

**CREER UN CENTRE DE RESSOURCES AU SERVICE DES PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE PAR LES PRATIQUES DE
COOPERATION**

**UNE PLATEFORME DE PRE-ORIENTATION POUR PREVENIR LES RISQUES
DE RUPTURE SUR LE TERRITOIRE DU VAR**

Katia MENGES

2017

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée, soutenue et accompagnée dans ce parcours de formation.

Sommaire

Introduction	9
1 Présentation des personnes en situation de handicap psychique et des politiques publiques du handicap : un changement de paradigme pour un accompagnement plus inclusif.....	12
1.1 Le handicap et son évolution : de la personne handicapée à la personne en situation de handicap psychique.	12
1.2 La maladie mentale : définition, symptômes et traitements.....	13
1.2.1 Etiologie de la maladie.	13
1.2.2 Les symptômes de la maladie :	15
1.2.3 Les thérapeutiques :	15
1.3 Les personnes accueillies au pôle hébergement de l'association ESPERANCE VAR : leurs caractéristiques, leurs besoins, leurs projets, leur parcours.	17
1.3.1 Caractéristiques sociologiques des personnes accueillies :	17
1.3.2 Le travail avec les familles : la psycho-éducation, une aide aux aidants.....	19
1.3.3 Le projet de vie des personnes : le besoin d'estime de soi et d'appartenance au centre des demandes.....	20
1.3.4 Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique ; définition du concept et son évolution.....	21
1.4 Les politiques publiques du handicap : l'efficacité des actions au service du droit des personnes et de leurs parcours.	22
1.4.1 La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 dite loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale : une individualisation de l'accompagnement contractualisée.....	24
1.4.2 Le schéma Départemental des solidarités du Var 2014-2018.....	24
1.4.3 La loi N° 2005-102 du 11 février 2005 « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » : l'inclusion sociale au cœur des pratiques.	25
1.4.4 L'introduction de la performance dans les politiques publiques : La LOLF : la performance au cœur de l'action de l'Etat.	26
1.4.5 La loi N° 2009-879 du 21/07/2009 La loi Hôpital Patients Santé Territoire dite Loi HPST issue de la RGPP :	26

1.4.6	La loi N° 2016-41 du 26/01/2016, loi de modernisation de notre système de santé : dite Loi santé, un continuum dans l'organisation des soins et la coopération des acteurs.....	28
1.4.7	Les rapports PIVETEAU et LAFORCADE : La nécessaire coopération des acteurs pour faire face à la complexité des parcours.....	30
1.5	La traduction financière et budgétaire des grandes orientations : plus de souplesse pour accompagner les parcours et responsabiliser les associations.	32
1.5.1	Le projet SERAPHIN PH « Service et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des Financements au parcours des Personnes Handicapées. » .	32
1.5.2	La traduction budgétaire d'une réforme de la tarification en marche : les CPOM et l'EPRD.	34
1.5.3	La circulaire N° DGS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021 :.....	35
1.6	Les textes internationaux et la construction européenne: l'affirmation de grands principes confrontés à la maîtrise de la dépense publique :.....	36
2	Présentation de l'association ESPERANCE VAR : une expertise dans l'accompagnement des personnes à remobiliser par un management stratégique des compétences.....	38
2.1	Présentation de l'association ESPERANCE VAR : Son histoire, ses valeurs, son organisation.	38
2.1.1	L'histoire de l'association ESPERANCE VAR et ses valeurs : éléments clés pour une bonne compréhension de son présent.....	38
2.1.2	La bientraitance : une réflexion collective et une culture du questionnement permanent inscrites aux projets d'établissement.	40
2.1.3	L'expression du droit des personnes accueillies au pôle hébergement de l'association ESPERANCE VAR :	41
2.1.4	La relation entre Gouvernance et direction de pôle : ses outils de régulation. ...	42
2.1.5	L'association ESPERANCE VAR : sa place sur le territoire, sa situation financière, son patrimoine.	43
2.1.6	La Direction générale de l'association ESPERANCE VAR : naissance d'un projet de direction et d'une cohésion d'équipe.	46
2.1.7	Les établissements de l'association ESPERANCE VAR : un accompagnement conforme au modèle du parcours à la place :.....	47

2.2 L'expertise de l'association ESPERANCE VAR dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : la réhabilitation psychosociale.....	48
2.2.1 Eléments de compréhension de la réhabilitation psychosociale : recherches et concepts.	49
2.2.2 Le concept de rétablissement : l'empowerment des personnes en situation de handicap psychique.	50
2.2.3 La réhabilitation psychosociale dans les établissements ESPERANCE VAR, une démarche de recherche associée à la formation continue des personnels.....	51
2.2.4 Une expertise reconnue sur le territoire dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique :.....	51
2.3 Le management des compétences de l'association ESPERANCE VAR : naissance d'une GPEC au service d'une transformation de l'offre de service.....	52
2.3.1 Histoire et évolution du management des compétences de l'association ESPERANCE VAR.....	52
2.3.2 Naissance d'un management stratégique mobilisateur des compétences professionnelles.	54
2.3.3 Les Outils de la GPEC : la formalisation d'une vision du management des compétences.....	56
2.3.4 La formation professionnelle : une nécessité en santé mentale pour construire de nouveaux modèles.	57
2.3.5 La fonction psychologique du travail : une énergie créatrice à accompagner par le management.	59
2.4 La coopération entre les établissements de l'association ESPERANCE VAR pour une réponse accompagnée plus inclusive.....	60
2.4.1 Le concept de la coopération : une synergie des acteurs au service d'une organisation ouverte sur son environnement.....	61
2.4.2 L'inclusion des personnes en situation de handicap psychique : un enjeu de stabilité psycho-pathologique et de respect des droits fondamentaux.	62
2.4.3 La recommandation de l'ANESM : la coopération des acteurs pour une approche plus inclusive de l'accompagnement.	62
2.4.4 La coopération des acteurs de l'association ESPERANCE VAR : un plateau technique mal exploité pour un accompagnement au parcours.....	63
2.4.5 La multi-référentialité, concept clé, dans l'élaboration d'une évaluation fonctionnelle nécessaire à l'accompagnement des personnes :	63

3 La création d'un centre de ressources issu de pratiques de coopération entre les établissements de l'association ESPERANCE VAR : un plateau technique de pré-orientation en prévention des risques de rupture.....	65
3-1 Eléments conceptuels autour du projet :	65
3.1.1 Les éléments constitutifs du projet : les processus et procédures	65
3.1.2 La délimitation du périmètre du projet : sa visée.....	67
3.2 Les éléments de cadrage du projet :	68
3.2.1 Le cadre d'intervention du Directeur : le document unique de délégation.....	68
3.2.2 L'opportunité du projet : le contexte d'élaboration des futurs schémas et du dialogue avec les autorités.....	69
3.2.3 La lettre de mission du Conseil d'Administration :	70
3.3. L'objectif général du projet : Une réponse accompagnée pour tous	70
3.3.1 Le schéma directeur du projet et ses objectifs stratégiques :.....	70
3.4 Les objectifs opérationnels du projet : une déclinaison de l'objectif général en mode opératoire	71
3.4.1 Impliquer les acteurs institutionnels à travers la création d'un COPIL, instance de régulation du projet : se positionner comme un acteur de la co-construction avec les partenaires institutionnels (OBJECTIF OPERATIONNEL N°1)	72
3.4.2 Manager les compétences pour développer l'offre de service associative : une mission régaliennne du directeur (OBJECTIF OPERATIONNEL N°2).....	76
3.4.3: Développer les pratiques de coopération inter-établissements pour accompagner le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique (OBJECTIF OPERATIONNEL N°3).....	82
3.5 La communication du directeur : un outil de l'accompagnement au changement et porteur des valeurs associatives :	85
3.6 L'évaluation interne et la démarche qualité du projet : L'implication du directeur dans une démarche continue de la qualité. (Annexe 8).....	86
3.6.1 La démarche évaluative :	87
3.6.2. La démarche qualité :.....	88
Conclusion :.....	90
Bibliographie	93
Liste des annexes	98

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de NORmalisation.

AGAPSY : Fédération nationale des Associations gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques.

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de L'Evaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux.

APF : Association de Paralysés de France

A.R.S : Agence régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AT : Autorité de Tarification

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CA : Conseil d'Administration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

C.D : Conseil départemental

CDS : Chef de service

CE : Comité d'Entreprise

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail.

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap

CIF : Compte Individuel de Formation

CIFA : Compte Individuel Formation Adhérent

CIH : Classification Internationale du Handicap

CIM : Classification internationale des maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNSA : Caisse Nationale de l'Autonomie

CPOM : Contra Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens

CROSM : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociales

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGCS : Direction Générale de La Cohésion Sociale

DP : Délégués du Personnel

DSM V Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorders

DUD : Document Unique de Délégation

EHS : Entraînement aux Hâbiletés Sociales

ELADEB : Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés et des Besoins

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
FAM : Foyer D'Accueil Médicalisé
FH : Foyer d'Hébergement
FO : Foyer Occupationnel
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HPST : Hôpital Patients Santé Territoire
IRP : Institutions Représentatives du Personnel
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPCA : organisme Paritaire Collecteur Agréé
PACT : Psychose Aider Comprendre Traiter
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PPSM : Plan Psychiatrie Santé Mentale
PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales.
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SERAPHIN PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des personnes handicapées.
SESSAD : Service D'Education Spéciale et de Soins à Domicile
S.W.O.T : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).
TCC :Thérapies Comportementales et Cognitives
T2A : Tarification à l'acte
UNAFAM : Union Nationale Des Familles et AMis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Introduction

L'association ESPERANCE VAR est une association de parents créée en 1978 qui s'est spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Le public concerné est atteint de psychose et plus spécifiquement de schizophrénie. L'association gère plusieurs établissements et dispose d'un plateau technique permettant un accompagnement global : Foyer de vie, Foyer d'hébergement, Foyer d'accueil médicalisé, SAVS ainsi qu'un ESAT et une Entreprise Adaptée, Le Grenier Eco. Depuis mai 2015, je dirige le pôle hébergement composé de trois établissements : foyer de vie, foyer d'hébergement, foyer d'accueil médicalisé et d'un service d'accompagnement à la vie sociale. L'association a fortement investi, durant les années 1990, dans la formation de son personnel sur des techniques d'innovation faisant d'elle un expert reconnu sur son territoire. En effet en 1994, Le Foyer de vie ESPERANCE a bénéficié, de l'expérience d'une équipe Canadienne dans la prise en charge médico-sociale et plus particulièrement dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Une formation a, par la suite, été dispensée par un infirmier psychiatrique Suisse, sur des techniques spécifiques de réhabilitation psychosociale d'accompagnement des personnes psychotiques. Ces techniques proposent un accompagnement reposant sur les capacités des personnes et non sur leurs limites.

Cette approche de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique les place en situation « d'être capable de », les personnes accueillies sont stimulées dans leurs capacités. Les valeurs portées sont celles issues de la déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789, il s'agit du respect des droits individuels et d'égalité. La parole, les projets des personnes accueillies revêtent la dimension du possible. L'association s'est toujours positionnée comme étant un acteur accompagnant le retour en milieu ordinaire, vers une évolution positive possible. L'ensemble des acteurs de l'accompagnement écoutent et entendent la parole de la personne accueillie en partant du postulat du possible. L'accompagnement proposé est un accompagnement qui tend vers le rétablissement des personnes à savoir les accompagner vers leur meilleur niveau d'autonomie dans chaque acte de leur vie, un retour à la maîtrise de leur destinée. Les projets que je porte en ma qualité de directrice tendent vers l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique dans le respect de leurs droits individuels et de leur dignité trop souvent mise à mal.

A partir des années 2000 et au lendemain de la loi HPST, d'autres acteurs sont venus se positionner dans le champ de la maladie mentale tant les besoins sont nombreux. La MDPH du Var recense plus de 1000 personnes en attente de place sur le territoire du Var. Les lois

de 2005, la loi santé ainsi que le nouveau cadre financier des CPOM et de l'EPRD nous amènent à envisager une approche de l'accompagnement des personnes plus inclusif et reposant sur un maintien à domicile. Il s'agit reprenant les termes du rapport de Denis PIVETEAU du devoir collectif d'apporter une réponse pour tous reposant sur une coopération des acteurs pour un accompagnement au parcours ouvert sur son environnement. Il s'agira dès lors d'apporter non seulement une réponse aux personnes en attente de place mais également une réponse au parcours complexe, d'être un acteur de la prévention de la rupture du parcours.

