



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes adultes handicapées

**FÉDÉRER TROIS FOYERS D'HÉBERGEMENT AUTOUR D'UN LIEU
RESSOURCE AFIN DE PROMOUVOIR L'INSERTION D'ADULTES
HANDICAPÉS PSYCHIQUES**

MICHEL DUMAS

Sommaire

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE :

UNE HISTOIRE INSTITUTIONNELLE INSCRITE DANS LE CLIVAGE ENTRE SANITAIRE ET MÉDICOSOCIAL

1- CHAMP HISTORIQUE ET CADRE LÉGISLATIF

1-1 Quelques repérages clés de la prise en compte du « sujet fou »	7
1-1-1 De Pinel à ce jour : l'évolution des dispositifs de soin.....	8
1-1-2 Les limites du « tout sanitaire ».....	10
1-1-3 L'hôpital psychiatrique : lieu de traitement de la crise.....	11
1-2 – Des politiques sociales consacrant la distinction entre sanitaire et médicosocial	13
1-2-1 Emergence du médicosocial.....	13
1-2-1-1 Un processus récent.....	14
1-2-1-2 La prise en compte de l'environnement.....	15
1-2-2 Emergence du concept de handicap psychique.....	17
Conclusion	18

2 – CARACTÉRISTIQUES DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

2-1 Vingt cinq ans de fonctionnement avec une dotation hors norme et une singularité identitaire forte	19
2-1-1 L'association gestionnaire.....	19
2-1-2 Le C.H.R.S. Henri Wallon : création d'une structure innovante en 1978.....	20
2-1-3 Ma prise de fonction ou l'apprentissage d'une posture de direction.....	22
2-2 La situation de l'établissement à ma prise de fonction	23
2-2-1 Le public accueilli.....	23
2-2-2 Le personnel.....	27
2-2-3 Diagnostic du bilan financier et orientations envisageables.....	29
2-3 Diagnostic d'une situation de crise	32
2-3-1 Une crise de financement qui amène à une situation complexe.....	32
2-3-2 L'ébranlement des fondements culturels de l'établissement.....	34
2-3-3 L'échec des tentatives de repositionnement en direction du secteur sanitaire.....	36
Conclusion de la première partie	37

DEUXIÈME PARTIE :

VALORISER L'INSERTION DES USAGERS PAR LA FÉDÉRATION DES TROIS FOYERS AUTOUR DU LIEU RESSOURCE

1- DES PRESTATIONS ÉVOLUTIVES, INTÉGRÉES DANS LA CITÉ	40
1-1 Les fondements du projet	40
1-1-1 Le lieu ressource : un outil pivot du dispositif d'insertion.....	41
1-1-2 Fédérer trois foyers pour valoriser la qualité des prestations.....	44
1-1-2-1 Le Foyer d'Accueil Médicalisé.....	45
1-1-2-2 Le Foyer Occupationnel.....	46
1-1-2-3 Le Foyer Logement.....	47
1-1-3 Illustration schématique du projet.....	48
1-2 Conduire une politique de positionnement.....	49
1-2-1 Valider le projet et construire un plan d'action.....	49
1-2-2 De « l'autogestion » à la gouvernance.....	51
1-2-3 Structurer et valoriser la démarche de participation.....	52
1-2-4 Amener à une culture de l'évaluation continue.....	54
2- LES OUTILS OPÉRATIONNELS.....	56
2-1 Aspects techniques et financiers du projet architectural.....	56
2-1-1 Implantation géographique.....	56
2-1-2 Le lieu ressource.....	57
2-1-3 les trois foyers.....	58
2-1-4 L'impact du projet sur la structure financière.....	59
2-2 La concrétisation de trois priorités du projet.....	63
2-2-1 La valorisation de la participation sociale.....	63
2-2-2 L'individualisation des projets et des prestations.....	65
2-2-3 L'inscription dans une dynamique de réseau et de mutualisation.....	68
2-3 La gestion prévisionnelle et préventive de l'emploi et des compétences.....	71
2-3-1 Fonder une équipe de direction.....	71
2-3-2 Départ à la retraite, mutations et processus de changement.....	72
2-3-3 Recruter et intégrer de nouveaux salariés.....	72
2-3-4 Valoriser et cadrer la responsabilisation.....	74
2-3-5 Formation et démarche de recherche.....	76
Conclusion de la deuxième partie	77

CONCLUSION GÉNÉRALE

79

Liste des sigles utilisés

- A.A.H.** : Allocation pour Adultes handicapés
- A.M.P.** : Aide Médico-Pédagogique
- A.P.A.J.H. 34** : Association pour Adultes et Jeunes Handicapés, comité Hérault
- A.P.L.** : Aide Personnalisée au Logement.
- A.R.H.** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- B.F.R.** : Besoin en Fonds de Roulement
- C.A.S.E.** : Chargé d'Action Socio-Educative
- C.A.T** : Centre d'Aide par le Travail
- C.H.R.S.** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- C.H.S.** : Centre Hospitalier Spécialisé
- C.H.U.** : Centre Hospitalier Universitaire
- C.I.F.** : Congé Individuel de Formation
- C.I.H.** : Classification Internationale du Handicap
- C.O.T.O.R.E.P.** : Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement
Professionnel
- C.R.A.P.S.** : Centre de Réflexion et d'Action psychosociale
- C.R.O.S.M.S.** : Comité Régional Organisation Sociale et Médico-Sociale
- C.R.O.S.S.** : Comité Régional Organisation Sanitaire et Sociale
- D.D.A.S.S. (le)** : Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale
- D.D.A.S.S. (la)** : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- D.E.S.S** : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
- D.S.D.** : Direction de la Solidarité Départementale
- E.P.S.R.** : Equipe de Préparation de Suite et de Reclassement
- E.T.P.** : Equivalent temps plein
- E.D.D.F.** : Engagement De Développement de la Formation
- F.A.M.** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- F.L.** : Foyer Logement
- F.L.E.** : Foyer Logement Eclaté
- F.O.C.** : Foyer Occupationnel
- F.R.E** : Fonds de Roulement d'Exploitation
- F.S.E.** : Fonds Social Européen
- F.R.I.** : Fonds de Roulement d'Investissement
- H.A.C.C.P.** : Hazard Analysis Critical Control Point
- H.L.M.** : Habitation à Loyer Modéré

I.R.T.S. : Institut Régional du Travail Social

LAROSAM : Languedoc Roussillon Santé mentale

M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.G.R. : Provision pour grosse Réparation

P.R.A.P.S. : Programme Régional d'Accès Prioritaire aux Soins

R.A.B.C. : Risk Analysis Biocontamination Control (Analyse des Risques et Contrôle de la biocontamination).

S.E.R.M. : Société d'Équipement de la Région Montpellieraine

S.T.A.P.S. : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

S.D.F. : Sans Domicile Fixe

S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

U.F.R. : Unité de Formation et de Recherche

U.N.A.F.A.M. : Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux

U.R.I.O.P.S.S. : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Z.A.C. : Zone d'Aménagement Concerté

INTRODUCTION

Le concept de **handicap psychique** est depuis peu reconnu. Cette appellation nouvelle concerne de nombreuses personnes en situation de handicap dont la prise en compte a été jusque là le plus souvent considérée exclusivement sous l'aspect de soins médicaux à prodiguer. Cependant, la maladie mentale produit des effets handicapants qui, bien que variables et évolutifs, peuvent s'exprimer sur du long terme. D'après les données du Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale¹, il y aurait sur le territoire national plus de 600 000 familles concernées par le handicap psychique et seulement une part très réduite des personnes handicapées psychiques bénéficierait de réponses adaptées à ses besoins.

Le secteur sanitaire est, quant à lui, engagé dans un profond processus de mutation. L'hôpital psychiatrique est maintenant clairement positionné dans sa mission de soin et n'a pas vocation à être un lieu de vie. Les personnes en situation de handicap psychique se tournent donc naturellement vers le secteur médicosocial, à la recherche de réponses à leurs besoins. Au regard du volume et des **spécificités des besoins exprimés**, il est probable que l'accompagnement de ces personnes aura un impact considérable sur l'organisation à venir des établissements et services médicosociaux.

Sur la ville de Montpellier, l'A.P.A.J.H. 34², a concrétisé en 1978 sa volonté de mettre en oeuvre un accompagnement pour l'insertion des personnes handicapées par la maladie mentale en créant la structure Henri Wallon. Avec les agréments C.H.R.S. et Foyer Logement Eclaté (F.L.E.), cette association a fait vivre pendant 25 ans un dispositif d'insertion s'adressant à des personnes handicapées par la maladie mentale.

Depuis 1978, l'aspect innovant du projet se décline à partir des trois axes qui suivent :

- des hébergements dans des unités de vie dispersées dans la ville afin de valoriser un projet d'immersion dans le milieu urbain ordinaire (chaque unité étant composée de deux appartements de type H.L.M. situés sur le même palier).
- un accompagnement dégressif, tout au long d'un cursus d'insertion visant à soutenir les possibilités d'insertion des personnes handicapées psychiques.

¹ LE LIVRE BLANC des partenaires de santé mentale. France, Paris : Editions de santé, 2001

² La liste complète des sigles utilisés est présentée en début de document.

- une prise en compte prioritairement sociale d'un public souffrant de maladie mentale (le soin étant assuré en externe, en utilisant les équipements psychiatriques publics ou privés de la ville).

Le centre Henri Wallon a connu un certain retentissement sur la scène locale et a été identifié, par beaucoup de partenaires, comme un dispositif de qualité. Les autorités de contrôle et de tarification n'ont jamais remis en cause la qualité des prestations proposées. Le projet a été fortement investi par des salariés ayant participé au processus de création.

Pour tenir compte des besoins spécifiques du public accueilli (sortant d'hospitalisation psychiatrique au très long cours), le niveau de la dotation du C.H.R.S. , le taux d'encadrement et les durées de prise en charge, ont été environ trois fois supérieurs aux normes qui sont depuis entrées en vigueur pour les C.H.R.S.

Je suis directeur de la structure Henri Wallon depuis décembre 2000. Ma prise de fonction se situe dans un moment de grande difficulté.

Le C.H.R.S. a touché ses limites en terme d'agrément et de fonctionnement. Le D.D.A.S.S. de l'Hérault a confirmé, lors d'une rencontre avec les représentants de l'association, sa volonté de normaliser la dotation et la mission du C.H.R.S. L'explosion de la précarité sociale et le manque de places en C.H.R.S. sur la ville de Montpellier exigent en effet que l'ensemble de l'enveloppe du pôle social soit optimisé (environ 60 places supplémentaires en C.H.R.S. pourront être créés par cette démarche).

Concernant le F.L.E., le développement depuis une dizaine d'années par le département des services d'accompagnement sociaux, services qui proposent des prestations proches de celles de ce foyer, impose une clarification du projet et un repositionnement des modalités d'hébergement.

Ce sont donc les deux établissements qui composent la structure au moment de ma prise de fonction, qui sont à restructurer.

Dans ce contexte, l'A.P.A.J.H. 34 me confie la mission de développer un nouveau projet, afin de poursuivre l'action auprès des personnes handicapées psychiques dans le champ du médicosocial. Pour conduire ce changement, je dois prendre en compte les spécificités culturelles des établissements et intégrer l'ensemble des dispositions de la loi du 2 janvier 2002. L'expérience acquise devra être transférée dans un nouveau cadre, appelant une normalisation et une clarification de l'organisation. La préparation du nouveau projet doit se faire dans un contexte de vive pression budgétaire, le programme de normalisation de la dotation budgétaire du C.H.R.S. ayant démarré alors que les nouveaux dispositifs ne sont pas encore déployés.

La structure Henri Wallon est restée, depuis son origine, sur les bases du mode de fonctionnement expérimental³ qui caractérisait sa création et n'a pas réussi à évoluer vers un fonctionnement plus pérenne. La structure de l'habitat n'est pas satisfaisante du point de vue des normes d'hygiène et de sécurité et ne serait pas conforme au cadre d'agrément médico-sociaux. Le projet pédagogique n'a pas évolué, l'établissement semblant s'être quelque peu statufié sur «l'idéal» que représentait en 1978 son projet de création. Pour autant, l'établissement est submergé par les demandes d'admission ; situation révélatrice d'une bonne image locale et de l'insuffisance de réponse aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

Le C.H.R.S. et le F.L.E. Henri Wallon conjuguent donc, malgré des atouts certains en terme de pratiques professionnelles, une inadéquation de leur agrément et une inadaptation de la forme de l'habitat proposé.

Pour poursuivre son action en direction des personnes en situation de handicap psychique, cette structure n'a donc pour seule alternative que de se transformer. Il s'agit d'être en mesure d'élaborer, avec réalisme, des réponses nouvelles qui, tout en préservant les atouts liés à son expérience et à son identité, vont pouvoir émerger à travers des agréments adaptés, des dotations normalisées et un cadre architectural revu. Comment créer les conditions de ce changement et les stratégies de son accompagnement ? Comment soutenir et impulser cette dynamique et amener à une « *modification des potentialités existantes dans le sens d'une meilleure réponse aux besoins ?* »⁴. Comment tenir compte des spécificités et des variabilités des besoins des personnes en situation de handicap psychique ? Comment enfin, dans un contexte de pénurie et de tension budgétaire, convaincre les financeurs potentiels de la mobilisation à accorder à la mise en œuvre de ce projet ?

La problématique se situe donc dans le passage d'une structure « à caractère expérimental » à des établissements bénéficiant d'agrément et de financements pérennes, dans un contexte sociopolitique où les dépenses publiques sont limitées alors que l'exigence de qualité est accrue. Cette démarche devra intégrer l'ensemble des dispositions légales, maintenir les acquis de

³ La loi du 2 janvier 2002 introduit la possibilité d' agréer des dispositifs expérimentaux, validés pour 5 ans. Ici, l'aspect expérimental a été initié dans un contexte budgétaire qui laissait à l'autorité de contrôle des possibilités d'adaptation des agréments existants beaucoup plus larges qu'actuellement.

⁴ THEVENET Amédée. *Créer, Gérer, Contrôler un équipement social ou médico-social*. Paris : ESF, 1990, p. 314.

l'expérience et rechercher comment valoriser un parcours d'insertion individualisé pour chaque usager en situation de handicap psychique.

Au regard du contexte institutionnel, je retiens comme hypothèse que la prise en compte des spécificités culturelles de l'établissement est un préalable nécessaire pour initier un processus constructif de changement. Le processus d'élaboration du projet d'établissement n'est-il pas le meilleur moyen d'amener tous les acteurs à se mobiliser pour cette restructuration et à s'appropriier le nouveau projet ? Dans tous les cas, l'appropriation de la culture de l'évaluation devra être un des aboutissants de cette démarche de changement.

Par ailleurs, la volonté de promouvoir des actions individualisables et de valoriser le droit des usagers n'impose-t-elle pas une stratégie de proposition de prestations différenciées et évolutives, impliquant la fédération de différents types d'agréments autour du même projet global ? Pour soutenir cette hypothèse, quels moyens mettre en œuvre afin de valoriser les ressources territoriales et associatives ? N'y a-t-il pas nécessité de créer un lieu offrant des ressources mutualisées afin de promouvoir l'ouverture et l'adaptabilité recherchées ?

Enfin, la démarche de recherche de qualité et de professionnalisation n'implique-t-elle pas une stratégie de management rationalisé, tant du point de vue des engagements financiers que de celui de la structuration des ressources humaines ? Dans cette perspective, la valorisation de la participation n'est-elle pas à articuler aux procédures nécessaires en terme de contrôle et d'évaluation des actions professionnelles ?

Afin d'apporter des réponses adaptées, j'aborderai en premier lieu comment le clivage entre les champs du sanitaire et du médicosocial a complexifié la mise en œuvre d'actions visant à compenser le handicap psychique. Pour situer ce propos, j'évoquerai le champ historique et législatif qui caractérise la genèse et l'évolution du soin psychiatrique et la reconnaissance récente du concept de handicap psychique. Je présenterai ensuite les principales caractéristiques du contexte institutionnel de la structure Henri Wallon et du public qui y est accueilli.

Le diagnostic de la situation des établissements abordera tant la situation concrète (point financier, ressources humaines) que le point de vue des enjeux institutionnels à prendre en compte pour pouvoir conduire une politique de changement opérante.

Dans un second temps, je traiterai de la mise en œuvre du projet de fédération de trois établissements médicosociaux autour d'un lieu ressource. Pour ce faire, je

présenterai tout d'abord le projet retenu et je développerai la politique de positionnement à conduire pour en permettre l'émergence. Je ferai part ensuite des outils opérationnels que j'entends mettre en place pour faire vivre ce projet.

PREMIERE PARTIE

UNE HISTOIRE INSTITUTIONNELLE INSCRITE DANS LE CLIVAGE ENTRE SANITAIRE ET MÉDICOSOCIAL

1- CHAMP HISTORIQUE ET CADRE LÉGISLATIF

1-1 Quelques repérages clés de la prise en compte du « sujet fou »

Il me paraît en premier lieu indispensable d'évoquer la question de la place sociale de la folie ; fait révélateur du rapport d'une société à cette part d'ombre qui l'accompagne. La lecture historique révèle combien les limites des représentations sociales et culturelles en cours ont toujours dessiné le périmètre de nos capacités à assumer cette part de notre humanité et à élaborer des réponses.

Ecrivains, philosophes et scientifiques ont élaboré moult analyses du rapport de la folie à l'ensemble de ses dimensions socioculturelles et historiques. Autant de discours riches et multiformes, changeant d'approche au fil du temps et des sensibilités des époques.

Michel Foucault propose sur ce thème une étude exhaustive de ces représentations sociales tout au long d'un parcours historique allant du moyen âge au XIX^{ème} siècle.

Face à la maladie, aux épidémies, aux ravages des guerres, la grille de lecture du moyen âge est incontestablement religieuse et l'ensemble des fléaux est considéré comme une punition divine. L'Eglise détient à la fois le pouvoir et le monopole de la culture. Elle crée les premières institutions de soin (léproseries), s'appuyant pour cela sur ses communautés et sur la charité publique. Ce monopole ne s'érodera qu'à la montée en puissance progressive du pouvoir du corps médical.

M. Foucault démontre que sous la Renaissance une ébauche de reconnaissance du fou et des premières sollicitudes médicales, issues notamment de l'influence de la culture humaniste orientale, se manifeste, et que cette démarche se perd au XVII^{ème} siècle.⁵ Nous assistons à cette époque à un retour général vers une représentation indifférenciée et un traitement unique de l'ensemble des déviants : «...jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, l'âge classique enferme les débauchés, les pères dissipateurs, les fils

⁵ FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1976, page 133.

prodiges, les blasphémateurs, les libertins..., les insensés,...et dessine à travers tant de rapprochement le profil de son expérience propre de la déraison. ⁶»

1-1 De Pinel à ce jour : l'évolution des dispositifs de soin

C'est le XIX^{ème} siècle qui va concevoir l'internement thérapeutique destiné à guérir le malade. En France, le Docteur Pinel initie la mise en place de cette pratique. Des réponses à vocation soignante sont mises en œuvre, selon des modalités qui illustrent les représentations sociales dominantes concernant la folie. Ainsi, la loi de 1838 structure la psychiatrie asilaire sur l'ensemble du territoire national (un hôpital par département dans un souci d'égalité des réponses). Par cette répartition nationale, le législateur met prioritairement en acte sa volonté de protéger la société (enfermement des malades mentaux), tout en associant cet enfermement à du soin.

Le XX^{ème} siècle est marqué par une accélération générale des avancées scientifiques et des mouvements de transformation sociale radicaux (dont l'aspect le plus spectaculaire, outre l'avènement des technologies, est un exode rural massif, mouvement qui va initier une rupture avec les fondements culturels et identitaires en place). La psychiatrie n'échappe pas à ce processus de changement. Ces évolutions paraissent de nature à éclairer et à introduire les processus de maturation qui permettent aujourd'hui de concevoir les possibilités (mais aussi d'identifier les difficultés), de promouvoir l'articulation du soin à la compensation du handicap psychique. Voyons donc maintenant d'un peu plus près les événements marquants de ce siècle dans le secteur de la psychiatrie.

Au début du XX^{ème} siècle, Freud révèle l'inconscient et invente la psychanalyse. Une nouvelle science est née.

Durant la deuxième guerre mondiale, à l'hôpital de Saint Alban, le mouvement de la psychothérapie institutionnelle (conduit notamment par les docteurs Tosquelles et Bonnafé) introduit la participation partagée des soignés, des soignants et des acteurs de l'environnement (services d'entretien, administratifs, voisinage, commerces....) à la vie de l'hôpital et au processus soignant. Ce mouvement, qui participera à la constitution de la politique de sectorisation, situe le soin du sujet souffrant psychiquement au sein du contexte socioéconomique et socioculturel dans lequel il évolue.

⁶ FOUCAULT Michel op.cit (note n°5), page 124.

En 1957, deux français, les docteurs Delay et Denikes ouvrent une nouvelle ère au soin en élaborant la classification des substances psychotropes (neuroleptiques)⁷. Cette avancée médicale transforme la vie des hôpitaux psychiatriques, permet de débarrasser ceux-ci des camises et de réduire considérablement la nécessité de recourir à des méthodes de contention physique. Il s'agit de limiter les crises et de chercher à stabiliser les patients par un traitement adapté.

Depuis 1960, des associations (Santé Mentale et Communauté, Fédération Croix Marine...) établissent des liens entre soins, réadaptation, réhabilitation et introduisent ainsi le principe d'une articulation des processus soignants à la compensation du handicap. Le corps médical reste cependant le maître d'œuvre de cette prise en compte sociale.

Dans les années 70, le mouvement de désinstitutionnalisation italienne, qui prend appui sur la situation déplorable des hôpitaux italiens, prône la fermeture des hôpitaux et le développement de moyens favorables à l'insertion des malades mentaux dans la vie de la cité (à Trieste, le Docteur Basaglia). Dans le même temps, le mouvement antipsychiatrique anglais (Ronald Laing, David Cooper) expérimente des stratégies de soins en rupture avec la méthode asilaire et dénonce les méfaits de celle-ci (la folie est ici notamment considérée sous l'aspect d'un voyage initiatique...).

Le mouvement de sectorisation, initié par la circulaire du 15 mars 1960 (et arrêté du 14 mars 1972) promeut une action auprès d'une population géographiquement déterminée afin de répondre à la diversité des problèmes de santé mentale en développant l'action soignante au plus près de la population. Les centres de jour et structures externes se développent avec succès mais l'hôpital intra muros rencontre des difficultés à prendre totalement en compte cette évolution.

A la fin du XX^{ème} siècle, les progrès de la chimiothérapie renforcent un modèle biologique qui cherche à devenir prédominant. Dans cette logique, le diplôme spécialisé d'infirmier psychiatrique disparaît, la psychiatrie devant se structurer selon l'ordre de l'ensemble des disciplines médicales. Toutefois, les espoirs, peut-être démesurés, portés vers ces traitements, paraissent toucher leurs limites. Les pathologies psychiatriques résistent à se résoudre selon les normes qui se mettent en place dans l'ensemble de la

⁷ EY Henry. *Manuel de psychiatrie*. Ed Masson et compagnie, 3^{ème} édition, 1970, page 1086.

médecine (classification, protocole incluant une durée et des actes de soins déterminés par un coût à la pathologie...).

Attaqué par des courants comportementalistes et surtout par un modèle biologique dominant, le courant de la psychanalyse, qui valorise la voie de la parole, (support d'engagement relationnel transférentiel, de travail sur l'histoire, de limitation de la demande d'amour fusionnel, de mise en sens du symptôme...) est en perte de vitesse.

1-1-2 Les limites du tout sanitaire

Depuis 1984⁸, la tendance soutenue des réformes budgétaires conduit à une limitation des dépenses et à la réduction des lits et impose, selon Gérard Massé, « *une nouvelle anti-psychiatrie, larvée cette fois, partagée par les économistes de la santé, l'administration et certains responsables d'institutions* »⁹.

L'ordonnance du 24 avril 1996 structure le nouvel agencement administratif encadrant la psychiatrie. Les Agences Régionales d'Hospitalisation (A.R.H.) sont mises en place, et assument, en relation directe avec l'Etat, la conduite des restructurations à mettre en œuvre. Le gouvernement Juppé affirme ainsi sa détermination à prendre en main et à maîtriser l'évolution et le coût du dispositif de soin. Les gouvernements suivants poursuivent dans ce sens. Nous assistons depuis à une diminution drastique du nombre de lits.

Par ailleurs, dans un souci d'articulation des réponses, cette ordonnance permet à l'hôpital de créer des structures médicosociales (article 51). Dans les faits cependant, la culture hospitalière paraît rencontrer des difficultés à intégrer les contraintes et la réactivité nécessaire à une institution médicosociale, et il semble que peu d'initiatives convaincantes de ce type aient vu jour.

Valérie Godard-Jouannic cite à ce sujet l'exemple d'un hôpital ayant ouvert, par transformation de ses lits, une M.A.S. de 160 places, « *restructuration plus administrative*

⁸ Les budgets de l'hôpital sont indexés sur cette année de référence (source : Direction hôpital psychiatrique « La Colombière », Montpellier).

⁹ MASSE Gérard. *La psychiatrie ouverte, rapport au ministre de la santé*. Rennes : Ed E.N.S.P., 1992. page 17.

qu'effective à l'issue de laquelle le même personnel continue de prendre en charge les mêmes personnes dans les mêmes locaux.¹⁰ »

Au contraire, le partage des responsabilités et des financements entre les administrations chargées des structures médicosociales et sociales (Département et Etat représenté par ses services déconcentrés dans les D.D.A.S.S.) et celle chargée du secteur sanitaire (avec la création de l'A.R.H. dont le directeur est parfois appelé « préfet sanitaire »), accentue la différenciation des circuits décisionnels et exacerbe le clivage historique, culturel et administratif entre secteur sanitaire et médicosocial.

Dans un contexte général extrêmement tendu (crise de moyens, insuffisance du nombre de psychiatres et d'infirmiers qui est la conséquence des *numerus clausus* limitant les entrées en formation), le secteur psychiatrique public doute de son avenir.

1-1-3 L'hôpital psychiatrique : lieu de traitement de la crise

Du point de vue de sa mission, l'hôpital est maintenant positionné sans ambiguïté en direction du soin des maladies aiguës, et l'on considère que les malades stabilisés, dont l'hospitalisation prolongée n'est plus justifiée par le soin, utilisent de façon inappropriée les lits des secteurs psychiatriques. Cette orientation majeure qui associe l'hôpital à un lieu de soin de la crise, et non pas à un lieu de vie, semble maintenant définitivement admise par l'ensemble des interlocuteurs concernés. Les débats contradictoires portent sur la cohérence de la conduite du processus de mutation et sur la dénonciation de l'insuffisance des moyens qui restent disponibles pour soigner correctement les personnes en crise.

Il conviendra probablement de réhabiliter la fonction hospitalière en psychiatrie. Soigner la personne en crise dans le cadre de l'hôpital psychiatrique permet d'offrir une protection face au vécu d'envahissement du milieu ordinaire, de recadrer et de contenir la personne engagée dans un processus de morcellement psychique et peut concourir ainsi à initier un mouvement de reconstruction. La protection et la contention prodiguées par le cadre institutionnel sont ici souvent des facteurs déterminants pour que ce soin puisse opérer.

¹⁰ GODARD-JOUANNIC V. *Handicap et maladie mentale de l'adulte : la collaboration institutionnelle des acteurs du soin et de la compensation sociale est-elle à la hauteur de leurs espoirs ?* Mémoire ENSP, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales, Rennes, 2002, page 40.

Lors de son intervention aux journées organisées dans le cadre du XX^{ème} anniversaire de la Structure Henri Wallon en 1998, le docteur Michel Minard (chef de service psychiatrique à l'hôpital de Dax) déclarait : « *après avoir été pendant longtemps l'objet d'internement abusif, nous découvrons maintenant l'externement abusif de la personne malade mentale en crise* »¹¹. Poursuivant son propos, il évoque « *un mouvement de vidange du C.H.S. (Centre Hospitalier Spécialisé) vers les C.H.R.S.* » et la perte du « *droit d'asile* » pour toute une frange de la population que la pathologie psychiatrique rend particulièrement vulnérable et peu adaptative¹². Il est vrai que suite aux coups de butoir d'une remise au pas budgétaire, l'hôpital psychiatrique n'a plus les moyens d'assurer une fonction d'asile.

