage à l'hôpital Ste Marie. Une enquête de satisfaction permettra de renseigner les ressentis des professionnels entre l'avant et l'après de ces formations et stages.

D) - Taux d'occupation de l'hébergement temporaire.

Nombre de personnes accueillies sur l'hébergement temporaire et venant du secteur psychiatrique par rapport au nombre total de personnes accueillies. Courbes de comparaison entre les taux d'occupation de différentes années.

E) - Nombre d'hospitalisation en psychiatrie.

Le nombre d'hospitalisation en psychiatrie en année N-1, par rapport aux années suivantes. Attention ce résultat sera analysé de deux façons : nombre total d'hospitalisations et nombre d'hospitalisations concernant uniquement les personnes handicapées mentales. En effet, l'accueil temporaire des personnes handicapées psychiques amènera peut-être une hausse des hospitalisations. Par contre si ce chiffre baisse sensiblement, il pourra directement être lié à de meilleures compétences du personnel en psychiatrie, et donc à un recours moindre à l'hospitalisation.

F) Nombre de personnes ayant bénéficié d'un entretien avec l'infirmier psychiatrique au cours de son temps de présence dans l'établissement.

Ce chiffre sera corrélé avec le nombre de consultations externes et d'hospitalisations en psychiatrie. S'il induit une baisse des hospitalisations et des consultations spécialisées, alors nous pourrions admettre que la présence de professionnels compétents limite le

risque d'hospitalisations et la demande de consultation. Nous pourrions donc affirmer que les entretiens à visée psychiatrique, réalisés au sein d'une structure d'hébergement, limitent le risque de crises et d'hospitalisations. En ce sens, nous aurons atteints les deux objectifs : accroître les compétences collectives et améliorer la prise en charge de l'ensemble des résidents.

3.4.2 Courts termes et moyens termes des stratégies

À court terme, la stratégie déployée va induire des comportements de résistance de la part de certains professionnels. En effet, le projet étant essentiellement porté par l'équipe de direction, nous devons amener le débat sur l'amélioration des projets de soins et de vie des résidents. D'autres membres du personnel, très intéressés par un apprentissage plus approfondi de leurs connaissances en psychiatrie, vont nous aider à l'écriture du nouveau projet.

À moyen terme, en apportant plus de bien-être aux résidents par une amélioration de la prise en compte de leurs besoins en psychiatrie, par la présence rassurante des infirmiers psychiatriques intervenants dans l'établissement, par la diminution du nombre de kilomètres parcourus par les accompagnants, nous escomptons obtenir une vision positive de la part du personnel, des résidents et des familles.

3.4.3 Évaluation de l'ensemble de la stratégie

En nous tournant vers l'Association Adapei 63 nous saurons quel est l'impact de la reconsidération du projet d'établissement. Nous pensons que l'Association va observer attentivement l'accueil des personnes handicapées psychiques au sein du FAM pour, peut-être, orienter l'ensemble des autres établissements vers cet accompagnement.

En considérant que nous avons commencé à travailler avec le personnel sur ce projet fin 2012, même si nous n'avons pas fixé de dates pour la réalisation de la stratégie, il est nécessaire de préciser que cela doit être opérationnel avant la fin 2014.

Les enquêtes vont nous permettre de mesurer la satisfaction des résidents, des familles et du personnel.

Concernant les résidents, nous mesurerons la pertinence des projets de vie écrits par le personnel du FAM par rapport à la prise en compte de leurs besoins en psychiatrie. Nous pourrions ainsi visualiser les changements apportés par les formations et les échanges de pratique, ne serait-ce que par les modifications sémantiques et l'utilisation de termes médicaux appropriés.

Nous pourrions mesurer l'augmentation des compétences du personnel, par le nombre de personnes suivies, la gestion des « crises », le pourcentage d'urgences traitées et accompagnées par le personnel.

Nous verrons aussi l'impact que nos nouvelles compétences et leur reconnaissance auront sur notre environnement ;

- MDPH : orientation plus fréquente des personnes handicapées psychiques vers notre établissement.
- Conseil Général : reconnaissance de notre spécificité en devenant, au même titre que le secteur sanitaire, un interlocuteur concernant les problèmes liés au handicap psychique.
- ARS : Maintien du financement du médecin psychiatre et obtention de crédits supplémentaires (matériel pour la télémédecine, formations, etc.).
- Hôpital psychiatrique de secteur : des réunions régulières entre directeurs, médecins et personnels, nous permettront de fixer les objectifs et vérifier leurs atteintes.

3.5 Favoriser l'accueil des personnes handicapées psychiques.

La santé mentale, bien qu'étant une des composantes des résidents accueillis dans le FAM de St Priest, ne peut véritablement être bien prise en charge que par l'apport de nouvelles compétences du personnel, qui peuvent se réaliser au travers de formations en interne et en externe. La mobilisation de l'hôpital de secteur, à la recherche de places d'hébergement en secteur médico-social, peut aussi nous permettre d'optimiser le suivi psychiatrique de l'ensemble des résidents du FAM.

La stratégie déployée pour arriver à une optimisation de la prise en compte des besoins en santé mentale, consiste donc à développer nos liens avec le secteur psychiatrique, participer à la déstigmatisation de la psychiatrie, tant sur le plan associatif que sur celui de la population.

Pour ce faire, il est impératif de mobiliser le personnel autour de plusieurs axes de réflexion et de réorganisation des pratiques : la reconsidération du projet d'établissement, la prise en considération de l'ensemble des besoins en psychiatrie des personnes handicapées mentales et psychiques, les besoins en formation, l'échange de pratiques, la participation au changement... et tout axe de pensée et d'action qui conforte les responsabilités des personnes dans le nouveau projet d'établissement.

Conclusion

En commençant ce mémoire, nous tenions à mettre en avant, les difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques pour intégrer le secteur médico-social. Au fil du travail d'écriture, est apparu l'ensemble des difficultés liées aux différences culturelles entre les secteurs médico-sociaux et sanitaires, liées aux visions négatives de la société envers la maladie mentale (y compris chez les professionnels du foyer). Nous n'irons pas jusqu'à parler de résilience en la matière, toutefois il s'agit bien d'opérer de part et d'autre un travail de réconciliation pour que les besoins psychiques ne soient pas déconsidérés ou traités par défaut.

La recherche de compétences pour s'adapter à ces nouveaux besoins nous a donné une ouverture de pensée et d'efficacité pour faire évoluer le projet d'accueil des personnes handicapées psychiques sur l'espace laissé au niveau de l'hébergement temporaire. La stratégie participative déployée pour convaincre les professionnels du bien-fondé de ce changement de culture, a permis de bien positionner les risques et les enjeux (isolement géographique, exclusivité réductrice de la population accueillie) et l'opportunité de la réponse à des nouveaux besoins, clairement identifiés, tel le handicap psychique

Nous avons pu valider pour partie l'analyse de Michel Foudriat sur le concept de changement et son opérationnalité : certes le changement peut générer des résistances et des blocages, qu'il s'agira de dépasser par une stratégie managériale s'appuyant sur la dimension cognitive qui permet de connaître, comprendre les enjeux, les opportunités à se saisir de réalités nouvelles. À ce titre, la reconsidération du projet d'établissement mobilisera l'ensemble des acteurs, résidents, personnel, familles, financeurs, association, et plus largement, l'environnement socio-politique et culturel.

Aux termes de l'écriture, nous pensons que l'accueil de personnes handicapées psychiques au sein du FAM, est non seulement possible, mais nécessaire pour ouvrir le FAM à de nouveaux besoins et consolider son existence et son devenir.

Ce mémoire nous a ouvert à la notion de désinstitutionnalisation (qui ne saurait être limitée à l'acceptation hors des murs des institutions), à la notion de seuil de tolérance (pour définir quel pourcentage de personnes handicapées psychiques peuvent être admises dans un établissement dédié au handicap mental), à la notion éthique de cet accueil par les résidents, les familles concernées et à l'évidence par les membres du personnel. Il est certain que la notion de parcours de vie devient principale dans le projet d'établissement car elle invite à considérer toute personne dans sa globalité et à produire des prestations singulières, concertées et coordonnées en interne et en externe.

Bibliographie

Articles de périodiques

GRASSET F, FAVROT J, GIULIANI et al. 2008. Revue Médicale Suisse. 17 septembre 2008, n° 171, pp. 20-31.

KAMMERER, M. 2013. *Des services à la carte assurés par un groupement de coopération*. Direction(s). mars 2013, pp. 12-15.

LAFORE, R. 2012. *L'inexorable convergence du sanitaire et du médicosocial? Les cahiers de l'actif*. Novembre/Décembre 2012, pp. 9-16.

UNAPEI. 2013. *L'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein du mouvement*. Messages de l'Union. 06 Mai 2013, pp. 1-11.

Ouvrages et monographies

BOUTINET. JP 2005. *Anthropologie du projet*. Paris. Presses Universitaires de France, 2005.

FOUDRIAT, M. 2013. *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médicosociaux*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2013.