Le projet SERAPHIN PH et la circulaire de la DGS du 2 mai 2017 placent les établissements comme des acteurs de la désinstitutionalisation et les encouragent à prendre part à ces nouvelles modalités de l'accompagnement et à se positionner comme des prestataires de services. La vision prospective que j'ai développée m'amène à intégrer plusieurs données pour amener les établissements à revoir leurs modèles d'organisation et sortir de la référence du modèle à la place. Forte de mon expertise et m'appuyant sur une gestion des compétences à renforcer, j'entends proposer une organisation qui prendrait appui sur le plateau technique de l'association sous la forme d'une plateforme de service. Cette plateforme viendrait prendre sa place dans le plan d'accompagnement global issu de la loi santé et développé par la Caisse Nationale de l'Autonomie. La plateforme proposera une évaluation des personnes reposant sur leurs capacités et non sur leurs limites ouvrant ainsi le champ des possibles. Il constitue un centre de ressources au service des personnes en situation de handicap psychique. Ces ressources sont constituées par la coopération entre les établissements de l'association et par l'évaluation fonctionnelle reposant sur les techniques de réhabilitation psychosociale développées par l'association. Il suppose également l'acquisition de nouvelles compétences nécessaires à la coordination du parcours.

Ce projet expérimental pour une durée de deux ans reposera sur un budget à moyens quasi-constants. Je dois tenir compte des enveloppes budgétaires contraintes. Il va me demander de mutualiser certaines fonctions supports des établissements et certains moyens. Il reposera sur des pratiques de coopération entre les établissements de l'association pour les organiser sur le modèle d'un plateau technique répondant à l'impératif de l'accompagnement au parcours. Cela constitue un changement majeur pour les établissements et mon travail sera d'accompagner ce changement à travers un projet qui s'inscrit dans une démarche de rupture au niveau de la culture de l'institution habituée à accompagner les personnes sur le modèle du parcours à la place. Il représente également un enjeu majeur pour l'association à maintenir sa place d'expert sur le territoire à l'heure où les regroupements d'associations se multiplient. Il nécessite une bonne articulation entre le

conseil d'administration, la direction générale et la direction de pôle formalisée au travers d'une lettre de mission donnant toute légitimité au directeur dans la conduite de ce projet qui revêt une dimension associative.

Ce projet entend donner une nouvelle dimension au concept d'établissement en les faisant participer à une nouvelle référence, un nouveau modèle d'organisation. Quelle place les établissements vont-ils prendre dans la construction d'un nouveau modèle d'organisation et quelle peut-être leur évolution ?

Pour répondre à ces questions, je vais vous présenter le cadre de notre intervention, la spécificité des personnes en situation de handicap psychique, quelles sont les évolutions majeures qui entraînent la mutation de notre secteur vers une autre modèle (Partie 1).

Ensuite je m'attarderai à développer les possibilités actuelles à répondre à cette mutation à travers une présentation de l'association : ses valeurs, son modèle organisationnel, ses établissements. Une présentation de sa gestion des compétences m'amènera à poser une réflexion sur les pistes à envisager dans la conduite de mon projet. Enfin, ses établissements et leurs modes de coopération nous éclaireront davantage dans la conduite de mon action. (Partie 2).

La dernière partie du mémoire sera consacrée à la présentation d'un projet répondant à la problématique des modalités de la participation des établissements au parcours des personnes. La création d'un centre de ressources comprenant une plateforme de pré-orientation reposant sur une évaluation psycho-sociale des personnes amènera les établissements à être des acteurs du parcours. L'évaluation réalisée et proposée au PAG indiquera quelles sont les prestations que peuvent délivrer les établissements répondant aux besoins des personnes. Ce nouveau mode d'organisation devrait permettre de positionner les établissements sur un nouveau modèle dépassant le concept du parcours à la place. Il apportera une réponse qualitative au parcours des personnes et répondra également aux exigences d'efficience des actions. (Partie 3).

1 Présentation des personnes en situation de handicap psychique et des politiques publiques du handicap : un changement de paradigme pour un accompagnement plus inclusif.

J'ai choisi, dans cette première partie, de présenter l'évolution du handicap et la maladie mentale : quelles sont ses manifestations, comment est-elle traitée, quelles sont ses conséquences sur la vie des personnes et sur leur parcours? Je présenterai ensuite les caractéristiques sociologiques des personnes accueillies au pôle hébergement ainsi que leurs besoins, leurs demandes et leur projet de vie ? Dans la continuité des observations formulées sur le public, je présenterai les politiques publiques du handicap et leur évolution vers un nouveau modèle.

1.1 Le handicap et son évolution : de la personne handicapée à la personne en situation de handicap psychique.

La société française du XXème siècle est traversée par des conflits. La politique de santé publique développée à l'époque pour répondre aux problèmes des invalides de la première guerre mondiale fut celle de la réparation.

Le concept de handicap CIH (classification Internationale du Handicap) est fondé sur les notions de réparation, de compensation dans la perspective d'une réadaptation. Au fil du temps, la diminution du nombre des maladies, l'allongement de la durée de la vie font que le modèle médical s'avère vite insuffisant pour rendre compte des conséquences. Parallèlement aux Etats-Unis en 1960-1970 se constituent des organisations de personnes handicapées qui revendiquent des droits civils et un contrôle sur la qualité des services alloués aux personnes handicapées. Elles critiquent le modèle biomédical et montrent comment l'environnement peut constituer des obstacles pour les personnes handicapées. Le modèle social explique le handicap par l'ensemble des barrières physiques ou socio-culturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées. L'invalidité n'est pas un attribut de la personne mais un ensemble complexe de situations dont beaucoup sont créées par l'environnement social. La réduction du handicap requiert en conséquence une action sociale. Il est de ce fait de la responsabilité sociale collective de réaliser des changements environnementaux nécessaires pour une pleine participation sociale.

En 2001, c'est la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé CIF, qui est adoptée par l'OMS. Elle correspond à une évolution plus systémique et globale. On parle alors de situation de handicap ou de perte d'autonomie qui se manifeste pour la personne par des limitations d'activités et des restrictions de participation sociale résultante

de problèmes de santé. Les trois notions clef sont : la déficience, l'incapacité, le désavantage. La déficience appréhende les altérations corporelles organiques ou fonctionnelles. L'incapacité apprécie les réductions partielles ou totales, les limites des capacités qui permettent d'accomplir telle ou telle activité. Le désavantage correspond à la résultante de la déficience et de l'incapacité. Cette conceptualisation dégage le handicap du seul champ médical d'une part en déplaçant la reconnaissance du désavantage du seul diagnostic lésionnel vers l'évaluation fonctionnelle et d'autre part en étendant la notion de désavantage social à l'analyse des rôles sociaux ce qui permet de passer d'une vision du handicap considéré comme irréversible à une vision plus ouverte.¹

On comprend l'influence de ce modèle sur les lois 2002 et 2005. La mise en place de la prestation de compensation du handicap venant contrebalancer le désavantage social. Cette conception humaniste guide les actions menées en faveur des personnes en situation de handicap. Qu'en est-il plus précisément du handicap psychique, de la maladie mentale, quelles sont ses symptômes, ses manifestations et son retentissement social ?

1.2 La maladie mentale : définition, symptômes et traitements.

Le handicap psychique s'est historiquement constitué en se démarquant du handicap mental. Pour l'UNAFAM² et l'AGAPSY³, le handicap psychique diffère du handicap mental par l'origine des troubles. Le « handicap psychique » est la conséquence « *de maladies psychiques de cause inconnue à ce jour* » qui « *nécessitent une médicalisation* ». Le « handicap mental » fait référence à une déficience qui apparaît à la naissance et qui ne nécessite généralement « *pas de médicalisation* ». Les personnes considérées « handicapées psychiques » sont celles dont les troubles apparaissent à l'adolescence ou à l'âge adulte : schizophrénie, troubles bipolaires.

1.2.1 Etiologie de la maladie.

C'est un psychiatre suisse, Eugène BELLER, qui invente en 1911 le terme de schizophrénie dont l'étymologie signifie « rupture de la pensée » (du grec *skhizein*, fissure, division et *phrêne* pensée). Cette maladie touche environ 1% de la population soit plus de 600 000 personnes en France. A l'heure actuelle, elle n'est pas encore complètement comprise. Elle revêt un ensemble de facteurs.

¹ JAMET. F art : « De la classification internationale du handicap CIH à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap CIF ». La nouvelle revue de l'AIS N°22 Octobre 2003.

² UNAFAM : www.unafam.org : Union Nationale Des Familles et AMis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

³ AGAPSY : Fédération nationale des Associations gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques.

a) Les causes génétiques :

Un gène de la schizophrénie n'a pas été découvert. Cependant, il est vrai que certaines données peuvent donner à penser que la maladie se transmet. Alors que la fréquence d'apparition est de 1% généralement, elle oscille entre 5 et 8% lorsqu'un parent est déjà touché. Quand les deux parents sont touchés le pourcentage de risque est de 40%. Chez les vrais jumeaux, quand l'un des deux est touché par la maladie, il y a 50% de risque que l'autre le soit également. On peut plutôt penser qu'il y a un ensemble de gènes qui pourraient être responsables de la maladie. La recherche s'oriente vers une compréhension multi factorielle. Les études n'ont pas mis en évidence une quelconque maladie ou un dysfonctionnement neurologique directement à l'origine de la schizophrénie. L'imagerie médicale a permis de se rendre compte que les personnes atteintes de schizophrénie ont des zones cérébrales différemment développées du reste de la population. Cependant, une question fondamentale demeure : les symptômes de la maladie sont-ils la conséquence d'une organisation différente du cerveau ou bien alors le cerveau des personnes s'est-il organisé différemment de façon à pouvoir vivre avec les symptômes ? Personne n'est en mesure de pouvoir répondre à cette question. Des recherches ont également mis en évidence des dysfonctionnements neurobiologiques provoquant des altérations chimiques qui affecteraient la communication neuronale notamment les neurotransmetteurs de la dopamine⁴.

b) Le modèle vulnérabilité-stress⁵ : (Annexe 1).

Les chercheurs se penchent actuellement sur des variables psychosociales afin d'envisager les raisons de l'apparition de la maladie. Il n'y aurait pas une cause unique à l'apparition de la maladie mais une concordance de variables multiples. Les recherches ont pu découvrir, jusqu'à aujourd'hui un certain nombre de facteurs proposés pour rendre compte de la vulnérabilité. On trouve ; un déficit des compétences sociales, c'est-à-dire des difficultés pour comprendre les autres et interagir avec eux caractérisé par un retrait social, des difficultés d'attention de mémoire, parfois des temps de réaction dans certaines circonstances, des signes légers de dysfonctionnements neurologiques ex : quelques troubles moteurs. Ainsi une personne qui aurait cet ensemble de signes aurait plus de risque de déclarer la maladie si elle est confrontée à des événements de vie particulièrement stressants qu'ils soient biologiques ou psychologiques. Parmi les sources de stress biologiques, la prise de stupéfiant peut déclencher l'apparition de la maladie. Le manque de sommeil est également concomitant aux épisodes aigus de la maladie. Les stressseurs psychologiques peuvent correspondre à des événements particuliers comme

⁴ MONESTES.J-L « . La schizophrénie, Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne » Ed. Odile Jacob 2008 187p.

⁵ Pierre Lalonde Art : « Le modèle vulnérabilité stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie » 2004. www.espace-socrate.com

débuter un emploi, une relation amoureuse qui se termine. Tous ces éléments peuvent conduire les personnes les plus vulnérables vers un premier épisode ou une rechute.

1.2.2 Les symptômes de la maladie :

Actuellement, il existe deux systèmes de classification prédominants pour les troubles mentaux. Le chapitre V de la classification internationale des maladies (CIM-10)⁶ réalisé par l'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM V⁷ réalisée par l'Association Américaine de psychiatrie AAP. D'après une des classifications de référence le DSM-V manuel des troubles mentaux diagnostique et statistique, le diagnostic ne peut être réalisé qu'après que les symptômes ont été présents pendant une durée au moins égale à six mois.

a) Les symptômes positifs et les symptômes négatifs :

Les symptômes sont dits positifs lorsque la personne perçoit ou ressent des « choses en plus » de la réalité objective que vivent les autres : hallucinations, idées délirantes, discours comportement désorganisé. Les symptômes négatifs peuvent être plus discrets même s'ils sont tout aussi invalidants. Les émotions peuvent devenir abrasées, émoussement affectif c'est-à-dire une diminution de l'expression et du ressenti des émotions positives et négatives. Joie ou tristesse disparaissent.

b) L'atteinte des fonctions dites cognitives :

Cela concerne les activités de la pensée. On relève un ralentissement de la pensée et de la réflexion. Une diminution de la production langagière ainsi qu'une perte de volonté pour accomplir n'importe quelle activité. Les troubles des fonctions exécutives apparaissent c'est-à-dire une difficulté à conceptualiser les gestes nécessaires à la réalisation d'une tâche, à planifier à s'organiser et à anticiper les conséquences. Il arrive aussi que les personnes soient indifférentes aux contacts sociaux, se replient sur elles-mêmes⁸.