Quelque soit la tonalité des critiques et des doutes exprimés sur les changements en cours, il apparaît aujourd'hui que les anciennes pratiques ont été remises en cause et que les moyens utiles à la cohérence des nouveaux dispositifs ne sont pas encore suffisamment déployés. La psychiatrie paraît au milieu du gué et semble osciller entre une injonction de normalisation selon le modèle général structurant le soin hospitalier et des héritages théoriques et culturels spécifiques et multiples. L'engagement de ses acteurs révèle à la fois des tentatives visant à dépasser les doutes (et à intégrer les contraintes) afin de reconstruire le sens du soin psychiatrique et une apparente paralysie devant le risque de totale dilution.

Tout se passe comme si la disparition des « pères fondateurs », ces illustres figures charismatiques et intellectuelles qui ont, tout au long du XX^{ème} siècle, « fait la marque » du secteur, prive l'identité psychiatrique contemporaine de conviction et d'identité.

Le risque actuel de tous ces bouleversements est de venir déstabiliser le sens des prises en charge en cours et des actions conduites. A ce sujet, Valérie Godard-Jouannic écrit : « *le transfert de la prise en charge dans le secteur médicosocial peut parfois n'être induit que par des contraintes économiques imposant à l'hôpital de faire des choix. En effet, dans la recherche de l'adéquation des prises en charge, la frontière est parfois tenue entre l'intérêt de la personne et celui de l'institution* »¹³.

Ainsi, il est devenu souvent difficile de trouver une place pour un patient en crise,

¹¹ MINARD M., *Actes du XX^{ème} anniversaire de la structure Henri Wallon*, A.P.A.J.H. 34, Montpellier, octobre 1998, page 60.

¹² MINARD Michel. *Histoire et histoires en psychiatrie*. Toulouse : Ed. Erès, 1992.

¹³ GODARD-JOUANNIC Valérie, *op. cit.*, note (10), page 39.

et les durées de soins se réduisent. Des nouveaux besoins, émanant en particulier des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique, accentuent la pression. Dans le même temps, des unités de soins continuent d'accueillir des patients en attente de place dans des institutions médicosociales (principalement Maisons d'Accueil Spécialisées et Foyers d'Accueil Médicalisés).

Dans la logique de la restructuration en cours, l'orientation de ces patients vers des structures médicosociales adaptées à leur handicap devrait permettre de dégager les lits et les moyens utiles au bon fonctionnement de l'hôpital.

1-2 Des politiques sociales consacrant la distinction entre sanitaire et médicosocial.

Marcel Jeager¹⁴ identifie trois aspects structurels qui ont concouru au renforcement de la fracture entre les secteurs sanitaire et médicosocial depuis les années 1970 :

- ✓ Le rapport Bloch Lainé¹⁵ qui fonde la classification à venir entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial.
- ✓ L'absence d'articulation entre la loi hospitalière de 1970 et les lois de 1975.
- ✓ Le fait que la classification internationale du handicap (Wood¹⁶) n'est pas rapprochée de la classification internationale des maladies.

La mise en œuvre de la loi particulière (1986) répartissant les compétences entre Etat et Département puis la mise en place de l'A.R.H. (voir page 8) sont également des étapes qui ont concouru à renforcer ce clivage.

1-2-1 Emergence du médicosocial

Nous allons voir comment ce processus s'est peu à peu affirmé et à été pris en compte par l'environnement.

¹⁴ JEAGER M ; La psychiatrie. Entre l'ornière et l'échappée. *Vie sociale* n°3. Paris : Ed. Cédias-Musée social, juillet-septembre 2003, (pp. 9-17), page 10.

¹⁵ BLOCH LAINE F. Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, Rapport présenté au Premier ministre. Paris : *La documentation Française*. décembre 1967.

¹⁶ WOOD Philipp, *Classification internationale des handicaps*, (voir page 16).

1-2-1-1 Un processus récent

Les personnes adultes en situation de handicap psychique ont été longtemps tenues à la marge du secteur du handicap. Pour illustrer cette mise à la marge, je propose d'effectuer un parallèle entre le long cheminement du corps médical face à la folie, et celui parcouru par le secteur médicosocial avant d'identifier le besoin de compensation sociale des personnes en situation de handicap psychique.

D'un point de vue historique, faisant suite à l'action des mouvements caritatifs puis porté par l'action militante des associations représentatives de parents d'enfants handicapés, le champ social du handicap s'est structuré récemment. Face à l'institution psychiatrique dont la structuration officielle peut être située par la Loi de 1830 (soit 170 ans d'histoire), la genèse du secteur médicosocial adulte peut avoir pour repère la première Loi qui introduit la notion du handicap, (Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés), officialisant ainsi la distinction entre le secteur sanitaire et social. Dans un contexte alors caractérisé par l'absence de réponses sociales et par la seule réponse de l'internement psychiatrique pour les adultes en situation de déficience mentale, la question de l'articulation du soin aux réponses sociales utiles était alors au cœur des débats.

Le secteur médicosocial s'est ainsi affirmé en prônant la nécessaire distinction entre handicap et folie. Reprenant le mode de cheminement du Docteur Pinel, qui, dès la fin du XVIII^{ème} siècle, avait affirmé la nécessité de différencier le traitement des fous de celui de l'ensemble des déviants internés, ce secteur s'est développé en promouvant un traitement différencié et mieux adapté pour les personnes handicapées, le plus souvent jusque là reléguées dans les hôpitaux psychiatriques ou laissées à la seule charge des familles.

Un des effets secondaires de cette avancée a été un non investissement par le médicosocial de l'action auprès du public malade mental, comme si le fait de développer un mode de prise en compte des besoins alternatifs au secteur sanitaire devait se payer par l'abandon du champ de la folie à l'exclusivité des compétences du corps médical. A cet état de fait, nous voyons aujourd'hui deux interprétations complémentaires possibles. D'une part, le processus de maturation de la prise en compte sociale de la folie n'ayant pas abouti, les représentations des actions à mener en faveur du sujet fou se limitaient au soin de sa folie. D'autre part, la tension non résolue avec le corps médical figeait toute possibilité de construction d'une pensée «souple» qui aurait permis d'élaborer une

articulation et de structurer une complémentarité entre les deux modes d'appréhension et d'action.

De fait, l'une des questions centrales du différent culturel entre les deux secteurs était contenue dans la problématique du pouvoir médical, problématique alimentée par les tenants de son affirmation et par ceux prônant la confrontation à celui-ci.

Considérant qu'elles étaient malmenées par les médecins (parfois, il faut bien l'admettre, par une lecture caricaturale des concepts psychanalytiques) et souvent tenues responsables des maux de leurs enfants, les familles ont réussi, en s'impliquant dans le mouvement associatif, à construire leur sphère d'influence et à se doter des structures utiles pour faire entendre leurs préoccupations. En conséquence, le fait médical, parole de spécialistes et de savoirs, codifié par le secret et structuré par l'ordre des médecins, a perdu l'apanage du discours sur la personne handicapée psychique (après l'ordre clérical, c'est au tour de l'ordre médical de perdre une part de ses prérogatives).

Aujourd'hui, nous comptons environ 25 000 établissements sociaux et médicosociaux, contre seulement 12 500 au moment de la parution de la loi de 1975. En dehors de l'UNAFAM, (Union Nationale des Amis et Familles des Personnes Malades Mentales) les grandes associations oeuvrant dans le champ du handicap se sont jusqu'à présent peu engagées du côté du handicap psychique.

Le moindre développement du mouvement associatif dans ce secteur est certainement la conséquence de la déstructuration qu'opère la révélation de la folie dans une famille, révélation toujours accompagnée de son cortège de questionnements et de souffrance prompt à interpeller et à déstabiliser les dynamiques familiales. La folie mobilise fréquemment une part d'ombre, de rejet, de honte et de culpabilité... Pour les parents, il est difficile, dans ce contexte, de se mobiliser afin de se revendiquer acteurs de transformation sociale.

Toutefois nous pouvons penser que l'évolution culturelle en cours, évolution que vient notamment attester la dédramatisation par les médias populaires du fait psychologique, a déjà considérablement modifié ces représentations.

1-2-1-2 La prise en compte de l'environnement

Une des vocations principales du secteur médicosocial est d'œuvrer à l'insertion des personnes en situation de handicap. Tout processus d'insertion implique un double mouvement. D'une part, celui de la personne dont on reconnaît le droit à trouver sa place, (avec ses spécificités, ses différences et son identité) dans un ensemble social constitué.

D'autre part, celui de la société qui se donne les moyens nécessaires afin de laisser une place possible à la personne en situation de handicap.

Ainsi, s'inscrivant dans une dynamique dépassant les seules préoccupations hexagonales, la France a adopté, en 1988, la « **Classification internationale des handicaps** » (C.I.H) de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) Cette classification, élaborée en 1980 par le Britannique **Philipp Wood** (et complétée depuis à plusieurs reprises), s'appuie sur une nomenclature « **déficiences, incapacités, désavantages** » et présente l'intérêt d'associer les paramètres individuels (les « déficiences ») et sociaux (les « désavantages ») pour offrir un point de vue plus global du handicap.

Il convient de noter le développement de l'appréciation du handicap dans ses conséquences environnementales. Cette approche globale est susceptible de permettre la valorisation de la mise en oeuvre des compensations en fonction des conséquences du handicap sur les possibilités d'insertion sociale et professionnelle de la personne. Ce point de vue est particulièrement pertinent lorsque nous nous intéressons aux besoins des personnes handicapées psychiques. Nous verrons en effet que la production des déficiences n'est pas nécessairement liée à la sévérité du diagnostic (ni simplement à des déficiences affectant les compétences intellectuelles de la personne) et que tout accompagnement vers l'insertion impose un travail important sur la question de l'environnement. Toutefois cette appréciation ne doit pas nous conduire à penser qu'il serait possible d'amputer sans dommage les moyens consacrés à la qualité des soins, l'existence d'une offre de soin adaptée restant en tout cas une impérieuse nécessité pour les personnes aux prises avec la souffrance psychique.

Ainsi, pour le docteur Bernard Azéma¹⁷, la classification de WOOD est un outil pertinent qui permet de mieux spécifier (et donc de mieux coordonner) les champs respectifs des pratiques sociales et sanitaires, des pratiques curatives et de réinsertion. Ce même auteur exprime cependant des réserves quant à la nouvelle version de la C.I.H. (appelée n°2) qui s'éloigne à son sens de la proposition de WOOD : « *En voulant atténuer, voire faire disparaître le modèle biomédical (jugé hégémonique), au profit du seul modèle sociologique l'O.M.S. fait preuve d'une ambition démesurée* »... « *il s'agit de décrire tous les aspects du fonctionnement humain et du handicap* »... « *Cette révision de la C.I.H., ouvre des perspectives au débat politique et citoyen mais est de nature à rendre plus confus à la fois les outils techniques proposés aux professionnels et le débat démocratique sur les objectifs fondamentaux des systèmes de protection sociale* ».

¹⁷ AZEMA B., BARREYRE J.Y., CHAPIREAU F., JAEGGER M., *Point sur. Classification Internationale des Handicaps et Santé Mentale*. Paris : Ed. CTNERHI, GFEP, 2001, page 48.

1-2-2 Emergence du concept du handicap psychique

Le projet de loi en préparation (rénovation de la loi de 75-534) intègre la notion de handicap psychique.

Je citerai ici Madame **Marie-Thérèse Boisseau, Secrétaire d'État aux personnes handicapées**, dans un extrait de son discours de présentation du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en date du 28 janvier 2004 : « ***Pour la première fois, le handicap psychique est mentionné au même titre que les autres handicaps. C'est ainsi que plus de 600 000 personnes, jusque là trop souvent laissées pour compte, sont prises en considération et leur entourage soutenu et conforté pour trouver les bonnes réponses à leurs besoins.*** »

Cette orientation forte, qui vient faire suite aux réformes des COTOREP¹⁸, à la transformation des CROSS en CROSMS¹⁹ ainsi qu'à l'ensemble des dispositions ouvertes par la loi de 2002, permet de situer le mouvement législatif général favorable à la reconnaissance de la notion de handicap psychique et à la promotion de projets médicosociaux spécifiques en direction des personnes en situation de handicap psychique.

Ainsi, le secteur médicosocial commence à disposer maintenant de la panoplie adéquate pour développer ses offres de service en direction des personnes en situation de handicap psychique. Les sources de financements mobilisables sont identifiées (départements, sécurité sociale pour les forfaits soin des Foyers d'Accueil Médicalisé officialisés par la loi du 2 janvier et pour les Maisons d'Accueil Spécialisées). Les projets doivent s'inscrire dans une cohérence territoriale, valoriser les partenariats, le droit et la participation des usagers, associer les familles, identifier clairement les prestations et évaluer les actions conduites, autant d'obligations pertinentes pour développer des actions de qualité et valoriser le travail effectué.

¹⁸ Le décret n° 2252 du 1-03-02 fusionne les deux sections des COTOREP jusque là partagées entre action sociale et action pour le travail et doit permettre de ce fait de donner plus de cohérence aux décisions de la commission.

¹⁹ Le décret n° 2004-65 du 15-01-04 sépare la section CROSS sanitaire de la section sociale et érige cette dernière en CROSMS, donnant à cette nouvelle commission un pouvoir élargi (analyse des besoins sociaux, avis sur les schémas...). Cette nouvelle organisation a l'ambition d'améliorer le suivi des besoins et d'offrir une meilleure prise en compte des préoccupations des populations fragiles.

Enfin, une communication officielle sur la reconnaissance de cette appellation était un préalable indispensable pour lever les ambiguïtés trop facilement associées à ce type de projet. L'avant projet de réforme de la loi 75-534 répond à cette nécessité. Il est maintenant possible de faire valoir une action au profit d'une population adulte en situation de handicap qui n'est pas sur le champ des déficiences mentales et qui est par ailleurs utilisatrice de soins réguliers. Ce positionnement lève nombre de rivalités potentielles avec le secteur sanitaire et permet de construire des projets spécifiques, adaptés aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

Tout est aujourd'hui en place pour fonder des projets sur des bases qui ne devraient pas générer de problèmes spécifiques d'identité.

Conclusion

Le processus qui permet aujourd'hui de valoriser une articulation émerge et fait rupture avec les clivages historiques, culturels et structurels, ayant caractérisé les relations entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Ce rapprochement doit nécessairement faire l'objet d'un double mouvement, tant il serait peu productif de penser progresser en remplaçant un mode d'approche partiel, mais prédominant, par un autre. Il ne paraît plus acceptable de réduire la personne en souffrance à son statut de malade (ou de patient). Il ne serait pas davantage acceptable de penser pouvoir suppléer au besoin de soins par le seul travail sur l'environnement et l'insertion.

Il est ici question d'apports et d'échanges complémentaires à développer pour le bénéfice de la qualité des réponses globales aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

2 - CARACTERISTIQUE DE LA STRUCTURE HENRI WALLON :

2-1 Vingt cinq ans de fonctionnement avec une dotation hors norme

2-1-1 L'association gestionnaire

Créée en 1974, l' **A.P.A.J.H. 34**, association laïque à but non lucratif, fonde son action sur le respect des convictions individuelles. Elle entend promouvoir la dignité des personnes handicapées en œuvrant à leur épanouissement et à une meilleure intégration à toute forme de vie sociale.

L'association s'adresse à des adultes bénéficiant pour la plupart d'une reconnaissance et d'orientation C.O.T.O.R.E.P.

Le comité Hérault est affilié à la fédération A.P.A.J.H. nationale. Cette affiliation impose un cahier des charges dont le contenu vient d'être redéfini. Toutefois, l'A.P.A.J.H. 34 reste une association entièrement indépendante, tant du point de vue politique, que juridique et financier.

Pour répondre aux besoins des personnes adultes en situation de handicap (et/ou de précarité sociale), l'A.P.A.J.H. 34 dispose d'un siège (avec un directeur général) et emploie à ce jour plus de 400 salariés sur 16 établissements et services répartis sur 4 sites.

Le contexte héraultais est marqué par une forte attractivité locale et régionale qui conduit à une explosion démographique. La situation économique est très contrastée, avec des pôles de développement forts, notamment autour de Montpellier, et le revenu régional par habitant le plus bas du territoire national. La situation de l'emploi est particulièrement difficile et l'agglomération montpelliéraine connaît de plus en plus une crise du logement aigue et durable.

En se développant sur quatre sites (Montpellier, littoral, et deux sites dans l'arrière pays) l'A.P.A.J.H. 34 entend s'inscrire dans une logique de développement territorial, participer à la vie économique locale et construire des dynamiques partenariales cohérentes.

L'équipe de direction est constituée d'un directeur général et de huit directeurs d'établissements et services. Les délégations des directeurs concernent l'ensemble des éléments constitutifs de la conduite des établissements (qualité des services, gestion financière, gestion du personnel, développement de projets...), missions exercées sous le

contrôle hiérarchique du directeur général, chargé de garantir la cohérence des orientations développées et leur adéquation avec le projet associatif.

Le projet de l'association vient d'être rédigé. Il s'agit d'une remise à jour de documents de références (charte, et anciens projets) permettant notamment l'intégration des dispositions de la loi de 2002 et des nouveaux projets (et orientations) en cours.

Le premier établissement créé à Montpellier a été le C.H.R.S. Henri Wallon.

2-1-2 Le C.H.R.S. Henri Wallon²⁰: création d'une structure innovante en 1978

En 1978, l'**A.P.A.J.H. 34** prend le relais d'une association locale qui ne parvenait pas à finaliser son projet et crée un établissement dont le projet est de répondre aux besoins des personnes handicapées par la maladie mentale. Il s'agit alors d'offrir **une alternative sociale à la prise en charge psychiatrique au long cours** et de promouvoir **un dispositif d'insertion innovant, intégré dans la ville** de Montpellier.

L'agrément retenu est celui d'un C.H.R.S., agrément alors récent ²¹ dont le montant des dotations de fonctionnement n'est pas encore référencé à une norme précise. A cette période, nous sommes loin du contexte de cadrage des moyens qui va amener à la circulaire du 22 février 1995 ²². Ce contexte permet à l'établissement de bénéficier d'une dotation adaptée aux besoins générés par l'accompagnement d'une population aux difficultés importantes (souffrant de psychose et sortant d'hospitalisation au long cours) dans un dispositif éclaté, inséré dans la cité.

L'établissement propose un cursus d'insertion et se donne trois ans pour préparer la sortie du résident. Selon les besoins, les sorties revêtent des formes diverses, allant de formules nécessitant une grande autonomie (appartements indépendants, travail

²⁰ WALLON Henri, (1879-1962) a été à la fois philosophe, psychologue, neuropsychiatre, pédagogue et homme politique français. Le choix de cette nomination est lié à l'engagement social de H. Wallon et à son affirmation de la nécessité de considérer le rôle de l'environnement dans les difficultés des personnes.

²¹ La loi 74-955 (art 185-2) du code de la famille et de l'aide sociale nomme pour la première fois (d'un point de vue législatif) les C.H.R.S.

²² La circulaire n° 95-42 du 22 février 1995 vise à rationaliser l'ensemble des réponses et services. Elle renforce la position et les moyens des D.D.A.S.S. par la mise en place d'un tableau de bord, de contrôles budgétaires plus stricts, la rationalisation des structures et la mutualisation des moyens. Elle confirme par ailleurs les dates d'élaboration des schémas départementaux et l'obligation de passer des conventions triennales entre le préfet et chaque C.H.R.S.

éventuel) à des orientations beaucoup plus institutionnelles (à noter la très grande difficulté à trouver des structures adaptées aux pathologies psychiatriques).

Du fait de ces difficultés, environ 35% des personnes admises ne parviennent pas à concrétiser un projet de sortie réellement satisfaisant. Ces personnes auraient le plus souvent besoin d'un accompagnement soutenu au plus long cours.

L'établissement garantit le suivi du soin mais ne comporte aucun acteur médical. Les relations partenariales avec les secteurs psychiatriques ont été variables mais se sont globalement considérablement améliorées avec le temps (baisse réciproque des enjeux autour d'une rivalité quant aux compétences à travailler avec ce public). Aucune convention partenariale n'est formalisée.

Les différentes formations des salariés des équipes ne sont pas structurées sous la forme d'une pluridisciplinarité. Nombre d'animateurs 1^{ère} catégorie (classification annexe 10, convention collective mars 1966) ont en fait un niveau de formation supérieur à leur statut professionnel (D.E.S.S. de psychologie clinique par exemple). Ce choix délibéré lors de la création (engouement pour une démarche novatrice) pose des difficultés 25 ans plus tard.

En 1980, une E.P.S.R. (Equipe de Préparation, de Suite et de Réinsertion professionnelle) puis en 1986 un Foyer Logement (opportunité faisant suite à la Loi de décentralisation), sont venus compléter le dispositif.

L'agrément central reste cependant le C.H.R.S., établissement qui pendant 25 ans a été le pilier de la structure Henri Wallon (tant du point de vue financier que du discours). Ce projet spécifique d'insertion a été conduit en direction d'un public nommé pendant des années « handicapé par la maladie mentale » puis, depuis le rapport Charzat,²³ « handicapé psychique ».

Par delà les options particulières de ce projet, la spécificité du dispositif réside dans le rapport entre les caractéristiques du public accueilli et le cadre social structurant l'établissement.

Depuis son origine, la vocation de la structure est d'œuvrer à l'insertion du public handicapé psychique dans un cadre non médicalisé.

²³ CHARZAT Michel. *Rapport à Madame Ségolène Royal, Ministre déléguée à la Famille à l'Enfance et aux personnes Handicapées*, Mission parlementaire, Mars 2002. www.assemblee-nationale.fr.

2-1-3 Ma prise de fonction ou l'apprentissage d'une posture²⁴ de direction

En ce qui me concerne, j'exerce la fonction de directeur de la structure Henri Wallon depuis décembre 2000. J'ai été recruté à ce poste dans le cadre d'un appel à candidature interne à l'association. J'exerçais en effet depuis six ans la fonction de chef de service dans ce même établissement.

Pour être à même d'incarner cette fonction de directeur, je dois à la fois faire preuve de cohérence technique et de capacité à mettre en place les repères nécessaires à la restructuration de l'établissement. Parmi les atouts dont je bénéficie auprès du personnel, je note des représentations positives quant à ma crédibilité technique, représentations acquises par ma pratique de chef de service durant six ans de fonction dans l'établissement. Pourtant cette situation se révèle être parfois un handicap, car il peut être difficile pour des professionnels d'accepter le repositionnement dans la fonction de directeur d'une personne qui occupait précédemment une fonction différente dans l'institution.

De fait, je constate que l'exercice de cette fonction de directeur m'amène à envisager la gestion des difficultés et la hiérarchisation des priorités avec un regard sensiblement différent. En conséquence, le personnel prend acte du fait que je me positionne différemment qu'auparavant. Cet état de fait alimente les représentations imaginaires facilement à l'œuvre dans les cas de promotion interne (par exemple le soupçon d'une trahison de « l'esprit » du collectif pour le bénéfice d'une carrière individuelle). Il convient de ne pas se laisser enfermer par ce type de projection (en mettant par exemple en place des décisions sur un mode réactif et insuffisamment réfléchi). Il y a nécessité de se doter des outils utiles à l'élaboration d'une réflexion et d'une analyse permettant une lecture (même partielle) des enjeux à l'œuvre (formation et démarche de recherche personnelle).

Cette nécessité d'apprentissage et de recherche m'a tout naturellement amené à postuler pour effectuer la formation C.A.F.D.E.S. J'ai défendu cette démarche auprès de l'association, laquelle exprimait de légitimes préoccupations du fait de mon implication dans une formation exigeante en temps et en investissement à un moment où les difficultés des établissements que je dirige imposent une mobilisation importante.

²⁴ En référence à la définition du Grand Robert, dans sa troisième édition : « *Attitude d'esprit* », confère la citation de Gide : « (...) *jette mon livre; dis lui bien que ce n'est là qu'une des milles*

J'ai en effet estimé que la formation m'apporterait des ressources utiles pour soutenir l'appréhension globale de la stratégie de direction à conduire. Malgré toutes les difficultés effectivement rencontrées, il s'est en effet avéré que les temps de formation ont été un atout, notamment pour analyser les enjeux présents autour des préoccupations à plus court terme et pour penser les actions à conduire dans une démarche prospective, ayant vocation à anticiper sur l'évolution des besoins et des stratégies à conduire.

2-2 La situation de l'établissement à ma prise de fonction

Cette étude sera développée en trois parties : le public accueilli, le personnel présent et la situation financière.

2-2-1 Le public accueilli

Les personnes hébergées dans le cadre de la structure Henri Wallon bénéficient de soins psychiatriques et ont déjà été hospitalisées en psychiatrie.

L'évolution des modalités de prise en charge en psychiatrie réduit les durées des hospitalisations. Néanmoins les hospitalisations à répétition sont révélatrices de l'incapacité de ces personnes à soutenir une stabilisation en l'absence d'un accompagnement adapté.²⁵

Une des spécificités de la maladie mentale est de produire des effets handicapants qui peuvent être très variables selon le degré de stabilisation de la personne et son évolution. Les traitements neuroleptiques concourent à lisser l'expression des crises les plus aiguës. Toutefois les parcours des résidents accompagnés dans le cadre du dispositif Henri Wallon ne sont jamais linéaires.

Du point de vue du diagnostic médical, ces personnes souffrent le plus souvent de psychose, parfois de troubles graves de la personnalité. Toutefois le diagnostic de pathologie n'est pas un critère d'admission suffisant. En effet, l'accompagnement proposé s'adresse à des personnes dont la pathologie psychiatrique produit des effets handicapants qui rendent nécessaire, du fait de la perte (plus ou moins sévère) d'autonomie, un accompagnement adapté vers l'insertion.

postures possibles en face de la vie. Cherche la tienne (...). Gide, Les nourritures terrestres P 185 ». LE GRAND ROBERT, Volume V, Paris : Ed. du dictionnaire Robert, 2001, page 1115.

²⁵ Les personnes en situation de crise effectuent des séjours à l'hôpital dont la durée tend à se réduire (notamment du fait du manque de place). Une des conséquences de cet état de fait est le retour fréquent vers des hospitalisations à répétitions. A titre d'illustration, trois résidents de la structure ont connu plus de 40 hospitalisations sur les 10 dernières années précédant leur admission.

Les difficultés quotidiennement observées, sont notamment celles à interpréter les événements, à négocier le rapport à l'autre et les investissements affectifs, à ne pas se sentir menacé par l'inconnu, à différer et à composer avec les limites.

Les personnes handicapées psychiques sont souvent paralysées par une activité mentale qui, de l'agitation à l'apragmatisme, génère des difficultés et parfois des impossibilités à soutenir des actions et des activités structurées. Par ailleurs, l'écart entre les capacités intellectuelles (le niveau culturel peut être élevé) et les limites qu'impose leur handicap provoque une blessure narcissique et une souffrance importante et amène fréquemment la personne à mettre en place des mécanismes de fuite (délires, introspections, mythifications...) et à se mettre à distance du risque de violence que représente la confrontation avec la réalité.

L'expérience a démontré que pour s'engager dans le processus de prise de risque qu'impose pour les personnes handicapées psychiques tout mouvement d'évolution, ces personnes ont besoin de prendre appui sur un accompagnement construit sur deux niveaux :

- ✓ un soutien éducatif de proximité qui ne peut être développé qu'à partir d'un engagement relationnel de qualité.

- ✓ une vigilance constante par rapport à l'activité mentale et un travail de mise en sens des manifestations symptomatiques.