FUSTIER, P. 2008. *Les corridors du quotidien*. Paris : Dunod, 2008.

LE BOTERF, G. 2009. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Eyrolles, 2009.

MIRAMON, J-M. 2001. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 2001.

NADALET, L. 2010. *Maladie mentale, schizophrénie, dangerosité et violence*. [auteur du livre] GIORDANA. J-Y *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris : Elsevier et Masson, 2010, pp. 88-94.

Dictionnaire Larousse. Paris : Larousse, 2009.

ANESM. 2008. *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint Denis : ANESM, 2008.

Rapports

ADAPEI 63. 2012. *Rapport d'Evaluation Interne 2012-2016*. Saint Priest des Champs : s.n., 2012.

Rapport IGF IGAS. 2012. *Etablissements et services pour personnes handicapées, offres et besoins, modalités de financement*. Paris : Inspection générale des finances n°2012-M-021-01 et Inspection générale des affaires sociales n° RM-2012-126-P, 2012.

Communications, réunions.

Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap. *Groupe 4: Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médicosociaux, les établissements sanitaires et les établissements scolaires*. Conseil Général du Puy de Dôme. 2013. Clermont-Ferrand : s.n., 2013.

KARZ, S. 2013. *Faire de l'institution à l'heure de la desinstitutionnalisation*. BATIFOULIER F. (animateur). ANDESI Ivry sur Seine 24 Mai 2013.

Sites internet

BERTAUX, R et HIRLET, P. 2009. Enjeux de l'approche des compétences dans le champs de l'action sociale et médico-sociale. *site Web roger bertaux*. [En ligne] 2009. [Citation : 25 Février 2013.] <http://www.roger-beraux.com/data/news/beraux-enjeux-approche-competences-champ-medico-social.pdf>.

Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. 2007. Handicap mental. *Site Web Cofemer*. [En ligne] 28 Décembre 2007. [Citation : 14 Janvier 2013.] http://www.cofemer/article.php?id_article=643.

Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de rééducation. 2007. Cofemer. [En ligne] 2007. [Citation : 15 mars 2013.] www.cofemer.fr.

Doctissimo. [En ligne] [Citation : 24 juillet 2013.] www.dictionnaire.doctissimo.fr.

MAXIMIN, M et CANN, Y. 2007. La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social? www.lien-social.com. [En ligne] 15 mars 2007. [Citation : 20 mai 2013.] www.lien-social.com/spip.php?article1689&id_groupe=7. n° 832.

Strasbourg, Université de. 2006. La compétence_professionnelle u-strasbg. *Université de strasbourg*. [En ligne] 16 Octobre 2006. [Citation : 29 Juin 2013.] <http://www.projet-idea.u-strasbg.fr>.

Unapei. Un projet européen. *Unapei*. [En ligne] [Citation : 17 juillet 2013.] www.unapei.org.

Université de Strasbourg. 2006. Projet idea. [En ligne] octobre 2006. [Citation : 25 février 2013.] www.projet-idea.u-strasbg.fr.

Lois, décrets,

Circulaire 86-6 du 14 Février 1986, portant création des Foyers à Double Tarification (FDT) modifié par la Loi 2002-2 qui introduit les FAM.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
(*Guide explicatif de la loi de 2002 (version 2 éditée par Espace Sentein)*). [En ligne]
[Citation : 23 mai 2013.] www.reseau-gesat.com).

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
(*La loi hôpital patients santé territoires*). [En ligne] [Citation : 23 mai 2013.]
www.sante.gouv.fr).

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
(*La loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005*). [En ligne] [Citation : 9 février 2013.] www.sante-social.gouv.fr).

Liste des annexes

1 ANNEXE I : Arrêté de création de l'établissement

République Française



CONSEIL GENERAL
DU PUY-DE-DOME

ARRETE

portant autorisation de création d'un Foyer Occupationnel Internat
à ST-PRIEST-DES-CHAMPS

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL
DU PUY-DE-DOME,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

- VU le titre 1^{er} du livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment le chapitre 1^{er} relatif aux dispositions générales, le chapitre 2 relatif à l'organisation de l'action médico-sociale concernant les établissements et services soumis à autorisation et le chapitre 3 relatif aux droits et obligations de ces mêmes établissements et services et notamment ses articles L 313-1 et suivants ;
- VU la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;
- VU la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé ;
- VU les articles L 313-1 à L 313-9 et R 313-1 à R 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs aux modalités de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ;
- VU l'article L 312-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale ;
- VU l'article L 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale ;
- VU le schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés du département du Puy-de-Dôme pour la période 2006 -2010 ;
- VU la demande de création d'un Foyer Occupationnel Internat (F.O.I.) de 24 places pour adultes handicapés mentaux et/ou polyhandicapés (dont 10 places réservées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes) à ST-PRIEST-DES-CHAMPS, présentée par l'Association Départementale d'Amis et de Parents de Personnes Handicapées Mentales (A.D.A.P.E.I.) sise à CLERMONT-FERRAND, dont le dossier a été déclaré complet le 17 novembre 2006 ;

VU l'avis favorable émis à l'unanimité par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale lors de sa séance du 10 mai 2007 ;

CONSIDÉRANT que le projet répond à un besoin recensé par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des adultes handicapés du Puy-de-Dôme, comme par l'A.D.A.P.E.I. au sein des établissements dont elle assure la gestion ;

CONSIDÉRANT que les besoins repérés ne sont pas satisfaits et que le projet présenté permet d'y répondre ;

CONSIDÉRANT que le promoteur, de par son expérience reconnue, offre toutes les garanties techniques et déontologiques pour mener à bien le projet ;

CONSIDÉRANT que ses coûts pourront être minorés, notamment par la mutualisation accrue des moyens en application de l'article L 313-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille qui prévoit que l'autorisation ne peut être accordée que si le projet présente un coût de fonctionnement hors de proportion avec le service rendu, le coût des établissements et services fournissant des prestations comparables ;

SUR proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département du Puy-de-Dôme ;

ARRETE

ARTICLE 1 : L'autorisation de création d'un **Foyer Occupationnel Internat de 24 places** (dont 10 places réservées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes) à **ST-PRIEST-DES-CHAMPS**, sollicitée par l'A.D.A.P.E.I., est **accordée**.

ARTICLE 2 : L'établissement est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. L'admission des adultes handicapés interviendra à la suite d'une orientation effectuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ARTICLE 3 : Les personnes accueillies sont des personnes adultes handicapés hommes et femmes présentant soit un handicap mental soit un handicap par maladie mentale et/ou un polyhandicap.

ARTICLE 4 : Les caractéristiques de l'établissement, répertoriées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux, sont les suivantes :

N° F.I.N.E.S.S. de l'entité juridique : 630786275-2 (Association A.D.A.P.E.I.)

N° F.I.N.E.S.S. de l'établissement : à attribuer

Code catégorie : 382 (F.O.I.)

Code discipline : 936 (accueil en foyers de vie pour adultes handicapés)

Code clientèle : 010 (tout type de déficiences)

Mode de fonctionnement : 11 (internat)

Capacité d'accueil : **24 places**

ARTICLE 5 : Cette autorisation est subordonnée à la **visite de conformité** prévue aux articles L 313-6, D 313-11 et suivants.

ARTICLE 6 : Cette autorisation est délivrée pour une durée de 15 ans, conformément à l'article L 313-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Au terme de cette période, elle est réputée renouvelée par tacite reconduction, sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe mentionnée à l'article L 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, enjoint l'association gestionnaire de présenter dans un délai de 6 mois une demande de renouvellement.

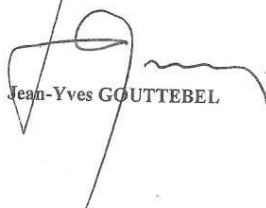
ARTICLE 7 : Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa notification.

ARTICLE 8 : Cette décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Président du Conseil général, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision. Un recours contentieux peut être introduit devant le Tribunal Administratif de Clermont-Ferrand dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée.

ARTICLE 9 : Monsieur le Directeur Général de la Solidarité et de l'Action Sociale et Monsieur le Directeur de la Solidarité sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera affiché durant un mois à la Préfecture du Puy-de-Dôme, à l'Hôtel du Département du Puy-de-Dôme et à la Mairie de ST-PRIEST-DES-CHAMPS, et qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs du Puy-de-Dôme.