1.2.3 Les thérapeutiques⁹ :

L'absence de conscience des troubles et des symptômes est malheureusement très présente. Elle est à l'origine de l'absence d'observance du traitement médicamenteux c'est-à-dire l'arrêt du traitement. Faire comprendre à un patient qu'il a besoin de prendre des médicaments et de rencontrer régulièrement un psychiatre alors qu'il ne voit pas quelle est

⁶ CIM-10 parue en 2007 *Classification internationale des maladies*, 10 révision (CIM-10) est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

⁷ DSM V sorti en France en juillet 2015 paru aux Etats-Unis en 2013 DSM-IV : *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par la société américaine de psychiatrie, classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques.

⁸ MONESTES. J-L op. cit

⁹ MONESTES J-L ibid.

la pathologie dont il souffre, est un problème auquel sont confrontés beaucoup de thérapeutes et de familles.

a) Les traitements :

En amélioration constante depuis la mise au point et l'utilisation des premiers neuroleptiques dans les années 1950, les anti-psychotiques de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération ont permis de réduire les symptômes invalidants de la maladie tout en essayant de réduire au maximum leurs effets secondaires nombreux : prise de poids, tremblements, perte de libido...

b) La psychoéducation :

Les groupes psycho-éducatifs ont pour but de fournir le plus d'informations possibles sur les causes de la maladie, son traitement ainsi que ses effets sur le patient mais également sur les familles. Cette thérapie vise à favoriser les changements de comportements et à encourager le patient et sa famille à faire face aux conséquences du trouble. La psychoéducation se révèle efficace pour réduire les taux de ré hospitalisation surtout lorsque la famille fait partie de la thérapie.

c) L'entraînement aux habiletés sociales (EHS):

Cette thérapie vise à améliorer le fonctionnement social. Elle peut concerner tous les domaines de la vie, comme les soins d'hygiène, la gestion des symptômes, l'amélioration des relations interpersonnelles, la poursuite d'objectifs éducatifs. Elle se déroule sous forme de modules d'entraînement, de mises en situation.

d) Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) :

Elles ont pour objectif global une meilleure adaptation à l'expérience psychotique au niveau cognitif comportemental et affectif. L'objectif est de parer à la vulnérabilité personnelle de l'individu. La thérapie est constituée d'entraînements cognitifs permettant à la personne de faire face à des facteurs de stress.

A la lecture des symptômes, on comprend toute la complexité de cette maladie. La maladie mentale touche essentiellement les fonctions socialisantes. Ces effets perturbent gravement le fonctionnement social alors que les capacités à raisonner sont intactes. Ils agissent sans aucun doute comme un effet amplificateur des ruptures de parcours. En effet, le repli social que connaissent les personnes atteintes de maladie mentale vient amplifier les ruptures de parcours. Le psychiatre Hogarty¹⁰ démontre en 1991 l'efficacité des 3 facteurs thérapeutiques dans la schizophrénie : une médication anti-psychotique, une psychoéducation du patient et de sa famille et un entraînement aux habiletés sociales.

¹⁰ Hogarty GE et Al. Arch.Gen Psychiatry 1991. Manuel de réadaptation psychiatrique. Presse de l'université de Québec. 2004.

Les thérapies psychosociales combinées à la médication obtiennent de meilleurs résultats que chaque thérapeutique mise en œuvre isolément sur la fréquence et la durée des hospitalisations sur la prévention des rechutes, sur la qualité de vie du patient et de sa famille¹¹. Toutefois en France, cet accompagnement est considéré comme thérapeutique et donc pratiqué par le secteur sanitaire public ou privé. Les établissements médico-sociaux sont peu formés à ces modalités psycho-éducatives d'accompagnement qui pour autant trouveraient leur place dans le secteur médico-social.

1.3 Les personnes accueillies au pôle hébergement de l'association ESPERANCE VAR : leurs caractéristiques, leurs besoins, leurs projets, leur parcours.

Les personnes accueillies au pôle hébergement de l'association ESPERANCE VAR présentent des parcours multiples. Pour certaines, le travail avec les familles est un facteur de stabilité psycho-pathologique. L'association se positionne également comme un acteur de l'aide aux aidants. Pour d'autres, le parcours de vie est fait d'errance et de violence. Une attention particulière sera apportée au projet personnalisé, ses outils dynamiques et la participation des résidents qui permet de faire émerger leurs besoins et les demandes.

1.3.1 Caractéristiques sociologiques des personnes accueillies :

Les personnes hébergées et suivies proviennent dans leur grande majorité du département du Var. On peut observer une grande diversité dans le parcours des personnes. Certaines ont vécu en famille jusqu'à leur arrivée dans l'établissement. Beaucoup ont connu l'errance, la grande précarité, l'exclusion, la violence, l'addiction. Ces parcours sont en grande majorité marqués par des ruptures brutales avec la famille et avec la société ne faisant qu'aggraver leur pathologie mentale. L'accompagnement se situera, pour ceux ayant vécu dans la grande précarité, davantage dans un réapprentissage des gestes du quotidien : se laver, s'habiller, s'alimenter. En revanche pour ceux ayant vécu en famille, il s'agira davantage d'un renforcement positif et d'un accompagnement à davantage d'autonomie voire d'un maintien des acquis. Le travail avec les familles est un facteur de réussite dans l'accompagnement des personnes.

Le Foyer de vie ESPERANCE compte 75% d'hommes et 25% de femmes. La moyenne d'âge de l'ensemble des résidents reste stable à 41.02 ans. La durée moyenne de prise en charge était de 8.05 ans. Les personnes accueillies depuis moins de 10 ans représentent la très grande majorité de l'effectif. Pour l'année 2016, l'établissement a enregistré 698

¹¹ Thèse K. Brenner « Les manifestations subtiles du stress dans le continuum de la psychose » Université de Montréal. Département de psychologie. Juillet 2008.

jours d'hospitalisation répartis sur 11 résidants dont 30 jours sont d'ordre somatique, soit 4% du nombre total de jours d'hospitalisation. La plupart des résidants du Foyer de vie ont un entourage familial présent qui participe à leur accompagnement. Les familles sont souvent à l'origine des demandes d'admission.

Concernant le foyer d'hébergement des travailleurs en ESAT, La moyenne d'âge de l'ensemble des résidents est de 45.28 ans 71% d'hommes et 28% de femmes. La durée moyenne de prise en charge est de 6,7 ans soit inférieure aux autres établissements car liée à l'activité professionnelle. L'entourage familial comme pour le foyer de vie est présent.

Le Foyer d'accueil Médicalisé J-M CARVI compte 47 résidants en internat. La répartition par sexe est de 66% de femmes pour 34% d'hommes. La moyenne d'âge est de 51 ans. En 2016, l'établissement a enregistré 1356 jours d'hospitalisation, 290 jours sont d'ordre somatique, soit 22%. Les résidants du FAM sont moins autonomes et l'impact de la maladie a provoqué des ruptures avec la famille et avec la vie sociale.

Quant au SAVS, il a une autorisation pour 35 places et une place pour le suivi séquentiel. La moyenne d'âge est de 44 ans, un tiers des personnes suivies est en situation de travail. On recense 412 journées d'hospitalisation réparties sur 8 usagers. Le motif des hospitalisations est essentiellement d'ordre psychiatrique.¹²

La maladie mentale reste sur le pôle hébergement la principale cause des hospitalisations soit tous établissements confondus plus de 1500 jours. Cette hospitalisation est vécue difficilement par nos résidents, une rupture. Cette hospitalisation n'est pas sans rappeler, pour certains, des épisodes traumatiques liés à un parcours de vie chaotique. Le partenariat avec la psychiatrie de secteur est indispensable pour améliorer l'accompagnement des personnes, prévenir les ruptures, élaborer des stratégies d'accompagnement. J'ai pu constater une réelle évolution des relations entre les établissements et l'hôpital.

En effet, nous assistons à certaines réunions de synthèse de l'hôpital pour partager nos connaissances autour du résident. Les séjours d'hospitalisation se font dans de meilleures conditions et sont souvent préparés par des accompagnements spécifiques. J'ai participé avec la Direction Générale à l'élaboration de la convention de partenariat avec l'hôpital et multiplié les rencontres avec l'hôpital pour améliorer l'accueil des personnes hospitalisée et leur accompagnement.

¹² Les rapports d'activité du pôle hébergement ESPERANCE-VAR 2016

1.3.2 Le travail avec les familles : la psycho-éducation, une aide aux aidants

J'ai pu constater à travers les entretiens que je peux avoir avec les familles combien le vieillissement des aidants est anxiogène et est une des principales raisons aux demandes d'accueil en internat. La culpabilité des familles est grande et notre mission est également d'accompagner au mieux les aidants en les faisant, entre autres, participer aux modules psycho-éducatifs. Cette souffrance tient également au fait que l'offre d'accompagnement est relativement peu diversifiée.

La famille est considérée comme un partenaire dans le travail réalisé avec les résidants. Nous essayons, chaque année, de dispenser un module de psychoéducation appelé PROFAMILLE issu du réseau national PROFAMILLE et d'un partenariat avec l'UNAFAM. Ce module permet à des familles de pouvoir parler librement des émotions qu'elles ont pu ressentir dans ce parcours d'aidants. Ce travail est intéressant car il s'agit en premier lieu d'un groupe de parole qui sort les parents de l'isolement dans lequel ils se sont trouvés pendant des années. Dans un second temps, suivant un programme préétabli très complet, des connaissances leur sont données pour comprendre les symptômes, et des pistes de travail pour maintenir la relation avec leur proche. La famille a vécu elle aussi les ruptures du parcours de vie de son proche. Les familles n'en ressortent pas indemnes.

Pour autant, il est difficile pour elles de laisser la place aux professionnels dans l'accompagnement des personnes. L'hébergement en établissement médico-social représente pour elles un soulagement après bien des années difficiles et de culpabilité, un sentiment d'abandon peut prendre le relais. La place de la famille dans l'accompagnement fait toujours l'objet d'une autorisation donnée par le résidant sauf si c'est un membre de la famille qui est tuteur (néanmoins dans ce cas nous nous efforçons d'obtenir l'assentiment de la personne). Il faut également indiquer que dans la complexité de cette relation avec la famille, beaucoup de résidants s'inquiètent du vieillissement de leurs parents. Il faut être extrêmement prudent car cela peut-être un élément de vulnérabilité.

A titre d'exemple, j'ai autorisé un accompagnement par des éducatrices référentes, après accord du psychiatre, d'une de nos résidentes à Paris pour dire au revoir à sa mère hospitalisée qu'elle n'avait plus vue depuis des années. Alors que l'état de santé de celle-ci avait été une source d'anxiété majeure ces dernières semaines, le fait de pouvoir lui dire au revoir, de retrouver ses frères et sœurs dans ce geste d'accompagnement lui a procuré un apaisement. Bien sûr nous restons vigilants à l'effet rebond, mais il s'agit pour moi du cœur de notre métier, le métier du maintien du lien affectif, familial et social à l'origine de mon engagement.

1.3.3 Le projet de vie des personnes : le besoin d'estime de soi et d'appartenance au centre des demandes.

Le projet de vie des personnes réalisé au pôle hébergement est le fruit de la rencontre entre la volonté du résidant et les observations de l'équipe. Les évaluations réalisées par l'équipe sur différentes thématiques : hygiène, soins, vie sociale, vie affective rencontrent les demandes des résidants. Un outil appelé ELADEB¹³ permet au résidant sous forme ludique par un tri de cartes de classer en fonction de certaines thématiques ce qui pour lui est du moins important au plus important. Les résidants ont pu exprimer majoritairement les domaines qui étaient importants pour eux : la gestion de leur argent, leur autonomie dans leurs déplacements et la crainte que cela peut susciter et enfin leur vie affective. Les observations formulées sur l'hygiène et l'inscription à des activités collectives et autres sont des besoins que nous leur prêtons.

Outre le fait que cet outil Suisse a permis au résidant d'identifier son projet de vie, de lui donner vie et forme, il a permis également aux équipes d'échanger et de rencontrer le résidant sur ce temps d'échange privilégié et de lui donner un vrai espace de parole autour de son projet de vie. L'évaluation de cet outil est très positive pour tous les acteurs.