La liste d'attente des personnes demandant à intégrer la structure Henri Wallon a été, de façon constante, très importante. Conséquence de la fermeture de lits en psychiatrie, cette situation est allée en s'aggravant depuis 1997. Ce contexte de crise m'a amené à bloquer la prise en compte des candidatures au delà du dépassement d'un délai d'attente estimé à deux ans. Les refus d'admission dont il est ici question concernent uniquement des personnes dont les difficultés et les besoins semblaient correspondre à l'offre de service mise en œuvre dans l'établissement.

Ce manque sévère de solution pour les personnes handicapées psychiques n'est pas une spécificité locale. Les auteurs du Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale²⁶ ont fait valoir, avec succès, l'ampleur des besoins et la nécessité de faire reconnaître la notion d'handicap psychique, préalable indispensable pour faire vivre les droits des personnes concernées.

²⁶Opus Cité. page 1

En effet, l'action de l'UNAFAM et de l'ensemble des acteurs de ce collectif²⁷ a joué un rôle déterminant dans l'intégration de la notion de « Handicap Psychique » dans le projet de loi visant à rénover la loi 75-534.²⁸

Au 31 12 2001 ²⁹, l'effectif des résidents de la structure Henri Wallon était de 50 places, composées pour 30 places d'un C.H.R.S. et pour 20 places d'un foyer Logement. Entre ces deux modalités d'accompagnement, nous notons principalement un moment différent dans la prise en compte du handicap et non pas des spécificités significatives quant à la définition même de cet handicap. Pour cette raison, nous étudierons ci-après les caractéristiques générales de l'ensemble du public accompagné et hébergé sur les deux établissements à cette date.

❖ Données démographiques

	MONTPELLIER	HERAULT	REGION	AUTRE
ORIGINE Géographique	14	20	10	6
% TOTAL	28%	40%	20%	12%

SEXE	MASCULIN	FEMININ
Nombre	34	16
%	68%	32%
AGE	TOTAL	%
20/25	8	16%
25/30	10	20%
30/40	17	34%
40/50	9	18%
50 ans et +	6	12%

²⁷ Huit associations représentatives ont participé à la rédaction des propositions contenues dans ce Livre Blanc avec notamment, l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et des Familles des Malades Mentaux), la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, la Fédération Nationale d'(Ex) patient Psy, l'Association Française de Psychiatrie...).

²⁸ *Actualité Sociale hebdomadaire* n° 2200 du 2-02-2001 et n° 2218 du 8-06 2001.

²⁹ Le 31 12 2001 est la date de référence retenue pour effectuer l'analyse de la situation initiale. En effet à compter du 1 01 2002, le mouvement de restructuration commence à être progressivement mis en œuvre (voir l'illustration chronologique en **annexe n°2**).

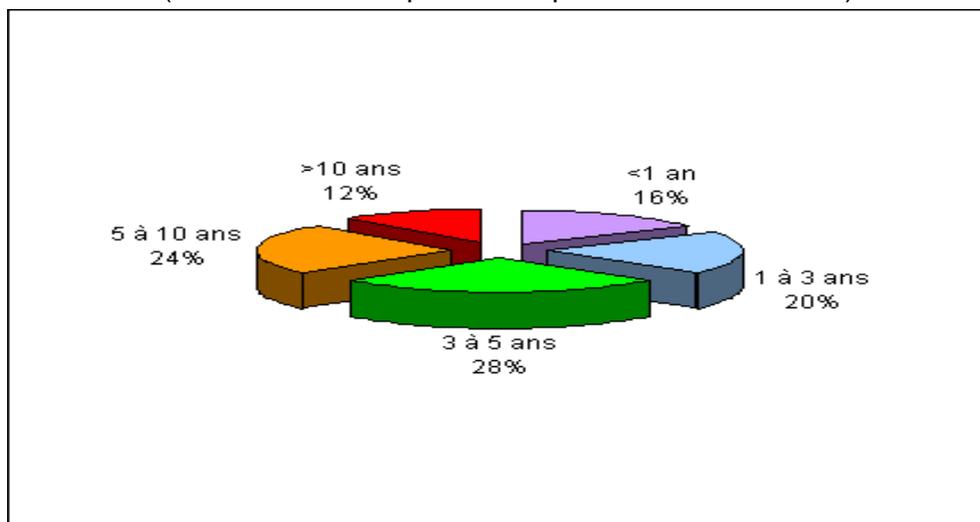
Age moyen :	36 ans
Ont des enfants	4 personnes

❖ Passé institutionnel :

Recherche non exhaustive du temps passé en institution avant l'entrée dans la structure Henri Wallon (source : enquête interne).

TYPE	<1 an	1 à 3 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	>10 ans
HP ou clinique psy,	8	10	14	12	6
Foyer C.A.T.	1	1			1
Centre Post-Cure	2				
Inst. spéc. pour mineurs			3	2	
SDF + hébt urgence	2	1			

Organigramme représentant le temps passé en institution psychiatrique
(en % du total des personnes présentes au 31/12/01)



Données complémentaires :

- Bénéficiaires de l'A.A.H. : 96%
- Activité salariée milieu ordinaire : 2%
- Activité salariée milieu protégé : 8%
- Activité bénévole non salariée : 16%
- Bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion : 2%
- Suivi régulier par un médecin psychiatre : 94%
- Prise de traitement neuroleptique : 92%

Il faut noter l'importance des parcours institutionnels (principalement psychiatriques), la quasi généralité du suivi et de traitement psychiatrique, et la reconnaissance COTOREP des handicaps (A.A.H.), qui sont autant d'éléments constants pour ces personnes en situation de handicap psychique.

L'insertion professionnelle est peu importante, ce qui ne signifie pas que le travail de cette question n'est pas fondamental pour nombre de personnes en situation de handicap psychique. Le travail revêt une valeur identitaire forte et reste la référence prioritaire en terme de reconnaissance de la participation sociale et d'accession à la citoyenneté. Pour les personnes qui ne peuvent pas, du fait de leur handicap, accéder à un emploi (que cela soit dans le milieu ordinaire de production ou dans un cadre protégé), il reste possible de soutenir, lorsque cela correspond à une demande, cette question. Les stages d'expérimentation et la mise en place d'activités bénévoles font partie des outils qui sont ici utilisés.

2-2-2 Le personnel

Après avoir présenté la population accueillie, je vais m'attacher à analyser la structure du tableau des effectifs à partir des indicateurs de gestion et des indicateurs qualitatifs.

La présentation qui suit concerne l'organigramme du personnel tel qu'il était constitué au 31 décembre 2001 ³⁰ (état initial des effectifs) .

	C.H.R.S.	Foyer Logement
directeur	0,6	0,4
chef de service	1	1
secrétaire de direction	0,5	0,5
aide comptable	0,75	0,25
psychosociologue	2	0
animateur 1 ^{ère} catégorie	12,5	1,5
animateur 2 ^{ème} catégorie	4,75	3,5
Candidat Elève	1	2
agent de service	0,5	0
Total	23,6	9,15
<i>Ratio d'encadrement :</i>	<i>0,79</i>	<i>0,46</i>

³⁰ Op.Ci.. (note 25) page 19.

- Le ratio d'encadrement moyen des CHRS : 0,26 (source INFODAS¹). Le C.H.R.S. Henri Wallon bénéficie d'un ratio trois fois supérieur.
- Ancienneté moyenne dans l'établissement : 11 ans (dont 12 salariés entre 18 et 23 ans)
- Age moyen des salariés : 46 ans
- % journées arrêt maladie moyen de 1990 à 2000 au C.H.R.S. : 2,3%
- % journées arrêt maladie en 2001 au C.H.R.S : **5,8%**
- % journées arrêt maladie en 2001 au F.L.E. : 2,4%
- Nombre de demandes de formation individuelles au C.H.R.S. : 9 (dont 5 acceptées)
- Nombre de demandes de formation individuelles au F.L.E. : 2 (dont 2 acceptées)

Ces quelques données permettent de révéler les éléments qui suivent. Il y a hétérogénéité entre les situations du C.H.R.S. et du F.L.E. Le taux d'encadrement et de qualification élevés concernent le C.H.R.S., premier établissement de l'histoire de la structure et qui concentre le plus de moyens (les salariés les plus anciens et les mieux formés). Cet établissement est déstabilisé par les perspectives de restructuration (taux d'arrêt maladie qui double). Il reste cependant le plus demandeur de formation (situation révélatrice d'une culture de la formation interne et externe).

L'absence d'agent de service est un héritage du projet initial, qui n'était pas fondé sur la pluridisciplinarité. L'empreinte d'une culture de psychothérapie institutionnelle ainsi que le choix de considérer comme prioritaire la participation des résidents ont conduit à ces choix organisationnels. Toutefois il faut noter qu'une des conséquences de ces choix a été un niveau d'hygiène inégal des locaux et souvent insatisfaisant, situation liée à la fois au fonctionnement des résidents présents et au niveau de l'implication des équipes dans les tâches ménagères.

La nomination « animateur 1^{ère} et 2^{ème} catégorie » est conforme à l'annexe 10 (secteur adulte) de la convention collective de 1966. Cependant, l'appellation traditionnelle du personnel de l'établissement était C.A.S.E. (Chargés d'Actions Socio Educatives). Les appellations internes (ce n'était pas la seule) m'ont paru devoir être supprimées pour plusieurs raisons. D'une part, cette appellation ne correspond à aucun cadre statutaire et n'est référencée, de ce fait, à aucun profil de poste. Ajoutée à l'absence de fiche de délégation interne et à la diversité des formations des anciens salariés, cette appellation ne participait pas au cadrage de l'action. Par ailleurs, la vocation de tout code de communication est d'établir un référentiel partageable avec la

population ayant la même langue. La construction d'un langage interne témoigne d'une démarche fermée sur elle-même et ne me paraît pas compatible avec un discours d'ouverture et d'immersion dans la cité.

Pour toutes ces raisons, la normalisation des différentes appellations internes m'a paru indispensable. J'ai donc communiqué mon point de vue et réalisé cette normalisation dès ma prise de fonction.

2-2-3 Diagnostic du bilan financier et orientations envisageables

La présentation de l'état initial des données budgétaires de l'établissement et de la structure financière de l'association est caractérisée par des spécificités fortes.

Bien que disposant au départ de peu de fonds propres, l'A.P.A.J.H. 34 a depuis 1974 progressivement développé un ensemble d'établissements et de services. La crédibilité acquise par l'association auprès des différentes autorités de tarification est la conséquence de la mise en synergie d'une cohérence et d'une volonté politique avec des compétences techniques opérantes. En effet, la situation financière de l'association est saine ; les établissements produisant le plus souvent des excédents, généralement repris pour deux tiers par les autorités de tarification et affectés pour le tiers restant soit à la réserve de trésorerie, soit à des investissements.

Le taux d'endettement global de l'association (bilan consolidé) est de 35%, ce qui laisse au global une marge de recours à l'emprunt. Des subventions d'investissements importantes qui concernent des établissements créés assez récemment sont venues renforcer le haut du bilan.

Le budget de la structure Henri Wallon représente en 2001 seulement 17% des budgets des établissements de l'association. La trésorerie est consolidée au niveau de l'association. Son niveau permet une gestion active sous la forme de valeurs mobilières de placement.

L'étude des différents bilans des établissements et du bilan consolidé de l'association révèle que les établissements ont, dans l'ensemble, procédé à des investissements importants (ils ont pour la plupart acquis ou construit des locaux). Les charges sont, dans ces établissements, réparties selon les normes habituelles des différents agréments concernés.

Concernant la structure Henri Wallon, la situation est radicalement différente. Ainsi, lorsque je prends mes fonctions de directeur, la structure budgétaire des deux

établissements qui composent la structure est caractérisée par une priorité donnée aux charges du personnel et par une politique d'investissement très réduite. Cette situation est la traduction budgétaire du projet et de l'histoire de l'établissement, portées prioritairement par des richesses humaines (l'organigramme du C.H.R.S. révèle un niveau général de qualification élevé), et par des infrastructures minimalistes.

Ainsi, les charges du personnel représentent, en 2001, 81% des charges brutes pour le C.H.R.S. (à comparer au 67,89% moyenne nationale des C.H.R.S.³¹) et à 79% pour le Foyer Logement Eclaté (à comparer avec les 71% de moyenne pour ce type d'agrément dans le département).

Le taux de vétusté des immobilisations est de 84% pour le C.H.R.S. et de 74% pour le Foyer Logement Eclaté. Cette situation qui paraît catastrophique n'est cependant pas insurmontable. L'établissement dispose de très peu de biens. Les investissements concernent uniquement le mobilier des appartements et du matériel du bureau. L'hébergement s'effectue en Habitations à Loyer Modéré et les frais de location sont entièrement compensés par des recettes en atténuation (reversement des A.P.L.). La structure étant éclatée dans la ville, il n'y a pas de véhicule d'établissement ; les frais kilométriques venant en charge de l'exploitation selon les normes conventionnelles de remboursement. Toutefois, il est vrai que le mobilier des appartements est pratiquement entièrement amorti et demande à être renouvelé immédiatement.

En point positif cependant, une bonne gestion de l'exploitation et des résultats régulièrement excédentaires, ont permis, au fil des ans, de constituer une réserve de trésorerie conséquente. De plus, l'établissement n'a contracté **aucune dette**.

Compte tenu de la capacité d'endettement de l'établissement et de la crédibilité financière de l'association, il sera possible de recourir à un emprunt pour réaliser les projets d'envergures envisagés.

Toutefois, il est indispensable de remplacer sans attendre 70% du mobilier. Pour ce faire, le niveau de la trésorerie et la proposition d'affectation de résultats excédentaires vont me permettre de procéder au renouvellement immédiat de ces équipements obsolètes sans recourir à l'emprunt.

De façon générale, la prise en compte des projets immobiliers, des normes de sécurité et d'hygiène, et des infrastructures utiles (réseau informatique, logiciels, véhicules...) amènent à envisager un rééquilibrage budgétaire général afin de

³¹ INFODAS, *Le financement des établissements et services sous compétence de l'état, résultats synthétiques 1999*, Ministère de l'emploi et de la solidarité. D.G.A.S., 2000, n° 70, page 163.

promouvoir une politique d'investissements et une structuration du fonctionnement qui soit en relation avec les ambitions des projets à développer.

Le contexte de remise en cause du budget du C.H.R.S. par la D.D.A.S.S. me conduit à étudier toute possibilité rapide de diminuer les charges d'exploitation. Compte tenu de la structure budgétaire et du fait que l'ensemble des charges de fonctionnement est incompressible, les seules économies envisageables concernent les charges du personnel. Par une réorganisation du fonctionnement, il est possible de diminuer le taux d'encadrement. Cependant, l'association me demande de ne pas recourir à des licenciements économiques. Les possibilités d'allègement de l'organigramme concerneront de ce fait, soit le non remplacement de salariés quittant la structure, soit des mutations internes à l'association.

Faisant suite à une dotation diminuée sans arguments opposables concernant le budget C.H.R.S. 1999, l'A.P.A.J.H.34 a engagé un recours en contentieux. Ce recours a été gagné par l'association.

Dans le contexte d'intenses négociations en prévision, cette situation ne me semble pas de nature à favoriser le climat de confiance et de collaboration nécessaire. De plus, l'évolution de la législation (et notamment les indications concernant les orientations qui se sont concrétisées par le décret budgétaire de la loi de 2002) donne à supposer que l'autorité de contrôle et de tarification va avoir la possibilité de conduire une politique de remise au pas budgétaire dans les années qui viennent. De ce fait, je propose au président de renoncer au gain de ce contentieux.

Cette stratégie intermédiaire s'appuie sur le constat que la seule possibilité de parvenir à un financement pérenne est l'évolution du projet vers des agréments médico-sociaux. Compte tenu des échéances du schéma départemental en cours, aucune perspective d'envergure n'est envisageable avant 2005. Il est donc impératif de valoriser un climat de confiance afin de bénéficier du soutien optimum des services déconcentrés de l'Etat pendant cette période transitoire.

Il convient enfin d'accompagner la fermeture de l'ancien C.H.R.S. en provisionnant les fonds utiles au financement des départs à la retraite programmés dans les 5 ans qui viennent et du provisionnement du litige en cours (portant sur le paiement de la 35^{ème} à la 39^{ème} heure pour 8 mois de l'année 2000).

L'affectation des excédents des dispositifs départementaux sera systématiquement orientée vers la demande de provision pour le financement des

investissements programmés dans le nouveau dispositif (avec pour objectif de réduire, autant que faire se peut, le recours à l'emprunt).

2-3 Diagnostic d'une situation de crise³²

2-3-1 Une crise de financement et une situation transitoire complexe

Depuis 1994, le C.H.R.S. est sous tension, les services décentralisés de l'Etat souhaitant mobiliser l'ensemble de l'enveloppe budgétaire C.H.R.S. à la réponse aux besoins des populations en situation de précarité et d'exclusion. Plusieurs tentatives de repositionnement sur le champ sanitaire échouent. En 2001, un programme de normalisation progressive de la dotation C.H.R.S. est imposé à l'association.

Pour poursuivre l'action auprès du public en situation de handicap psychique, il y a nécessité de reconstruire un dispositif dans un cadre différent susceptible de mobiliser d'autres types de financements.

La programmation de l'arrêt de l'activité en direction du public handicapé psychique, dans le cadre du C.H.R.S. est négociée sous la forme d'une diminution progressive de la dotation (1/3 par an pendant trois ans, le premier tiers prenant effet à compter du 1 janvier 2002).

La volonté de l'association de ne pas recourir aux licenciements économiques et de ne pas abandonner les accompagnements engagés impose à minima une restructuration progressive et de nouveaux développements coordonnés avec la perte du financement Etat (C.H.R.S.).

Les restructurations intermédiaires doivent être orientées dans le sens de la préparation d'un projet général plus ambitieux, amenant à refonder un nouveau dispositif en s'appuyant à la fois sur l'expérience acquise et sur les nouvelles données du contexte politique et social.

Dans cette perspective et pour compenser la perte du premier tiers de financement du C.H.R.S., l'association a obtenu du président du Conseil Général l'autorisation d'effectuer une augmentation de moins de 30% des effectifs du Foyer Logement de 20 places, et de redistribuer dès 2002, ces 26 places sur un Foyer occupationnel de 10 places (ouverture d'une villa) et un Foyer Logement (entièrement restructuré) de 16 places.

³² En **annexe n° 1** ce diagnostic est illustré sous la forme d'un tableau synthétique.

Pour compenser partiellement la perte du deuxième tiers de financement (31 décembre 2003), l'ouverture, dans des locaux transitoires, d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 10 places est négociée. Compte tenu des échéances du nouveau schéma départemental (qui débutera au 1^{er} janvier 2005), le département ne peut financer l'hébergement de ce foyer en 2004. La D.A.S.S. de l'Hérault a de ce fait accepté, pour 2004, que la partie hébergement soit assurée par l'affectation du financement des dix dernières places de C.H.R.S. « handicapés psychiques », transfert de dotation qui est complété par le forfait soin sécurité sociale. Ce montage exceptionnel ne peut être que transitoire, le département devant prendre à sa charge ces frais d'hébergement dès 2005.

Les trois établissements médicosociaux envisagés dans le cadre de la restructuration étant, sur des capacités partielles et des implantations provisoires, ouverts, une première étape de la préparation du projet envisagé vient d'être franchie.

Dans le même temps, je conduis l'expérimentation pour 15 places, dans le cadre d'une dotation C.H.R.S. normalisée, de l'accompagnement vers l'insertion d'un public en situation de précarité rencontrant des difficultés psychiques (pour éviter des confusions, ce dispositif est appelé C.H.R.S. 2003).

L'avenir de cet **agrément C.H.R.S.** au sein de la structure Henri Wallon est actuellement en question. Devant l'ensemble des questions techniques que ce positionnement soulève, le parti pris retenu est de ne pas considérer l'agrément C.H.R.S. dans la base qui fondera le projet à venir. Il reste cependant possible qu'un dispositif C.H.R.S., prenant appui sur la plate-forme technique en préparation dans le champ du médicosocial, vienne compléter le dispositif (voir schéma page 47).

Cette situation intermédiaire aux intrications et complexités multiples ³³ (qualité des réponses aux usagers à soutenir, adaptation permanente des stratégies budgétaires, mobilisation sur le front de la gestion du personnel, constructions de dossiers multiples, difficultés liées à des implantations immobilières transitoires...) caractérise le contexte d'élaboration du nouveau projet. Après 25 ans de stabilité, l'établissement traverse l'épreuve de la complexité, des changements imposés dans l'urgence et des incertitudes. Diriger cette structure dans cette période d'évolution nécessite une mobilisation constante et des capacités de réactivité importantes. Toutefois, pour être opérant, cet engagement

³³ En **annexe n°2** un récapitulatif chronologique détaille les étapes du changement.

ne doit pas se faire au détriment d'une vision globale et prospective des options et positions à soutenir.

2-3-2 L'ébranlement des fondements culturels de l'établissement

Afin de présenter la situation qui caractérise le contexte dans lequel je dois conduire un travail de restructuration et de repositionnement, il s'avère nécessaire d'introduire une rapide analyse de l'identité institutionnelle. Le contexte de crise remet en question l'ensemble des fondements culturels. Cependant, la prise en compte de l'héritage de l'histoire institutionnelle fait ici partie des enjeux techniques et opérationnels à intégrer dans la stratégie de conduite de changement, que ce soit en terme de gestion des ressources humaines, de mobilisation associative, que de politique de communication en direction des autorités de tarification et des réseaux partenariaux.

Concernant la question de l'influence de l'environnement sur une organisation, Friedberg Erhard écrit : « Comme dans tout processus concret d'interaction, on est en présence de mécanismes d'échanges et d'influences réciproques à travers lesquels une organisation définit les problèmes en y répondant et est influencée parce qu'elle y répond ». ³⁴

Pour illustrer cette présentation des « spécificités culturelles » de l'institution je retiendrai trois axes d'analyse qui me paraissent à la fois révélateurs et prédominants :

- 1) La question du mythe fondateur
- 2) Les résistances à la structuration hiérarchique
- 3) Une culture de travail auto référenciée.

Pour la structure Henri Wallon, la démarche novatrice et atypique d'accompagnement social, hors champ sanitaire, de personnes souffrant de maladie mentale a participé à l'émergence de la notion d'handicap psychique. La terminologie employée en interne était : « *handicapé par la maladie mentale* » Cette appellation s'appuyait sur la recherche développées au sein de la Fédération Croix-Marine, notamment par son président, Bernard Jollivet ³⁵. Toutefois, cette spécificité, porteuse de sens et qui a permis à l'établissement de développer une réputation locale, a marqué le fonctionnement et les

³⁴ FRIEDBERG Erhard, *L'organisation et son développement : Le pouvoir et la règle, Dynamique de l'action organisée*, Paris : Seuil, coll. Essais, deuxième édition revue et complétée, 1997, p.103.

³⁵ JOLIVET Bernard. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Edition Croix-Marine, 1994.

dynamiques relationnelles au sein de l'équipe. Ainsi, la représentation idéalisée d'un processus de création fortement imprégné de convictions idéologiques a conduit à un discours interne quelque peu figé, comme cristallisé, conséquence de l'appropriation de l'identité institutionnelle sous la forme **d'un mythe fondateur** peu propice aux remises en causes qu'impose tout processus d'adaptation et de changement.

1) Eugène Enriquez, parlant des systèmes symboliques mis en œuvre dans une institution, écrit : « *Une institution ne peut vivre sans sécréter un ou des mythes unificateurs...sans raconter ou inventer une histoire qui tiendra lieu de mémoire collective ; mythes, rites, héros, sagas ayant pour fonction de sédimer l'action des membres de l'institution, de leur servir de système de légitimation et de donner ainsi sens à leurs pratiques et à leur vie....Ceci est d'autant plus vrai qu'elles se sentent moins sûres d'elles mêmes et qu'elles désirent se ré-instituer, se redonner un fondement solide. Les institutions sans histoires ont donc leurs mythes mais elle n'ont pas besoin de les évoquer constamment* ». ³⁶

2) Concernant la genèse de l'établissement, l'idée du projet revient à une association composée principalement d'étudiants et conduite par un professeur d'université, parent d'enfant handicapé, association qui a travaillé sur un projet alternatif à l'enfermement psychiatrique au long cours. Cette association n'est pas parvenue à concrétiser son projet. Ses membres se sont rapprochés de ce fait de l'A.P.A.J.H.34. C'est donc l'A.P.A.J.H.34 qui, reprenant à son compte ce projet, parvient à faire aboutir la recherche de financement.

Le projet de la première association comportait le principe d'un établissement autogéré. L'A.P.A.J.H. 34 impose une organisation hiérarchique structurée. Toutefois, lorsqu'en 1978 le Directeur est recruté, il doit faire face à une commission d'embauche édifiatrice, composée à la fois de membres de l'association et de promoteurs du projet parmi lesquels figurent des salariés de l'établissement. Il n'est de ce fait pas surprenant qu'il ait très rapidement rencontré des difficultés pour mettre en œuvre sa fonction, le principe de la cooptation niant le sens de la différenciation des places et des responsabilités.

Malgré ce contexte de mise en route difficile, ce directeur imposa progressivement, avec le soutien de l'association et de l'autorité de contrôle et de tarification, sa légitimité. Pour ce faire, il dut à la fois démontrer sa crédibilité technique et

³⁶ ENRIQUEZ Eugène, FUSTIER Paul, KAËS René, *L'institution et les institutions*. Paris : Ed Dunod, 2003.page 67

s'approprier suffisamment des caractéristiques techniques et culturelles qui ont fondé le projet.

La mise en oeuvre de la structuration hiérarchique et fonctionnelle de l'établissement émane d'un premier rapport de force et est imposée à des salariés convaincus d'avoir la légitimité et la technicité utile pour s'en passer. Conséquence de cette ambiguïté initiale, l'exercice de la fonction de directeur suscitera, de façon assez régulière, un certain nombre de réserves, de résistances et parfois de crises dans l'établissement.

3) La procédure d'évaluation est à construire et à mettre en place. Les contraintes qu'imposent tous les outils de suivi qualitatif des actions conduites ont été régulièrement refoulées vers la périphérie des pratiques d'accompagnement, mouvement impulsé notamment par une culture du discours, fortement imprégnée de références psychanalytiques.

Cette résistance à l'évaluation fait partie des difficultés à dépasser. Je peux aujourd'hui m'appuyer sur les exigences de la loi du 2 janvier pour conduire ce processus.

Il s'agit donc de **déconstruire**³⁷ **les certitudes basées sur l'autoréférence** et sur la conviction de « qualité d'exception » longtemps ancrées dans l'établissement. Ce travail doit cependant être conduit avec le plus grand discernement. Parmi les acquis de l'établissement, la construction narcissique autour d'une appartenance à un projet d'exception soutient le niveau de mobilisation et d'implication des salariés et participe à la qualité du travail effectué. L'évolution des références ainsi que l'élaboration des modalités d'évaluation me paraît devoir être dirigées avec un souci d'intégration des acquis (démarche de nature à soutenir l'investissement des professionnels). La question de l'histoire de l'institution devra être considérée dans le nouveau dispositif à promouvoir, notamment pour procéder à la redéfinition des commandes de travail destinées à chaque fonction professionnelle.

2-3-3 L'échec des tentatives de repositionnement en direction du secteur sanitaire

Un projet qui vise à l'insertion des adultes handicapés psychiques se situe aux points d'articulation du secteur sanitaire avec le médicosocial. Plusieurs tentatives ont été

³⁷ Confer le Vocabulaire des philosophes, chapitre sur Derrida rédigé par Charles Ramond : « *La philosophie de la déconstruction est par excellence celle de l'attention sociale et politique, de la responsabilité, de la justice, du souci de l'institution comme de l'autre que je rencontre* ».

LE VOCABULAIRE DES PHILOSOPHES, XX^{ème} siècle, Paris : Ed. Ellipses, 2002., page 1067.

initiées en direction d'un financement sécurité sociale (Centre de post-cure, appartements thérapeutiques) pour une partie du dispositif envisagé.

J'ai récemment conduit, pour ma part, de nouvelles tentatives en ce sens, auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, mais toujours sans succès.