Fait à CLERMONT-FERRAND, le 29 MAI 2007

Le Président du Conseil général,



Jean-Yves GOUTTEBEL

Transmission au Représentant de l'Etat
N° 148020 le 29 MAI 2007
Publication le : 29 MAI 2007
Notification le : 29 MAI 2007
ARRETE CERTIFIE EXECUTOIRE
Clermont-Ferrand, le 29 MAI 2007
Le Président du Conseil Général
Signé : Jean-Yves GOUTTEBEL

REQUA A LA PREFECTURE
DU PUY-DE-DOME
LE 29 MAI 2007
ARRONDISSEMENT
DE CLERMONT-FERRAND

LE PREFET DE LA REGION AUVERGNE
PREFET DU PUY-DE-DOME
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre National du Mérite

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL
DU PUY-DE-DOME
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

ARRÊTÉ PORTANT AUTORISATION
de création du Foyer d'Accueil Médicalisé
situé à Saint-Priest-des-Champs (63)



- VU le titre 1^{er} du livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment le chapitre 1^{er} relatif aux dispositions générales, le chapitre 2 relatif à l'organisation de l'action médico-sociale concernant les établissements et services soumis à autorisation et le chapitre 3 relatif aux droits et obligations de ces mêmes établissements et services et notamment ses articles L 313-1 et suivants ;
- VU la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;
- VU la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé ;
- VU les articles L 313-1 à L 313-9 et R 313-1 à R 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs aux modalités de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ;
- VU l'article L 312-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale ;
- VU l'article L 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale ;
- VU le schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés du département du Puy-de-Dôme pour la période 2006 -2010 ;
- VU l'article L 312-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles instituant le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (P.R.I.A.C.) ;
- VU la demande de création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 24 places (dont 2 places réservées à l'hébergement temporaire) à Saint-Priest-des-Champs, présentée par l'Association Départementale d'Amis et de Parents de Personnes Handicapées Mentales (A.D.A.P.E.I.) sise à Clermont-Ferrand, dont le dossier a été déclaré complet le 17 novembre 2006 ; la demande vise à permettre l'accueil de bénéficiaires des deux sexes présentant un handicap mental associé à une condition physique dégradée ;
- VU l'avis favorable émis à l'unanimité par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale lors de sa séance du 10 mai 2007 ;

CONSIDÉRANT que le projet correspond à un réel besoin recensé par le Schéma Départemental des Personnes Handicapées du Puy-de-Dôme comme par l'A.D.A.P.E.I. au sein des établissements dont elle assure la gestion, que le promoteur assure privilégier un recrutement de proximité et l'existence d'un véritable accueil temporaire ;

- CONSIDÉRANT que le projet est également intéressant par la qualité des partenariats noués localement ;
- CONSIDÉRANT que le projet dispose de perspectives de financement dans le cadre du PRIAC pour 2009 et que ses coûts pourront être minorés par une mutualisation accrue des moyens ;
- CONSIDÉRANT que le promoteur de par son expérience reconnue offre toutes les garanties techniques et déontologiques pour mener à bien le projet ;
- SUR proposition du Secrétaire Général de la Préfecture du Puy-de-Dôme et du Directeur Général des Services du Département du Puy-de-Dôme ;

ARRÊTE :

- ARTICLE 1 : L'autorisation de création d'un **Foyer d'Accueil Médicalisé de 24 places** (dont 2 places réservées à l'hébergement temporaire) à **Saint-Priest-des-Champs**, sollicitée par l'A.D.A.P.E.I. du Puy-de-Dôme, est **accordée**.
- ARTICLE 2 : L'établissement est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. L'admission des adultes handicapés interviendra à la suite d'une orientation effectuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- ARTICLE 3 : L'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux est accordée.
- ARTICLE 4 : Les personnes accueillies sont des adultes handicapés mentaux, hommes et femmes, pour lesquels toute activité de type professionnel n'est pas ou plus envisageable.
- ARTICLE 5 : Les caractéristiques de l'établissement, répertoriées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux, sont les suivantes :
- | | |
|---|---|
| N° F.I.N.E.S.S. de l'entité juridique : | 630786275-2 |
| N° F.I.N.E.S.S. de l'établissement : | à attribuer |
| Code catégorie : | 437 (F.A.M.) |
| Code discipline : | 939 (accueil médicalisé pour adultes handicapés) |
| Code clientèle : | 010 (tout type de déficiences) |
| Mode de fonctionnement : | 11 (internat) |
| Capacité d'accueil : | 22 places |
| Code discipline : | 658 (accueil temporaire médicalisé pour adultes handicapés) |
| Code clientèle : | 010 (tout type de déficiences) |
| Mode de fonctionnement : | 11 (internat) |
| Capacité d'accueil : | 2 places |
- ARTICLE 6 : Cette autorisation est subordonnée à la **visite de conformité** prévue aux articles L 313-6, D 313-11 et suivants.
- ARTICLE 7 : Cette autorisation est **délivrée pour une durée de 15 ans**, conformément à l'article L 313-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Au terme de cette période, elle est réputée renouvelée par tacite reconduction, sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe mentionnée à l'article L 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, enjoint l'association gestionnaire de présenter dans un délai de 6 mois une demande de renouvellement.
- ARTICLE 8 : Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa notification.

ARTICLE 9 : Cette décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Ministre chargé des Affaires Sociales, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision.
Un recours contentieux peut être introduit devant le Tribunal Administratif de Clermont-Ferrand dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée.

ARTICLE 10 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture du Puy-de-Dôme, Monsieur le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, Monsieur le Directeur Général de la Solidarité et de l'Action Sociale, Monsieur le Directeur de la Solidarité sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera affiché durant un mois à la Préfecture du Puy-de-Dôme, à l'Hôtel du Département du Puy-de-Dôme et à la Mairie de Saint-Priest-des-Champs, et qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs du Puy-de-Dôme.

Fait à Clermont-Ferrand, le 05 JUIN 2007

LE PREFET,



Dominique SCHMITT

Le Président du Conseil général,



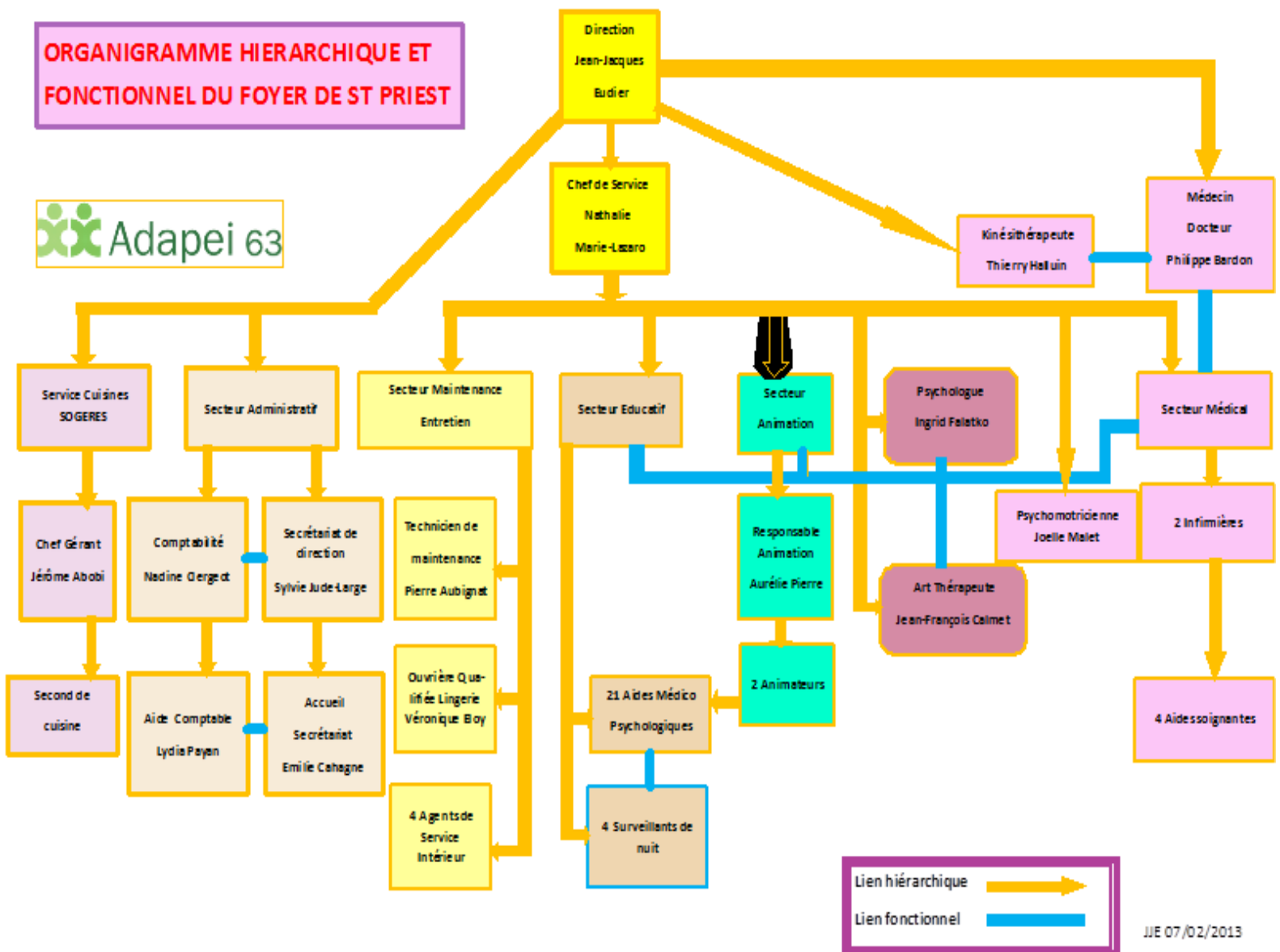
Jean-Yves GOUTTEBEL

~~Le présent arrêté a été notifié conformément à l'article 7
de la loi n° 2004-07 du 11 janvier 2004 relative à l'accès
au chef du bureau du conseil général.~~