L'élaboration du projet personnalisé a longtemps été une interrogation dans ma pratique professionnelle non seulement dans son élaboration mais également dans sa mise en œuvre. Il devait, pour moi, impérativement permettre au résidant d'identifier ce temps institutionnel particulier, être l'acteur/auteur de sa demande donc trouver l'outil adapté à ce recueil et enfin fédérer des équipes autour de lui. Le suivi du projet, arrêté en axes de travail fait l'objet d'une évaluation afin qu'il ne soit pas vain.

Lors du colloque sur la réhabilitation Psychosociale à Marseille en octobre 2016,¹⁴ une clinique canadienne indiquait que la demande de ces personnes était la même que celle des personnes non atteintes par la maladie : envie d'avoir un appartement, de gérer son argent, d'avoir des relations intimes, d'avoir un travail. Je suis en parfait accord avec cette observation et nous pouvons le constater quotidiennement. Notre travail est de les accompagner vers cela.

Sur l'échelle des besoins de Maslow et Henderson, les demandes sont orientées vers un besoin d'appartenance, d'autonomie, d'estime de soi. Comment accompagnons-nous les personnes dans la réalisation de leurs besoins tout au long de leur parcours ?

¹³ ELADEB : Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés Et des Besoins.

¹⁴ Congrès de Réhabilitation Psychosociale « Innovons » 13 et 14 octobre 2016 CHU La Timone Marseille.

Nous avons pu constater la difficulté pour certains à s'inscrire dans le cadre de l'internat alors même qu'une évaluation a validé cette orientation. La complexité de la maladie mentale rend possible et nécessaire un accompagnement pouvant faire appel à des ressources multiples. Nous connaissons des situations pour lesquelles l'hébergement en établissement n'est pas adapté et/ou suffisant. Nous avons dû recourir à une inscription sur la commission des cas critiques car l'offre de service proposée ne correspond pas aux besoins des personnes et peut être contre-productive. Dans ces situations, l'élaboration du projet personnalisé devient un exercice complexe et se résume bien souvent à la nécessité d'une réorientation après plusieurs tentatives d'accompagnement en interne. Dans la vision du parcours à la place, le résidant n'a plus sa place dans l'établissement où il se trouve.

Ma mission de directrice est d'envisager l'accompagnement de ces personnes bien au-delà de la place dans l'établissement mais de proposer un accompagnement global qui tienne compte de leur histoire mais aussi d'un avenir possible, de leur parcours. Je suis un acteur qui s'engage au-delà de la gestion d'établissement, je porte des valeurs de tolérance et d'ouverture, d'une société respectueuse de ses différences, une vision inclusive.

1.3.4 Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique ; définition du concept et son évolution.

La CNSA dans son rapport de 2012 définit le parcours « **La notion de parcours recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utiliser dans le champ de la santé la notion de parcours désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes périodes de transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale** ». ¹⁵

Le parcours de vie est défini ainsi dans les nombreux rapports et ouvrages. Dans leur ouvrage Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT¹⁶ font référence aux évolutions en Amérique du Nord du concept de parcours référencé au système de santé « *parcours critique, parcours clinique, parcours de soins intégrés. Cette approche insiste sur la nécessité d'appréhender le système de soins de manière dynamique et englobante. Il met enfin l'accent sur la participation des personnes à la construction de leur parcours, aussi*

¹⁵ CNSA rapport 2012 « Promouvoir la continuité des parcours de vie, d'une responsabilité collective à un engagement partagé ».

¹⁶ BLOCH.M-A ; HENAUT.L. Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Ed. DUNOD 2014 309p.

bien dans une perspective de prévention que d'éducation thérapeutique ». La notion de parcours est issue du secteur sanitaire.

Jean-René LOUBAT¹⁷ dans son ouvrage « concevoir les plateformes de services » nous indique « *Le parcours s'impose comme nouvelle référence terminologique c'est parce qu'il correspond mieux à la représentation actuelle d'une société comme mobile de rôles et de réseaux et de la place variable qu'y occupent les individus au détriment d'une vision institutionnalisée et figée. Plus concrètement raisonner en termes de parcours signifie l'avènement de réponses souples et modulables capables de s'adapter précisément aux variations situationnelles du parcours de la personne : modification de l'état de santé, des capacités fonctionnelles, changement de la situation économique, changement relationnel, modification du mode de vie. La condition étant d'accroître comme le disent M-A BLOCH et L. HENAUT la variété de l'offre de services plutôt que son volume, le but étant d'apporter dans la durée la réponse la plus appropriée à la situation de chaque personne selon son lieu de vie mais aussi ses préférences* ».

Je souscris entièrement à chacun de ces mots. Les établissements peuvent correspondre en partie ou totalement aux besoins des personnes à un moment de leur vie. Ils ne signifient pas une réponse définitive à des besoins définitifs des personnes. Les politiques publiques ont pleinement intégré cette évolution et nous assistons à un phénomène de désinstitutionalisation. Le parcours de vie aujourd'hui revêt une dimension globale qui nous entraîne à proposer un accompagnement s'inscrivant au-delà des murs des établissements.

1.4 Les politiques publiques du handicap : l'efficience des actions au service du droit des personnes et de leurs parcours.

L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est étroitement lié à l'évolution de la réforme hospitalière. Les secteurs sanitaire et du handicap ont durant des décennies relevé d'une même politique.

A la Libération, à la suite des conditions de vie effroyables subies par les malades des hôpitaux psychiatriques, les psychiatres hospitaliers en viennent à concevoir autrement la politique de santé mentale. Il faut privilégier l'évitement des hospitalisations chronicisantes, le suivi ambulatoire, la réinsertion socio-professionnelle. Le secteur de la psychiatrie est défini en 1960, comme une aire géographique desservie par un service psychiatrique préexistant renforcé par la loi de sectorisation de 1985. La réforme hospitalière de 1970 définit le cadre général de l'hospitalisation et les bases de la planification sanitaire. Elle

¹⁷ LOUBATJ-R ; HARDY J-P ; BLOCH M-A, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale Ed ; DUNOD 2016 372p

définit la notion de service public hospitalier par des principes forts : égalité d'accès aux soins, égalité de traitement, continuité du service.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, instaure les schémas régionaux d'organisation sanitaire et offre les premières alternatives à l'hospitalisation.

En 1996 les ordonnances Juppé mettent en œuvre la réforme hospitalière et veulent rationaliser l'hôpital par la mise en œuvre de l'accréditation. Les ordonnances attribuent des missions communes aux établissements de santé. Tous les établissements sont tenus d'assumer certaines missions, d'adopter des conditions techniques de fonctionnement comparables pour assurer la qualité et la sécurité des soins et concourir à l'évaluation de ces soins. Le plan hôpital de 2007 vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leur projet et tend à réformer les modes de financement par la mise en œuvre d'une réforme de la tarification à l'acte, par des missions d'appui à l'investissement.

Parallèlement à la réforme hospitalière, après des années de militantisme des associations parentales et des associations de personnes handicapées, deux lois sont votées le 30 juin 1975 : La loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales Cette loi vient faire rupture entre le sanitaire et le médico-social : « l'Etat ayant constaté l'absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social des enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et des enfants handicapés, des personnes âgées et des adultes handicapés lui demande de se limiter aux soins et externalise ce qui deviendra les structures médico-sociales et sociales en 1975 »¹⁸. C'est dans la loi d'orientation qu'apparaît pour la première fois la notion de « personnes handicapées ». Elle reconnaît le statut, les droits et la spécificité des personnes handicapées. Elle fixe le cadre d'une politique sociale cohérente fondée sur la solidarité nationale et unifiant les différentes mesures et dispositions apparues depuis les années 1950. Elle instaure les principales dispositions qui structurent le champ médico-social complétées par la loi sur les institutions sociales et médico-sociales qui définit les différents établissements et leur financement et prévoit un système de ressources à destination des personnes handicapées.

S'inspirant du modèle humaniste ayant réformé la classification du handicap, à partir des années 2000, le droit des personnes, le parcours de vie de celles-ci ont été au centre des politiques publiques et des programmes.

¹⁸ BAILLON. G revue vie sociale 3/2003.

1.4.1 La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 dite loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale : une individualisation de l'accompagnement contractualisée.

La loi 2002 introduit le droit des usagers et de nouvelles approches dans les relations entre l'institution et l'usager en garantissant à celui-ci l'exercice de ses droits et de ses libertés dans un souci de lui conférer une pleine citoyenneté « *Dans l'esprit de la loi l'usager prend une place nouvelle : informé il connaît ses droits, il est protégé par la loi et peut utiliser les moyens de recours à sa disposition. Il est mis en position d'acteur, décide de son projet et exerce sa liberté de choix notamment en matière de prestations* ». ¹⁹

L'un des apports majeurs est d'avoir affirmé l'existence d'un certain nombre de droits individuels et collectifs. Ces droits sont énumérés à l'**article L 311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)**. Cette loi a également prévu les outils juridiques pour les faire respecter. La loi refond véritablement les pratiques d'accompagnement communes à l'ensemble des établissements et services sur des exigences clés. Elle permet une mise en conformité du secteur. Ces dispositions ont eu pour effet de moderniser l'accompagnement et les pratiques du secteur²⁰. Parallèlement aux droits des usagers, la loi du 2 janvier 2002 renforce l'obligation de se doter de schémas d'organisation sociale et médico-sociale déclinés au niveau national, régional et départemental. Les schémas départementaux sont principalement des outils de pilotage et de partenariat, de planification.

1.4.2 Le schéma Départemental des solidarités du Var 2014-2018²¹.

Le schéma départemental 2014-2018 dans son orientation N°1 insiste sur la nécessité de repenser la notion de parcours comme un des éléments essentiels du bien vivre chez soi ou en établissement. Des initiatives en matière d'accompagnement, de prévention, d'adaptation de coordination et d'émergence de filière doivent être prises en concertation avec les acteurs du champ médico-social. Un objectif défini est de faciliter l'accès aux accueils alternatifs et de soutenir les aidants. Les objectifs définis par le schéma départemental sont de favoriser la souplesse des accompagnements proposés, en adaptant les modalités de prise en charge à l'évolution des besoins du public, fluidifier le parcours en renforçant les liens existants entre les acteurs qui interviennent auprès d'une même personne et développer les passerelles entre le domicile et les établissements.

La qualité des accompagnements passe par la présence sur le territoire de structures en capacité de proposer des accompagnements adaptés et mener des expérimentations de mutualisation de plateaux techniques d'établissements. Il faut valoriser les solutions

¹⁹LÖCHEN.V « Comprendre les politiques sociales » Op.cit.

²⁰ COCQUEBERT.L « le secteur social et médico-social depuis le la loi HPST » Ed. ASH 2012. 136p.

²¹Conseil Départemental du Var : Schéma Départemental des solidarités du Var 2014-2018 : dépendance et autonomie

alternatives sur le territoire. Le département souhaite développer les accompagnements innovants en favorisant les solutions souples et assurant une forte coordination entre le médico-social et le sanitaire. Il faut tenir compte de l'évolution des besoins des personnes, de leur besoin de participation sociale. Ces besoins ont été pris en compte dans les projets d'établissement d'ESPERANCE VAR réalisés en 2016. A titre d'exemple, concernant le SAVS, j'ai engagé un partenariat avec les associations d'aide à domicile qui ont peu de connaissances sur la maladie mentale et pour lesquelles le SAVS se situe comme centre de ressources sur les conduites à tenir et l'accompagnement à l'autonomie.

1.4.3 La loi N° 2005-102 du 11 février 2005 « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » : l'inclusion sociale au cœur des pratiques.

Cette loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit des changements majeurs dans la conception même de la prise en charge du handicap. Elle se fixe quatre objectifs :

- Améliorer la prévention des handicaps et de leur aggravation en structurant la recherche et en mettant en place des consultations de prévention spécifique pour les personnes handicapées.
- Mettre en œuvre le droit à compensation visant à financer les surcoûts de toute nature liés aux conséquences du handicap de façon à rétablir une forme d'égalité des chances,
- Garantir à toutes les personnes handicapées des ressources décentes lorsqu'elles sont dans l'incapacité totale de travailler.
- Généraliser l'accessibilité en milieu scolaire, à l'emploi (notamment dans la fonction publique), dans la cité (accessibilité des bâtiments, de la voirie, des transports).

La loi contient une définition du handicap s'inspirant de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) : « **constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité, ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant²²** ». La loi réaffirme les principes d'égalité de traitement, de droit à l'intégration, et à la solidarité nationale. Le droit à compensation devient l'expression de l'égalité de droit pour l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Ce droit s'articule autour du projet de vie de la personne qui tient compte de son environnement et favorise son intégration sociale et sa citoyenneté. La loi de 2005 crée la Caisse Nationale de la solidarité pour l'Autonomie

²² Loi N° 2005-102 du 11 février 2005 : définition du handicap

CNSA pour gérer les fonds de l'Etat et de l'assurance maladie destinés à compenser les conséquences du handicap. La loi permet d'aller un peu plus loin dans l'individualisation de l'accompagnement en permettant à la personne de bénéficier d'une allocation dont la vocation est de corriger les effets du handicap et de compenser ceux-ci. Cette prestation est un instrument d'individualisation du parcours de vie.