Il convient de noter qu'au même moment, d'autres associations implantées sur le département du Gard et bénéficiant déjà d'un financement « Post Cure » ont été encouragées par la même Agence Régionale d'Hospitalisation à repositionner leurs projets selon des modalités similaires à celles que nous avons tentées, sans succès, de mettre en oeuvre à Montpellier (post cure éclaté, inséré dans la cité). Dans un secteur sanitaire en pleine restructuration, il semblerait que soit soutenu le choix de ne pas laisser entrer un nouveau promoteur associatif sur la charge budgétaire sanitaire. De fait, les projets de centre de post cure en préparation sur l'agglomération de Montpellier sont conduits par des cliniques psychiatriques, établissements privés à buts lucratifs déjà implantés sur l'agglomération. Ces établissements ont procédé par des rachats de lits, démarche qui n'est compatible ni avec la vocation de l'A.P.A.J.H. 34, ni avec la structure financière de l'association.

A l'avenir cependant, cette situation pourrait évoluer. En effet, l'ordonnance 2003-850 portant sur la simplification de l'organisation du système de santé et des procédures de création supprime la référence à la carte sanitaire qui amenait à ces rachats de lits. De plus, en mettant l'accent sur le développement de la prise en compte de la dimension territoriale dans la couverture sanitaire, nous pouvons espérer que le S.R.O.S. troisième génération permette d'envisager, en fonction des besoins, de nouvelles complémentarités dans l'architecture des dispositifs.

Conclusion de la première partie

Dans le but d'éclairer mon propos et d'introduire le projet développé dans la deuxième partie, je proposerai une conclusion en deux temps. Tout d'abord, je présenterai un résumé très synthétique de la situation des établissements. Je poursuivrai ensuite par une reprise des grands axes de la stratégie de direction qui me paraît devoir être mise en oeuvre.

Créé en 1978, le C.H.R.S. Henri Wallon s'est singularisé par l'accueil d'un public sortant d'hospitalisation psychiatrique au long cours. Pour développer son objectif d'insertion, l'établissement a été structuré de façon éclatée, dans des appartements dispersés dans la ville. Ces spécificités l'ont amené à bénéficier d'un niveau de dotation trois fois supérieur aux normes des C.H.R.S.

Dans le but d'optimiser l'utilisation de l'enveloppe du pôle social et de mieux répondre aux besoins des publics en situation de précarité sociale, l'Etat a pris la décision, en 2002, de normaliser la dotation de cet établissement, créant de ce fait une obligation de restructuration.

Le Foyer Logement Henri Wallon a été structuré sur le même modèle que le C.H.R.S. Pour des raisons différentes, liées notamment à l'inadéquation l'hébergement et au manque de lisibilité du projet, cet établissement doit également être restructuré.

L'obligation de changement revêt un caractère d'urgence, et impose toute une série de transformations intermédiaires qui complexifient cette restructuration. Parmi les documents joints en annexe, l'annexe n°1 page II (« tableau diagnostique »), et l'annexe n° 2 page III, (« illustration chronologique ») sont des supports ayant vocation à illustrer cette situation.

Seule une analyse globale de la situation peut être de nature à permettre l'élaboration d'une stratégie de direction adaptée. Celle-ci devra obligatoirement tenir compte des points qui suivent.

- Ma prise de fonction coïncide avec cette situation de crise, conséquence de l'échec des tentatives de repositionnement antérieur du dispositif. Toutefois, le projet associatif est clair. L'association me demande de tout mettre en œuvre pour trouver des solutions nouvelles afin de poursuivre une action pertinente en direction du public handicapé psychique.
- Le partage des financements et des responsabilités entre les champs du sanitaire, du social et du médicosocial est une difficulté majeure pour le repositionnement de la structure. La stratégie de direction devra articuler les options du projet associatif au réalisme indispensable à la concrétisation du projet. Dans un tel contexte, le tour d'horizon des possibilités peut être rapidement effectué. Le mouvement de décentralisation amorcé dans notre secteur en 1986 est amené à se développer. Les interlocuteurs départementaux construisent, dans le champ du handicap, des stratégies d'action cohérentes. Les services déconcentrés de l'Etat paraissent quant à eux dans l'incertitude, tant du point de vue de l'irrégularité des enveloppes budgétaires affectées que de celui de leur devenir. Face aux enjeux énormes que traverse le secteur sanitaire, aucune possibilité de financement ne paraît pour l'instant à espérer de ce côté là.
- Travailler à la reconnaissance du handicap psychique (et donc tenter de mobiliser des financements de la solidarité départementale) semble être la seule possibilité

pour réunir les moyens susceptibles de construire les prestations nécessaires en vue de l'insertion de ces personnes.

- **La faiblesse historique de la prise en compte du handicap psychique** étant principalement liée au clivage administratif des champs de compétences, la valorisation de l'articulation de l'action sanitaire et médicosociale devra devenir un des points de force d'un dispositif se proposant de promouvoir une innovation susceptible de répondre aux besoins de cette population.
- L'histoire de la structure Henri Wallon apporte ici un héritage qui est riche d'expériences, de cultures et de savoir faire. Mais en terme de dynamique institutionnelle, ce passé peut aussi faire frein et être saisi comme support d'immobilisme. Les perspectives de changement suscitent notamment des résistances et du stress (révélés par l'augmentation importante du taux d'arrêt maladie en 2001). Toutefois, dans un contexte général de crise de l'emploi et de flottement quant aux choix sociétaux, l'incertitude forte sur l'avenir paraît susceptible de provoquer davantage de risque de découragement et de tensions internes que de mouvement social structuré.

Selon le modèle psychanalytique, toute crise qui débouche sur un processus de résolution, est susceptible de permettre le passage à un niveau de développement supérieur. Salomon Resnik écrit à ce sujet : « *Vivre, c'est errer en apprenant, errer en acceptant le passage du temps, c'est-à-dire en vertébrant l'aventure...* »³⁸

Le fait qu'une réorganisation générale du dispositif soit imposée par des contingences extérieures me semble devoir être considéré comme une opportunité pour redéfinir les projets, les modalités de leur mise en œuvre et l'ensemble de la structuration technique des établissements.

Pour qu'il prenne sens, le changement doit être saisi comme une opportunité, une occasion singulière permettant de développer une démarche générale de qualité.

³⁸ RESNIK Salomon. *Espace mental*. Collection des travaux et des jours. Toulouse : Ed. Erès, 1994 page 115.

DEUXIEME PARTIE :

VALORISER L'INSERTION DES USAGERS PAR LA FEDERATION DES TROIS FOYERS AUTOUR DU LIEU RESSOURCE

Le projet de fédération de trois foyers autour d'un lieu ressource est la traduction du projet d'établissement que j'entends mettre en œuvre dans le but de répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

Parmi les enjeux à relever, cette restructuration des établissements dans le cadre d'une plate-forme technique commune, doit valoriser l'insertion et le lien social et offrir aux usagers diverses formes de ressourcement de leur vie quotidienne.

Elle doit, de plus, permettre la transmission de l'expérience acquise auprès de l'accompagnement de ce public, tout en structurant des modalités d'organisations nouvelles, susceptibles de valoriser ce savoir faire et de dépasser les difficultés ayant conduit la structure Henri Wallon dans une impasse.

Je vais donc traiter dans un premier temps des orientations générales du projet de plate-forme. Je poursuivrai par le développement des modalités d'action que je préconise pour préparer et mettre en œuvre ce projet.

Je développerai enfin les outils opérationnels que je retiens afin de faire vivre l'ambition de qualité que j'entends soutenir dans l'ensemble de cette plate-forme technique.

1- DES PRESTATIONS ÉVOLUTIVES, INTÉGRÉES DANS LA CITÉ

1-1 Les fondements du projet

Le « management » du changement m'amène maintenant à préparer « *un plan d'action qui ne pourra être suivi efficacement que si le diagnostic est bien posé et surtout si les objectifs du changement ont été bien étudiés* »³⁹. En tant que directeur, il m'appartient de retenir les orientations qui me paraissent pertinentes, et de mettre en œuvre le cadre nécessaire au processus de concrétisation qui doit suivre. Dans cette dynamique, je vais maintenant m'attacher à présenter les axes principaux du pré-projet

³⁹ Miramon Jean-Marie, *Promouvoir le changement*, les cahiers de l'actif n° 314-317.

d'établissement, axes que j'ai retenus comme fil conducteur de la restructuration que j'entends mettre en œuvre. Je développerai plus particulièrement les objectifs généraux du lieu ressource. En effet, du fait des difficultés prévisibles des professionnels à se projeter vers un dispositif qui sort de leur champ d'expérience immédiate, il sera indispensable d'impulser avec précision le sens général de ce projet.

Ce faisant, je garde présent à l'esprit que pour réussir l'élaboration d'un projet d'établissement, deux conditions préalables doivent être remplies. D'une part, ce projet doit être la traduction technique des orientations politiques de l'association gestionnaire. D'autre part, son processus d'élaboration devra être conduit dans une démarche participative, avec l'ensemble des salariés concernés (et soumis à avis et amendement des usagers ou de leurs représentants dans le conseil de la vie sociale). Cette démarche participative revêt une importance stratégique majeure, la mise en œuvre et en sens du projet dépendant fortement des processus d'appropriation des professionnels qui seront chargés de le faire vivre.

1-1-1 Le lieu ressource : un outil pivot du dispositif d'insertion⁴⁰

L'appellation « lieu ressource » (au singulier) permet ici de communiquer sur plusieurs niveaux de signifiants. Il s'agit de proposer des ressources complémentaires aux foyers (activités, échanges, convivialité, restauration, participation...) et de valoriser l'articulation du dispositif à l'ensemble des ressources à disposition dans l'agglomération montpelliéraine. Un aspect symbolique vient compléter ces deux premiers niveaux, ce lieu ayant vocation à être un espace de ressourcement et de restauration pour les usagers.

Du point de vue de son implantation architecturale, le lieu ressource devra être situé sur un lieu différent des foyers d'hébergement et parfaitement desservi par le réseau de transport en commun urbain. Il sera constitué d'une pièce d'accueil, valorisant échange et convivialité (bar associatif) qui sera prioritairement animé par les résidents des établissements et de salles d'activité de tailles variables (salle polyvalente pour la danse, le théâtre, le yoga et la relaxation et les animations culturelles) salles aux attributions diverses (espace multimédia, cuisine pédagogique, poterie, arts plastiques...) et d'une cafétéria.

Construit et animé par une mutualisation des moyens des trois foyers, le lieu ressource sera donc un outil au service des établissements composant la structure Henri Wallon.

⁴⁰ En **annexe n° 3**, schéma illustrant les missions développées dans le dispositif lieu ressource.

Les sept objectifs généraux qui suivent seront le socle à partir duquel pourront être déclinés les objectifs opérationnels.

➤ **Ouvrir le champ des expériences et résister à l'enfermement**

L'expérience du travail d'accompagnement auprès des personnes handicapées psychiques sur des appartements situés dans la cité (ancien agrément C.H.R.S.) a notamment révélé que, pour un certain nombre d'usagers, il y avait une propension à récréer dans les appartements les conditions d'un relatif enfermement (parmi les constantes des pathologies psychotiques figurent la difficulté et la peur à s'articuler avec le monde extérieur qui est vécu comme dangereux). La forme et l'implantation de l'habitat ne s'avèrent donc pas être en mesure d'offrir des garanties suffisantes à l'effectivité de la promotion d'un mouvement vers l'insertion. Ce constat plaide en faveur d'un accompagnement qui opère non seulement sur le lieu d'hébergement mais oblige à intégrer d'autres repères, d'autres espaces et relations, impulsant ainsi une ouverture du champ des investigations.

➤ **Compenser les effets de chronicisation**

Ces effets, qui peuvent être produit par toute institution, sont particulièrement aigus pour des équipes chargées de l'accompagnement des personnes ayant des pathologies psychotiques. Sont ici en question à la fois la capacité de la structure à produire des liens, du réseau, de l'ouverture et de l'échange et celle de la capacité des salariés qui l'animent à dépasser les seules préoccupations de leur unité d'hébergement (souvent assombries par le manque de désir des usagers) pour élargir leur approche et impulser un élan vers plus de dynamique et de vie.

➤ **Valoriser les échanges et la participation des usagers**

Des actions transversales devront être développées et mises en œuvre, notamment autour du travail avec les familles, des relations avec les associations de l'agglomération (culture, vie sociale, participation...), de la démarche de recherche.

Les usagers auront des responsabilités directes quant à l'animation du lieu ressource et seront largement associés à son organisation et à ses projets.

Pour Jean Baptiste de Foucauld et Denis Piveteau, « *l'exclusion c'est le fait d'être empêché de participer à l'échange social et à la construction de la société* »⁴¹. Il s'agira ici

⁴¹ FOUCAULD Jean Baptiste et PIVETAU Denis. *Une société en quête de sens*. Paris : Ed. Odile Jacob, octobre 1995, page 140.

de valoriser tous les aspects possibles de la participation des usagers afin de soutenir le projet d'insertion.

Enfin, des animateurs rattachés aux différents foyers interviendront ponctuellement sur le lieu ressource autour de projets d'animation à condition qu'ils puissent faire valoir, pour ce faire, des compétences adéquates.

➤ **Proposer des activités de qualité, selon un rythme et un contenu personnalisés, adaptées aux projets et souhaits individuels**

L'expérience révèle que les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas, le plus souvent, en capacité de soutenir le rythme d'activité habituel que proposent généralement les foyers occupationnels (matin et après-midi, cinq jours par semaine). De plus « *la répétition rigide des horaires pourrait finir par conférer au temps un statut de temps arrêté* »⁴². Pour autant, des propositions d'activités variées, mises en œuvre selon des modalités souples et individualisées, sont indispensables pour valoriser le développement personnel des usagers et pour donner du sens et des repères à leur vie quotidienne.

C'est dans ce but que seront sollicités des intervenants extérieurs. Les domaines tel que le théâtre, les arts plastiques, la danse, sont autant d'activités qui ont besoin, pour trouver tout leur sens, d'être animées par des personnes du métier en capacité d'apporter une vraie technicité. L'accompagnement de ces professionnels à la prise en compte des spécificités du public me paraît en effet beaucoup plus pertinent que les tentatives incertaines que pourraient mettre en œuvre des professionnels de l'accompagnement pour faire vivre des activités dont ils ne maîtriseraient pas la technicité.

Chaque fois que cela sera possible dans le cadre des projets individualisés, des accompagnements vers des activités extérieures seront mis en place (maisons de quartier, associations...).

La mutualisation des moyens permettra d'ouvrir le panel des propositions et de construire des programmes d'activités individualisables.

➤ **Offrir une restauration pour les repas de midi**

Le lieu ressource devra inclure un espace de restauration offrant une souplesse horaire et permettant le mélange des populations. Une cafétéria me paraîtrait être la formule adaptée. La cuisine du lieu ressource proposera les repas de midi dans cette cafétéria et

⁴² DARNAUD T., Le ludion institutionnel, L'institution, un système ouvert bien fermé, *Les cahiers de l'Actif* N° 308/309.

confectionnera et livrera les repas du soir aux différents foyers. Mon idée est de confier cette action à un prestataire, afin de centrer l'action des établissements sur le cœur du métier, à savoir l'accompagnement vers l'insertion des personnes handicapées psychiques.

➤ **Ouvrir les établissements aux habitants et acteurs de la vie de la cité**

La réussite des stratégies d'insertion passe par des questions d'échanges et d'apports réciproques. Afin de valoriser cette dynamique, œuvrer à l'acceptation des résidents par les habitants du quartier et obtenir le soutien d'associations culturelles, le lieu ressource proposera des mises à disposition de moyens (salles de réunion, de répétition, expositions, évènements culturels...). La richesse et le dynamisme de la vie associative à Montpellier sont ici des atouts qu'il convient de saisir.

➤ **Etre un des points d'ancrage du travail de réseau**

Les articulations avec l'extérieur (partenaires santé, partenaires insertion professionnelle, centre de formations, autres établissements et services...) seront valorisées à partir du lieu ressource par l'organisation de rencontres, par la mutualisation de moyens et par la mise en œuvre de la communication et des échanges utiles.

1-1-2 Fédérer trois foyers pour valoriser la qualité des prestations :

Afin de répondre aux besoins des usagers et de proposer des offres de services modulables et complémentaires, mon option est de fédérer trois foyers disposant d'agrément différents.

Cette stratégie globale émane à la fois d'un constat et de l'expérience de la structure.

En ce qui concerne le constat, nous avons repéré, comme je l'ai déjà indiqué précédemment, que les effets handicapants que produit la maladie mentale sont variables et évolutifs. En fonction du moment et des personnes, les besoins sont très différents.

L'expérience a par ailleurs démontré l'intérêt d'être en mesure de proposer un véritable parcours vers l'insertion, susceptible de donner du sens aux projets individualisés et d'autoriser les résidents à se projeter concrètement vers un ailleurs. Toutefois, ce projet ne doit pas être présenté ni mis en œuvre d'une façon linéaire qui présenterait un caractère de progression qui soit automatique et absolu. Nombre de résidents nécessiteront un accompagnement d'une nature constante sur le long terme (ce que le C.H.R.S. n'était pas en mesure de proposer). De plus, des évolutions vers des difficultés plus aiguës conduiront certains usagers à intégrer une structure offrant un cadre plus contenant, répondant par là à leur besoin du fait d'une baisse, temporaire ou pas, de leur possibilités d'autonomie.

Pour faciliter la réactivité du dispositif et pour permettre des expérimentations sécurisées, chaque foyer disposera d'une place d'essai.

Les projets des trois foyers seront élaborés en intégrant les quatre priorités qui suivent :

➤ **Une structure architecturale qui soit la traduction spatiale des projets**

Celle-ci devant présenter un caractère chaleureux et permettre le respect de l'intimité des résidents. Sur chaque unité de vie, des espaces extérieurs (grandes terrasses) serviront à valoriser une qualité de vie adaptée au climat méditerranéen. L'ensemble des normes (sécurité, hygiène) sera intégré dans le cahier des charges.

➤ **Le rapprochement des normes budgétaires**

Les agréments retenus devront permettre la construction de budgets intégrés dans les normes moyennes en cours. L'expérience du C.H.R.S. révèle combien ce positionnement peut être déterminant pour l'avenir de la structure. La mutualisation de moyens sera un des leviers de cette mise aux normes budgétaires.

➤ **L'identification des prises de risques utiles**

Il s'agit ici d'afficher, dans le projet, le principe de recherche de compromis ayant trait aux équilibres nécessaires entre la sécurisation et les sollicitations amenant à des prises de risques qui participent à l'accompagnement vers plus d'autonomie. En effet, cette dimension de « prise de risque partagé » est un moyen indispensable pour que la personne puisse accéder à l'optimum de ses capacités sociales et psychiques et devienne progressivement davantage acteur de sa propre sécurité. Du point de vue de ma responsabilité de directeur, je serai très vigilant à ce que le projet soit explicite et très précis à ce sujet et que ces options soient validées à la fois par l'association et par les autorités de contrôle et de tarification.

➤ **L'affirmation d'une identité partagée**

Les modes d'organisation valoriseront cette identité commune, ceci afin de promouvoir la cohérence globale du projet et de faire vivre, avec une souplesse optimum, toutes les articulations et mutualisations nécessaires.

La présentation des trois foyers va maintenant permettre de préciser les modalités de mise en œuvre de ces différentes orientations.

1-1-2-1 Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)

Structure expérimentale jusqu'à la loi du 2 janvier 2002 (appelée jusque là Foyer Double Tarification), les F.A.M. bénéficient d'un financement départemental pour la partie hébergement et d'un financement sécurité sociale (sous le contrôle de la D.D.A.S.S.) pour le forfait soin.

Bien que la dimension du soin doive être prise en compte dans l'ensemble de la structure, le F.A.M. sera le seul établissement disposant de ressources médicales en interne (médecins, infirmiers...). Le projet de soin du F.A.M. devra cependant être articulé au projet d'ensemble de la plate-forme.

Cet agrément, le mieux doté des trois envisagés, doit permettre d'accueillir des usagers rencontrant les plus grandes difficultés. Parmi les besoins répertoriés, nous notons deux profils majeurs de candidats. D'une part, des personnes hospitalisées en psychiatrie sur du long cours et dans l'impossibilité d'accéder à un mode de vie dans la cité sans hébergement avec soutien social et médical de proximité. D'autre part, des personnes plus âgées (plus de 50 ans), ayant consommé, depuis des dizaines d'années, des traitements lourds et qui sont en perte d'autonomie. Fréquemment, ces personnes ont effectué un parcours dans le médicosocial et se retrouvent en difficulté dans des établissements qui ne sont plus en mesure de faire face à l'évolution de leurs besoins⁴³.

1-1-2-2 Le Foyer Occupationnel (F.OC.)

Les F.OC sont des établissements destinés à des personnes dans l'impossibilité d'assumer une activité professionnelle protégée mais susceptibles de se mobiliser plus particulièrement autour des activités. Largement développés ces dernières années du fait du soutien du Conseil Général de l'Hérault à ce type de projet (le Département prend en charge 100% du budget), ces établissements ne sont généralement pas spécialisés pour l'accueil des personnes handicapées psychiques. La structuration habituelle est scindée entre une équipe d'externat, chargée de l'animation des activités et de l'accompagnement de journée et une équipe d'internat, intervenant en soirée et les week-ends.

Ce type de structuration n'offre pas la souplesse adaptée aux besoins des personnes handicapées psychiques. Il conviendra de ce fait de rechercher un mode d'organisation qui permette de proposer des activités tout en assurant une continuité de

⁴³ L'agrément F.A.M. est susceptible de permettre l'accueil de personnes rencontrant des difficultés proches de celle des résidents des Maisons d'Accueil Spécialisées. Il conviendra de mettre en place la communication indispensable afin de faire entendre la spécificité liée à la vocation d'accueil des personnes en situations de handicap psychique dans cet établissement. Le processus d'admission devra pour cela garantir le respect de l'identité des établissements.

présence sur les unités de vie. Cette démarche pourra être défendue auprès du département s'il est démontré que la formule retenue n'engendre pas de surcoût majeur par rapport aux autres F.OC.

Le F.OC. proposera un cadre contenant avec un hébergement de groupe (unités) bénéficiant d'une présence continue.

Le suivi du soin sera garanti par l'établissement mais réalisé en externe, par des médecins privés ou hospitaliers (partenariat).

1-1-2-3 Le Foyer Logement (F.L.)

Sur le département de l'Hérault, les Foyers Logements s'adressaient, jusqu'à ce jour, à des adultes handicapés exerçant une activité professionnelle dans un cadre protégé. Deux options fortes caractériseront les spécificités du F.L. Henri Wallon.

- Les résidents hébergés ne seront pas obligatoirement tenus d'avoir une activité professionnelle.
- L'hébergement sera proposé dans le cadre regroupé d'une résidence de trente studios, formule permettant de proposer un hébergement individuel avec un niveau de sécurisation plus important que pour des appartements dispersés.

Comme pour le F.OC., le suivi du soin sera réalisé en externe.

Les résidents pourront, soit être dans une démarche transitoire d'autonomisation, (dernière étape du foyer avant leur passage à un appartement extérieur avec un suivi à domicile), soit dans une phase stable, correspondant à l'optimum de leur possibilité. La présence, quotidienne, d'un personnel d'accompagnement et les moyens complémentaires offerts par le lieu ressource permettront de tenter l'hébergement de personnes rencontrant des difficultés assez lourdes mais ne pouvant pas vivre dans une structure collective. Toutefois, le suivi sera discontinu et individualisé ; conditions nécessitant une capacité à assumer et à gérer une part de solitude.

1-1-3 Illustration schématique du projet

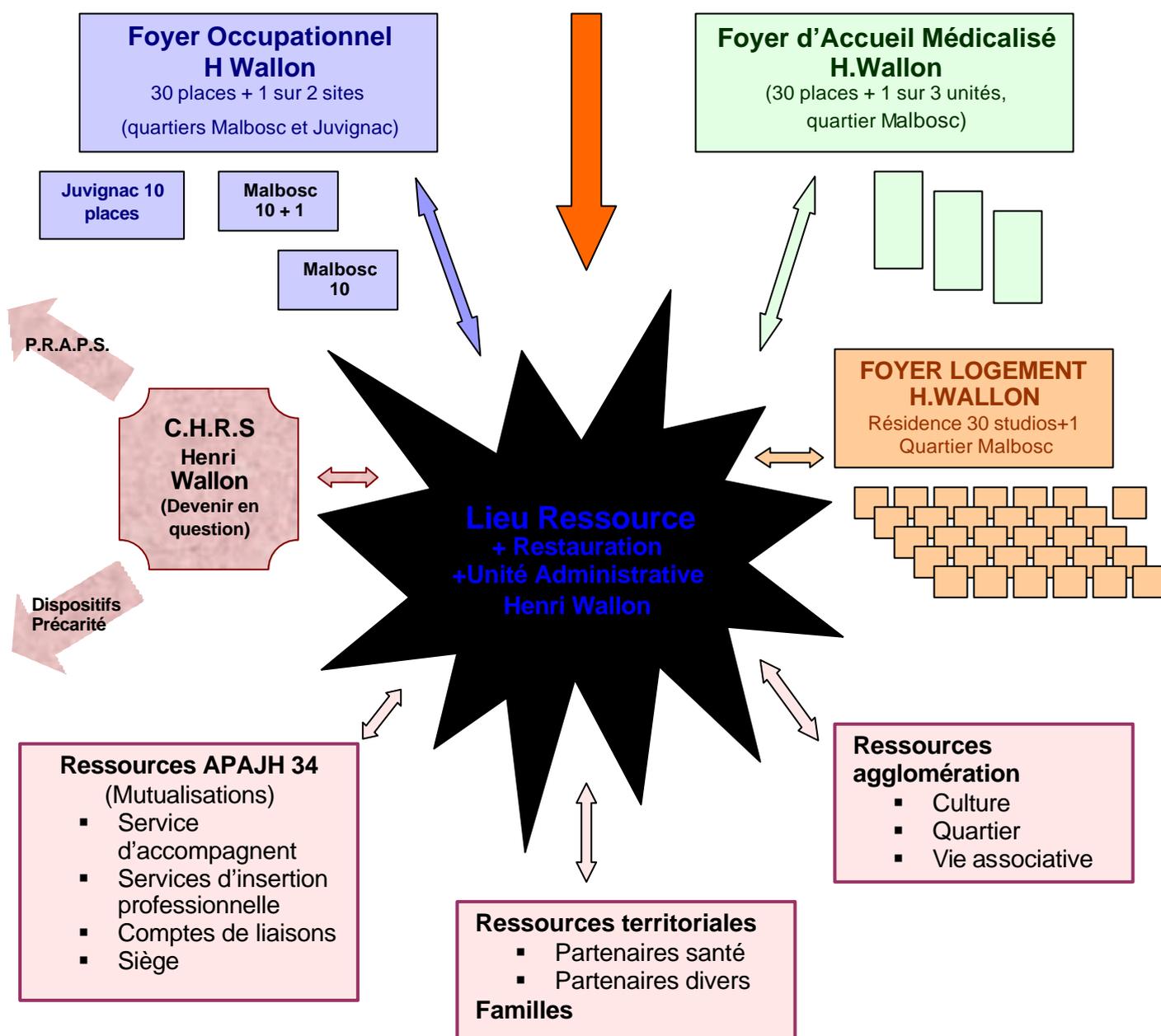
**A.P.A.J.H.34, Henri Wallon:
Schéma du dispositif**

Répondre aux besoins et aspirations des personnes

Mutualiser les réponses de l'association

Pour une réponse coordonnée aux personnes en situation de handicap du fait de la maladie mentale

Construire une pratique de partenariat, Ouvrir le dispositif à tous les acteurs territoriaux



1-2 Conduire une politique de positionnement

Les processus de maturation et d'intégration du projet nécessitent un certain nombre d'étapes. Mon option première a été de structurer mon travail à partir d'un plan d'action dont la vocation est d'apporter une architecture méthodologique à la conduite du projet.