~~Le Secrétaire Général~~



2 ANNEXE II : Organigramme du FAM de St Priest des Champs



Messages de l'Union

spécial #193

Lundi 6 mai 2013

la lettre d'information de l'Unapei

Numéro spécial

L'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein du Mouvement

Cela fait plusieurs années déjà que les établissements et services gérés par les associations du Mouvement accompagnent des personnes handicapées psychiques. Cet accueil suscite des questionnements, quelque fois des inquiétudes, que l'Unapei a souhaité expertiser. Au travers d'auditions d'experts de la santé mentale, d'échanges avec des personnes handicapées, des parents, des professionnels de l'accompagnement, des directeurs de structures, des Présidents d'association et de visites, il a pu être réalisé un premier état des lieux. Celui-ci a permis de définir les conditions de réussite d'un tel accueil, qu'il soit mixte au dédié, au sein de nos associations et d'arrêter des préconisations politiques et techniques.

Remarque introductive :

Seule une partie des personnes ayant des troubles psychiques a aujourd'hui besoin d'un accompagnement en établissement ou service médico-social tel que ESAT, foyers, accueil de jour...

Nos travaux investissent donc ce seul champ de la maladie mentale. Par ailleurs, cette réflexion n'investit pas le champ de l'enfance.

Responsable de la publication : François Morin.
Directeur de la publication : Thierry Nouvel.
Rédactrice : Séverine Ragon
ISSN : 1154-9459
Imprimé par les soins de l'Unapei.

Messages
de l'Union

Unapei 15, rue Coysevox - 75876 Paris Cedex 18
Tél : 01 44 85 50 50 - Télécopie : 01 44 85 50 60
Courriel : public@unapei.org
Site Internet : <http://www.unapei.org>

I - Le Contexte

1. Le Mouvement Unapei

Les associations adhérentes à l'Unapei accueillent depuis plusieurs années déjà des personnes ayant des troubles du comportement voire une maladie mentale, certaines :

- en créant des structures dédiées (ex. ESAT et SAVS de l'Adapei 22, MAS de l'Adapei 83, ESAT et foyer de vie de l'AJH¹ ...),
- en adaptant leur projet d'établissement à ces besoins autres,
- sans modification de leur projet d'accompagnement.

2. Une absence de données chiffrées

Aujourd'hui il nous est difficile d'estimer le nombre de personnes ayant des troubles du comportement voire une maladie mentale accompagnées par les établissements et services du Mouvement. Cette population n'est pas identifiée dans le recensement de l'Unapei, rendant ainsi difficile la collecte de l'information. Il est très difficile d'obtenir des éléments statistiques compte tenu du faible nombre d'enquêtes menées en France.

Toutefois, l'enquête ES 2006² démontre que l'augmentation du nombre de structures entre 2001 et 2006 (+20%) s'est accompagnée d'une évolution des publics accueillis dans les établissements et services puisqu'entre 2001 et 2006 la part des personnes handicapées psychiques a progressé de +4,7% en ESAT, +1,8% en foyer d'hébergement, +3% en foyer de vie, +2,7% en MAS et +2,1% en FAM.

3. Des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics appellent à la mixité des handicaps accueillis, on peut le constater notamment par le biais de certains cahiers des charges d'appel à projets : ex. création d'un ESAT de 30 places en Rhône-Alpes pour des personnes pouvant présenter des handicaps différents (personne présentant une déficience intellectuelle, un handicap psychique, infirmes moteurs cérébraux ou autistes ...) - création de 7 places d'ESAT en Basse-Normandie pour accompagner des personnes, dont les déficiences et éventuels troubles associés seront différents : personnes présentant une déficience intellectuelle, un handicap psychique, infirmes moteurs cérébraux, autistes.

4. Paroles d'usagers

« L. et D. pensent que l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique nécessite plus d'accompagnement que pour le handicap intellectuel. « la personne handicapée intellectuelle a besoin qu'on lui explique bien les consignes mais une fois celles-ci comprises, il y a moins de présence à donner. Pour la personne handicapée psychique, l'attention à donner est plus importante et nécessite plus de vigilance, du fait des troubles du comportement. Cependant, depuis peu, la délégation de D. compte parmi ses membres actifs quelques personnes en situation de handicap psychique et cela ne pose pas de problème au fonctionnement de la délégation. Chacun, comme dit D., se nourrit des capacités de l'autre. »

« J.-N. pense qu'il faut :

- proposer des thérapies à ces personnes
- parler du handicap psychique et expliquer de quoi il s'agit
- faire connaître les difficultés et les capacités des personnes handicapées
- proposer des postes de travail adaptés et éviter de trop modifier les repères

Pour que les personnes déficientes intellectuelles et handicapées psychiques puissent vivre ensemble il faut que les attitudes soient acceptables. »

Pour Y., handicapé psychique, travailler dans le milieu ordinaire est pour lui devenu impossible compte tenu de la pression et des cadences. Le travail en milieu protégé est une réponse adaptée.

¹ Association les Jeunes Handicapés – Haute Garonne – Affiliée à l'Unapei

² Publication de la Drees - Le document détaille les données statistiques obtenues dans l'enquête ES 2006 - Handicap auprès des structures pour adultes handicapés.

5. La violence : qu'en est-il ?

Aujourd'hui, certains parents de personnes handicapées mentales craignent pour la sécurité de leur enfant. Dans notre société, la maladie mentale reste très souvent synonyme de violence. Ces représentations sont d'ailleurs très largement véhiculées par les médias et séries télévisées. Or, la plupart des personnes rencontrées nous ont confirmé qu'il fallait dépasser cette image pour changer le regard sur la maladie mentale.

Très souvent, lorsque cette violence survient, elle se retourne contre la personne elle-même ou éclate dans le cercle familial. Dans les sites visités, cette question n'a jamais été abordée spontanément par les professionnels (encadrement et personnel de l'accompagnement) : par ex. l'ESAT de Plourivo dans les Côtes d'Armor qui accompagne 40 ouvriers handicapés psychiques a connu, en 2 ans, un seul acte de violence au SAVS : la personne accompagnée avait saisi l'éducateur par les vêtements au cou.

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans son étude sur la dangerosité psychiatrique³ précise que du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale et d'un climat souvent passionnel, il existe une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux.

Ainsi, elle recommande qu'« il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales ».

Aussi, cette violence chez les adultes doit donc être relativisée, sans pour autant être ignorée, et nous verrons comment elle peut être contenue par les professionnels (cf. IV et V ci-dessous).

II - De qui parle-t-on ?

1. Le handicap psychique

De l'asile à l'hôpital psychiatrique, de l'aliénation au handicap psychique, de la lobotomie aux neuroleptiques ... la psychiatrie en France a connu des évolutions manifestes et permanentes pour aboutir notamment au **plan de santé mentale 2005/2008**.

La psychiatrie en France, c'est aussi, la **fermeture de plus de 50 000 lits (depuis 1985) sans création de structures sociales et médico-sociales d'accompagnement**. Dans de nombreux cas, ce sont donc les familles qui ont dû prendre le relais.

Il faudra attendre la loi de 2005 pour que les troubles psychiques soient associés à la notion de handicap⁴.

Le handicap psychique est la conséquence sociale d'une maladie mentale qui se traduit par⁵ :

- des capacités intellectuelles pouvant rester vives mais avec des troubles cognitifs de l'attention, de l'orientation temporelle et spatiale, des difficultés de conceptualisation et d'abstraction fréquents ;
- des soins très importants, avec des effets secondaires très significatifs ;
- une variabilité des manifestations de la maladie créant constamment une incertitude exigeant des ajustements incessants.

Une personne handicapée psychique est très souvent dans l'incapacité de demander de l'aide, sa vulnérabilité limite ses activités et ses relations sociales, son isolement crée une rupture du lien social. Elle souffre très souvent d'une stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte qu'inspire la maladie mentale. Enfin, la souffrance de ses proches est aggravée par les troubles de la communication et de la relation.

³ Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur - www.has-sante.fr - Mars 2011

⁴ En effet, lors de la loi d'orientation de 1975, le monde de la psychiatrie avait fait un recours devant le Conseil d'Etat pour que la maladie mentale ne soit pas associée à un handicap de peur de « figer » la personne dans un destin.

⁵ D'après la « Synthèse sur les spécificités du handicap psychique élaborée pour le groupe de travail handicap psychique du CNCPH » - Avril 2012

« La maladie mentale affecte le comportement et l'affectif sans lien avec le fonctionnement intellectuel de la personne ». Il est dit que cette dernière est « tellement absorbée par son bouleversement interne qu'il lui est impossible d'utiliser de façon efficace ses ressources intellectuelles, (...) qu'elle ne peut pas s'en servir pour le moment » Jean-Charles Juhel (1997).