Les lois de 2002 et 2005 permettent d'envisager d'autres réponses avec d'autres moyens pour individualiser l'accompagnement des personnes, les différents schémas viennent préciser les orientations sur un territoire. Je suis attentive à ces évolutions et j'inscris mes actions dans le respect de ce cadre.

1.4.4 L'introduction de la performance dans les politiques publiques : La LOLF : la performance au cœur de l'action de l'Etat.

La LOLF est une loi de 2001, elle représente une évolution majeure dans une nouvelle logique de pilotage de l'action publique. La performance de l'Etat est au cœur des nouvelles règles avec une culture du résultat. L'action de l'Etat est déclinée en programmes avec des objectifs des moyens et des indicateurs de réussite et l'obligation d'en rendre compte à travers des rapports annuels de performance. La LOLF prévoit la justification de toutes les dépenses, de leur utilité et de leur efficacité. Il s'agit dès lors d'évaluer l'action de l'Etat à partir du triptyque : objectifs-coûts-résultats.

Toujours dans un contexte de rationalisation de la dépense publique, de 2007 à 2012, la révision générale des politiques publique (RGPP) est mise en œuvre et vise à diminuer les dépenses de l'Etat.

Elle est abandonnée au profit de la modernisation de l'action publique en 2012. Cette modernisation visant dans un premier temps à l'évaluation des politiques publiques.

1.4.5 La loi N° 2009-879 du 21/07/2009 La loi Hôpital Patients Santé Territoire dite Loi HPST issue de la RGPP :

Elle est une loi majeure qui introduit de nouveaux bouleversements dans les politiques publiques sanitaire et médico-social. En ce sens, elle rompt avec la loi 1975 puisque désormais sanitaire et médico-social sont regroupés autour d'une même gouvernance : les Agences Régionales de Santé.

Une des principales mesures de la loi c'est également la mise en place de la procédure d'appel à projet. L'Etat reprend la main sur la création d'établissements et introduit de fait une concurrence sévère entre les associations. La loi a prévu toutefois que les appels à projet puissent être l'expression de modes innovants ou expérimentaux d'accompagnement social ou médico-social et des vecteurs d'adaptation et transformation de l'offre. Pour la mise en œuvre des projets expérimentaux ou innovants, la loi prévoit un cahier des charges

allégé. Ainsi, il est prévu pour les projets expérimentaux que le cahier des charges peut ne comporter qu'une description sommaire des besoins à satisfaire et ne pas faire état d'exigences techniques particulières tandis que pour les projets innovants le cahier des charges peut ne pas comporter de descriptions des modalités de réponse aux besoins identifiés et ne pas fixer les coûts de fonctionnement prévisionnels²³. Notons que dans la plupart des cas ces projets sont encadrés par une durée moyenne d'environ deux ans.

Avec l'instauration des Agences Régionales de Santé, la loi HPST fixe trois objectifs : moderniser le système de santé et continuer à garantir sa qualité ce qui renvoie à l'efficacité et à la performance et garantir l'accès de tous aux soins organisés en territoires de soin et regroupés dans un projet régional de santé. Le projet régional de santé comprend :

- Un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région,
- Un Schéma régional de prévention,
- Un schéma régional d'organisation des soins, commun aux soins hospitaliers et soins de ville et un schéma régional d'organisation médico-social.

a) Présentation des ARS :

L'ARS est chargée de définir les territoires de santé pertinents pour les activités médico-sociales. A l'échelle des départements, la loi HPST prévoit une articulation entre le schéma régional médico-social et les schémas départementaux du handicap. L'enjeu énoncé du déclouisonnement est de favoriser des parcours de vie et de soins plus cohérents pour les usagers, en améliorant la coopération entre interventions à domicile et établissements. La loi HPST introduit « la fongibilité asymétrique dynamique » c'est-à-dire les moyens financiers dont l'attribution relève des ARS et qui correspondent aux objectifs de dépenses médico-sociales à la charge de l'assurance maladie et ne peuvent être affectées à d'autres dépenses que celles afférentes aux établissements et services médico-sociaux à la charge de l'assurance maladie. En revanche, en cas de conversion d'activités sanitaires entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, en activités médico-sociales, les dotations régionales affectées aux dépenses médico-sociales sont abondées à due concurrence. Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué

²³ UNIOPSS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil : l'autorisation de création, de transformation et d'extension. Fiches pratiques de gestion Mars 2011

aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables²⁴.

b) Le programme de santé de l'ARS PACA au 1^{er} janvier 2018 :

Ce nouveau projet régional 2018-2022 de santé sera fondé sur une logique de parcours de santé dont le cadre est fixé par la loi du 26 janvier 2016 dite loi santé. Ces parcours devront privilégier une approche autour du lieu de vie de la personne, favorisant le maintien au domicile et la prise en charge de proximité. Un schéma unique d'organisation des services de santé et médico-sociaux, le schéma régional de santé, remplace les trois schémas sectoriels préexistants : schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-social. Ce schéma unique nous invite à nous projeter dans une approche globale de santé. Il engage tous les acteurs à développer davantage la transversalité entre les secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social et la coordination avec les autres politiques publiques.

1.4.6 La loi N° 2016-41 du 26/01/2016, loi de modernisation de notre système de santé : dite Loi santé, un continuum dans l'organisation des soins et la coopération des acteurs.

Nous nous attacherons à étudier les points renforçant la collaboration voire la coopération entre le sanitaire et le médico-social pour permettre un accompagnement au parcours et maintenir les personnes dans leur lieu de vie à domicile.

La loi santé renforce la collaboration entre les secteurs sanitaire et médico-social entrepris par la loi HPST. La politique de santé issue de la loi santé du 26 janvier 2016 comprend : L'organisation des parcours de santé concernant la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en lien avec les usagers et les collectivités territoriales. Pour ce faire, la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale :

a) La création d'un plan territorial de santé :

Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés et des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels de santé, les

²⁴ COCQUEBERT.L : « le secteur social et médico-social depuis la loi PST : Gouvernance, contrôle, création et financement des établissements et services ». Ed. ASH. 2012 136p.

établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les conseillers locaux de santé mentale créés par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Le projet territorial de santé définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par un diagnostic territorial partagé.

Sur le Département du Var, les conseils locaux de santé sont créés et nous nous sommes positionnés pour intégrer la réflexion sur le projet territorial en santé mentale.

b) La mission de psychiatrie de secteur : un soutien à l'accompagnement des parcours complexes en direction du médico-social

Des fonctions d'appui et de soutien à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux, et médico-sociaux. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours ; **le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.** Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

Je peux constater dans ma pratique que malgré le souhait d'intégrer le médecin généraliste comme acteur de soin primaire, la médecine généraliste reste éloignée de ce souhait. Les médecins généralistes ne sont pas formés à ce type d'accompagnement.

c) L'instauration d'un plan d'accompagnement global par la MDPH : un accompagnement issu de la coopération des acteurs

Un plan d'accompagnement global est instauré adossé au plan personnalisé de compensation du handicap qui comprend également l'orientation proposée. La CNSA apporte des éléments complémentaires : Les principes du dispositif d'orientation permanent ont été traduits dans l'art 89 de la loi du 26/01/2016. **En cas d'inadaptation des réponses ou d'indisponibilité d'une offre suffisante un usager peut bénéficier d'un plan d'accompagnement global proposé par l'équipe de la MDPH. Ce plan a pour objet d'anticiper les risques de rupture de parcours et d'expérimenter un accompagnement qui n'avait pas pu être mis à l'œuvre jusque là.** La MDPH peut mobiliser un groupe opérationnel de synthèse auquel participent les professionnels et les institutions autour de la situation de la personne. La MDPH peut solliciter la participation des autorités de contrôle et de tarification pour acter tous moyens supplémentaires et/ou garantissant la mise en œuvre opérationnelle de la solution, mise en œuvre du suivi et identification d'un coordinateur de parcours. Le plan global d'accompagnement a pour but d'améliorer la qualité de l'accompagnement. La personne concernée fait également partie de ce groupe ainsi que son représentant légal.

d) Le groupement hospitalier : une réponse stratégique à la demande de soins.

Les établissements de santé développent à la demande de l'agence régionale de santé des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, ou établissements médico-sociaux. Chaque établissement public de santé est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Les établissements ou services médico-sociaux peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Nous avons émis le souhait d'être intégrés à cette convention étant donné la nature du handicap des personnes accueillies dans les établissements d'ESPERANCE VAR.

Les lois HPST et Santé ont contribué à améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Concernant le public accueilli au sein de l'association ESPERANCE VAR, le partenariat avec le secteur sanitaire a permis d'offrir aux personnes un parcours de soin de qualité. J'ai positionné le pôle hébergement comme force de proposition au secteur sanitaire. Il peut être un terrain d'évaluation de patients chronicisés dans la maladie mentale. Il peut se situer dans une continuité du parcours de vie des personnes. L'ensemble des textes règlementaires et des rapports convergent vers la nécessité d'une plus grande coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, une mutualisation de moyens pour donner davantage de souplesse dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap plus que jamais individualisé avec un objectif d'inclusion sociale.

1.4.7 Les rapports PIVETEAU et LAFORCADE : La nécessaire coopération des acteurs pour faire face à la complexité des parcours

Le rapport de Denis PIVETEAU²⁵ présenté en juin 2014 relate des situations de parcours complexes où s'enchevêtrent plusieurs problématiques. On constate systématiquement des difficultés liées au diagnostic à l'évaluation, à une absence de prise en compte de la parole des aidants et à une difficulté d'accompagnement essentiellement liée au morcellement de l'offre sanitaire et médico-sociale et à une absence de continuum entre ces deux secteurs. On constate également un épuisement des dispositifs et des personnes, parents ou professionnels, essentiellement lié à une absence de relais face à ses situations critiques et des comportements défis. Le rapport souligne très justement que l'issue est souvent le recours à l'hospitalisation brutale en psychiatrie.

²⁵ PIVETEAU. D « Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » Juin 2014

Denis PIVETEAU encourage une démarche de prévention c'est-à-dire de s'organiser pour prévenir les situations et si elles surviennent d'être en mesure de les corriger. Partant de cette approche, il redéfinit les modalités de l'accompagnement autour de 3 fonctions :

- Une fonction de vigilance qui consiste à prendre des initiatives et se situer en prévention,
- Une fonction de coordination qui soulagerait la personne lorsqu'elle est en situation fragile et assurer la gestion des différents intervenants dans un but d'efficacité de l'action collective
- Une fonction de soutien, de renforcement des capacités, d'empowerment qui consiste à élever le niveau d'influence et de choix que peut avoir l'utilisateur fragile sur les événements de sa vie.

Il s'agit en premier lieu de mobiliser de manière différente les moyens existants c'est-à-dire des moyens mieux coordonnés. Il faut développer une approche du parcours de vie. Il s'agira dès lors, de ne plus construire un parcours mais de proposer la garantie à ce que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours. C'est-à-dire d'une façon qui optimise l'effet global de l'ensemble des interventions dans le sens des besoins et attentes de la personne qu'ils accompagnent.

Au lendemain de la loi santé, en octobre 2016 Michel LAFORCADE présentait son rapport relatif à la santé mentale dans lequel il indiquait : Il s'agit dans ce rapport d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé « *Le parcours n'est pas un concept creux ni un mot galvaudé. Il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de modernisation de notre système de santé et correspond à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale mais aussi de leur entourage. Le modèle de continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès. Les conséquences sociales, la maladie, leurs restrictions à la citoyenneté, la perte de qualité de vie et parfois une immense solitude pèsent tout autant que l'impact de la symptomatologie clinique. Cette continuité suppose de répondre à trois questions : Quelles modalités de soins ? Quel accompagnement social ? Quelle coordination entre les deux ?* »

Pour les parcours les plus complexes, il sera proposé de désigner des référents sur le modèle des gestionnaires des cas complexes. **Le centre de gravité du dispositif du dispositif doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception.** L'équipe se déplace sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins y compris les interventions psychosociales. Au lendemain du PPSM (Plan Psychiatrie Santé Mentale) 2005-2008 des préconisations avaient été formulées : organisation de relais entre sortie d'hospitalisation et insertion sociale, psychiatrie et champ sanitaire et social. Mise en place de formation commune pour

l'ensemble des intervenants, en assurant la continuité des prises en charge tout au long de la vie.