J'ai constaté dans un deuxième temps que ce plan d'action pouvait également être utilisé pour communiquer sur le projet. C'est pourquoi, dès juin 2002, je l'ai porté à la connaissance de l'ensemble des acteurs des établissements (équipes, résidents, familles et instances représentatives du personnel).

Dans la continuité de cette logique, je vais donc présenter en préalable ce plan d'action. Je poursuivrai ensuite par le développement des actions entreprises pour amener les équipes à dépasser les paralysies internes et se projeter vers le nouveau dispositif.

1-2-1 Valider le projet et construire un plan d'action

Ce plan d'action est construit autour de 6 phases (ou étapes) principales.

La première phase (de juillet 2002 à décembre 2002) a eu pour objectif de fixer l'engagement de l'association auprès des personnes en situation de handicap psychique, et de valider le cadre général du projet à construire.

J'ai donc exposé la situation et ma vision afin de relancer un nouveau projet au bureau de l'association avant l'été 2002. Suite à cet échange, la présidente m'a donné deux mois pour élaborer un avant-projet. Celui-ci a ensuite été validé en octobre par le conseil d'administration.

Cette phase intègre toutes les options maîtresses de la restructuration, avec notamment le principe de fédération des trois foyers autour du lieu ressource.

Suite à cette validation, la présidente m'a demandé de préparer les dossiers de présentations en C.R.O.S.S.

La deuxième phase (janvier 2003 à juin 2003) a été celle des échanges préparatoires à la validation du projet par les services de la D.D.A.S.S. et du Conseil Général.

Au regard du niveau de mobilisation budgétaire attendu des services de la solidarité départementale, deux niveaux d'intervention ont été mis en œuvre.

Au niveau politique, les responsables associatifs ont travaillé avec les élus pour faire valoir la pertinence du projet.

Pour ce qui concerne le niveau technique, j'ai régulièrement travaillé avec les responsables des services des établissements de la D.S.D. (Direction de la Solidarité Départementale). Ces échanges se sont avérés indispensables à la fois pour consolider le soutien du Département à ce projet et pour intégrer, en amont de la présentation du dossier CROSS, le cadre général des impératifs techniques et budgétaires conditionnant l'engagement de la solidarité départementale.

Ces démarches ont concouru à dépasser le risque de blocage qu'aurait pu susciter le transfert sans contrepartie d'une charge budgétaire de l'Etat vers le Département.

Les services de la DDASS se sont, quant à eux, mobilisés pour obtenir le financement du forfait soin accompagnant ainsi le redéploiement de l'ancien C.H.R.S. vers un nouvel agrément, perspective permettant de libérer l'enveloppe mobilisée jusque-là par le pôle social.

Le troisième chantier a été celui de l'élaboration du cahier des charges architectural. Les besoins répertoriés ont permis d'orienter la recherche et l'acquisition d'un terrain pour implanter le lieu ressource, et de préparer la mise en place d'un conventionnement avec un office H.L.M. pour la construction de l'hébergement.

Ce travail, particulièrement complexe sur l'agglomération de Montpellier (du fait d'une saturation du marché de l'immobilier) a duré toute l'année 2003. La validation des options envisagées a nécessité de nombreux échanges avec les services du département.

Un premier avant-projet sommaire a pu cependant être réalisé pour le mois de juin 2003 afin d'être en mesure de déposer le dossier F.A.M. en CROSS.

La quatrième phase est la validation des dossiers par le CROSS. A la demande du Département, ce travail a été conduit en deux temps.

En septembre 2003, j'ai présenté le dossier du F.A.M., dossier entièrement référencé au projet général en préparation. Ce dossier a été appuyé par les représentants des services de l'Etat et du Département et a reçu un avis favorable à l'unanimité des membres présents.

Concernant le F.O.C. et le F.L., 2004 étant l'année d'élaboration du schéma, le Département nous a demandé d'attendre le premier trimestre 2005 afin d'intégrer le projet dans le nouveau schéma. Début 2005, en fonction du calendrier de la commission (fenêtre), je proposerai la deuxième partie du dossier en CROSMS.

Je me suis impliqué dans la démarche participative initiée par le Conseil Général de l'Hérault pour préparer ce schéma.

La cinquième phase concerne la finalisation du projet. Elle comprend à la fois la démarche participative d'élaboration du projet (septembre 2003 à juin 2004) et la validation de la procédure d'évaluation (de septembre à décembre 2004).

La sixième et dernière étape est celle de l'ouverture concrète du dispositif (prévue début 2006), avec la finalisation de son projet immobilier, la réalisation des investissements mobiliers et la mise en place de la procédure de recrutement du personnel. Conformément à la réglementation, l'ouverture des établissements nécessitera au préalable leur validation par les commissions ad hoc (sécurité, accessibilité, hygiène, conformité).

1-2-2 De « l'autogestion » à la « gouvernance »⁴⁴

Pour laisser la place utile à l'enracinement d'un projet nouveau, il y a nécessité de dégager le terrain nécessaire à son implantation. Lors de ma prise de fonction, ce terrain m'a paru passablement encombré par les restes hétéroclites des constructions et représentations antérieures, autant de vestiges du projet originel. Pour poursuivre cette illustration géologique, ce terrain ne pouvait pas être exploité tant qu'un travail de fouille préalable n'avait pas permis la mise à jour et en sens de l'histoire vécue.

Je citerai ici Marcel Sassolas dont le propos qui suit me paraît illustrer un des aspects des difficultés rencontrées : *« Il n'est facile pour personne de se démarquer des images idéalisées sur lesquelles s'est construite une identité professionnelle. C'est sans doute en raison de cette difficulté propre au fonctionnement mental de tout être humain que les novateurs sont si rares et que les innovations rencontrent tant de résistances »*⁴⁵.

Peu après ma prise de fonction, j'ai impulsé, en relation avec les équipes, un travail d'analyse institutionnelle. J'ai fait appel pour ce faire à Paul Fustier. Pendant deux

⁴⁴ Pour RUANO-BORBLAN Jean Claude et WEMAËRE Jean le concept de gouvernance recouvre de multiples interrogations : *« Comment penser la décision et les motivations des acteurs divers qui détiennent désormais des parcelles de pouvoir ? Comment gérer, piloter, réformer des systèmes institutionnels devenus plus en plus complexes ? (...) la gouvernance est devenue le concept incontournable de toutes les réflexions sur la gestion des organisations et la conduite des politiques publiques. »*
RUANO-BORBLAN J. C., WEMAËRE J., Décider, Gérer, Réformer Les voies de la gouvernance. *Sciences Humaines*. mai 2004 n° 44, page 3.

⁴⁵ SASSOLAS Marcel. *La psychose à rebrousse-poil*. Ramonville : Ed. Erès, 1997, collection « Des travaux et des jours » , page 16.

ans, Paul Fustier a soutenu une élaboration collective dans le but d'initier un mouvement de rupture avec la scène répétitive des enjeux institutionnels. Ce travail a participé à ma crédibilité professionnelle, en me donnant l'occasion de démontrer ma capacité à soutenir ma position de directeur dans un cadre exposé, où venait s'exprimer l'ensemble des représentations critiques vis-à-vis de la fonction de direction. La reconnaissance des compétences d'expertise de Paul Fustier a facilité la mise en sens de ce travail ; la présence d'un intervenant de qualité offrant les avantages cumulés d'une valorisation des salariés et d'un gage de rigueur et de crédibilité quant à la démarche.⁴⁶

1-2-3 Structurer et valoriser la démarche de participation

Du fait des difficultés liées à la tension entre l'urgence générée par une remise en cause dès la fin 2002 de la dotation du C.H.R.S. et les résistances du personnel à envisager tout changement, j'ai retenu comme stratégie d'alterner les rythmes et les modes d'élaboration des travaux. Ainsi, deux réunions organisées avant l'été 2002 ont permis de balayer, avec les équipes, l'ensemble des hypothèses et questions qui se posaient.

Conformément à mon plan d'action, j'ai rédigé durant l'été 2002 le pré-projet global, intégrant les orientations incontournables, tant du point de vue des normes, des réalités budgétaires, du cadre législatif que de celui d'un positionnement prospectif et éthique à affirmer. Ce document définit le canevas général du projet envisagé.

A la rentrée de septembre, la présentation de ce document aux équipes provoque un véritable choc. Les salariés constatent concrètement que le projet est en voie de réalisation et que le processus mis en route est irréversible. Peu de critiques de fond suivent la diffusion de ce pré-projet. L'ensemble des postulats éthiques énoncés par les équipes sont en effet intégrés à ce projet et les références aux hypothèses techniques qui font partie des acquis de la structure sont nombreuses. Pour autant, l'affirmation écrite d'une volonté de structurer la pluridisciplinarité, de contrôler l'exercice des responsabilités, d'impulser une démarche d'évaluation, de rationaliser les coûts, et de revaloriser les charges de structure est un signal fort qui vient marquer dans le concret l'ouverture d'un changement profond et faire rupture par rapport aux références en cours.

⁴⁶ FUSTIER Paul *Le travail d'équipe en institution* Ed Dunod, Paris, 2004.
FUSTIER Paul, KAËS René, ENRIQUEZ Eugène, *L'institution et les institutions*. Paris : Ed Dunod, 2003.
FUSTIER Paul, *Lien d'accompagnement*. Paris : Ed Dunod, 2000.

Bien plus que le réaménagement attendu des fonctionnements, il s'agit là d'un programme d'action visant à la création d'un nouveau dispositif.

La validation à l'unanimité par l'association de ce pré-projet lors du conseil d'administration du mois d'octobre vient renforcer la crédibilité de ce document d'orientation. Cette cohérence entre l'association et la direction a été de nature à consolider le sentiment de sécurité des salariés quant à la fiabilité des options retenues pour amorcer le changement.

De fait, à compter de ce moment, je constate que ne s'exprime plus vraiment de résistance collective au changement et que les questions qui subsistent peuvent se gérer dans le cadre d'entretiens individuels concernant les projets de carrière de chaque salarié.

Le cahier des charges et les repères du changement à construire étant posés, le moment me semble opportun pour initier une démarche de participation constructive. Je choisis pour cela de faire appel à des intervenants extérieurs. Cette démarche me semble indispensable, d'une part pour apporter la méthodologie utile à la conduite des travaux, d'autre part pour décentrer ce travail des préoccupations institutionnelles à court terme.

Mon option stratégique a été de retenir deux choix opérationnels et deux modes d'intervention différents et à mon sens complémentaires.

Pour commencer, en partenariat avec un certain nombre d'établissements de l'A.P.A.J.H. 34 et suite à l'obtention d'un financement exceptionnel de l'organisme collecteur (UNIFORMATION), j'ai fait appel à Jean René Loubat afin d'amener les équipes à élaborer les documents de la loi du 2/01/2002 (règlements de fonctionnement, contrat de séjour, guide d'entretien et d'évaluation).

Pour conduire cette démarche, il m'a paru pertinent de mobiliser ce consultant, spécialiste de ce type d'intervention. Ayant pris au préalable connaissance de ses ouvrages, j'avais conscience que le discours de Jean-René Loubat, notamment sur sa présentation de la question de la prestation de service (Jean-René Loubat provoque volontiers de vives réactions des professionnels du social en utilisant la terminologie de la culture marchande) et sur ses critiques quant à l'idéologie dominante en place dans le secteur allait susciter des réserves et des réactions. Cette stratégie de rupture m'a semblé ici opportune afin d'amorcer le passage à une dimension nouvelle, intégrant notamment le postulat de l'évaluation dans les fondements de la structure.

Les interventions de Jean-René Loubat ont permis effectivement de construire les documents utiles aux quatre établissements concernés selon des modalités articulant les orientations et les valeurs du projet général avec les obligations légales, et ce dans un laps de temps relativement court (trois mois). Une majorité de salariés a participé activement à l'élaboration de ces documents. Quelques uns ont assisté passivement à ce travail, se situant délibérément plus en tant que spectateurs qu'acteurs.

Dans un deuxième temps, j'ai fait appel aux compétences d'intervenants plus proches de l'association (U.R.I.O.P.S.S.), tant du point de vue géographique que de celui des valeurs partagées. J'ai mobilisé, pour ce faire, une part importante des plans formation 2003 et 2004. Le thème général retenu a été intitulé : «*Le projet d'établissement, de la question du sens aux procédures*». Les intervenants ont été missionnés pour mener un travail d'objectivisation des savoir faire fondamentaux des équipes d'Henri Wallon avant de conduire le travail d'écriture des nouveaux projets (par agrément et au niveau de la plate-forme technique). Ils ont donc donné largement le temps et la possibilité à chacun de s'exprimer. Les personnes qui étaient restées délibérément à l'écart dans la première étape ont intégré le travail collectif (j'ai senti de leur part un véritable besoin de se replonger au cœur de l'action). Toutefois, le cahier des charges négocié au préalable stipulait l'intégration du travail mené précédemment avec Jean-René Loubat. De plus, des éléments non négociables du pré-projet d'établissement ont été répertoriés et communiqués à l'ensemble des salariés. Enfin, un calendrier relativement dense, imposant une obligation de production dans un temps donné a également été intégré dans le cahier des charges proposé à l'URIOPSS et communiqué à l'ensemble des salariés.

J'ai, par ailleurs, demandé au vice président de l'association, chargé du suivi de l'établissement de participer au comité de pilotage, ceci afin de valider le lien et la cohérence des orientations développées dans les différents «groupes projet » avec la politique associative et d'entretenir la cohérence de la communication entre association et direction.

1-2-4 Amener à une culture de l'évaluation continue

Depuis l'origine, l'appréciation des professionnels concernant la qualité du travail produit dans la structure Henri Wallon était principalement théorique ou auto référencée. L'élaboration du nouveau projet est une véritable opportunité pour intégrer et valoriser, dans les fondements des références et repères professionnels, une procédure d'évaluation qui soit opérante.

Pour ce faire, le projet ne doit pas se limiter aux considérations générales, qui ne suffiraient pas à clarifier le contenu des actions entreprises et à construire une méthode d'évaluation efficace.

J.R. Loubat ⁴⁷, propose à ce sujet une échelle d'objectifs, structurée sur trois niveaux :

- ✓ « *Les objectifs finaux qui concernent à la fois le long terme et représentent la conjonction entre l'attente de la société et la volonté de l'association* » (ici cela sera : œuvrer au mieux-être des personnes en situation de handicap psychique, faire en sorte que chacun trouve sa place dans la société selon l'optimum de ses capacités...).
- ✓ « *Les objectifs intermédiaires qui rendent les objectifs finaux opérationnels. Ils constituent des étapes de l'action de l'établissement et doivent faire l'objet d'une évaluation constante* » (susciter chez les usagers le réinvestissement de leur image et des désirs de projet, apporter une aide vers l'insertion (à décliner), valoriser la participation sociale, faire mieux identifier le besoin de soin et amener la personne à participer à l'élaboration et à la prise en charge de son soin psychiatrique...).
- ✓ « *Les objectifs à court terme qui concernent les pratiques quotidiennes et qui doivent être régulièrement atteints* » (parvenir à ce que la personne ait une alimentation correcte, un niveau d'hygiène compatible avec le seuil d'exigence du projet, effectue des déplacements autonomes, prenne son traitement, dorme la nuit et se lève le matin, participe aux activités contractualisées...).

Les repères ouverts par cette structuration à trois étages me paraissent de nature à éclaircir le niveau de positionnement du discours et de l'action et à promouvoir les articulations possibles entre une culture de la parole fortement référencée à des convictions éthiques et la démarche concrète nécessaire à tout processus d'évaluation.

Dans cette perspective, le projet de plate-forme rédigé en juin 2004, décline les objectifs selon cette méthode. La formulation du projet a été, de façon continue, analysée en terme de possibilités d'évaluation. La mise en place des procédures d'évaluation détaillées est intégrée dans le cahier des charges des groupes projets. A ce jour, ce travail reste en cours ; l'échéance fixée quant à la finalisation des modalités d'évaluation interne étant la fin de l'année 2004.

⁴⁷ LOUBAT Jean-René. *Elaborer son projet d'établissement médico-social*. Paris : Ed. Dunod, 1997, page 99.

Dès le début de l'année 2005 la procédure d'évaluation sera expérimentée sur l'ensemble des dispositifs transitoires de la structure Henri Wallon.

Philippe Ducalet et Michel Laforcade⁴⁸ proposent deux points méthodologiques qui me paraissent essentiels pour asseoir dans la durée le sens et la pertinence de ce travail d'évaluation.

- ✓ *Un référentiel d'auto-évaluation qui soit inscrit dans une démarche d'amélioration continue*
- ✓ *une méthodologie qui cherche à associer l'ensemble des acteurs (professionnels, usagers et familles).*

Par ailleurs ces auteurs nous rappellent que le référentiel retenu devra à terme démontrer sa cohérence vis-à-vis du dispositif d'évaluation externe.

2- LES OUTILS OPERATIONNELS

2-1 Aspects techniques et financiers du projet architectural ⁴⁹

2-1-1 Implantation géographique dans le quartier Malbosc⁵⁰, à Montpellier

Concernant l'implantation géographique, l'étude des programmes d'urbanisation en cours a permis de prioriser ce nouveau quartier en construction. Ce quartier présente plusieurs atouts. Il s'agit d'un programme nouveau, intégrant le mélange de plusieurs types de populations et d'habitats (maisons de ville et H.L.M.), structurant l'urbanisme autour d'un cœur de quartier (commerces, écoles, équipements divers) et accolé à un très grand espace vert. Le programme paraît avoir intégré les leçons des échecs de nombreuses expériences d'urbanisme antérieures. Construit le long de la première ligne de tramway de la ville, ce quartier est, de plus, particulièrement bien desservi. La taille du quartier paraît adéquate pour implanter et insérer des foyers dans un espace urbain ordinaire (suffisamment grande pour absorber l'intégration des foyers, suffisamment réduite pour rester à taille humaine).

⁴⁸ DUCALET Philippe et LAFORCADE Michel. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Ed. Seli Arslam, 2004, page 71.

⁴⁹ En **annexe n° 6**, les plans des bâtiments en construction ou à construire.

⁵⁰ En **annexe n° 5**, présentation du quartier Malbosc.

Mon souhait était de différencier l'implantation du lieu ressource et de chacun des foyers, d'une part, pour ne pas introduire de confusion entre les lieux de vie et l'espace ressource, d'autre part, pour optimiser le projet d'immersion dans le quartier. J'ai donc cherché à bénéficier de possibilités d'implantation des trois foyers sur des terrains différents dans le même quartier.

Après d'intenses négociations qui ont nécessité une mobilisation associative importante, nous ne sommes parvenus à obtenir qu'un seul terrain, dont la configuration permet d'implanter trois structures d'hébergement contiguës mais indépendantes (avec des accès différenciés).

A l'extérieur de cette zone, mais à environ 200 mètres du lieu d'implantation des foyers, nous avons trouvé un autre terrain disponible, sur le parc d'Euromédecine (parc d'activités dédié au médical, paramédical, laboratoires et tertiaire) terrain moins onéreux mais dont le règlement d'urbanisme est incompatible avec de l'hébergement. Ce terrain s'est révélé adapté à la construction du lieu ressource. Il a notamment pour avantage majeur d'être situé à moins de 100 mètres d'un arrêt de tramway, répondant par là parfaitement à sa vocation de lien et d'articulation avec toutes les ressources de l'agglomération. Dans un souci de réduction des charges et de cohérence technique, j'ai choisi d'accoler au lieu ressource l'unité administrative de la structure et de réserver aux foyers une unique vocation d'habitation.

Les contraintes liées à la pression qui se développe de façon exponentielle sur le secteur de l'immobilier imposent ici une adaptation du projet. La configuration retenue permet d'implanter le projet selon des modalités qui sont bien sûr différentes de la première forme envisagée, mais qui me paraissent cependant compatible avec l'option de l'intégration dans le quartier, de l'ensemble du dispositif. Cette configuration impose cependant une vigilance accrue afin que le cadre bâti n'influe pas vers un fonctionnement fermé sur lui-même, qui irait à l'encontre des options fondamentales du projet.

Les implantations géographiques étant précisées, nous pouvons maintenant aborder les principales caractéristiques architecturales des différents équipements.

2-1-2 Le lieu ressource

Le lieu ressource a pour vocation d'être un lieu vivant et chaleureux. L'entrée donnera sur l'espace bar et salon de 55m², espace qui sera géré par les résidents. Les salles d'activités seront composées d'une grande salle (animation, spectacles, activités

corporelles et théâtrales de 130m² et de quatre salles d'environ 25m² chacune (art plastique, poterie, multimédia, cuisine pédagogique...). Un bureau sera attribué à l'équipe d'animation du lieu ressource.

La cafétéria disposera d'un espace complémentaire important (60 couverts), qui pourra être mis à profit pour les animations culturelles (expositions...). Elle ouvrira par une grande baie coulissante, donnant sur une terrasse, permettant de se restaurer à l'extérieur.

La cuisine offrira un volume suffisant et des circulations adaptées afin que le prestataire puisse soutenir les normes H.A.C.C.P.

2-1-3 les trois foyers

Le foyer logement sera une résidence de 31 studios équipés, implantés sur deux niveaux. Les seuls espaces collectifs seront un grand salon et trois petites buanderies équipées de matériel familial (machine à laver et sèche linge). Chaque buanderie sera partagée par 10 résidents. Chaque studio aura une superficie minimum de 25m². L'accessibilité aux personnes handicapées physiques sera limitée au rez-de-chaussée. L'équipe disposera sur place de deux bureaux.

Le foyer Occupationnel sera implanté pour 20 places sur ce site et pour 10 places dans une villa située à Juvignac, village voisin se trouvant à environ 2 Km sur la même ligne de tram. Cette villa est déjà acquise et entièrement aménagée (ouverte depuis avril 2003, les travaux ayant été effectués dans la première phase de la restructuration).

Pour les 20 places restantes, le foyer sera composé de deux unités de dix personnes, implantées sur deux niveaux.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé comprendra 30 places (3 unités), sur trois niveaux. Mis à part l'infirmerie qui sera attribuée à l'équipe de soins, les unités du F.A.M. et du F.OC. auront les mêmes caractéristiques architecturales.

Chaque résident disposera d'une chambre de 20m² avec salle de bain et w.c. Les espaces collectifs seront une salle à manger donnant sur une terrasse de 30m², une cuisine familiale ouverte, simple cuisine pédagogique (option validée par les services vétérinaires), un salon, une buanderie avec équipement de type familial.

Par un travail sur les lignes et les volumes, l'effet d'alignement du couloir des chambres sera réduit.

Les locaux seront adaptés pour le traitement du linge par un prestataire dans le respect des normes R.A.B.C., les petites buanderies permettant de valoriser la prise en charge autonome de leur linge par les résidents qui en ont la capacité.

Le traitement du linge, la livraison des repas et les règles d'accessibilité imposent la mise en place d'un ascenseur dans ces deux foyers.

Pour répondre aux exigences des services vétérinaires, une cuisine intermédiaire de réchauffage et de stockage entrant dans le protocole de la liaison froide a du être implantée. Cette cuisine répond aux normes H.A.C.C.P et sera mutualisée par les deux foyers. Cette contrainte forte (tant du point de vue financier que de celui de l'organisation) a cependant l'avantage de dégager les cuisines des unités des normes de collectivité, permettant ainsi la construction d'espaces plus simples et chaleureux.

Par ailleurs chaque unité disposera d'un bureau éducatif.

Un espace technique mutualisé sera utilisé par l'ouvrier d'entretien.

2-1-4 L'impact du projet sur la structure financière

Bien que s'appuyant sur une situation financière associative saine, la mise en œuvre du programme d'investissement très important qui est ici envisagé demande la plus grande attention. En effet les établissements disposent de très peu de fonds propres, et la majorité des investissements devra être réalisée par emprunt.

Les emprunts à mobiliser seront de ce fait positionnés de manière à éviter toute impasse financière. Leur durée sera en concordance avec celle du programme d'amortissement.

L'investissement immobilier concernant le lieu ressource et l'unité administrative, s'élève à un montant de 1 660 760 € à répartir sur les trois budgets selon la clé de répartition qui suit (clé de répartition qui s'appuie sur la fréquence prévisible d'utilisation par les différents établissements et qui a été validée par les services du département) :

- 40% F.A.M.
- 40% F.O.C.
- 20% F.L.

Le terrain d'implantation du lieu ressource a été acheté par l'association pour la somme de 190 210 €, démarche venant renforcer le haut de bilan.

Les investissements d'équipement du Lieu Ressource et de l'unité administrative sont programmés à hauteur de 136 203 €

L'équipement de la cuisine sera à la charge du prestataire⁵¹.

Concernant l'hébergement, les investissements à réaliser sont encore plus importants. Le montant programmé s'élève, pour les investissements immobiliers (terrain compris) à 4 180 000 € (somme à laquelle il faut ajouter les 486 000 € correspondant à l'achat et à la rénovation de la villa du F.OC.). Assumer par l'emprunt l'ensemble de ces investissements n'était pas soutenable. Nous avons donc été amenés à nous orienter vers un partenariat avec un office H.L.M. afin que les constructions soient prises en charge par cet office (dans le respect du cahier des charges du projet). Cette solution porte la charge de la location sur les budgets d'exploitation mais réduit considérablement le volume de recours à l'emprunt. De plus, il s'agit de locations ventes, formule qui permettra aux établissements de devenir propriétaires des murs après 30 ans de loyer.

Les renseignements pris auprès des directeurs d'autres établissements ayant procédé selon cette modalité m'ont révélé une lacune majeure concernant l'entretien des murs. Les provisions pour grosses réparations (P.G.R.) étant intégrées au loyer, c'est à l'organisme H.L.M. d'effectuer les investissements et rénovations utiles. Dans la pratique, ce suivi est insuffisant et n'est pas à la hauteur des besoins.

Fort de ces renseignements, j'ai négocié la prise en charge des P.G.R. par l'établissement, solution qui est budgétairement compensée par l'allègement du coût du loyer et qui permet de garantir l'optimisation de ce suivi.

Le montant des investissements mobiliers utiles à l'hébergement est estimé à 373 735 € (plus 45 000€ pour la villa F.OC.).

Anticipant sur les besoins générés par l'ensemble des investissements à réaliser, j'ai conduit le suivi de l'exploitation au plus serré. En conséquence, j'ai obtenu l'accord du département pour affecter l'excédent 2002 du Foyer Logement à l'équipement de cette villa du F.OC.⁵² (pour un montant de 45 000 €).

⁵¹ Le C.A.T. de l'A.P.A.J.H. 34 assurera cette prestation repas. Le paiement de la prestation repas sera calculé en tenant compte des prix et prestations pratiqués par les professionnels (ou autres ateliers protégés) proposant ce type de service sur Montpellier. En effet, en prenant en charge les investissements et en réglant le loyer des murs occupés, le C.A.T. de l'A.P.A.J.H. 34 travaillera sur des bases économiques comparables à celle de la concurrence.

⁵² Cette situation est révélatrice du fait que dans un contexte où le financement provient de la même source, la négociation est globale. Le département concrétise ici sa vision au sujet du suivi de la politique d'investissement en considérant l'affectation des résultats sur l'ensemble de la structure Henri Wallon.

J'ai également proposé au Département d'affecter les résultats 2003 aux investissements du lieu ressource et unité administrative (60 000 € d'excédent pour le Foyer Logement et 66 000€ pour le foyer Occupationnel). Ces excédents couvriront l'ensemble des équipements de l'unité administrative et du lieu ressource.

Malgré mes demandes en ce sens, les services du Département n'acceptent pas que ces excédents affectés soient amortissables. De fait, d'un point de vue comptable, nous devons amortir ces investissements sous une forme dérogatoire dans l'année de l'achat. Lorsque le besoin de renouvellement se produira, il faudra, soit être en capacité de proposer l'affectation de nouveaux excédents, soit recourir à l'emprunt.