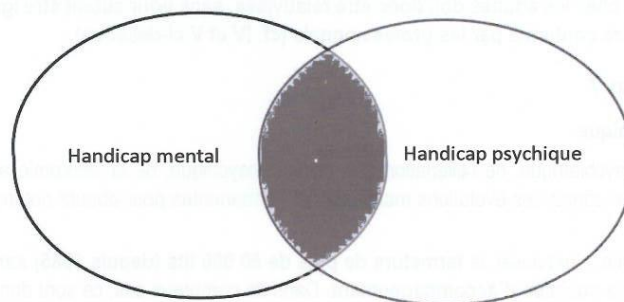
Pour Jean Canneva, ancien Président de l'Unafam⁶, « Plus la personne est malade, plus elle se cache et la famille aussi ».

2. Handicap psychique et handicap mental

Si l'on devait distinguer handicap mental et handicap psychique, on pourrait dire :

- que le premier se découvre le plus souvent à la naissance ou dans la petite enfance, alors que le second apparaît tardivement ;
- que le premier se caractérise par une déficience intellectuelle inscrite chez la personne alors que le second peut se traduire par des capacités intellectuelles altérées du fait de la maladie ou des traitements ;
- que le premier se caractérise par une relative stabilité dans le temps alors que le second est extrêmement variable ;
- que le premier justifie rarement une prise de médicaments alors qu'elle est la base du soin chez le second.

Mais en réalité, les frontières ne sont pas aussi claires. En effet, la déficience intellectuelle peut s'accompagner de déficience motrice et physique et, quelquefois, de maladie mentale (double diagnostic) et **les besoins d'aide en compensation de handicap des uns et des autres sont souvent similaires.**



Aujourd'hui, le constat est fait que nous accueillons fréquemment au sein de nos établissements :

- Des personnes handicapées mentales ;
- Des personnes handicapées mentales ayant des troubles du comportement qui peuvent être les symptômes d'une maladie, d'une déficience intellectuelle et/ou d'une difficulté relationnelle, sociale ou de communication ;
- Des personnes handicapées mentales avec un handicap psychique ;
- Des personnes handicapées psychiques avec une déficience intellectuelle ;
- Et parfois des personnes handicapées psychiques sans autre déficience.

⁶ Unafam : l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques se préoccupe des proches de personnes atteintes par la maladie mentale et a fait le choix de ne pas gérer de structures.

III - Les attentes et la place des familles

Pour l'Unafam, le secteur médico-social est une réponse adaptée pour des personnes handicapées psychiques, mais elle considère que ces structures doivent être spécialisées. Ils ne sont pas favorables aux structures mixtes.

Les structures doivent être :

- plurielles : palette de réponses ;
- évolutives : respecter la variabilité des parcours ;
- valorisantes pour les personnes handicapées ;
- en lien étroit avec le sanitaire et la psychiatrie en particulier ;
- en coordination avec le réseau médico-social ;
- de proximité.

Les accompagnements doivent permettre de :

- anticiper et de prévenir les difficultés ;
- solliciter les capacités d'autonomie ;
- accompagner vers l'autonomie : logement individuel, travail en milieu ordinaire ;
- proposer des activités adaptées et variées.

Les familles de personnes handicapées psychiques rencontrées lors des visites expriment un vrai besoin d'entraide et de solidarité familiale, en effet face à la maladie de leur enfant, ils se sentent seuls. Aujourd'hui, ils n'ont pas ces lieux où ils peuvent échanger avec d'autres parents d'enfants handicapés (pas nécessairement psychiques). Une maman nous a raconté son expérience lors d'une fête Adapei et avoue y avoir trouvé un vrai plaisir et réconfort : « je ne suis pas seule ».

Quant à l'implication des parents de personnes handicapées psychiques dans les instances de l'association, il apparaît que celle-ci est naturelle dans les Conseils à la Vie Sociale. S'agissant des conseils d'administration, cette question mériterait d'être approfondie. Toutefois, dès lors que l'association accompagne des personnes avec un handicap psychique, il semble logique que les parents adhérents s'investissent comme tout autre dans la vie de l'association. C'est ainsi que la première vice-présidente de l'AJH est maman d'une personne handicapée psychique et que trois autres parents de personnes handicapées psychiques sont membres du Conseil d'Administration. Le recrutement de parents bénévoles dirigeants ne semble pas plus difficile dans cette association parmi les parents de personnes handicapées psychiques que parmi les parents de personnes handicapées mentales.

Les familles de personnes handicapées mentales ne sont pas toutes favorables à la mixité des accueils dans les structures gérées par les associations du Mouvement. En effet, certaines familles craignent que cette mixité engendre des risques de violence, d'insécurité, de perte de qualité dans l'accompagnement (les personnes handicapées psychiques mobilisant le temps des professionnels).

Néanmoins, les associations qui aujourd'hui accueillent des publics mixtes et prennent en compte les besoins spécifiques de chaque personne attestent que ces accueils, sous réserves de prérequis (développés ci-après), sont possibles et source d'enrichissements collectifs (usagers, professionnels, association).

IV - Les besoins et conditions de réussite

Nous rappelons que seule une partie des personnes ayant des troubles psychiques a aujourd'hui besoin d'un accompagnement en établissement ou service médico-social tel que ESAT, foyers, accueil de jour... Nos travaux investissent donc ce seul champ de la maladie mentale.

Accompagner des personnes ayant des troubles du comportement ou un handicap psychique nécessite de réinterroger son projet d'accompagnement.

Il est important de poser comme postulat qu'aucune personne dans le déni complet de la maladie, en rupture de soins ou en période de crise ne peut être accueillie en établissements et services médico-social.

Lors des auditions, mais également lors des visites sur site et des échanges avec des personnes handicapées et des professionnels, il apparaît que les besoins peuvent :

- ne pas être si différents que cela : il est en effet important de proposer des activités diversifiées et de favoriser les activités extérieures (travail, loisirs...), il convient également de porter une attention particulière au respect des rythmes de vie, de travailler sur l'image de soi et de proposer des lieux de vie harmonieux ;
- être plus spécifiques, quoique : il est nécessaire de faciliter les changements d'activités tant professionnelles qu'occupationnelles afin de prendre en compte les changements de situation individuelle, il convient de développer des offres en appartements (collocation ou autonome) avec des SAVS et Samsah ;
- être spécifiques : les besoins en soins peuvent être importants et sont permanents ; il convient d'apporter une attention particulière lors des fêtes (notamment de fin d'année), des périodes de vacances compte tenu de l'isolement familial.

Il est incontestable que des besoins spécifiques existent. Toutefois, il apparaît aussi que les personnes handicapées psychiques et handicapées mentales ont des besoins qui demandent de mobiliser des pratiques identiques : partir des besoins personnels pour bâtir un projet, penser parcours plutôt que structure, penser ouverture et palette de réponse, penser proximité et réponses évolutives.

Malgré tout, il apparaît que des accompagnements réussis passent par un certain nombre de **prérequis indispensables** :

- Un partenariat formalisé avec le sanitaire : cette complémentarité est indispensable pour apporter une réponse globale à la personne. Toutes les situations rencontrées témoignent de cette absolue nécessité : sans le soin, l'accompagnement est rendu très difficile et périlleux. Il faut des relais sanitaires, notamment lorsqu'une hospitalisation s'impose, « il faut pouvoir passer le relais ». Nos établissements doivent rester des lieux de vie et non devenir des lieux de soins, le décloisonnement sanitaire / médico-social prend alors là tout son sens.
- Le respect des diagnostics des différents partenaires : la personne, son entourage et les professionnels de la santé mentale et du médico-social. Il est important d'accepter que les expertises de chacun puissent être en tension, en effet les avis peuvent être différents, il est indispensable que ces différences soient entendues et acceptées par tous. Certains professionnels auraient tendance à mettre à mal cette approche triangulaire, au prétexte que seuls eux savent. Il faut construire une alliance dans laquelle « chacun est nécessaire mais insuffisant ».
- L'observation, le regard expert, est très souvent revenue lors des entretiens. Celle-ci permet en effet d'évaluer les situations, d'anticiper ou désamorcer des tensions et ainsi d'éviter des situations de crise ou de retrait qui traduisent le mal être. Cette observation doit être une pratique professionnelle permanente, la variabilité des manifestations de la maladie l'impose.
- La formation continue des professionnels aux pathologies de la maladie mentale et aux conséquences sur les personnes. Un professionnel qui a travaillé pendant 15 ans auprès de personnes déficientes intellectuelles sans handicap psychique doit être formé.
- La constitution d'une équipe pluridisciplinaire avec des compétences en soins, sans pour autant aller vers une médicalisation des structures quelle que soit la structure : ESAT, foyer d'hébergement, foyer de vie ...
- L'analyse de la pratique et le retour sur expériences sont des outils de management nécessaires à la prise de distance et à l'analyse « à froid » de situations professionnelles difficiles.