Michel LAFORCADE²⁶ fait référence de manière explicite au partenariat entre acteurs des champs divers pour accompagner la personne dans sa globalité. Il interroge directement nos modèles organisationnels. Une des préconisations du rapport visant à éviter les ruptures de prise en charge et à améliorer les parcours de santé et de vie est de renforcer la continuité et la diversité des soins et de l'accompagnement donc de :

- **Développer les techniques cognitivo-comportementales,**
- **Développer la remédiation cognitive,**
- **Développer les programmes de psycho-éducation**
- **Laisser la possibilité aux acteurs d'être innovants.**
- **Créer des outils d'évaluation des besoins complémentaires à ceux de la MDPH,**
- **Créer des centres de ressources handicap psychique susceptibles d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne ses besoins de soins et d'accompagnement.**

Les constats de ces deux rapports ont sensiblement accéléré le processus de désinstitutionalisation. Les constats posés faisaient état de situations pour lesquelles les réponses actuelles sont insuffisantes. Au-delà de ces situations, un accompagnement plus inclusif est envisagé répondant à la nécessité de maintenir les personnes dans leur lieu de vie. De plus, les enveloppes contraintes ont achevé l'urgence à reconsidérer nos modèles.

1.5 La traduction financière et budgétaire des grandes orientations : plus de souplesse pour accompagner les parcours et responsabiliser les associations.

Comme nous allons le voir, le cadre réglementaire du régime des autorisations, du financement des associations et de ses prestations suit le mouvement d'une plus grande individualisation. Il tend à proposer davantage de souplesse, d'autonomie et à responsabiliser les acteurs dans leur choix de gestion.

1.5.1 Le projet SERAPHIN PH « Service et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des Financements au parcours des Personnes Handicapées. »

Les constats du rapport VACHEY et JEANNET²⁷ ont pointé l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies. Le rapport a préconisé des mesures urgentes à savoir formaliser et organiser des pôles d'observation et entreprendre sans tarder la redéfinition des prestations de service par les établissements

²⁶ LAFORCADE.M Rapport relatif à la santé mentale octobre 2016

²⁷ VACHEZ.L JEANNET.A « Etablissements et services pour personnes handicapées offre et besoins, modalités de financement ». Octobre 2012. www.igas.gouv.fr

et services. Il s'agit alors de créer un outil et les façons de l'utiliser permettant d'allouer des ressources de manière plus équitable, plus simple et mieux adaptée à la logique de parcours. Les modes de tarification différents compliquent considérablement la fluidité du parcours par manque de fluidité des dispositifs. Avec des modalités de financement à la personne ou au parcours, ce serait plus adapté mais trop complexe. Alors il faut préférer des procédures de fluidification ou de coordination du parcours d'accompagnement avec l'objectif d'un financement unique. Il a donc fallu au préalable se mettre d'accord sur une redéfinition des besoins des personnes et des prestations. La nomenclature des besoins est organisée autour de trois domaines issus de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, à savoir : la santé, l'autonomie et la participation sociale. Quant aux prestations elles sont présentées en deux blocs : les prestations directes c'est-à-dire les prestations de soins et d'accompagnement et les prestations indirectes qui correspondent davantage aux fonctions de pilotage et aux fonctions support considérées comme ne répondant pas à des besoins individuels mais nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse de qualité.

Ces nomenclatures ont été mises à l'essai pour l'année 2016 et ont donné lieu à une enquête sur les coûts qui devrait entraîner la réforme de la tarification. L'enquête a été confiée à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour ce faire, un plan comptable de l'enquête est distribué et doit permettre : de fournir une base commune aux ESMS d'intitulés et de classements charges et produits, faciliter leur affectation, délimiter le périmètre de l'ensemble des dépenses et enfin permettre un contrôle bouclage comptable. Ce plan entraîne un découpage de l'établissement en prestations.

Chacune d'entre elle est constituée par un groupement de moyens. Ainsi les charges du personnel seront affectées en considération de la prestation et non plus de la catégorie de personnel. Une tarification au plus près du réel et de l'opérationnel qui suppose également une réforme des autorisations et des budgets. Les indicateurs de l'ANAP²⁸ apporteront des éléments d'évaluation complémentaires quant à l'accompagnement des personnes. L'ensemble de ces données constitueront, à terme, un outil de contrôle de l'activité des établissements. Ils suscitent une crainte du changement alors même que l'ensemble des acteurs souhaiteraient davantage de souplesse dans les modes d'accompagnement. Le projet SERAFIN-PH est une invitation à une profonde métamorphose de notre système actuel, cette transformation passe par une mutation importante de la logique de fonctionnement des ESMS.

²⁸ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des ESMS. www.anap.fr

1.5.2 La traduction budgétaire d'une réforme de la tarification en marche : les CPOM et l'EPRD.

Le décret 2016-1815 du 21 décembre 2016 rend obligatoire la conclusion d'un CPOM introduite par la loi de 2002, à échéance définie par le calendrier fixé par les ARS. Le calendrier de l'ARS a fixé l'obligation pour l'association ESPERANCE VAR de contractualiser un CPOM pour 2020.

A un régime de « tutelle » succède un régime « contractuel ». Il permettra à chaque acteur de se projeter dans l'avenir, d'inaugurer un nouveau mode de gouvernance et de sceller un contrat de confiance. Le CPOM en laissant la possibilité d'opérer ces choix stratégiques, doit permettre aux dirigeants associatifs de donner du sens à leur action. Il permettra au directeur de jouer son rôle de gestionnaire dans le sens d'une plus grande autonomie par l'allocation libre de moyens sur une structure, définition et mise en œuvre d'objectifs managériaux à moyen terme. Le CPOM fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit les moyens nécessaires à leur réalisation, sur une durée pouvant aller de trois à cinq ans. Ainsi, les parties s'engagent sur les objectifs à atteindre, un calendrier de réalisation, les moyens nécessaires à la réalisation, les critères d'évaluation et de suivi de ces objectifs.

Le CPOM implique une généralisation de la tarification par dotation globale. Cette dernière est calculée sur la base de l'activité autorisée mais ne subit pas les fluctuations de l'activité réalisée. Les différents établissements et services pour lesquels a été contracté le CPOM deviennent solidaires de leurs résultats : excédents et déficits doivent se compenser. Cette mesure permet évidemment aux services les mieux lotis de soutenir les moins bien dotés en termes d'investissements. La communication budgétaire entre la direction de l'ESMS et l'autorité de tarification est modifiée. Les comptes administratifs transmis à l'AT au plus tard le 30 avril de l'année N+1 et les Budgets Prévisionnels transmis avant le 31 octobre de l'année N-1 sont remplacées par le principe de l'EPRD (État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). L'EPRD est transmis à l'AT en janvier de l'année N et tient lieu de Budget Prévisionnel.

Cette situation de CPOM généralisé est présentée comme transitoire car après l'étude des coûts, un nouveau mode de tarification devra être mis en place. Cette période de transition devra permettre aux ESMS de réorganiser leurs activités d'une part mais aussi de s'approprier les référentiels « besoins » et « prestations » afin d'être en mesure de rendre compte précisément de l'utilisation des moyens mis à leur disposition. Les nouvelles dispositions tarifaires pourraient se rapprocher d'une tarification à l'acte (T2A). Celle-ci nécessite que l'activité soit découpée en actes et que chaque acte soit valorisé.

Comment peut-on généraliser des tarifs à l'acte sans entraîner de fait une convergence tarifaire ? Les ESMS et Gestionnaires seront, comme ils le sont déjà, sans doute mis à contribution dans la construction de ce nouveau modèle. L'objectif final de maîtrise des coûts doit être accompagné d'une prise en compte de l'ensemble des besoins y compris pour les personnes n'ayant pas encore obtenu de place en institution. La lettre de cadrage de l'ARS PACA aux ESMS donne les orientations stratégiques concernant l'accompagnement des personnes. Les ARS indiquent que les CPOM contenant des mesures sur l'accompagnement des personnes aux parcours complexes seront particulièrement soutenus. RAPT (réponse accompagnée pour tous).

1.5.3 La circulaire N° DGS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021 :

La circulaire vient préciser des modes d'accompagnement concernant la réponse accompagnée pour tous. Les ESMS doivent contribuer à la mise en œuvre des PAG (Plan d'Accompagnement Global) « **Ils doivent donc offrir plus de souplesse dans les modalités d'accompagnement et (développement de la modularité, des interventions séquentielles) s'engager dans la coopération avec les autres parties prenantes au PAG (Plan d'Accompagnement Global). Les priorités en santé mentale doivent aujourd'hui répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques graves et persistants, au-delà de la seule stabilisation des troubles psychiatriques et impliquer les personnes dans l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement et la mise en œuvre d'un parcours global coordonné de santé et de vie s'appuyant sur la promotion de leurs capacités et visant l'accès à une vie active et sociale choisie** ». Dans cette perspective, **le soutien et le développement de dispositifs apprenants c'est-à-dire favorisant une pratique conjointe d'acteurs de champs distincts dans le but d'améliorer les connaissances et pratiques croisées de chacun, constituent un support supplémentaire pour le développement de l'interconnaissance. De tels dispositifs nécessitent d'être soutenus par les ARS par une diffusion de cette interconnaissance au plus près des territoires.**

Comme nous venons de le voir, les textes et différents rapports mais aussi la réforme de la tarification nous invitent à revoir nos modèles d'accompagnement et à les penser hors les murs de nos établissements. Il est question pour les établissements d'envisager qu'une partie de leurs prestations soit adressée à des personnes vivant à l'extérieur de l'établissement assortie d'une augmentation de leur offre d'hébergement temporaire. Cette

nouvelle approche va engendrer une adaptation des pratiques et un travail sur les représentations de l'accompagnement. Il va me demander d'être un manager pédagogue, communicant, développeur de compétences. J'envisage ma fonction de directrice d'un pôle de cette façon à savoir non figée, toujours en capacité d'innover et d'accompagner.

La convergence tarifaire et les enveloppes budgétaires contraintes ont été déterminantes dans la mise en œuvre d'une politique moins gourmande financièrement, La France est contrainte d'observer le pacte de stabilité européen qui aura joué un rôle certain dans la mise en place d'une politique de réduction de la dépense publique.

1.6 Les textes internationaux et la construction européenne: l'affirmation de grands principes confrontés à la maîtrise de la dépense publique :

En ratifiant la charte d'Ottawa²⁹, il y a 30 ans, La France a confirmé l'approche globale de la santé définie par l'OMS en 1946. La convention internationale relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par la France en 2010³⁰, se réfère à toutes celles existantes et à de grands principes : égalité, dignité, principe de non-discrimination. Cette convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique mental et social l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer dans son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de sa vie. C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques qu'il faut mettre en œuvre dans le cadre d'une politique européenne garante du pacte de stabilité.

Ce pacte impose des règles et des objectifs qui supposeront une amélioration significative des comptes sociaux de la France. Ainsi, les dépenses des organismes de Sécurité Sociale ou les dépenses sociales des conseils départementaux représentent une part très importante des dépenses publiques qui devraient être largement réduites pour respecter les programmes de stabilité acceptés par la France³¹. Notons que le pacte de stabilité semble remis en question par certains politiques. Il est certain que les choix politiques

²⁹ Conférence Internationale pour la promotion de la santé. Charte d'Ottawa 21 novembre 1986

³⁰ Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par l'AG des Nations Unies le 12/12/2006

³¹ LOCHEN. V « Comprendre les politiques d'action sociale ». Op. cit

actuels sont le reflet d'un engagement en faveur des personnes en situation de handicap mais aussi d'une plus grande maîtrise de la dépense publique. La recommandation du Conseil de l'Europe du 3/02/2010³² relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité marque le point de départ d'une réforme visant à faire du placement en institution une exception.

Conclusion de la première partie :

Comme nous venons de le voir tout au long de cette première partie, la maladie mentale entraîne des conséquences sociales invalidantes pour les personnes avec des phénomènes de repli social important. Les personnes en situation de handicap psychique connaissent un parcours complexe fait d'errance, d'hospitalisation voire d'emprisonnement. L'offre disponible ne répond pas complètement à l'étendue des besoins de ces personnes et notamment à leur demande d'accéder à une vie sociale, affective, citoyenne. Nous sommes amenés à reconsidérer notre offre de service, pour répondre à ces besoins, dans la perspective d'un accompagnement plus global pouvant faire appel à des interventions multiples par une meilleure coopération des acteurs pour une meilleure coordination du parcours. Les politiques publiques actuelles nous engagent dans cette voie. Les enveloppes budgétaires contraintes imposent de nouveaux modèles plus engageants pour les associations à travers les CPOM. Au-delà de la procédure des appels à projet, cette nouvelle réglementation tend à dynamiser les associations, à les projeter dans une démarche d'innovation.