Dans le cadre de la même stratégie de développement associatif appuyé sur une vision globale des ressources et besoins, nous avons obtenu l'accord du Département pour affecter un excédent d'un autre établissement de l'association (Foyer Occupationnel) à l'investissement nécessaire à ce projet (montant 100 000 €, transitant par le compte de liaison d'investissements).

La recherche de subventions complémentaires est encore en cours. La seule piste qui paraît devoir déboucher concerne l'achat de lits par des mutuelles pour le F.A.M. et le F.OC., solution qui impose une priorité de place aux adhérents de ces mutuelles en fonction du nombre de lits réservés (une négociation est actuellement en cours pour un total de 5 lits, soit un montant de 175 000€).

Le tableau qui suit présente les ressources et emplois de la section d'investissement.

LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS (globalisé de 2003 à 2006)

	F.OC.	F.A.M.	F.L.
VARIATION DU FONDS DU F.R.I.			
RESSOURCES			
Apport association pour achat du terrain	76 084	76 084	38 042
Subventions d'équipement (négociation en cours)	70 000	105 000	
Excédents affectés à l'investissement	111 000		60 000
EMPRUNTS prévus au plan	677 000	685 000	390 000
<i>Comptes de liaison investissement</i>	30 000	40 000	30 000
Total des ressources = A	964 084	906 084	518 042
EMPLOIS			
INVESTISSEMENTS prévus au plan			
-Terrain	76 084	76 084	38 042
- Constructions (bâtiments LR et UA)	664 304	664 304	332 152
- Equipements mobiliers VILLA F.OC.	45 000		
- Equipement lieu ressource et administratif	66 000		60 000
- Equipements mobiliers hébergements Malbosc	87 366	119 554	93 815
- Autres immobilisations	24 290	44 420	4 290
Total des emplois = B	963 044	904 362	528 299
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	1 040	1 722	-10 257
FRI INITIAL = D			9 989
FRI CUMULE = D + C = E	1 040	1 722	-268

Concernant le F.R.E., la situation de la réserve de trésorerie pourra, si nécessaire, être transitoirement soutenue par un compte de liaison, le bilan consolidé faisant état des marges de trésorerie utiles au niveau de l'A.P.A.J.H. 34.

En effet, le B.F.R. sera appelé à augmenter de façon très conséquente la première année d'exploitation du fait des délais de recouvrement des créances liés à la mise en place des dossiers d'aide sociale des nouveaux résidents (le temps d'instruction des dossiers est à ce jour d'environ 6 mois).

La conduite rigoureuse des budgets d'exploitation est attendue, notamment dans le but d'orienter les résultats vers la consolidation des réserves de trésorerie.

Le compte de liaison d'investissement devra également, à terme, être régularisé. Cette démarche ne revêt cependant aucun caractère d'urgence.

En conclusion, nous constatons qu'avec l'appui des ressources associatives, il est possible de réaliser les investissements utiles pour concrétiser l'ensemble des options techniques que ce projet entend valoriser.

2-2 La concrétisation de trois priorités du projet

Les trois thèmes qui suivent me paraissent illustrer les orientations prioritaires qui soutiennent ce projet

2-2-1 La valorisation de la participation sociale

La loi du 2 janvier 2002 est porteuse de grandes avancées concernant la considération des droits des usagers dans les institutions et services médicosociaux.

Ces orientations vont dans le sens de l'éthique du projet en construction et des valeurs visant à être promues dans le cadre de ce nouveau dispositif Henri Wallon.

Les obligations légales qui cadrent la mise en place des modalités d'accueil et de participation sont, à mon sens, autant d'atouts pour conduire une stratégie de direction.

Je retiendrai donc, comme axe de travail, l'intégration des dispositions légales qui ne se situe pas dans une simple application minimaliste mais qui au contraire, s'appuie sur la mise en place des documents et procédures obligatoires pour promouvoir et faire vivre, de façon optimum, le droit et la participation des usagers.

Le fonctionnement du **conseil de la vie sociale** institué par la loi du 2 janvier a été fixé par le décret du 25 mars 2004. La date tardive de parution de ce décret a été une contrainte à gérer pour l'élaboration de l'ensemble des documents d'accueil et de séjour. En effet, la participation et la concertation des usagers aux différents documents en préparation n'a pas pu se faire dans le cadre du conseil de la vie sociale précisément défini par le décret. L'A.P.A.J.H. 34 a programmé la mise en œuvre des conseils de la vie sociale pour le mois de septembre 2004 (la date limite étant 6 mois après la parution du décret).

L'ancienne structure de participation qui intégrait des représentants de l'association était le conseil de gestion, instance qui se réunissait trois fois par an et où les

usagers étaient représentés de façon minoritaire (2 représentants des usagers sur 10 participants). Cette instance ne m'a paru insuffisante pour faire vivre la participation. Afin de compenser ce manque, j'ai impulsé des rencontres entre résidents et direction, sous la forme **de réunions générales** qui ont été des occasions d'échange sur la vie des établissements, sur la restructuration en cours et les projets de documents en préparation.

En ce qui concerne la vie et les difficultés rencontrées dans les établissements, les résidents se sont montrés très loquaces, démontrant des capacités à communiquer et à faire valoir leurs arguments. Par contre, il s'est avéré beaucoup plus difficile d'intéresser les résidents à la lecture critique de documents remis. Le règlement de fonctionnement n'a suscité que peu d'intérêt de la part des résidents. Le contrat individualisé a, par contre, été investi lors des rencontres individuelles autour de sa préparation et rédaction et est apprécié par les résidents (qui peuvent constater que l'écrit tient compte de leur parole et intègre leurs remarques et suggestions).

Les projets de livret d'accueil, de par leurs vocations plus pédagogiques, leurs aspects synthétiques et illustrés, ont suscité beaucoup plus d'intérêt et ouvert à des débats portant sur les prestations proposées.

Ces documents sont des supports vivants, amenés à évoluer et à être améliorés. Les points de vue des usagers participeront à ces évolutions. En effet, bien que nous soyons dans un cadre de participation consultative, il importe, pour donner sens à cette participation, que les points de vue exprimés soient considérés et pris en compte chaque fois que cela s'avère possible.

Il est envisagé que la participation des résidents puisse notamment être mise en acte autour d'une **association de résidents**. Ce projet, actuellement à l'étude dans un groupe de travail intégrant une majorité de résidents soulève des questions. Toute association loi 1901 dispose d'un statut et d'une indépendance juridique et ne peut être contrainte par un cadre de dépendance à une autre association. Une association de résidents qui serait hébergée dans les locaux de l'A.P.A.J.H. 34 développerait ses activités dans un cadre régi par une convention. Il s'agit ici d'étudier si un tel montage est possible d'un point de vue juridique et s'il est porteur de sens pour les résidents. La promotion de la participation des résidents devant se faire sur des bases claires et non démagogiques, il a déjà été convenu, qu'en cas de mise en place formelle, que cette association ne remplacera pas le conseil de la vie sociale ; instance garantissant le respect de la participation au sens de la loi du 2 Janvier 2002.

Dans tous les cas, et malgré les difficultés prévisibles, la mise en place d'une association (aux statuts officiels ou pas) sera impulsée. Cette décision est basée sur le postulat que seule l'action permettra de révéler les vraies difficultés et possibilités de la démarche et que le débat contradictoire sur l'étude de cette hypothèse pourrait durer longtemps. Cette association permettra aux résidents qui le souhaitent d'acquérir des responsabilités au sein du lieu ressource (gestion de permanences, du bar, de la bibliothèque, du point d'information sur la vie culturelle...). Nous pouvons, en outre, espérer qu'elle devienne force de proposition auprès des équipes, de la direction, de l'association.

L'animateur référent de cette association veillera à rappeler les engagements de chacun quant à la présence aux réunions, à la rédaction des comptes rendus, au suivi des décisions prises. Il sera chargé de garantir le fait que l'association de résident puisse bénéficier de tous les soutiens logistiques utiles.

Sur chacune des différentes unités de vie, **une réunion hebdomadaire** réunissant l'ensemble des résidents de l'unité, 2 représentants de l'équipe d'animation et 1 représentant des services d'entretien, permettra de faire vivre la participation au plus près des préoccupations quotidiennes. Ces réunions sont animées par un résident, selon une procédure précise permettant d'en structurer le fonctionnement. Un secrétaire note sur le cahier de réunion les points traités, les questions et les réponses apportées. Ce cahier est tenu à disposition de chacun sur l'unité. Il peut être consulté sur place ou porté à la connaissance d'un des membres de la direction à la demande d'un résident ou d'un membre de l'équipe.

En conclusion, il convient de noter que la question de la participation des usagers demande une attention constante. Il s'agit en effet de rester vigilant afin de prévenir les écueils. Brigitte Bouquet nous met en garde à ce sujet sur le fait que le discours sur le droit des usagers « (...) peut être une stratégie d'instrumentalisation de l'utilisateur. L'utilisateur peut rester un « individu problème », déguisé en citoyen. La « chosification » de l'utilisateur se cacherait sous une parodie d'égalité des droits. Les enjeux se joueront dans la capacité des professionnels à investir les nouveaux rapports avec les usagers en vue d'une société plus humaine et plus juste. »⁵³

2-2-2 L'individualisation des projets et des prestations

⁵³ BOUQUET Brigitte, *Ethique et travail social ; Une recherche de sens*. Paris : Ed. Dunod, 2003., Page 60.

La personnalisation des prestations fait partie des orientations majeures demandées à l'ensemble des établissements médicosociaux. C'est à l'établissement de s'adapter aux singularités des usagers et non pas aux usagers de se plier à un moule standardisé qu'imposerait « le bon fonctionnement » de l'établissement. Cette considération du concept de « l'utilisateur au cœur du dispositif » rencontre aujourd'hui un assentiment généralisé. La question ne me paraît pourtant pas si simple et mérite quelques précisions.

Les moyens des établissements sont contenus dans des enveloppes qui imposent aux gestionnaires de limiter les charges et d'optimiser l'utilisation des financements mobilisés. Cette évidence impose des contraintes fortes, qui, bien entendu, ne permettent pas de construire des prestations entièrement personnalisées. Il importe donc d'énoncer dans le cadre du projet, de façon précise et claire, les marges de manœuvre possibles (latitudes aux individualisations) et les incontournables qu'imposent la structuration du fonctionnement. Le respect des usagers nécessite en effet de se montrer vigilant, afin de ne pas présenter une version idéalisée de l'établissement qui ne correspondrait pas à la réalité des actions pouvant y être conduites.

Les résultats produits par la procédure d'évaluation continue permettront de mesurer et de rectifier les éventuels écarts entre les prestations annoncées et celles qui auront été effectivement réalisées.

Le projet de la plate-forme technique est de permettre **une adaptabilité des réponses**. Cette adaptabilité est valorisée par la fédération des trois établissements autour du lieu ressource, organisation qui va permettre d'enrichir le panel des propositions et ouvrir des possibilités aux usagers de s'inscrire dans une structuration de leur quotidien qui prenne en compte leurs souhaits et besoins. Cette pluralité des réponses est ici un outil central afin de valoriser la notion de **projet personnalisé**.

Le contrat personnalisé est l'outil pivot de la conduite des projets. Comme tout document contractuel il est, d'un point de vue juridique, opposable. L'étude juridique que l'A.P.A.J.H. 34 a commandée sur cette question conseille de faire part de la plus grande prudence quant aux objectifs contractualisés, au risque d'être pris en défaut par une éventuelle procédure en cas d'impossibilité à remplir les objectifs fixés. Pour autant, tout projet ayant pour ambition de promouvoir l'insertion, la participation sociale et l'avancée vers plus d'élan vital suppose une mise en mouvement et donc des prises de risque. Afin de surmonter la tension induite par la confrontation du cadre juridique avec le sens des prestations proposées, le directeur doit rechercher des solutions. Il s'agit ici de gérer le

contexte de « *judiciarisation de l'intervention sociale et médicosociale* » et de résister à la production « *d'une intolérance partagée à toute prise de risque pourtant inhérente à l'activité sanitaire et sociale et à la fonction de direction* »⁵⁴.

La structuration du contrat mis en place détermine des niveaux d'objectifs différents, répartis selon la nature des engagements et la gradation de l'objectif de réalisation. Cette hiérarchisation permet d'aller plus loin dans l'énonciation des perspectives à explorer, en différenciant clairement le niveau d'action qui fait partie des engagements des établissements et celui qui se situe au niveau des perspectives à travailler, sans qu'il soit possible d'en garantir la réalisation.

Le résident peut, de ce fait, dans une partie du document prévu à cet effet, demander à inscrire ses objectifs personnels, fussent ils irréalisables du point de vue de l'équipe. Ainsi, des résidents dépendants d'un accompagnement important, peuvent envisager l'avenir sous la forme d'une vie autonome en appartement, même lorsque cette perspective semble irréaliste aux accompagnants. Ne pas prendre en compte cette « utopie » serait nier le droit du résident à utiliser l'expression de son rêve comme une béquille lui permettant de ne pas s'effondrer complètement devant le bilan de sa vie. Ce processus de « fuite en avant » peut être un mouvement indispensable pour que la personne parvienne à supporter ses limites et son impossibilité à assumer une « normalité » dont il ne pourra jamais faire totalement le deuil (il s'agit également d'un processus lié au fonctionnement mental de tout être humain, l'évocation de la question du projet pouvant facilement suggérer des perspectives idéalisées).

De plus, pour certains résidents, ce type de démarche appellera des expérimentations réelles de leurs objectifs personnels, selon des modalités sécurisées et accompagnées. L'expérience révèle que lorsque les moyens utiles sont mobilisés, des résidents peuvent nous surprendre en soutenant leur projet d'autonomisation. Ainsi, par exemple, une incapacité à assumer les tâches quotidiennes (ménage, repas...) n'est pas un argument réhibitoire du point de vue de l'expérimentation à la vie dans un studio Foyer Logement. Ce type de difficulté peut en effet être assez facilement compensé par des prestations spécifiques (ménage, livraison repas, repas extérieur...). Par contre la capacité de la personne à pouvoir assumer sa part de solitude et à s'inscrire dans un réseau (fut-il aidé) est un critère souvent beaucoup plus déterminant qui conditionne la faisabilité d'un projet de vie sur un appartement indépendant.

⁵⁴ DUCALET Philippe et LAFORCADE Michel, *Op. Ci. (note47)*, page 63.

Pour les personnes hébergées en foyer collectif (F.A.M. et F.OC.), le recueil de l'expression des souhaits et besoins individuels ne va jamais de soi. En effet, le poids et les préoccupations liés au collectif menacent toujours de prendre le pas sur les expressions singulières.

Dans le but d'apporter une réponse à cette difficulté, j'ai demandé à Jean René Loubat, dans le cadre de ses interventions sur la structure, de conduire auprès des équipes l'élaboration **d'un guide d'entretien**. Ce guide, très complet et qui nécessite environ une heure trente de réalisation annuelle auprès de chaque usager, s'est révélé être d'un grand intérêt. En effet, en prenant la peine de s'appuyer sur ce support pour faire un tour complet des questions venant à se poser, se révèlent des souhaits et points de vue qu'aucun membre de l'équipe n'avait jusque là perçus. Cet état de fait a été dans les premiers temps déstabilisant pour des équipes investies dans le « vivre avec » et persuadées de ce fait d'être au plus près des préoccupations des résidents. Il est cependant bien évident que la plus grande des proximités n'est pas une garantie suffisante quant à la bonne compréhension de l'autre. L'écoute professionnelle suppose un cadrage, une méthode préalable, pour se déprendre des projections habituelles qui amènent à l'insidieuse conviction que l'on est en capacité de parler pour l'autre.

Pour l'instant, le principe de recueil de données dans le cadre de cette procédure n'a pas été retenu pour le foyer logement, les différents supports individualisés formalisés paraissant adaptés pour recueillir, auprès de ces résidents, leurs préoccupations.

2-2-3 L'inscription dans une dynamique de réseau et de mutualisation

« La décision de s'inscrire dans un partenariat suppose un préalable : que l'établissement soit pensé comme une structure ouverte à des projets conçus en association avec d'autres institutions, y compris extérieures à son champ de compétence. Ce choix, qui suppose en même temps de maintenir l'identité de la structure, se justifie au vu de l'évolution générale des institutions et des considérations théoriques. »⁵⁵

Pour concrétiser cette option fondamentale du projet, plusieurs niveaux d'action sont ou seront mis en oeuvre. Des conventions vont permettre de cadrer les relations partenariales et de définir avec précision les relations entre institutions ou services. Ces

⁵⁵ JAEGER Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*. Paris : Ed Dunod, 2000, page 21.

conventions sont chaque fois positionnées dans une stratégie d'échange et d'intérêt réciproque pour les deux parties.

Trois conventions sont déjà signées ou en cours de préparation.

➤ Convention avec le C.H.U.⁵⁶ de Montpellier

Cette convention définit les relations avec l'hôpital psychiatrique de Montpellier, les modalités d'hospitalisation et offre une priorité d'admission dans les foyers jusqu'à 50% des effectifs pour les personnes orientées depuis l'hôpital. Il s'agit là d'un élément fondamental du projet. Au-delà des relations autour des questions d'hospitalisation, l'élaboration de cette convention m'a déjà permis de rencontrer l'ensemble des médecins chefs de services et des services sociaux de l'hôpital et de relancer une dynamique d'échange et de partenariat.

Par ailleurs, une autre convention est en discussion avec le **secteur psychiatrique de Béziers**. L'objet de cette convention est un projet d'accueil temporalisé (durée 1 an pour 10% des places). Cette prescription permettrait aux personnes orientées de bénéficier d'un cadre permettant de soutenir leur processus de consolidation psychique. Ces personnes ne pourraient pas rester après cet accueil, la structure n'ayant pas vocation à amener ces personnes à s'implanter sur Montpellier. Pour la structure Henri Wallon, ce fonctionnement apporterait davantage de renouvellement au niveau des usagers, ce qui pourrait être un facteur de dynamisation.

Le service prescripteur resterait présent tout au long de l'accueil et prendrait en charge la mise en place de la sortie.

➤ Convention avec l'I.R.T.S. de Montpellier

Le lieu ressource est un lieu de recherche qui sera support d'expérimentation (participation, ouverture sur la cité, projets individualisés) L' I.R.T.S. s'engage à proposer de façon continue la présence de stagiaires (éducateurs ou assistants sociaux en formations) pour travailler sur ces thématiques.

➤ Convention avec U.F.R. S.T.A.P.S., Université de Montpellier I (Unité de Formation et de Recherche des Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives), filière activités physiques adaptées.

Le lieu ressource sera un terrain de stage et de recherche pour cette filière. L'U.F.R. s'engage à proposer régulièrement des étudiants pour animer des activités physiques

⁵⁶ Le texte complet de cette convention figure en **annexe n° 3**

adaptées, à objectifs thérapeutiques (réhabilitation motrice, réentraînement,...) et récréatives pour les personnes ayant des difficultés psychiques.

L'U.F.R. S.T.A.P.S. de Montpellier offre un cursus complet de formation « Activités Physiques Adaptées » (spécialités de licence et master).

D'autres conventions sont déjà à l'étude et concernent les équipements psychiatriques privés, des compagnies de théâtre et de danse, des associations culturelles et de quartier.

A chaque fois, le terme de l'échange sera clairement défini. La mise à disposition de salles et de moyens par la structure étant une des monnaies d'échange possibles. L'utilisation du lieu ressource par des personnes extérieures sera systématiquement valorisée comme un support d'échange et d'insertion.

Ces mutualisations de moyens seront également développées en direction des établissements médicosociaux de la région.

Au niveau des résidents, il sera utile de promouvoir toute possibilité de permutation, (stages, séjours temporaires, échanges de places) afin de permettre aux résidents de souffler par rapports aux difficultés liées à leur environnement quotidien ou de s'essayer à un nouveau projet.

Au niveau du personnel, des programmes de formations partagés avec d'autres établissements seront impulsés. Des permutations temporaires de personnel pourraient également être un support pertinent pour conduire la politique de gestion des ressources humaines. Il est acquis que cette impulsion sera développée au niveau des établissements de l'A.P.A.J.H. 34. Je soutiendrai pour ma part des propositions pour promouvoir cette stratégie de management au delà de l'association.

Par ailleurs, l'implication dans des associations locales et régionales (Comité Languedoc Roussillon des Croix marine, LAROSAM., C.R.A.P.S...) qui valorisent des échanges sur des thèmes de réflexion ayant trait aux pratiques professionnelles, est de nature à valoriser le lien avec les professionnels du champ sanitaire et l'inscription des salariés dans une démarche de recherche.

L'A.P.A.J.H. 34 vient d'être agréé comme organisme de formation. De ce fait, il sera possible d'organiser, dans la salle polyvalente du lieu ressource, des journées de formations ouvertes aux acteurs régionaux des secteurs social, sanitaire et médicosocial.

Toutes ces actions s'inscrivent dans le cadre de la stratégie associative d'implication dans le développement de réseaux territorialisés. Il s'agit d'articuler l'action développée en direction du public handicapé psychique avec la promotion d'une « action

sociale conçue comme la production d'une communauté de citoyens définissant les modes de leur liaison »⁵⁷.

2-3 La gestion prévisionnelle et préventive de l'emploi et des compétences

2-3-1 Fonder une équipe de direction

Avec l'embauche de 1,5 E.T.P. chef de service, l'équipe de direction sera au total composée, pour la structure Henri Wallon, d'un directeur et de 2,5 E.T.P. chef de service. J'étudie à ce jour plusieurs modalités possibles de répartition des responsabilités (par établissement et/ou par type de mission).

La valorisation de la participation et des compétences disponibles en interne appelle à situer la place et les responsabilités de cette équipe de direction. Les chefs de service doivent assurer une fonction de contrôle, de garantie et de structuration du travail. Ils ne sont pas pour autant des experts à la polyvalence sans limite et n'ont pas de ce fait à intervenir sur tous les registres de décisions concernant les accompagnements. Ce positionnement situe les missions des cadres au niveau d'une équipe de direction garante de la conduite générale des actions des établissements, veillant au respect des documents et engagements internes (projet d'établissement, contrat individualisé, procédure d'évaluation...), des relations partenariales, du code du travail, des procédures liées à l'hygiène et à la sécurité...

Patrick Lefèvre rappelle à ce sujet qu'il est en effet essentiel « *de bien distinguer les positions symboliques et les responsabilités. Un nombre important de tâches effectuées par les dirigeants sont souvent inutiles ou pourraient être effectuées par d'autres collaborateurs. Exercer le pouvoir de direction, c'est faire le deuil de places que l'on ne peut occuper ou qui doivent être occupées par d'autres.* »⁵⁸

Cherchant à promouvoir toute possibilité de responsabilisation, les compétences techniques disponibles dans les unités et le lieu ressource seront valorisées, des missions de coordinations seront confiées pour ce faire à des animateurs 1^{ère} catégorie et à un infirmier. Les équipes disposeront de ressources et de la régulation utile pour arrêter les

⁵⁷ AUTES M. Principales caractéristiques des politiques sociales territorialisées, (extrait de : « Les paradoxes du travail social, Paris, Dunod, 1999, pp. 130-134), Problèmes politiques et sociaux : Le travail social, *La documentation Française*, juillet 2003, N° 890, page 53.

⁵⁸ LEFEVRE P., Diriger, conduire le changement. Un paysage recomposé : la direction dans le champ de l'action sociale. *Informations Sociales*. Avril 2002, n° 101, Ed. C.N.A.F.. (pp. 28-41).

décisions techniques. L'appel au cadre ne devra concerner que des arbitrages de nature exceptionnelle.

2-3-2 Départs à la retraite, mutations et processus de changement

Devant l'ampleur du processus de mutation que je dois conduire, j'ai rapidement repéré qu'il ne serait pas possible d'amener l'ensemble du personnel vers cette nouvelle structuration des professionnalités et missions au service du nouveau projet en gestation.

Les résistances au changement m'ont paru être entretenues par deux facteurs. D'une part, par un petit groupe d'anciens salariés, désintéressés par la question du changement, et pouvant faire valoir assez rapidement des droits à la retraite. D'autre part, par la proportion des salariés « historiques » de l'établissement asseyant plus volontiers leur pratique sur leur sentiment de légitimité collectivement auto-attribué plutôt que sur la prise en compte des décisions du directeur.

J'ai accompagné les départs à la retraite des premiers. Concernant les autres, j'ai soutenu un nombre important de démarches de mutation. Il faut noter également que des salariés ont spontanément choisi de quitter l'association, ne parvenant pas à envisager une nouvelle identité professionnelle dans les établissements en projets.

Au final, et malgré toutes mes craintes initiales, je constate que le temps et l'obstination ont permis de déplacer ces difficultés. Après seulement trois ans d'action en faveur du changement, les anciens salariés de la structure ne me paraissent plus être porteurs d'une inertie de groupe, ni faire frein à la conduite du projet.

Le mouvement qui est en route étant entendu comme irréversible, les réflexes de « survie professionnelle » et d'adaptation individuelle amènent la plupart des anciens salariés à devenir acteurs du nouveau projet. Cette expérience m'amène à penser que la constance et la cohérence quant aux actions conduites sont autant de qualités susceptibles de réhabiliter l'espace de latitude au management. Pour ce faire, il faut cependant accepter de travailler avec le temps, tout en composant avec des échéances et en acceptant le fait que des processus de maturation sont souvent incontournables.

2-3-3 Recruter et intégrer de nouveaux salariés

Les organigrammes projetés font état d'un projet sur les trois établissements de la structure Henri Wallon comprenant environ 60 E.T.P., composés pour deux tiers de nouveaux salariés.

En outre, cet organigramme fait entrer la pluridisciplinarité dans les équipes en intégrant parmi les nouveaux postes de travail des A.M.P., des infirmiers, des agents de service intérieur, un ouvrier d'entretien, un ergothérapeute, et des médecins.

Ces professionnels seront recrutés à partir d'une évaluation de leurs compétences et de leurs capacités à composer avec les manifestations des pathologies psychiatriques. Parmi les arguments de recrutement, la tranquillité et la stabilité psychique individuelle seront systématiquement recherchées.

Avec les anciens salariés, l'établissement dispose en interne de ressources importantes à valoriser dans ce **travail de transmission et d'apprentissage**. L'expérience des crises, de la confrontation avec la souffrance psychique, de la gestion de situations difficiles et conflictuelles fait partie du patrimoine et du savoir faire professionnel. Par le mixage des équipes d'animation, entre anciens et nouveaux salariés, il est possible d'apporter un début de réponse. Par des stratégies de formations collectives, il sera nécessaire de poursuivre ce mouvement.

La mise en œuvre des différents outils qu'offre **la pluridisciplinarité des équipes**, permet d'apporter des regards pluriels sur l'utilisateur. C'est une garantie indispensable pour échapper au risque de voir l'accompagnant polyvalent incarner « la référence » de l'utilisateur. Cette démarche est, de plus, de nature à restaurer une professionnalité de chaque spécialité, comme gage de qualité des actions complémentaires développées.

Pour Robert Soler, « *la communauté d'action partagée inscrite sur le papier par la dénomination de l'équipe pluridisciplinaire n'est qu'un vœu pieux tant que les divers professionnels n'arrivent pas à se retrouver sur la base d'idées de travail partagé* »⁵⁹. C'est en valorisant les valeurs promues par le projet qu'il me paraît possible de dépasser les difficultés prévisibles et de valoriser une communauté d'action

La mise en sens des différentes actions des professionnels sera cadrée par l'ensemble des documents de la structure et des établissements, partant du projet général jusqu'aux fiches de postes. La démarche consiste à nommer et à définir le travail attendu, en intégrant comme préalable la démarche de suivi et d'évaluation des actions.

Je serai particulièrement vigilant au positionnement des actions des salariés qui ne sont pas en fonction d'animation. Les agents de service et l'ouvrier d'entretien seront amenés à côtoyer les usagers et auront de ce fait, au delà de la bonne réalisation de leur tâche, leur part à jouer dans la qualité de l'accompagnement global proposé. Un travail de sensibilisation, de formation et de suivi de ces équipes devra être mis en place.