En résumé, nous pourrions souligner la nécessaire réactivité de l'équipe institutionnelle pour répondre à la labilité de l'humeur et du comportement des personnes accueillies et adapter son accompagnement dès que nécessaire. Cette réactivité nécessite une observation et une écoute développées et pertinentes de la personne ainsi que des instances régulières (quasi quotidiennes) de circulation de l'information, de partage de l'analyse de l'évolution des personnes et de coordination des actions menées. Il est également indispensable d'être en lien avec l'ensemble des acteurs de l'accompagnement de la personne (famille, médecins, tuteurs, animateurs socio culturels). Cette réactivité est indispensable pour éviter les situations de crises ou d'isolement et ainsi sécuriser tant la personne concernée que les autres personnes accueillies, leurs familles et les professionnels.

• Une homogénéité relative entre handicaps, en effet pour que les cohabitations soient rendues possibles il convient que celles-ci soient acceptables pour les personnes handicapées, les écarts ne doivent pas être trop importants pour que « l'effet miroir » ne soit pas trop fort, il est nécessaire que les lieux de vie proposés soient valorisants pour chaque personne accompagnée. Par ailleurs, pour le docteur Fiard⁷, pour penser l'accompagnement des personnes, il est nécessaire de partir du niveau cognitif, savoir comment communiquer avec elles, comment on établit des liens. Aussi, mettre des niveaux cognitifs très différents ensemble, c'est demander aux professionnels accompagnant de gérer des modes de communication très différents dans le même temps.

À noter que si pour l'Unafam les structures doivent être spécialisées, des professionnels voient dans la mixité des handicaps un aspect positif. Ils disent que malgré les difficultés engendrées, la diversité est source de richesse et dynamique collective, tant pour les personnes accueillies que pour les professionnels.

Par ailleurs, il est apparu important de prendre en compte :

- Les histoires de vie de chacun : expérience professionnelle antérieure, niveau scolaire, vie familiale, vie conjugale et enfants ... ce qui explique que nombreuses sont les personnes handicapées psychiques qui ne souhaitent pas la plupart du temps être dépendantes de leur parents et revendiquent une autonomie.
- Le bien être des professionnels afin d'assurer des accompagnements de qualité et respectueux de la personne.

V – Les contraintes

Les travaux réalisés mettent en évidence certaines contraintes qui freinent aujourd'hui la qualité de l'accompagnement dans les établissements et services :

- Relation entre la psychiatrie et le médico-social :
 - Un travail avec le secteur psychiatrique difficile, pour ne pas dire quasi impossible, sur certains territoires. La qualité des relations repose « trop » sur des Hommes. Or, comme nous l'avons vu précédemment c'est un facteur de réussite majeur à un accompagnement réussi.
 - La communication entre soignants est rendue difficile par la sectorisation de la psychiatrie Ex. à Plourivo, les travailleurs viennent d'horizons géographiques divers, ce qui multiplie le nombre d'interlocuteurs entre sanitaire et médico-social.
 - La collaboration entre le médecin psychiatre de secteur et la structure médico-sociale d'accueil est parfois difficile notamment quand les informations médicales ne parviennent pas à l'établissement ou au service.
- La vulnérabilité des personnes et la variabilité de leur état posent deux exigences majeures : travailler sur des petits groupes et permettre une réelle souplesse dans les activités proposées.
- Un fort absentéisme des personnes handicapées psychiques qui peut poser des problèmes pour l'organisation des établissements : gestion des ateliers en ESAT par ex.

De plus la tarification actuelle n'est pas adaptée à la logique de parcours des personnes handicapées. Il convient de penser un nouveau système d'allocation de la ressource. Jean-Yves Barreyre⁸ parle d'une tarification plutôt à « la situation », ce qui permettrait de sortir des idées de tarification à l'acte, à la personne et de prendre ainsi en considération la personne dans toute sa globalité.

⁷ Psychiatre au centre hospitalier de Niort, Responsable du Centre Expertise Autisme Adultes et du Centre Ressources Handicap Psychique

⁸ Directeur du CREAHI IDF et du CEDIAS

VI - Préconisations

Politiques :

- Veiller à ce qu'il y ait adéquation entre projet associatif et modalités d'accompagnement de la personne dans son projet de vie :
 - o Faire valoir les besoins spécifiques de chaque personne en fonction de ses handicaps ;
 - o Prendre en compte cette réalité dans les projets associatifs.
- Faire reconnaître auprès des financeurs la nécessité de consacrer des moyens spécifiques.
- Développer sur les territoires les partenariats nécessaires avec les différents acteurs concernés par le handicap psychique (délégation Unafam, établissements spécialisés, ...) en les associant à toutes les étapes de l'élaboration du projet ou des projets susceptibles de concerner les personnes avec handicap psychique.
- Favoriser l'implication dans la gouvernance associative des parents de personnes handicapées psychiques accueillies dans les établissements et services.
- Développer une action familiale qui prenne en compte les attentes et les besoins des parents de personnes handicapées psychiques.
- Informer l'ensemble des parents du Mouvement sur la réalité du handicap psychique.
- Contribuer à faire changer le regard sur le handicap, y compris sur le handicap psychique.

Techniques :

- Prendre en compte les besoins particuliers des personnes handicapées psychiques dans les projets d'établissements et de services :
 - o Se donner les moyens d'accueillir les personnes avec handicap psychique tout en respectant les limites de ce que peut faire l'établissement à un moment donné ;
 - o Veiller à ce que la mixité des handicaps soit compatible avec le respect d'une bonne image que chacun a de soi (accompagnement dans des structures dédiées ou mixtes).
- Veiller à proposer des réponses adaptées et évolutives qui prennent en compte les parcours de vie :
 - o Accompagner et animer les équipes :
 - organiser des formations dédiées aux professionnels de l'accompagnement ;
 - développer un travail d'équipe : pluridisciplinarité – retour sur expérience – savoir passer la main...
 - o Organiser un cadre d'intervention à la fois souple et permanent, offrant une palette de modalités d'intervention :
 - travailler les séjours de rupture (solutions de repli en cas de situation difficile) ;
 - construire et entretenir les passerelles entre sanitaire et médico social - développer la solidarité dans et entre les structures ;
 - entretenir les partenariats.

Construire une alliance dans laquelle chacun – la personne, ses proches, les professionnels de santé mentale et du médico-social – est nécessaire mais insuffisant.

En conclusion, tout ce qui vient d'être présenté ne correspond-t-il pas à ce que l'Unapei défend depuis plus de 50 ans pour les personnes handicapées mentales ?

Annexe 1

Diversification des publics accueillis Handicap mental & handicap psychique : Lettre de mission pour le groupe de travail ad hoc

Le rapport d'orientation 2011-2012 de l'Unapei voté à Besançon prévoit de « construire une réflexion politique autour de la diversification des publics accueillis » dans les établissements gérés par les associations du Mouvement. Cela concerne en particulier les personnes handicapées psychiques.

L'accueil et l'accompagnement au sein des établissements gérés par nos associations est déjà une réalité et ce au-delà des personnes handicapées mentales qui présentent des troubles psychiques (troubles associés).

L'Unapei et les associations qui la composent ont pour objet la défense des intérêts des personnes handicapées mentales. Ainsi le constat de la diversification du public accueilli amène l'Unapei à s'interroger sur la manière dont cette évolution peut être accompagnée.

Plusieurs questions se posent :

- Quels sont les besoins de cette population, les attentes des familles et quelles sont les réponses adaptées ?
- Dans quelle mesure est-il possible d'organiser ces réponses tout en préservant la spécificité de l'accompagnement des personnes handicapées mentales ?
- Une telle diversification au sein des établissements doit-elle entraîner une évolution de la gouvernance des associations gestionnaires notamment pour ce qui concerne la présence de représentants des personnes handicapées psychiques ou de leurs familles ?

Pour répondre à ces questions, il convient que la commission établisse un état des lieux des pratiques au sein du Mouvement en mettant en avant les conditions de réussite et les points de vigilance, recueille les attentes des représentants des personnes handicapées psychiques et de leurs familles.

L'objectif de la commission est de proposer au Conseil d'administration un document politique mais aussi technique sur l'intérêt et les limites de cette évolution qui permette, le cas échéant, d'accompagner les associations dans la diversification des publics accueillis.

Animatrice : Liliane COTTON (Administratrice)

Référent siège : Sévérine RAGON

Membres : Gérard REY (Président de l'AJH),
Gerhard KOWALSKI (administrateur représentant la région Centre),
Régis DEVOLDERE (Président de l'AtiNord, Président d'Honneur de l'Unapei) et
Claude ALIBERT (Directeur de complexe, Adapei 77).

Annexe 2 Lettre de mission en facile à lire

Les établissements et services pour les personnes handicapées intellectuelles accueillent aussi des personnes handicapées psychiques.

L'Unapei a décidé de réfléchir sur les difficultés rencontrées dans les établissements et services qui accueillent des personnes handicapées psychiques.