La partie 2 sera consacrée à la présentation de l'association ESPERANCE VAR à travers un diagnostic élaboré suivant la grille SWOT (annexe 2). Quelles sont ses possibilités aujourd'hui de pouvoir diversifier son offre de service, quels sont les éléments à développer pour être un acteur de demain sur le territoire du Var et répondre à l'évolution des besoins des personnes ?

³² Recommandation CM/Rec (2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. 3 février 2010

2 Présentation de l'association ESPERANCE VAR : une expertise dans l'accompagnement des personnes à remobiliser par un management stratégique des compétences.

Dès sa création, l'association ESPERANCE VAR s'est positionnée dans le champ de la maladie mentale, ses autorisations sont délivrées pour accueillir des personnes en situation de handicap psychique. Son histoire s'est construite autour de ce public et l'association a développé une expertise dans un accompagnement technique spécifique. Je vais dans un premier temps faire une présentation de l'association : ses valeurs, son histoire, son organisation, son environnement, son territoire, ses établissements. Dans un second temps, je vais présenter son expertise dans l'accompagnement proposé aux personnes par la réhabilitation psychosociale, sa gestion des ressources humaines et son management, ses modalités de coopération inter-établissements. Enfin cela me permettra de dégager le diagnostic de l'accompagnement des personnes aux parcours et de la réponse accompagnée pour tous (RAPT). (Grille SWOT³³ Annexe 2)

2.1 Présentation de l'association ESPERANCE VAR : Son histoire, ses valeurs, son organisation.

Il est fondamental pour un directeur de connaître l'histoire et les valeurs de son association. Elle permet de comprendre son présent et donne des repères au directeur dans la conduite de son action.

2.1.1 L'histoire de l'association ESPERANCE VAR et ses valeurs : éléments clés pour une bonne compréhension de son présent.

L'association ESPERANCE VAR résulte de la fusion de deux associations : L'association ESPERANCE VAR avait été créée le 11 septembre 1978, son objet était la création et la gestion d'établissements au bénéfice des « handicapés mentaux adultes, non débiles », du Var, dans le but de leur prêter assistance et d'entreprendre leur réinsertion sociale et économique (en particulier en foyer d'accueil et d'hébergement). Sur le même territoire l'association CAP CAMARAT a été créée le 8 octobre 1990. En 1999, suite à une modification de ses statuts, l'association avait créé un Centre d'Aide par le Travail. Son nouvel objet consistait alors en la promotion, la création et la gestion des établissements et des services favorisant la réinsertion professionnelle de personnes présentant un handicap psychique

³³ Le S.W.O.T Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces). Outil de stratégie d'entreprise permettant de déterminer les options stratégiques envisageables au niveau d'un domaine d'activité stratégique.

Les deux associations dont l'objet était très proche ont fusionné et CAP ESPERANCE a pris le relais administratif de ces deux associations en 2004. Notons qu'en 2013, l'association CAP ESPERANCE a dû changer de nom car une autre association en région parisienne avait déposé le nom. L'association se nomme aujourd'hui ESPERANCE VAR. Elle est affiliée par convention à l'UNAFAM (Union Nationale de Familles ou Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques).

Sitôt la fusion réalisée, CAP ESPERANCE s'engage plus avant dans sa volonté de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique et ce dans l'esprit de la loi du 11 février 2005. Dans ce cadre, elle dépose en CROSM un projet de création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé. Ce projet obtient un avis unanimement favorable. La création de cette nouvelle structure, sur le site où préexistaient déjà le Foyer Occupationnel et le Foyer d'Hébergement gérés par CAP ESPERANCE, devait favoriser la mutualisation des moyens matériels, des moyens humains et des savoir-faire déjà existants et anciens. Le FAM a ouvert ses portes en octobre 2011. L'association se lance également dans un projet d'ouverture d'une entreprise adaptée, le Grenier Eco en 2013 et un centre de formation en 2012. A ce jour, l'association compte plusieurs établissements : Un foyer de vie, un foyer d'hébergement, un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), un foyer d'accueil médicalisé. Ces établissements constituent le pôle hébergement dont j'assure la direction depuis mai 2015. Le pôle travail est composé d'un ESAT et de l'entreprise adaptée. Enfin, le centre de formation est piloté par la Direction Générale. Ses statuts précisent que l'association a pour but de favoriser la réhabilitation psychosociale, l'insertion sociale et professionnelle des personnes présentant un handicap psychique. A cette fin, elle a pour objet de créer et gérer tout établissement, service ou projet innovant s'inscrivant dans le champ social, médico-social, de l'insertion par le travail, de la formation ou de la prévention³⁴.

Le Conseil d'Administration a adopté un nouveau projet associatif d'orientation pour la période 2015/2019 à la suite de l'arrivée d'une nouvelle Direction Générale en 2014 et d'un renfort de son siège. Le projet Associatif mentionne expressément : « *La personne handicapée psychique garde un potentiel évolutif favorable lorsqu'elle est bien prise en charge dans les soins de ses troubles et dans son insertion dans la vie en société. C'est pourquoi l'association ESPERANCE VAR a fait le choix d'un engagement solidaire autour de personnes souffrant de handicap psychique, en les accueillant dans des structures adaptées et valorisantes. Il s'agit d'entreprendre, d'entretenir et de témoigner de solidarité, de considération, et d'empathie au bénéfice de cette population mais aussi d'engagement et d'ambition pour obtenir une évolution favorable de leur situation tant sociale que*

³⁴ Statuts de l'association ESPERANCE VAR 2013.

*matérielle. Le respect de la personne et de son itinéraire constitue la garantie d'une individualisation de l'accompagnement, en relation étroite et continue avec les familles ou leurs représentants.*³⁵ »

Les valeurs de l'association donnent la priorité aux valeurs humaines notamment le respect, l'écoute, la solidarité, la bientraitance, la tolérance et la considération de la famille et des proches. Elle donne également la priorité à la gestion du lien social c'est-à-dire à l'information, la communication, à multiplier le partenariat et informer et communiquer autour du handicap psychique. Enfin, elle s'engage à être transparente et responsable dans la gestion de deniers publics.

Ma première observation sur le projet associatif est qu'il fait référence de manière explicite à l'itinéraire des personnes, au parcours et à un accompagnement global. Il fait référence au respect de sa personne et de son itinéraire, nous examinerons la manière dont l'association et ses établissements ont mis en œuvre l'accompagnement des personnes dans leurs parcours de vie.

Ces dernières années, l'association a donné une forte impulsion à la mise en œuvre de la bientraitance impliquant l'ensemble des acteurs institutionnels : gouvernance, direction, salariés, famille et usagers/résidents.

2.1.2 La bientraitance : une réflexion collective et une culture du questionnement permanent inscrites aux projets d'établissement.

Dans sa recommandation sur la bientraitance³⁶, l'ANESM donne une définition de la bientraitance « *il s'agit d'une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est à la fois une démarche positive et mémoire du risque* ».

La recommandation de l'ANESM nous encourage à pratiquer la culture de la réflexion collective dans nos établissements sur les pratiques par une prise de recul régulière des professionnels et une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mûries et préconise pour améliorer les pratiques. C'est une culture du questionnement permanent³⁷ y compris au regard des évolutions des savoirs et des découvertes des sciences humaines sociales et médicales. Enfin, elle appelle à une réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié

³⁵ Projet Associatif ESPERANCE VAR 2015-2019

³⁶ ANESM recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre juin 2008.

³⁷ ANESM recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Juin 2010

à un moment donné. Cette démarche doit prendre en compte le plus grand nombre de paramètres possible concernant l'usager : son identité, ses besoins, son parcours avant la rencontre avec la structure et les possibilités qui s'offrent à lui ensuite, ses proches et tout ce qui fait son expérience personnelle dans le monde.

L'association ESPERANCE VAR a constitué une commission éthique et bientraitance. Cette commission est constituée de la Présidente de l'association, du directeur général, des cadres de l'association, d'un administrateur, d'un psychiatre qui n'est ni membre du conseil d'administration, ni membre du personnel et qui intervient au titre de son expertise, comme consultant bénévole. Elle est également composée de personnes ressources : assistante sociale et psychologue qui ont toutes deux été formées comme référentes bientraitance certifiée AFNOR. La commission édit des recommandations qui viendront en support des pratiques professionnelles, un guide. Il est entendu que les différents outils réglementaires rappellent à chacun, l'obligation à signaler tout acte de maltraitance auprès de la direction et sans délai. Un numéro vert est affiché. Je me suis beaucoup impliquée dans cette construction, car j'ai souhaité que la bientraitance « vive » dans les établissements et ne soit pas qu'une déclaration d'intention.

2.1.3 L'expression du droit des personnes accueillies au pôle hébergement de l'association ESPERANCE VAR :

Le respect du droit des personnes est de la responsabilité du directeur. Dès mon arrivée à la direction du pôle, je me suis attelée à réactualiser tous les outils de la loi 2002 en prenant soin d'y associer les résidents qui se sont vus confier la mission d'expliquer au CVS les outils du droit des usagers pour lesquels ils ont été acteurs de recherche. Les projets d'établissements ont également été construits en associant les résidents à la réflexion sur l'évolution de l'accompagnement. J'ai multiplié les possibilités d'expression des résidents sous différentes formes : un forum qui consiste à faire des résidents les acteurs de la résolution de leur problème du quotidien, une réunion hebdomadaire autour des activités proposées et de l'inscription individuelle, un groupe de paroles, une commission « menu ». Enfin, les outils du projet personnalisé les positionnent comme les acteurs principaux de leur projet de vie.

L'association définit l'accompagnement à la santé sur le modèle issu de la définition de l'OMS. La dimension d'inclusion sociale a été investie et tend à positionner les personnes accueillies comme des bénéficiaires de la solidarité et également comme des acteurs, capables de faire acte de solidarité. Prenant appui sur la déclaration des Droits de l'homme et du Citoyen de 1789, je porte un accompagnement des personnes qui se fonde sur l'égalité, la dignité et le respect des droits individuels. Ces valeurs nous demandent

d'accompagner les résidants vers davantage d'autonomie favorisant une image positive d'eux-mêmes par des projets ambitieux et exigeants. Notre mission première est de leur garantir une sécurité, mais je ne souhaite pas enfermer les personnes dans le carcan d'une sécurité privative de droits et de liberté. La parole et l'expression des personnes accueillies revêtent une dimension du possible, prenant appui sur leurs compétences et la croyance qu'elles peuvent en développer davantage. A mon arrivée à la direction du pôle hébergement, j'ai pu constater que certains résidants n'avaient pas la possibilité de sortir seuls, pas la possibilité d'effectuer des retraits d'argent et des achats de manière autonome malgré leurs demandes à pouvoir accéder à cette autonomie et plus largement à ces droits fondamentaux. Pour ma part, ne pas leur donner cette possibilité, signifiait les maintenir dans une position d'incapables, de malades.

De plus, cela nous plaçait dans une position de contrôle qui peut parfois être contraire à l'accompagnement. Nous avons mis en place des apprentissages aux déplacements, aux retraits, à la gestion budgétaire offrant ainsi aux résidants un espace à eux, une place dans la cité. Un partenariat avec les commerçants du quartier leur offre un environnement sécurisé. J'ai pu constater à quel point cela était difficile pour certains personnels de « lâcher » ce contrôle. Nous pouvons « enfermer » les personnes accueillies dans nos peurs et nos craintes. En cela l'outil du projet personnalisé ELADEV donne une vraie parole à la personne. J'entends accompagner cette évolution et redonner une place de citoyen aux personnes accueillies. Les modalités d'expression sont nombreuses et il nous faut lutter contre nos « allants de soi ». L'accompagnement au parcours tend vers ce même objectif d'inclusion, à retrouver une place dans la cité, une place de citoyen.

L'association a dû outre l'inscription de ses valeurs et de son engagement amorcer une réflexion et construire les outils de régulation de sa relation avec la direction générale et les directions de pôle afin de structurer son développement.

2.1.4 La relation entre Gouvernance et direction de pôle : ses outils de régulation.

Afin de réguler au maximum les relations entre la Gouvernance et l'impact que cela peut avoir sur les directions de pôle, l'association a en 2016 fait appel à un prestataire qui a pu les accompagner dans la rédaction d'outils supplémentaires destinés à renforcer le cadre des relations entre les différents acteurs : La charte associative et le règlement de fonctionnement. La charte a pour objet de développer les valeurs, la philosophie et l'éthique de l'association ESPERANCE VAR et d'assurer ainsi le respect permanent dans l'ensemble de ses activités. Elle reprend des engagements forts autour des valeurs de respect. Elle fait référence à la globalité complexe des personnes accueillies et au fait de devoir tenir compte de leur histoire, de leurs aspirations, de leurs capacités d'évolution ainsi que de leur environnement affectif, familial et social. Elle doit apporter des réponses tout au long

du parcours aux besoins divers et évolutifs. La charte introduit la notion d'expertise et donc de formation à travers la nécessité d'avoir une connaissance approfondie et régulièrement actualisée du handicap psychique.