⁵⁹ SOLER R., *Pour une politique citoyenne de santé mentale, actes du forum d'octobre 2002 au ministère de la Santé*, sous la direction de CORNIERE Hélène et LADSOUS Jacques, Ed. Le Scribinaire, Paris 2002, (pp 122-124).

Afin de veiller à éviter toute confusion quant aux fonctions et au travail attendu, il est nécessaire que ce travail de suivi soit conduit par un cadre de la structure (chef de service).

Toutes les actions entreprises viseront à donner des repères, des limites et des outils utiles afin que les interventions des professionnels n'impliquent pas de risque de maltraitance, (fussent-ils très indirects) et s'inscrivent bien dans le projet d'établissement.

2-3-4 Valoriser et cadrer la responsabilisation

Les stratégies mises en place pour cadrer le fonctionnement de l'établissement, positionner le rôle de la hiérarchie et définir la place de chacun dans l'organisation d'ensemble ne s'opposent pas à un objectif général de responsabilisation. **L'objectif est de maîtriser le niveau de qualité du travail accompli et non pas les hommes** qui, par l'exercice de leur profession, sont les producteurs de cette qualité. Au contraire, la valorisation des espaces d'initiative est un atout pour la production de prestations de qualité, à la condition de cadrer et d'articuler les actions et potentialités individuelles à une élaboration globale au service du projet.

Au sujet de la motivation professionnelle des salariés changeant de cadre d'action, Renaud Sainsaulieu écrit : *« Le transfert de normes de relations d'une situation à l'autre ne peut s'opérer que si les individus retrouvent dans leur nouveau milieu de travail des moyens réels pour mettre en œuvre leurs anciennes capacités stratégiques. En d'autres termes, un changement de structure d'organisation s'opèrera sans grande résistance ni anomie si les acteurs sociaux retrouvent dans leur position nouvelle autant de contrôle de sources de pouvoir, autant de possibilités d'action collectives, autant de partenaires d'alliances qu'ils avaient dans leur position antérieure »*⁶⁰.

La rédaction **de fiches de postes** est un acte fort qui permet à chaque salarié d'identifier clairement ce que l'on attend de lui et par la même de structurer les complémentarités d'action. L'introduction d'une démarche de participation dans le processus de préparation de ces fiches, donne à chaque salarié la possibilité de donner son avis sur la définition et les attendus de son poste, et peut ainsi infléchir les décisions de la direction quant à la rédaction de sa fiche.

⁶⁰ SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, mai 1988, collection « Références ». Page 291.

L'objectif n'est pas de nommer, dans une démarche forcément réductrice (et donc improductive), l'ensemble des actions à conduire par le détail, mais plutôt de jalonner le champ d'actions et de responsabilités qui concerne la mission de chaque poste de travail.

Au regard des différentes qualifications, la marge d'indépendance et de responsabilisation n'est pas de même nature. Ainsi, à partir du niveau de formation III, il est attendu que le personnel démontre des capacités d'autonomie professionnelle importantes. **Cette autonomie est liée à une capacité à rendre compte du travail effectué** (capacité à rendre compte que je conçois comme la définition même de l'autonomie professionnelle). Pour ce faire, le personnel devra soutenir tous les engagements concernant le renseignement de la procédure continue d'évaluation des actions conduites.

J'ai retenu, pour l'instant, l'option de conduire moi-même **les bilans annuels** du personnel. Cet outil de management est d'un grand apport. Par ce contact individuel avec l'ensemble des salariés, je peux appréhender de façon très précise le positionnement de chacun dans les établissements, les difficultés, les craintes ou les résistances qui s'expriment, les projets professionnels individuels. Cet outil me permet de «prendre le pouls » de l'institution.

Depuis trois ans que ces entretiens annuels sont en place, plusieurs salariés se sont positionnés dans un projet professionnel d'envergure. Deux sont en attente d'un financement C.I.F., trois autres ont déjà entamé une formation de cadre (chef de service). La mise en perspective de leur carrière dans le cadre des bilans individuels a été, à mon sens, un facteur déclenchant à ces démarches. Dans tous les cas, même lorsque aucun recrutement interne n'est envisageable, ce type de démarche est intéressant, tant pour les positionnements professionnels individuels (ne pas se contenter des acquis mais défendre des exigences pour aller de l'avant) que pour le collectif (effet d'émulation et retour sur la dynamique du collectif).

Il reste cependant à élaborer une méthode d'évaluation des actions professionnelles. En aucun cas, ces rencontres annuelles ne doivent devenir le lieu d'expression du jugement du directeur, dans un face à face qui serait de nature à bloquer toute possibilité d'évolution. Pour faire entrer un outil qui fasse tiers et qui permette de se décoller du risque d'un jeu de représentation binaire (bon ou mauvais), j'envisage de préparer, avec l'aide d'un intervenant extérieur, une fiche d'évaluation qui serait complétée par le salarié (auto évaluation) puis par le chef de service et discutée avec le

directeur dans le cadre des entretiens annuels. L'objectif est de promouvoir un processus qui permette de définir chaque année l'état des points forts et des points faibles, les axes d'actions prioritaires visant à compenser ces derniers, les méthodes permettant de mesurer les évolutions à venir.

La réalité du secteur (convention collective, mode de financement) ne permet pas d'envisager un intéressement financier au résultat de l'investissement professionnel. Les gratifications sont plutôt à rechercher dans l'intérêt porté à la qualité de son travail, dans les démarches d'innovation, dans les espaces de création.

Les possibilités d'évolution interne et des responsabilités confiées font partie des éléments à disposition. En effet, parmi les postulats de départ concernant la gestion des ressources humaines, j'ai énoncé, dès l'ouverture des travaux sur le projet, que le principe des évolutions des postes et des changements réguliers d'équipes faisait partie du projet de fédération.

2-3-5 Formation et démarche de recherche

La formation est un levier majeur pour promouvoir une politique des ressources humaines qui soit dynamisante pour l'ensemble des acteurs professionnels et porteuse de qualité pour le service rendu aux usagers. Avec l'arrivée des nouveaux salariés et la mise en place de l'ensemble de la plate-forme, un ensemble de besoins importants va émerger. L'option que je retiens est de travailler à répertorier l'ensemble des besoins avec la nouvelle équipe, lorsque tous les dispositifs seront ouverts.

La nature innovante du projet et la complexité des ambitions soutenues justifieront des demandes de financements exceptionnels susceptibles de me permettre de construire un projet d'envergure (financement F.S.E., aides publiques mises en place dans le cadre des E.D.D.F.⁶¹, Région, fonds mutualisés d'Uniformation, effort financier des établissements). Il s'agit là d'une démarche lourde, nécessitant un important travail préalable. Sa mise en place impliquera tous les niveaux des établissements et toutes les qualifications. L'objectif que je retiens est de valider cette hypothèse début 2005 et de travailler sur la mise en place du projet précis en 2006.

⁶¹E.D.D.F. : Engagements de développement de la formation, aide publique confirmée par la circulaire n° 95-7 du 31 mars 1995 du ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Conclusion de la deuxième partie

Le projet de fédération des trois foyers autour du lieu ressource est maintenant porteur d'intérêt et d'investissement pour les salariés en poste. Il commence également à être un sujet de préoccupation pour les résidents qui à la fois, manifestent des inquiétudes et de l'intérêt au sujet du projet en préparation.

Le recrutement et l'accueil des nouveaux salariés seront des étapes décisives pour créer une nouvelle dynamique collective. C'est en affirmant des valeurs et en prenant appui sur celles-ci que j'entends positionner la priorité des préoccupations de chacun sur l'intérêt porté aux usagers.

Du point de vue financier, les budgets accordés seront dans le meilleur des cas, dans la moyenne des agréments concernés sur le département. Les dossiers en préparations ont été validés par les services du département sur ce principe. Cette situation demandera la plus grande attention dans la conduite des budgets d'exploitation.

J'ai retenu le choix de sous traiter la restauration et la prise en charge du linge afin d'alléger les préoccupations d'intendance et de pouvoir mobiliser toutes les énergies sur le cœur du métier. Ne minimisons pas toutes les adaptations qui vont s'avérer nécessaires pour faire vivre un lieu ressource dont la mise en œuvre a été travaillée tant sur le concept que la méthodologie mais qui n'a aucun recul lié à l'expérimentation. Je serai particulièrement vigilant sur le suivi des actions impulsées dans cet espace, considérant qu'il s'agit là du moteur du projet. De son bon fonctionnement dépendent la cohérence et la qualité des prestations proposées sur l'ensemble de la structure Henri Wallon.

CONCLUSION

Pendant 25 ans, la structure Henri Wallon a mis en œuvre un accompagnement social dans la cité destiné à des adultes handicapés psychiques. Nous avons vu que ce positionnement était très innovant en 1978 et reste pertinent aujourd'hui. Toutefois, l'établissement s'est montré peu réactif aux évolutions majeures des secteurs sanitaire, social et médicosocial. Ces évolutions peuvent être condensées par les trois points de synthèse qui suivent :

- Le secteur sanitaire a effectué une profonde mutation, les durées d'hospitalisations psychiatriques ont été réduites et l'hôpital a développé un nombre important de services extra muros.
- Le secteur social tente de faire face à une explosion des besoins. La tension économique durable et l'exacerbation des exigences en terme de performance et d'adaptabilité ont conduit une partie significative de la population vers la précarité sociale. Cette situation a un impact majeur sur le cadrage des missions et moyens des C.H.R.S.
- La loi du 2 janvier 2002 vient asseoir le processus de mutation des établissements médicosociaux. L'exigence de qualité, l'intégration des normes, les procédures d'évaluation sont autant d'indicateurs qui caractérisent le processus de professionnalisation que ce secteur a maintenant l'obligation légale d'intégrer.

Dans cet environnement, les atouts techniques de départ ne suffisent pas à garantir la continuité des établissements. L'étude menée en première partie a confirmé l'hypothèse posée à l'ouverture de ce travail. Pour le directeur, il fallait mettre en œuvre le passage d'un établissement qui fonctionnait depuis 25 ans, de façon invariable, autour de la même identité expérimentale, vers un nouveau projet prenant en compte l'ensemble des éléments contextuels.

Le diagnostic de la situation a révélé à la fois des facteurs favorables et des éléments antagonistes à la conduite de ce changement. Parmi les facteurs favorables, nous avons relevé le mouvement de reconnaissance du concept de handicap psychique. Parmi les difficultés qui caractérisent cette situation, il a fallu prendre en compte un contexte sociopolitique qui tend à limiter les dépenses publiques.

Le diagnostic révèle également que l'obligation de mutation est une opportunité pour conduire le changement dans un établissement porteur d'une dynamique interne présentant des résistances à toute évolution.

J'ai par ailleurs répertorié les atouts qui caractérisent la structure Henri Wallon. Dans cette perspective, il a été possible de développer un plan d'action prenant en compte l'évaluation des potentiels existants. Par ce mouvement, j'ai cherché à faire fructifier les aspects positifs des spécificités culturelles et techniques qui caractérisaient les établissements à ma prise de fonction. La « démarche projet » a révélé, conformément aux hypothèses de départ, qu'il était possible de s'appuyer sur les compétences disponibles pour bâtir un fonctionnement articulé à une procédure d'évaluation continue. Ce processus de profonde mutation n'a cependant pas pu être conduit de façon linéaire. De fait, des démarches de ruptures se sont avérées nécessaires pour amener les salariés à investir ce nouveau mode de professionnalisme.

Le facteur temps s'est effectivement révélé être un atout important. Pour prendre corps, le processus de changement exige des étapes et des espaces de maturation. La constance, la fiabilité et la cohérence quant aux actions et communications conduites par le directeur sont gages de réussite à moyen terme.

La stratégie de management visant à rationaliser la gestion des ressources humaines (fiches de postes, procédures de contrôles, évaluation des actions conduites) s'avère ici tout à fait compatible avec une démarche participative. Ce constat amène à tourner définitivement la page du « mythe tenace de l'établissement autogéré » sans pour autant basculer dans un mode de management qui ne serait que directif et autocratique. Il s'agit plutôt d'accepter de gérer la complexité et d'élaborer des décisions qui intègrent dans la réflexion les motivations des différents acteurs qui détiennent des parcelles de pouvoir⁶².

L'hypothèse de la fédération de trois établissements autour d'un lieu ressource a été validée comme étant de nature à répondre aux objectifs recherchés. Cette option permet en effet de mettre en œuvre des prestations adaptables et d'offrir des possibilités de trajet, d'évolution et d'individualisation de l'accompagnement en fonction des souhaits et possibilités des personnes. Le lieu ressource est un espace mutualisé qui a sa propre identité, différenciée des foyers. Il permet de ce fait de promouvoir l'adaptabilité des prestations et l'ouverture recherchée.

L'implantation de l'immobilier a pu être réalisée dans le respect du cahier des charges établi au préalable. Des compromis se sont cependant avérés nécessaires. Le contexte immobilier montpelliérain a en effet imposé le regroupement géographique des

⁶²RUANO-BORBLAN Jean Claude et WEMAËRE Jean. Op. Cit. (note 43).

trois foyers. L'architecture et le fonctionnement devront être de nature à compenser cet inconvénient afin de ne pas perdre de vue l'objectif d'immersion du dispositif dans la cité. Les différents foyers ont été étudiés afin de préserver à la fois, l'intimité, la sécurité, la liberté et la qualité de vie des résidents. Le lieu ressource sera un espace privilégié, conçu pour valoriser l'expression, la participation et l'insertion des usagers. Pour autant, ces infrastructures ne sont que des outils au service du projet.

L'analyse de la situation financière de l'association et des établissements m'a permis de m'assurer de la faisabilité du projet. L'appui de l'association, tant du point de vue politique que financier, a été un facteur prépondérant pour réussir sa mise en oeuvre.

La valorisation des ressources territoriales et associatives est intégrée dans le cœur du dispositif. Les dynamiques de réseau et de mutualisation sont des leviers majeurs pour soutenir des actions de qualité et maintenir la réactivité nécessaire aux évolutions sociales. Cette dynamique concerne l'ensemble des acteurs des établissements, usagers comme salariés.

L'ensemble du projet est guidé par une recherche générale de développement de la qualité des prestations au service des usagers. Un tel projet se met en oeuvre en concevant des stratégies de direction visant à développer la qualité des professionnels et la cohérence de la pluridisciplinarité. Parmi les outils incontournables, l'évaluation et la formation doivent être mises en action avec la plus grande efficacité.

Au bout de presque quatre ans de mobilisation, ce projet est maintenant prêt à voir le jour. La construction du lieu ressource est en cours, celle des foyers débutera à la fin de l'année. L'ouverture du dispositif ne sera qu'une étape supplémentaire. C'est dans la durée, qu'il conviendra de concrétiser avec réussite la mise en acte du projet. Les surprises, aléas ou opportunités nouvelles, ne manqueront pas de s'exprimer. Il conviendra, pour poursuivre, de les aborder, avec comme ligne directrice la volonté de toujours chercher à améliorer la qualité des actions conduites.

Les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas sans ressource. C'est aussi par l'émotion partagée et la qualité de l'échange, qu'elles contribuent à la détermination du directeur. Cet apport participe au maintien du lien et de la cohérence entre le niveau d'exigence, nécessaire à la conduite technique des établissements, et une position éthique de valorisation des droits de la personne handicapée à vivre en ayant les moyens d'exprimer toute son humanité.

Bibliographie

AZEMA B., BARREYRE J.Y., CHAPIREAU F., JAEGGER M., *Point sur, Classification Internationale des Handicaps et Santé Mentale*. Paris : Ed. CTNERHI, GFEP, 2001.

BOUQUET Brigitte, *Ethique et travail social ; Une recherche de sens*. Paris : Ed. Dunod, 2003.

DUCALET Philippe et LAFORCADE Michel. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Ed. Seli Arslam, 2004.

ENRIQUEZ Eugène, FUSTIER Paul, KAËS René, *L'institution et les institutions*. Paris : Ed Dunod, 2003.

EY Henry. *Manuel de psychiatrie*. Ed Masson et compagnie, 3^{ème} édition, 1970.

FOUCAULD Jean Baptiste et PIVETAU Denis. *Une société en quête de sens*. Paris : Ed. Odile Jacob, octobre 1995.

FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1976.

FRIEDBERG Erhard, *L'organisation et son développement, Le pouvoir et la règle, Dynamique de l'action organisée*, Paris : Seuil, coll. Essais, deuxième édition revue et complétée, 1997.

FUSTIER Paul, *Lien d'accompagnement*. Paris : Ed Dunod, 2000.

FUSTIER Paul. *Le travail d'équipe en institution*. Paris : Ed Dunod, 2004.

JAEGGER Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*. Paris : Ed Dunod, 2000.

JOLIVET Bernard. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Edition Croix-Marine, 1994.

LE GRAND ROBERT, Volume V, Paris : Ed. du dictionnaire Robert, 2001.

LE LIVRE BLANC DES PARTENAIRES DE SANTE MENTALE. France, Paris : Editions de santé, 2001.

LE VOCABULAIRE DES PHILOSOPHES, XX^{ème} siècle, Paris : Ed. Ellipses, 2002.

LOUBAT Jean-René. *Elaborer son projet d'établissement médico-social*. Paris : Ed. Dunod, 1997.

MASSE Gérard. *La psychiatrie ouverte, rapport au ministre de la santé*. Rennes : Ed ENSP, 1992.

MINARD Michel. *Histoire et histoires en psychiatrie*. Toulouse : Ed. Erès, 1992.

RESNIK Salomon. *Espace mental*. Collection des travaux et des jours. Toulouse : Ed. Erès, 1994.

SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, mai 1988, collection « Références ».

SASSOLAS Marcel. *La psychose à rebrousse-poil*. Ramonville : Ed. Erès, 1997, collection « Des travaux et des jours ».

THEVENET Amédée. *Créer, Gérer, Contrôler un équipement social ou médicosocial*. Paris : ESF, 1990.

MEMOIRES, REVUES ET PUBLICATIONS DE COLLOQUES

AUTES M. Principales caractéristiques des politiques sociales territorialisées, (extrait de : « Les paradoxes du travail social, Paris, Dunod, 1999, pp. 130-134), Problèmes politiques et sociaux : Le travail social, *La documentation Française*, juillet 2003, N° 890, page 53.

BLOCH LAINE F. Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, Rapport présenté au Premier ministre, Paris, *La documentation Française*, décembre 1967.

CHARZAT M. Rapport à Madame Ségolène Royal, Ministre déléguée à la Famille à l'Enfance et aux personnes Handicapées, *Mission parlementaire*. Mars 2002.

DARNAUD T., Le ludion institutionnel, L'institution, un système ouvert bien fermé, *Les cahiers de l'Actif* N° 308/309.

GODARD-JOUANNIC V. *Handicap et maladie mentale de l'adulte : la collaboration institutionnelle des acteurs du soin et de la compensation sociale est-elle à la hauteur des leurs espoirs ?* Mémoire ENSP, Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, Rennes, 2002.

INFODAS, *Le financement des établissements et services sous compétence de l'état, résultats synthétiques 1999*, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Novembre 2000 n° 70.

JEAGER M; La psychiatrie Entre l'ornière et l'échappée *Vie sociale* n°3. Paris, Ed ;Cédias-Musée social, juillet-septembre 2003. (pp. 9-17).

LEFEVRE P., Diriger, conduire le changement. Un paysage recomposé : la direction dans le champ de l'action sociale. *Informations Sociales*. Avril 2002, n° 101, Ed. C.N.A.F.. (pp. 28-41).

MINARD M, *Actes du XX^{ème} anniversaire de la structure Henri Wallon, A.P.A.J.H.* 34, Montpellier, octobre 1998, (pp 54-62).

MIRAMON J.M., Promouvoir le changement, *Les cahiers de l'actif* N° 314-317.

RUANO-BORBLAN J. C., WEMAËRE J., Décider, Gérer, Réformer Les voies de la gouvernance. *Sciences Humaines*. mai 2004 n° 44, page 3

SARAZIN I. Questions à Jean Canneva « Offrir un accompagnement adapté aux malades psychiques » *Actualité Sociale Hebdomadaire* 8-06 2001 n° 2218

SOLER R., *Pour une politique citoyenne de santé mentale, actes du forum d'octobre 2002 au ministère de la Santé*, sous la direction de CORNIERE Hélène et LADSOUS Jacques, Ed. Le Scribinaire, Paris 2002, (pp 122-124).

UNAFAM. Organisation des soins psychiatriques : l'Unafam confirme les carences. *Actualité Sociale hebdomadaire* 2-02-2001 n° 2200.

RÉFÉRENCES DES PRINCIPAUX SITES INTERNET CONSULTÉS

Assemblée nationale : www.assemblee-nationale.fr

E.N.S.P. : www.ensp.fr/services/default.htm

Légifrance : www.legifrance.gouv.fr

Rapport Charzat : www.shf-france.org/handicapes/charzat.htm

Sénat : www.senat.fr

SERM, société d'Economie Mixte de la Région Montpellieraine : www.serm-montpellier.net

STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social : www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm

U.R.I.O.P.S.S. Languedoc Roussillon : languedocroussillon.cpa.asso.fr/uriopss.html

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Diagnostic de la situation, points forts, points faibles.....II

Annexe n° 2 : Structure Henri Wallon : Récapitulatif historique et
illustration chronologique.....III

Annexe n° 3 : Les axes d'action du lieu ressource : présentation schématique.....V

Annexe n° 4 : Convention avec le C.H.U.....VI

Annexe n° 5 : Présentation du quartier Malbosc.....XIII

Annexe n° 6 : Plans du bâti

- Façade des foyers (quartier Malbosc).....XIV
- Rez-de chaussée des foyers.....XV
- 1^{er} étage des foyers.....XVI
- 2^{ème} étage des foyers.....XVII
- Lieu Ressource.....XVIII
- Unité Administrative.....XIX

Annexe n° 1

Tableau diagnostic

Points forts	Points faibles	Niveau d'intervention
Expérience du public, savoir faire	Estimation auto référencée, pas de procédure d'évaluation	Etablissement
	Equipe de direction transitoire réduite (1 directeur et 1 chef de service pour 4 établissements)	
Possibilité d'ouverture de dispositif transitoire	Nécessité d'ouverture de dispositifs transitoires sur des bases non consolidées	
Intégration de la loi du 2 02 2002 (droit des usagers)	Multiplications des chantiers au même moment	
Solidité et crédibilité locale de l'association	Culture du réseau non formalisée Crédibilité nationale mise à mal (fédération A.P.A.J.H.)	Etablissement et local
	Priorité portée sur d'autres créations depuis 10 ans	Association
Modification des procédures de créations	Fenêtres des demandes CROSMS	Intégration de la contrainte
Soutien de la DASS aux solutions transitoires	Financement pilier du dispositif (CHRS) immédiatement remis en cause	
	Situation économique générale très mauvaise	
	Loi 2 01 2002: Passage d'une logique de besoin à une logique de moyens	
Schéma départemental en préparation	Attendre 2005 (nouveau schéma)	Implication dans la préparation du schéma
Besoins reconnus dans le champ du handicap psychique	Rivalité et opposition sanitaire / social	Local et réalités administratives à intégrer
Décentralisation et relation de qualité avec le département	Décentralisation: afflux des charges financières sur le département (A.P.A., R.M.I., R.M.A., ...)	
Appui municipal possible pour l'acquisition d'un terrain	Situation de l'immobilier catastrophique sur Montpellier (explosion des prix, absence de terrains)	Avec l'association, politique local
Révision loi 75-534: reconnaissance du handicap psychique	Déclaration d'intention non suivie à ce jour par une concrétisation budgétaire	Niveau politique local et national

Annexe n° 2

Structure Henri Wallon : Récapitulatif historique et illustration chronologique :

Etapes de développement

- ✓ 1978 : ouverture du **C.H.R.S. Henri Wallon** pour 14 places destiné à un public handicapé par la maladie mentale ayant bénéficié de soins psychiatriques
- ✓ juillet 80 : extension de la capacité du CHRS Henri Wallon à 30 places
- ✓ Mars 80 : création de l'**E.P.S.R Henri Wallon** (Equipe de Reclassement, de suite et de Réinsertion)
- ✓ Avril 86 : Création du **Foyer Logement Eclaté Henri Wallon** (20 places)

Etapes de crise

- ✓ Janvier 96 : avis favorable du CROSS pour la transformation de l'agrément C.H.R.S. en un agrément « appartements thérapeutiques »
- ✓ Juin 96 : Arrêté préfectoral rejetant cette demande pour cause d'impossibilité de financement
- ✓ 2000 : instruction d'un contentieux budgétaire concernant la réduction drastique du budget C.H.R.S.
- ✓ Octobre 2000 : l'EPSR devient un établissement autonome, (En effet la nouvelle mission de cet E.P.S.R. renommée **CAP Emploi, A.P.A.J.H. 34** ne permet plus de soutenir un accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées psychique, notamment du fait des obligations de résultats en terme de placement imposées par l'AGEFHIP)
- ✓ 2002 Remise en cause des possibilités de financement du C.H.R.S. par la D.D.A.S.S. En effet, du fait des spécificités historiques de ce dispositif, le niveau de la dotation est trois fois supérieur aux normes de l'agrément, situation qui n'est pas compatible avec la réalisation du programme prévu dans le schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion.(schéma mis en place conformément à la loi de 1998 contre l'exclusion).
- ✓ Janvier 2003 : La capacité du C.H.R.S. est provisoirement ramenée à 20 places

Étapes de repositionnement

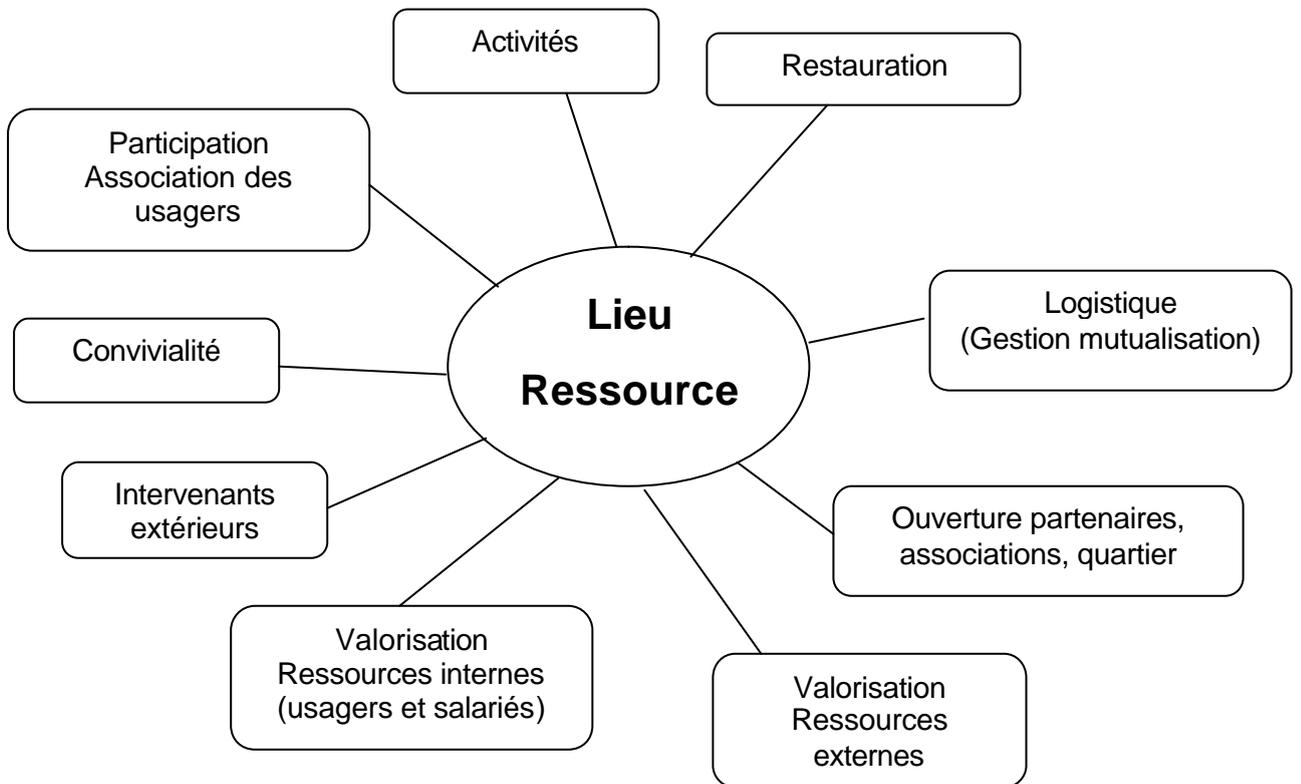
- ✓ Janvier 2003 : Ouverture d'un **Foyer Occupationnel** pour 10 places
- ✓ Janvier 2003 : la capacité du **Foyer Logement** est provisoirement ramenée à 16 places, le fonctionnement en est restructuré.
- ✓ Juin 2003 : Ouverture d'un C.H.R.S. « précarité » pour 15 places (C.H.R.S. 2003)
- ✓ Juin 2004 : Ouverture d'un **Foyer d'Accueil Médicalisé** pour 10 places

Refondation du projet

- ✓ Fin 2005: mise en place du nouveau dispositif (90 places), **fédérant autour d'un lieu ressource** un Foyer Logement, un Foyer d'Accueil Médicalisé et un Foyer Occupationnel de 30 places chacun.
- ✓ 2005 - 2006 : Inconnu concernant la poursuite ou l'abandon de l'agrément C.H.R.S. La décision dépendra à la fois des choix de politique associative et des résultats de l'expérimentation du dispositif précarité.