L'Unapei souhaite aider les établissements.

L'Unapei a créé un groupe de travail.

Le groupe de travail doit répondre à des questions :

- Quels sont les besoins des personnes handicapées psychiques ?
- Quels sont les besoins de leur famille ?
- Quelles sont les solutions adaptées pour répondre à leurs besoins ?
- A quelles conditions les personnes handicapées intellectuelles et les personnes handicapées psychiques peuvent-elles être accueillies dans les mêmes établissements ?
- Devons-nous avoir des représentants des personnes handicapées psychiques ou de leurs familles dans les associations ?

Pour répondre à ces questions, le groupe de travail doit :

- Rencontrer des experts
- Visiter des établissements
- Identifier les « bonnes pratiques »
- Identifier des points faibles et des points forts
- Rencontrer les représentants
des personnes handicapées psychiques
ou de leurs familles

Le groupe de travail doit écrire un rapport.

Le groupe de travail donnera ce rapport
au conseil d'administration de l'Unapei.

4 ANNEXE IV Actualisation du schéma départemental

Conseil général du Puy-de-Dôme Actualisation du schéma en faveur des personnes en situation de handicap

Groupe n°4 : Les modalités de coopération et coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les établissements scolaires

Réunion du 14 mai 2013

(Réalisé par le cabinet CEKIOA)...

Sujets abordés :

Pour rappel, les sujets abordés lors des deux premières séances de ce groupe de travail (n°4) ont été les suivants :

- La coordination des acteurs autour du parcours de vie de la personne en situation de handicap / l'articulation entre les acteurs d'un même territoire
- L'amélioration de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire
- L'amélioration des liens entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'Education Nationale
- La transition du secteur enfant au secteur adulte, il y a un risque de rupture de prise en charge de la personne en situation de handicap
- L'amélioration de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire
- La coordination des acteurs autour du parcours de vie de la personne en situation de handicap / l'articulation entre les acteurs d'un même territoire
- L'amélioration des liens entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'Education Nationale
- L'amélioration de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique
- L'amélioration de la coordination entre les associations du secteur médico-social

Lors de la troisième et dernière séance, les participants ont échangé sur les points suivants :

- L'amélioration des liens entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'Education Nationale
- L'amélioration des liens entre la MDPH et l'Education Nationale
- L'amélioration de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique
- L'amélioration des liens entre financeurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Réflexions et pistes d'actions proposées :

Réflexions sur l'amélioration des liens entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'Education Nationale

Constats

Le constat d'un manque d'échanges et de partenariats entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour enfants en situation de handicap et l'Education Nationale. Le travail d'échange et de partenariat serait à renforcer en amont des interventions auprès des enfants en situation de handicap pour améliorer la coordination entre les professionnels des deux secteurs.

La loi de 2005 a favorisé la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. Il n'a pas été réalisé de bilan associant l'Education nationale et les acteurs du secteur du handicap suite à la mise en œuvre de cette loi.

Les informations détenues par les différents acteurs intervenant auprès de l'enfant en situation de handicap ne sont pas toujours mutualisées. A titre d'exemple, des évaluations réalisées par des psychologues scolaires dans des établissements scolaires ne sont pas croisées avec les entretiens réalisés par des psychologues dans les ESMS.

Le constat qu'actuellement, les conventions entre l'Education nationale et les SESSAD, prévue par la loi de 2005, ne sont pas mises en place (elles sont en cours d'élaboration)⁶⁸. Ces conventions précisent « les modalités pratiques des interventions des professionnels et les moyens disponibles mis en œuvre par l'établissement ou le service au sein de l'école ou de l'établissement d'enseignement pour réaliser les actions prévues dans le projet personnalisé de scolarisation de l'élève et organisées par l'équipe de suivi de la scolarisation ».

Les participants soulignent le manque de visibilité sur les besoins de places pour les enfants handicapés.

Les participants souhaiteraient que la formation des professionnels de l'Education nationale, en particulier les enseignants, sur le thème du handicap soit renforcée. Il semble opportun de les sensibiliser aux différents types de handicap. En revanche, les AVS bénéficient de 5 sessions de formation qui ne sont pas dispensées aux enseignants.

Le constat que des difficultés particulières apparaissent lors de la scolarisation en école maternelle d'enfants en situation de handicap.

Les participants observent que des maillons manquent entre les CLIS et les IME (pour les enfants qui ne peuvent être scolarisés en CLIS mais qui ne relèvent pas non plus d'une scolarisation en établissement spécialisé). Un exemple de solution : la mise en place de classes délocalisées (des établissements spécialisés dans les établissements scolaires). Plusieurs structures ont mis en place des classes délocalisées. Il est précisé que ce dispositif ne présente un intérêt que si les enfants en situation de handicap participent à des temps communs avec les autres enfants (temps des récréations, des repas...).

Les participants pensent qu'il existera un impact à long terme (en termes de sensibilisation) – actuellement difficile à mesurer – sur les enfants "valides" qui ont pu être en contact avec des enfants en situation de handicap au cours de leur scolarité.

Certains relais entre le secteur du handicap et l'enseignement secondaire et supérieur fonctionnent. Handisup travaille avec l'ONISEP et un service d'orientation et d'accompagnement. Handisup organise également un forum traitant de l'enseignement supérieur et de l'emploi : Infosup.

⁶⁸ CASF article D312-10-6

Le constat de collaborations entre les ESMS avec le rectorat et les enseignants référents non formalisées, qui reposent sur la bonne volonté des personnes.

Proposition :

- La mise en place **d'un observatoire** sur les enfants en situation de handicap et la scolarisation. / L'organisation de **rencontres régulières** entre l'Education nationale et les ESMS.
 - Au-delà des équipes de suivi de la scolarisation⁶⁹, ces rencontres permettraient d'accroître la connaissance des pratiques et des dispositifs existants sur le secteur médico-social et sur celui de l'Education nationale.
 - L'Education nationale est favorable à la mise en place d'un observatoire.

Réflexions sur l'amélioration des liens entre la MDPH et l'Education Nationale

Constats

Le constat que la coordination entre la MDPH et l'Education Nationale existe via les enseignants référents. En Juin 2013 la MDPH va organiser la première rencontre de l'ensemble des enseignants référents à la MDPH pour leur présenter le processus d'évaluation et d'orientation.

Depuis 2005, la MDPH a reçu un nombre croissant de demandes de scolarisation passant de 2 500 à 6 000.

La nécessité d'une **réflexion conjointe entre la MDPH et l'Education nationale** est soulignée par les participants.

Le constat **d'un manque de visibilité sur les besoins** qui ne permet pas de faire des projections à court ou moyen terme : l'ouverture prochaine d'une nouvelle « ULIS 4 » semblerait ne pas couvrir tous les besoins.

Les enseignants référents ne sont pas spécialisés sur un type de handicap, ils interviennent sur un secteur géographique.

⁶⁹ Les ESS sont obligatoires, elles ont lieu une fois par an et réunissent l'enseignant référent, des acteurs du monde du handicap et les parents de l'enfant / du jeune en situation de handicap. Les ESS peuvent également se réunir à la demande des parents ou de l'enseignant référent.

Réflexions sur l'amélioration de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique :

Constats

Le CCAS de Clermont-Ferrand va mettre en place un atelier « santé-ville » (destiné à l'accès soins pour des personnes en grande précarité) et un atelier « santé mentale ». Dans ce cadre, les intercommunalité et communes pourraient **mener une réflexion** autour du handicap.

Le constat d'un **manque d'intervention de professionnels du secteur de la psychiatrie sur le secteur médico-social pour aider les professionnels**, mais aussi les familles.

Les participants soulignent que les personnes en situation de handicap actuellement prises en charge par le secteur médico-social ont de plus en plus pour origine le secteur psychiatrique. Il est précisé que le nombre de lits est passé de 1 000 à 280 sur les 20 dernières années, à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, ce qui se traduit par un transfert sur le secteur médico-social.

L'observation d'un très **faible niveau de production d'études épidémiologiques** et de **l'absence d'outil d'aide à la décision** concernant la gestion des places pour personnes en situation de handicap psychique.

Le constat qu'aucun enseignement sur les dispositifs médico-sociaux n'est dispensé aux internes en psychiatrie, ce qui a pour conséquence **une méconnaissance de ces dispositifs par les futurs psychiatres**.

Le constat que les réunions de synthèses autour de situations peuvent être un moment privilégié de communication sur les dispositifs existants dans les secteurs médico-social et psychiatrique.

Une des problématiques à laquelle sont confrontés les établissements et services pour adultes en situation de handicap est la prise en charge de personnes non stabilisées.

Les participants soulignent que les personnes en situation de handicap psychique sont souvent stigmatisées, notamment dans le monde du travail. Des actions pourraient être développées avec les services des ressources humaines des entreprises ou encore avec les CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) pour mieux sensibiliser les professionnels en entreprises.

Propositions

- **La réalisation d'études épidémiologiques** pour connaître le nombre de patients susceptibles d'être orientés en ESMS et avoir une meilleure visibilité sur les besoins. Il semble opportun pour plusieurs participants d'intégrer dans **ces estimations épidémiologiques les personnes en situation de handicap psychique sans domicile fixe, en prison ainsi que celles prises en charge dans leurs propre familles.**
- **Disposer d'un chiffrage sur le nombre des sorties futures d'hôpitaux psychiatriques vers les établissements spécialisés** pour adultes en situation de handicap.
- **Aménager des temps de concertation entre le secteur psychiatrique et les services du Conseil général pour une meilleure appréhension des besoins.**

Prochaines étapes

Les travaux du groupe 4 sont terminés. Les participants sont invités à formuler des remarques sur le présent relevé d'échanges avant le mercredi 5 juin par mail à l'adresse suivante : ETABLISSEMENTS@cg63.fr .

5 ANNEXE V: Summary report on the causes of the diversification of users

Leonardo Partnership N. 2012-1-FR1-LEO04-35551:
'Adapting services for persons with disabilities to new users'



Summary report on the causes of the diversification of users

Summary report written by Céline Simonin, Unapei (France)

Introduction

The objective of the questionnaire on challenges has been to identify and better understand the causes of the diversification of users of service providers traditionally supporting persons with intellectual disabilities.

"Current users" are persons with an intellectual disability (= learning disability, incl. persons with multiple disabilities).

"New users" are:

- Persons with a mental disability (= mental health problems, mental illness)
- Persons with a dual diagnosis (= persons with an intellectual disability and a mental disability)
- Persons in a situation of social exclusion (= persons who do not fall neatly into a diagnosis of intellectual disability, or mental disability, or dual diagnosis, but who are vulnerable, distant from the labour market, and who need to be supported by services in order to be socially included)

1



This project has been funded with support from the Lifelong Learning Programme.

This communication reflects the views of the author only, and the European Commission or its services cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Conclusion

In all countries, service providers for persons with intellectual disabilities are also supporting persons with dual diagnosis. However, in some countries they support all kind of persons with dual diagnosis, and in others only persons for whom intellectual disability is prevailing, depending on the admission criteria.

In all countries, except Portugal, service providers for persons with intellectual disabilities also support persons with mental disabilities only. However, the extent of this diversification varies from one country to another, and even from one service provider to another.

In all countries, except Poland and Portugal, service providers for persons with intellectual disabilities also support persons in a situation of social exclusion. Obviously though, in all countries they support persons with disabilities in a situation of social exclusion.

In some countries (France, Austria, Portugal), “new users” are actually not new, especially when it comes to persons with dual diagnosis. However the figures are increasing. In other countries the phenomenon is more recent.

When looking at the causes of diversification, one is common to all countries: more persons with intellectual disabilities are also experiencing mental health problems. These mental health problems are mainly autistic spectrum disorders, personality disorders, schizophrenia, and dementia.

Other widely spread causes are the lack of diagnosis, a better diagnosis, a lack of/poor assessment or a lack of care plan, the recognition of mental health problems as a disability, the absence or lack of services for persons with dual diagnosis, a shortage of services for persons with mental disabilities, and a change in families’ level of care.

While for some causes it seems possible to categorize countries according to their history or approach (e.g. closure of psychiatric institutions in some Western Europe countries), other causes can be found in countries with different histories or approaches (e.g. lack of diagnosis). This is consistent with the fact that the phenomenon is occurring in all countries.

The findings of this survey strengthen the need for an exchange of good practices at European level. Countries where diversity has been a reality for a while might hold some proven best practices, but also interesting insights on persisting pitfalls. Countries where diversity is newer might show us the way for innovative practices in line with the UNCRPD and its social model.

8



This project has been funded with support from the Lifelong Learning Programme.

This communication reflects the views of the author only, and the European Commission or its services cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

6 ANNEXE VI : Tableau récapitulatif du projet.

DATE	OBJECTIFS	PARTICIPANTS	DUREE
Octobre 2010 Février 2011	COFIL Ste Marie et Adapei 63	DGA, Président, Directeurs Association. Directeur et médecin hôpital	3 réunions
Février 2011	Signature d'une convention cadre	DG, DGA, Président Directeur hôpital	1 réunion
Mai 2011	Visite hôpital Ste Marie	Président, DG, DGA, Administrateurs et directeurs de l'Adapei	1 réunion
Juillet 2012	Accueil d'un résident handicapé psychique pour un séjour de rupture	Ensemble du personnel de St Priest	3 semaines
Mars 2013	Réunion préparatoire à la signature d'une convention	Directeur, médecin, chef de service et infirmière St Priest. Directeur et médecins hôpital	1 réunion
Mai 2013	Visite du FAM par des psychiatres de l'hôpital	Directeur et chef de service St Priest 2 psychiatres, 1 AS de l'hôpital	1 visite d'½ journée
Juin 2013	Intervention du directeur de St Priest en réunion de directeurs à l'Adapei	Président, DG, DGA et tous les directeurs	1 réunion
Juillet 2013	Rencontre entre le Président et le directeur de l'hôpital	Président, directeur St Priest, directeur et médecin de l'hôpital	1 réunion
Septembre 2013	Visite du FAM par deux infirmiers psychiatriques du secteur 3	Directeur et chef de service et 2 infirmiers	½ journée
Octobre 2013	Présentation de la proposition de convention entre l'hôpital et St Priest	Président, directeur St Priest, directeur et médecin de l'hôpital	1 réunion
Octobre 2013	Présentation de la convention au CVS et au comité de parents	Directeur, administrateur délégué, Président du CVS, membres(famille, résidents).	1 réunion
Novembre 2013	Réunion institutionnelle, afin d'expliquer les modalités de la convention	Directeur, médecin et ensemble du personnel	1 réunion.

Novembre 2013	Création des groupes de travail pour la reconsidération du projet d'établissement	2 ou 3 groupes de travail dirigés par un membre de l'équipe de direction	3 réunions
Décembre 2013	Rédaction du nouveau projet d'établissement. Accueil de personnes handicapées psychiques (1 par trimestre)	Secrétariat de direction Ensemble du personnel	2 ou 3 séances de travail 3 ou 4 semaines Bilan des séjours transmis à l'hôpital
Janvier 2014	Mise en place des entretiens psychiatriques par les infirmiers de secteurs	Ensemble des résidents et du personnel	Plusieurs entretiens de suivi (PH mentales et PH psychiques)
Février 2014	Consultations par télé-médecine	Infirmiers de secteur, référents et résidents	Plusieurs consultations
Mars 2014	Premier bilan Détermination des formations nécessaires	Directeur, médecin, chef de service et infirmière St Priest. Directeur et médecins et infirmiers hôpital	2 ou 3 heures de synthèse
Avril 2014 décembre 2015	Formations en intra et en extra Accueil de deux PH psychiques par trimestre	Personnel de St Priest Ensemble du personnel	Plusieurs sessions Bilans des séjours transmis à la MDPH
Juillet 2014	Deuxième bilan Analyse des compétences nouvelles	Directeur, médecin, chef de service et infirmière St Priest. Directeur et médecins et infirmiers hôpital	2 ou 3 séances de synthèse
Septembre 2014	Premier bilan présenté aux administrateurs de l'Adapei 63	Directeur, administrateur délégué et médecin St Priest	1 réunion
Décembre 2014	Bilan final du projet Bilan financier	Directeur hôpital Directeur St Priest Présentation aux administrateurs et directeurs de l'Association	1 réunion
2015	Ecriture du rapport à destination des financeurs	Directeur hôpital Directeur St Priest	4 à 5 séances

EUDIER

Jean-Jacques

2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine

**FAVORISER L'ACCUEIL DE PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES EN
FAM ET RECONSIDERER LE PROJET D'ETABLISSEMENT**

Résumé :

Favoriser l'accueil de personnes handicapées psychiques au sein d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) destiné primitivement aux personnes handicapées mentales, tel est l'enjeu de ce mémoire qui s'est réalisé en reconsidérant le projet d'établissement pour l'adapter à la prise en compte de ces personnes nouvelles présentant essentiellement un handicap psychique..

En partant de l'analyse de l'existant, en mesurant l'acculturation du secteur médico-social et celle du secteur sanitaire, nous avons été conduits à reconsidérer les concepts de compétences, de projets et de changement ; le mémoire propose une stratégie en interne et en externe du FAM afin de favoriser l'accueil de ces personnes handicapées psychiques.

Ce mémoire a voulu explorer les contraintes structurelles, économiques et culturelles pour les contenir. Il ouvre de la sorte, le FAM à de nouveaux besoins reliant plus étroitement les champs sanitaires et sociaux ; il constitue un banc d'essai à la pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, au travail en réseau et autres dispositions qui placent le projet de vie du résident au cœur de l'évolution des pratiques.

Mots clés :

Compétences. Conduite du changement. Culture professionnelle. Handicap mental. Handicap psychique. Projet d'établissement. Projet de vie.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.