Annexe n°3

Les axes d'action du lieu ressource : présentation schématique



Annexe n°4 : Convention avec le C.H.U.



n°2003

Convention

1.2 CONVENTION

Entre

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, 191 avenue du Doyen Gaston Giraud - 34295 Montpellier Cedex 5, représenté par son Directeur Général, Monsieur xxx
Ci-après dénommé le CHU,

d'une part,

et l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (A.P.A.J.H. 34), 284 avenue du Professeur Jean-Louis VIALA, Parc Euromédecine II, 34193 Montpellier Cedex 5, représentée par sa Présidente, Madame xxx, gestionnaire de la structure Henri Wallon et de ses établissements,

Ci-après dénommée l'A.P.A.J.H. 34,

d'autre part,

1.2.1 Article 1 : Objet de la convention

La présente convention fixe les relations et l'articulation des champs de compétences, entre la plate forme technique de la structure Henri Wallon développée en direction des publics handicapés psychiques et les services publics de santé mentale.

Elle permet l'échange d'idées et l'utilisation en commun de moyens. Cet objectif doit respecter les projets et les méthodes de fonctionnement de chacune des équipes thérapeutiques et socio-éducatives concernées par la convention.

La convention organise la continuité des prises en charge des personnes transférées d'un établissement vers un autre. Il s'agit du mouvement de patients du CHU vers les établissements de la structure Henri Wallon et des éventuels transferts depuis les établissements de la structure Henri Wallon vers le CHU.

La convention instaure des liens fonctionnels entre, d'une part, les différents secteurs de santé mentale rattachés au CHU, d'autre part, les établissements de la structure Henri Wallon, suivants :

- foyer occupationnel : 30 places
- foyer d'accueil médicalisé : 30 places
- foyer logement : 30 places

La convention pourra être ultérieurement étendue à d'autres activités ou établissements qui seront créés par l'A.P.A.J.H. 34.

Article 2 : L'accueil et la prise en charge

Article 2.1. : Principes généraux

L'admission dans les établissements de la structure Henri Wallon s'effectue dans le respect du libre choix de la personne concernée et sur l'indication d'une évaluation médicale et sociale réalisée par le médecin responsable du CHU et son équipe ou par des équipes du réseau de santé.

Article 2.2. : Modalités

Afin d'atteindre ces objectifs généraux de la convention, plusieurs conditions doivent être respectées :

- la validation de la proposition d'admission par le directeur de la structure Henri Wallon, qui a seul compétence pour cela, par délégation de la présidente de l'A.P.A.J.H. 34, sur la base des conditions définies par le projet d'établissement. Tout refus d'admission devra faire l'objet d'une lettre de motivation ;
- la pertinence des indications d'admission à la structure Henri Wallon par les cliniciens du CHU ;
- la qualité des informations transmises ;
- le respect des règles de l'accueil dans la structure Henri Wallon ;

- le développement d'échanges professionnels entre les équipes médicales et médico-sociales concernées ;
- la ré-admission au CHU des patients qui décompenseraient leur trouble psychiatrique lors de leur séjour à Henri Wallon dès que la disponibilité en lits le permet ;
- la mise en place d'une démarche qualité ou d'une procédure d'évaluation conforme aux dispositions légales.

Les personnes admises dans l'un des établissements médico-sociaux de la structure Henri Wallon doivent avoir préalablement obtenu une orientation COTOREP adéquate.

Article 3 : Organisation des demandes d'admission et rôle des parties/partenaires dans la prise en charge des patients ou l'accompagnement des résidents

Article 3.1. : Obligations communes aux deux parties

Les deux parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour travailler dans le respect des prérogatives et des missions de chacun.

Les parties signataires s'engagent à accueillir les patients et les handicapés psychiques :

- après avoir vérifié que leur état est compatible avec les missions des services qui les accueillent
- après avoir vérifié leur disponibilité en places

Dans l'hypothèse où la dégradation de l'état de santé d'un patient hospitalisé au CHU (après transfert de l'un des établissements de la structure Henri Wallon) rendrait impossible son retour dans l'établissement d'origine, les deux équipes concernées mettront conjointement tout en œuvre pour trouver une réponse mieux adaptée à ce cas.

Article 3.2 : Rôle et obligations du CHU

Les praticiens hospitaliers des secteurs de santé mentale de Montpellier ou leurs représentants :

- sont tenus informés du contenu des prestations proposées aux personnes accueillies dans l'un des établissements de la structure Henri Wallon;

- accueillent dans la mesure du possible les résidents de la structure Henri Wallon si leur état de santé nécessite une hospitalisation et s'engagent à conduire le soin hospitalier jusqu'à ce que l'état de santé des personnes concernées soit compatible avec leur retour dans leur établissement.

Sous réserve de convergence avec les valeurs fondamentales de l'A.P.A.J.H. 34, les personnels des secteurs de santé mentale rattachés au CHU peuvent, s'ils le souhaitent, adhérer au Comité Départemental de l'A.P.A.J.H. 34.

Article 3.3. : Rôle et obligations de l'A.P.A.J.H. 34

L'A.P.A.J.H. 34 s'engage à recevoir dans les établissements précités (article 1), et à raison de 50% de leurs capacités, les personnes qui lui seront adressées par l'ensemble des secteurs et inter secteurs rattachés au CHU.

Les patients relevant du CHU ont, à la demande des chefs de service hospitaliers concernés, priorité pour une prise en charge dans la limite de ce quota. Lorsque des places réservées au CHU sont inoccupées, la structure Henri Wallon peut les utiliser pour d'autres personnes en informant le Directeur de l'Hôpital La Colombière.

Inversement, si d'autres places non réservées par le CHU sont disponibles, des personnes adressées par les secteurs et inter secteurs de santé mentale du CHU pourront être accueillies.

La structure Henri Wallon :

- respecte la polyvalence des situations et des pathologies,
- coordonne les prises en charge, la surveillance, le suivi de l'adaptation et du traitement des pathologies intercurrentes,
- produit des accompagnements de qualité et s'adresse à des résidents domiciliés dans la proximité mais ne pouvant vivre de façon autonome à domicile. Elle participe à la réinsertion du résident et collabore avec les structures et réseaux du bassin de santé,
- garantit la continuité du suivi des besoins médicaux,
- accueille tous types de pathologies psychiatriques dans la mesure où leur handicap correspond au projet de la structure.

Article 4 : Qualité des informations communiquées avant le transfert et lors du transfert

Les parties s'engagent à échanger par écrit (ou par téléphone confirmé par un courrier ou une télécopie) toutes les informations nécessaires afin d'assurer la continuité des soins et répondre ainsi favorablement à la prise en compte globale de la personne par les deux établissements.

En ce qui concerne les personnes admises dans le foyer d'accueil Médicalisé, un rapport sur leur état de santé sera établi avant le transfert par un médecin de l'établissement de départ à l'attention du médecin de l'établissement d'arrivée. Ce rapport, placé sous enveloppe cachetée, accompagnera le patient.

S'agissant des personnes admises dans les établissements non médicalisés, à la sortie d'une hospitalisation, le compte rendu d'hospitalisation sera transmis par le médecin hospitalier à la structure Henri Wallon à l'attention du médecin traitant.

Réciproquement, la direction de la structure Henri Wallon communiquera une synthèse des éléments techniques concluant à une éventuelle demande d'hospitalisation.

Dans tous les cas une ordonnance ou une fiche de traitement sera jointe à ces résumés.

En cas de prise de médicaments vendus par les seules pharmacies hospitalières, un traitement d'appoint, tenant compte de conditions d'approvisionnement auprès de cette pharmacie, sera remis au patient lors de son transfert.

Il est convenu que les équipes médicales et médico-sociales concernées favoriseront les échanges directs pour éviter notamment les retours au sein du CHU via le service des urgences.

Article 5 : Respect des règles d'accueil

Chaque établissement s'engage à organiser les transferts non urgents de telle sorte que l'arrivée dans l'établissement d'accueil ait lieu entre 09h00 et 12h00.

Article 6 : Développement d'échanges professionnels entre les équipes médicales et médico-sociales des deux établissements

Il est convenu que les équipes médicales et médico-sociales des deux établissements établiront une évaluation commune des actions à conduire ensemble pour garantir un bon niveau de formation mutuelle.

Des stages pour mieux appréhender les pratiques pourront être organisés dans les services des deux établissements.

Toutes ces actions seront évaluées lors de la réunion annuelle citée au paragraphe 7.

1.2.2 Article 7 : Démarche qualité et évaluation

Dans la mesure de leurs possibilités, les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre l'évaluation de cette convention. Les données chiffrées qui en seront issues pourront donner lieu, une fois par an, à une réunion des parties. Plusieurs indicateurs pourront être étudiés, comme par exemple :

- le nombre de transferts (d'Henri Wallon vers le CHU et réciproquement) ;
- le nombre de refus d'admission ;
- les délais entre la demande d'admission et l'admission ;
- la durée moyenne de séjour des patients transférés ;
- la durée moyenne de séjour annuelle ;
- le nombre de re-admissions et leurs causes ;
- l'origine des personnes transférées ;
- les heures d'arrivée des patients et résidents ;
- le nombre de dossiers médicaux incomplets.

Article 8 : Prise en charge des transports

Le déplacement est pris en charge conformément à la réglementation commune des transports sanitaires.

Article 9 : Durée de la convention

La présente convention est établie pour une durée d'un an à compter de la date de sa signature, elle est renouvelée par tacite reconduction.

Article 10 : Dénonciation

Chaque partie pourra dénoncer cette convention sous réserve d'un préavis de trois mois.

Article 11 : Responsabilité

La responsabilité de chaque co-contractant pourra éventuellement être recherchée en cas de défaillance ou de faute commise dans le cadre de ses obligations telles que définies dans la présente convention.

Article 12 : Litige

Tout litige fera l'objet d'une tentative de conciliation entre les parties.

En cas d'impossibilité de trouver une solution amiable, le litige sera porté devant le tribunal administratif de Montpellier.

Fait en deux exemplaires à Montpellier le

Le Directeur Général
du CHU de Montpellier

La Présidente de l'A.P.A.J.H. 34

Annexe n°5

PRESENTATION DU QUARTIER MALBOSC

Texte extrait du site de la S.E.R.M. (www.serm-montpellier.net)

QUARTIER MALBOSC : la ville entre parc et jardin



Le Quartier Malbosc se situe au Nord Ouest de Montpellier, contre le Parc Euromédecine, à proximité du domaine historique du Château d'O.

A flanc de coteau par rapport à la route de Grabels, il est bordé d'espaces boisés et jouxte le futur Parc Malbosc d'une surface de 30 hectares.

Sa conception s'appuie sur l'idée de nature dominante et la combinaison de différents aménagements paysagers à différents types d'habitat : habitat individuel, collectif et maisons de ville.

Le Quartier Malbosc est intimement lié au Parc Malbosc, son prolongement à la fois champêtre et urbain. De la même façon que la programmation du parc s'est attachée à mettre en valeur la mémoire agricole du site, les vignes et les vergers, le Quartier Malbosc est organisé en fonction de la richesse naturelle de son relief et de ses espaces verts.

Le Quartier Malbosc offre en plus des équipements propres au quartier, la proximité (à moins d'un kilomètre) de nombreux équipements structurants : Domaine du Château d'O, Maison Pour Tous, Stade de la Mosson (Mondial 98), médiathèque, théâtre Jean VILAR, ...

Une place centrale se situe au croisement de l'urbain et du paysager. Accroche entre le végétal et le minéral, elle a pour vocation d'accueillir les services (station de tramway, commerces, équipement scolaire...) et d'offrir la convivialité d'un lieu particulièrement plaisant, à l'entrée du quartier, grâce à la présence des grands pins.

A partir de la grande place, l'urbanisation s'adapte aux caprices du relief : des immeubles collectifs à l'habitat individuel en passant par des maisons individuelles superposées, en terrasse à flanc de pente. Les immeubles les plus hauts sont implantés en partie basse du site alors qu'en lisière du parc, sur le plateau, se développe l'habitat individuel.

Diversité architecturale et paysagère par François KERN, architecte

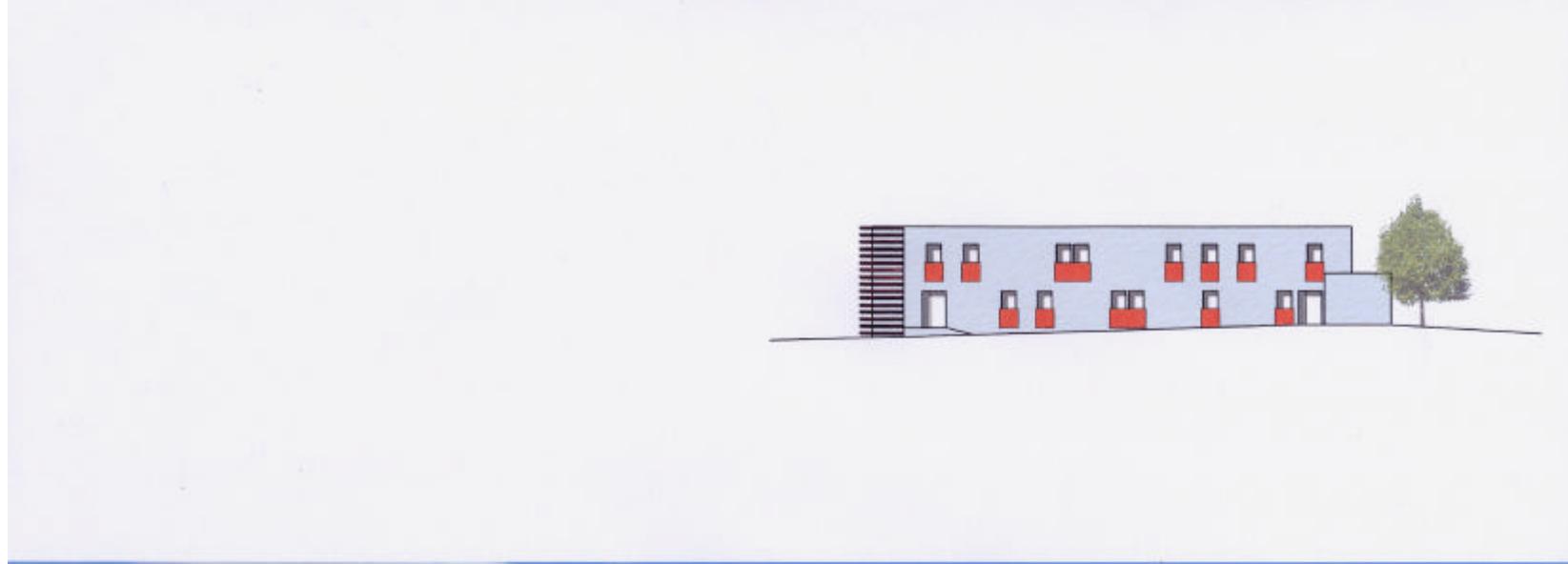
"Le projet s'inscrit comme une déclinaison du thème du parc dans les différentes parties du quartier, déclinaison réactive aux identités locales, typographiques et paysagères s'adaptant à la mémoire des lieux. Dans ce nouveau quartier, l'idée de nature est dominante, "un quartier dans un parc", mais aussi celle des identités locales que produisent des lieux dits intimistes et adaptés aux différents types d'habitat. On passe de l'échelle du parc "public" à celle du jardin plus "privé" ".

PROGRAMME

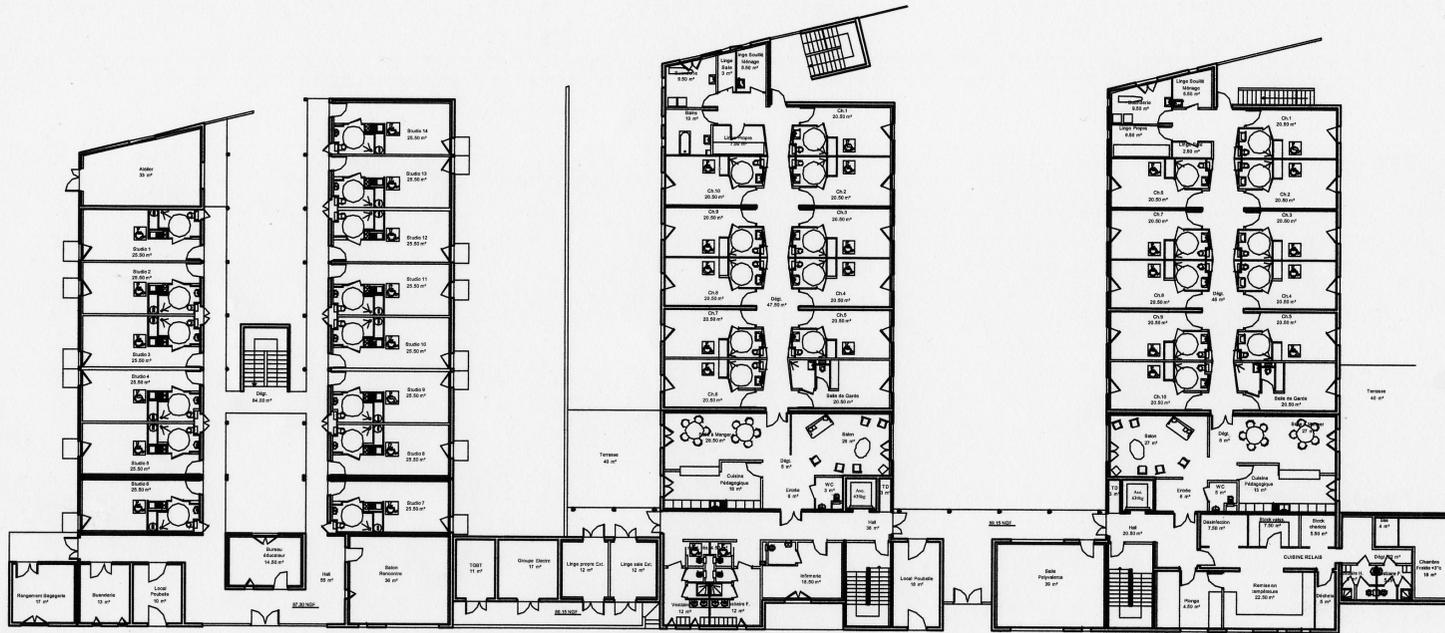
- 2100 logements dont 1100 collectifs, 600 individuels superposés et 400 individuels.
- 15 à 20 commerces de proximité et quelques bureaux.
- Un groupe scolaire (maternelle et primaire).
- Hauteur des bâtiments : généralement de 2 niveaux pour les maisons individuelles à R + 4 pour les immeubles collectifs.

Annexe n°6
PLANS DU BATI

FACADE DES FOYERS



FOYERS MALBOSC R.D.C.



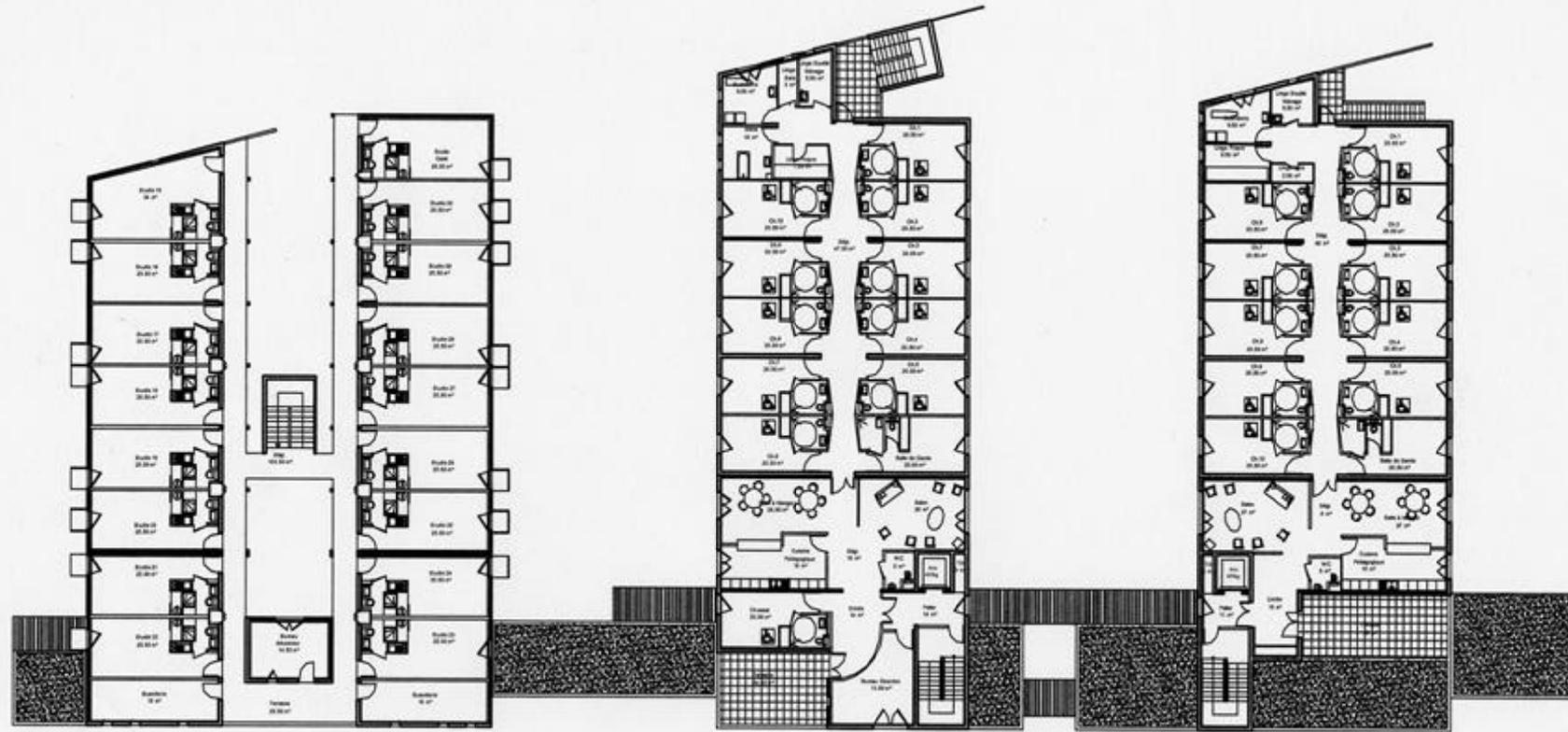
Foyer Logements

Foyer Accueil Médicalisé

Foyer Occupationnel

RDC - Ech:1/250

FOYERS MALBOSC 1^{er} ETAGE



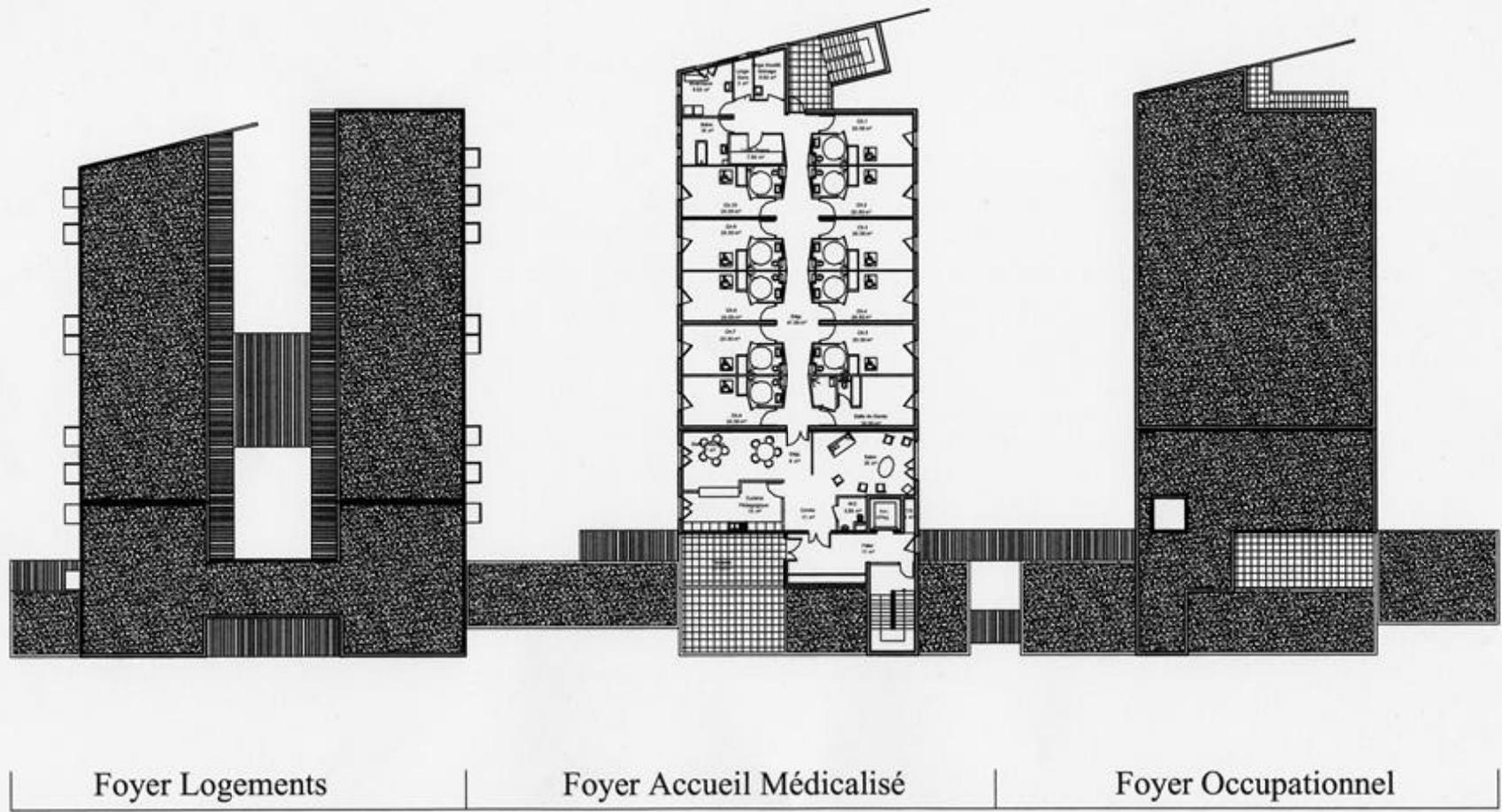
Foyer Logements

Foyer Accueil Médicalisé

Foyer Occupationnel

ETAGE 1 - Ech:1/250

FOYERS MALBOSC 2^{ème} ETAGE



ETAGE 2 - Ech:1/250