L'association a décidé de se doter d'un règlement général de fonctionnement dans lequel il est indiqué : « *la répartition des rôles, entre les dirigeants de droit et les dirigeants salariés, est une dimension essentielle qu'il convient de formaliser pour que l'ensemble de l'association fonctionne au-delà des hommes et des femmes et ne soit pas dépendantes d'eux* ³⁸ ». L'association ESPERANCE VAR s'est dotée d'outils tels le présent règlement général de fonctionnement qui constitue le cadre dans lequel le directeur général devra exercer sa mission pour mettre en œuvre le projet associatif. Il précise également la cadre des missions des directeurs de pôles.

Je précise que ce document est annexé au document unique de délégation et qu'il a été demandé au directeur général et Directeurs de pôles une relecture et une participation. L'association a tenu compte des observations formulées par ses directeurs.

2.1.5 L'association ESPERANCE VAR : sa place sur le territoire, sa situation financière, son patrimoine.

Définition Larousse territoire : Du latin territorium. Etendue de pays qui ressortit à une autorité à une juridiction quelconque.

La loi HPST a profondément remanié la définition du territoire. Un de ses objectifs étant de permettre l'accès de tous aux soins et de fait un nouveau découpage de l'offre sur le territoire. Nous pouvons situer l'implantation géographique des établissements de l'association ESPERANCE VAR dans l'aire Toulonnaise. Pour autant, son territoire est plus vaste dans la mesure où nous devons prendre en compte la particularité de son accompagnement en direction des personnes en situation de handicap psychique. Des demandes d'admission sont adressées par des départements voisins : Bouches du Rhône, Alpes Maritimes et d'autres régions de France. Le manque de place en hébergement entraîne une demande régionale pour autant son territoire de santé d'un point de vue du découpage des ARS : territoire de santé reste Toulon/Hyères/La Seyne.

a) L'offre concurrentielle sur un territoire : la place de l'association ESPERANCE VAR sur le territoire.

L'association ESPERANCE VAR ne dispose pas d'un agrément tout public ce qui va à l'encontre des orientations actuelles qui voudraient que les établissements soient en capacité de proposer un accompagnement « tout public ». L'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique est devenu un secteur à forte concurrence.

³⁸ Règlement Général de Fonctionnement ESPERANCE VAR 2016

Les progrès de la médecine ont entraîné une diminution du nombre de personnes atteintes de déficiences obligeant les associations à se repositionner sur un nouveau public. Par ailleurs, les progrès de la médecine concernent également les personnes en situation de handicap psychique. Les diagnostics sont plus précoces et la prise en charge de la maladie permet une stabilisation de la personne plus rapidement lui offrant de meilleures possibilités d'insertion. Ceci entraîne une évolution de son public aujourd'hui plus jeune. Les jeunes sont devenus un enjeu important en termes de santé mentale et d'accompagnement socio professionnel.

Les derniers appels à projet dans le Var ont concerné exclusivement ce public : plateforme de répit et pré-professionnalisation. Ils ont été « remportés » par des associations ayant une logistique forte et une réactivité importante, constituées en direction qualité et groupe projet. Notre expertise n'est plus suffisante ou insuffisamment communiquée et valorisée. Pour autant, la complexité de la maladie mentale suppose des connaissances précises quant à ses diverses manifestations. Enfin, si certaines associations se sont investies dans un accompagnement visant à maintenir les acquis, l'association ESPERANCE Var dans son projet associatif intègre la dimension évolutive et tend à travailler au retour à l'autonomie et au milieu ordinaire. Dans l'analyse d'une offre concurrentielle, l'expertise acquise et la capacité à mobiliser des moyens propres pour augmenter la qualité de l'accompagnement sont un enjeu majeur pour les associations.

Jean René LOUBAT dans son dernier ouvrage³⁹ « concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale » parle d'organisation intelligente : « *l'organisation intelligente doit posséder une capacité d'anticipation et de souplesse adaptative qui lui permette de rendre plus intelligible son environnement et son rapport avec celui-ci. Nous pouvons la caractériser comme suit :*

- *Une réactivité importante aux variations de l'environnement et aux commandes sociales qui lui sont adressées ;*
- *Une plasticité organisationnelle dans sa reconfiguration qui lui permet de s'adapter rapidement à de nouvelles activités ou orientations ;*
- *Un haut niveau de spécialisation dans les réponses et dans le même temps une couverture large des besoins grâce à une coordination performante ;*
- *Une optimisation des ressources en vue d'abaisser des coûts qui sont devenus insupportables pour des communautés à faible croissance ;*
- *Une capacité prospective et d'innovation par un investissement en recherche et développement ».*

³⁹ LOUBAT J.R, HARDY J-P, BLOCH M-A, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale Op. cit

Quelle est notre capacité à porter une organisation souple vers un nouveau modèle d'organisation ? Sur quelles compétences peut-on s'appuyer pour développer un accompagnement au parcours et notamment les plus complexes ?

b) L'association et son développement : perspectives et limites.

La taille de l'association rend son développement limité. La procédure d'appel à projet favorise les associations ayant une réactivité importante. En effet, les directions générales sont dotées de fonctions supports apportant une dynamique dans la réponse aux besoins des personnes et du territoire ainsi que des fonctions supports aux établissements. Elles sont souvent porteuses de directions de la qualité, des ressources humaines et de logistique. Actuellement, ces fonctions supports reposent sur le directeur de pôle. J'assume l'intégralité de ces missions. A savoir des fonctions de directeur des ressources humaines, de logistique et de stratégie financière et budgétaire. Concernant, la démarche qualité elle consiste à ce jour uniquement à réaliser les évaluations internes et externes, les projets d'établissement et leur suivi mais il n'y a pas de démarche qualité proprement dite. La direction générale est porteuse des grandes orientations, elle tente également d'apporter une harmonisation dans sa gestion des ressources humaines.

Le développement de l'association se structure actuellement en partant des établissements. Il s'envisage à partir d'une transformation de l'offre de service dans le but de répondre aux nouveaux besoins mais aussi à maintenir une place concurrentielle sur le territoire. Pour ma part, en ma qualité de directrice du pôle hébergement, il me met dans une posture d'innovateur : « *Elle situe la manager dans sa capacité à anticiper et à prévoir les transformations, à être à l'écoute des environnements internes et externes, à rechercher l'information stratégique. Innover c'est entreprendre et cela invite à la prise en compte de l'expérience, à encourager ses collaborateurs à risquer et entreprendre à être force de proposition, à contredire et argumenter* »⁴⁰. Je dois indiquer que j'éprouve une grande satisfaction professionnelle dans cette posture d'innovateur car elle me demande d'être imaginative, d'accompagner les transformations, le changement et encourager l'acquisition de nouvelles compétences.

Pour accompagner les personnes au plus près de leurs besoins et participer à la mutation du secteur, il me faut inventer des réponses en m'appuyant sur nos points forts à savoir : une bonne articulation entre l'association et ses directeurs, une volonté d'innover, les compétences et l'expertise acquise. Cette mutation des besoins et du secteur nous demande de revoir nos modes d'organisation, la taille de l'association permet de revisiter

⁴⁰ LEFEVRE. P Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales Ed. DUNOD 2006 564p

son organisation de manière assez souple. Elle doit nécessairement être plus malléable et plus innovante pour faire face aux enjeux de demain.

Les appels à projet sur la région PACA sont peu nombreux et se sont situés sur des projets de désinstitutionalisation vers des places de SESSAD malgré une forte demande d'internat. Les enveloppes budgétaires contraintes nous demandent d'innover à moyens quasi-constants et donc de nous engager dans la mutualisation de moyens, une coopération entre les acteurs. Il me faudra créer une offre de service en partant d'une mobilisation des moyens actuels réorganisés et optimisés pour répondre aux besoins des personnes et maintenir notre place sur le territoire.

c) Son indépendance financière et sa situation patrimoniale.

Les établissements de l'association sont excédentaires à l'exception du foyer d'hébergement et de l'accueil de jour du foyer d'accueil médicalisé déficitaires et pour lesquels des mesures de correction sont en cours. Cela fait plusieurs années que les autorités de tarification ne reprennent ni excédent ni déficit se positionnant déjà dans une perspective de CPOM. Les résultats sont affectés en réserve de trésorerie et d'investissement. L'association dispose de peu de fonds propres et ses capacités d'auto-financement sont peu importantes. Elle dispose de dons des familles et des adhésions mais l'essentiel de ses produits est issu de son activité. L'association doit signer son CPOM en 2020.

Le pôle hébergement dispose de ressources immobilières : deux bâtiments « internat », des appartements en semi-autonomie actuellement sous occupés, un local d'activités dit « l'atelier » externalisé occupé à mi-temps. Une redistribution des moyens devrait permettre une offre de service répondant à différents besoins. L'association est en cours de négociation pour un rachat de son site.

2.1.6 La Direction générale de l'association ESPERANCE VAR : naissance d'un projet de direction et d'une cohésion d'équipe.

La direction générale est composée d'un directeur général, d'une attachée de direction, d'un chef comptable et d'agents administratifs et comptables. Elle ne comporte pas de direction de la qualité ou des ressources humaines, même si elle tend à harmoniser certaines procédures. Ces moyens sont insuffisants pour le développement de fonctions support.

Lors de l'arrivée d'une nouvelle directrice générale en 2014, le constat d'un cloisonnement et d'une absence totale de continuité du parcours des personnes dont les établissements avaient la responsabilité avait été posé. Une mobilité des cadres a été opérée afin d'amener

davantage de transversalité dans les établissements. Les cadres de l'établissement ont été affectés en fonction de leurs compétences. Enfin, un cadre transversal a été mis en place concernant l'accompagnement à la santé entre le FOYER ESPERANCE (FO/FH) et le FAM. Cela a permis d'intégrer de nouvelles relations fonctionnelles entre les deux établissements, des relations d'échange et de coopération. Ce nouveau système de direction a mis en place une nouvelle dynamique de pilotage stratégique et technique des établissements du pôle hébergement. Pour autant, cette dynamique a concerné uniquement le pôle hébergement, le pôle travail n'a pas été inclus dans cette vision transversale de l'accompagnement.

La prochaine étape, en cours de construction, sera la constitution d'un conseil de direction composé du directeur général en charge de son animation, des directeurs de pôles et chefs de service et placés sous son autorité. Cette instance est en charge du pilotage global du management et de la direction des établissements et service. C'est une instance d'aide à la décision, de régulation prospective et de transversalité. C'est un espace de conseil et d'appui au directeur général, de débat de confrontation des pratiques et des points de vue d'élaboration des méthodes et d'outils directionnels. Chaque mois les cadres de l'association se rencontrent avec la direction générale pour partager la vision prospective donnant une orientation claire aux directions des établissements. Cette nouvelle dynamique reste à être formalisée dans un projet de direction. Cette instance permet d'envisager des modalités de coopération entre les établissements. Pour autant, les projets de développement ayant trait au parcours des personnes sont inexistant. Je constate toutefois, une volonté de rapprochement et la possibilité d'organiser une action commune. Nous avons compris la nécessité d'organiser l'accompagnement de manière plus ouverte.

Lors des dernières réunions du conseil de direction, le projet SERAPHIN PH et l'organisation des établissements sous forme de plateau technique ont été à l'ordre du jour comme étant une orientation majeure à prendre. La place de l'association sur le territoire et ses perspectives de développement sont à l'ordre du jour des réunions du comité de direction. Je peux dire cependant que l'association connaît un certain retard dans l'appréhension de l'évolution du secteur et qu'elle a connu de grandes difficultés à se structurer autour d'une direction générale fixant un cap aux établissements.

2.1.7 Les établissements de l'association ESPERANCE VAR : un accompagnement conforme au modèle du parcours à la place :

L'association est constituée d'établissements et sa réponse aux besoins des personnes est organisée sur un modèle de parcours à la place. Son plateau technique permettrait une continuité du parcours mais son modèle organisationnel ne répond pas à l'exigence d'une coopération entre établissements nécessaire à la coordination du parcours de vie. Comme

je l'indiquais précédemment l'association dispose d'un pôle d'hébergement et d'un pôle travail.

Le pôle hébergement est composé de 3 établissements et d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : un foyer de vie d'une capacité de 40 places d'internat et une place d'accueil temporaire, un foyer d'accueil médicalisé de 47 places, une place d'accueil temporaire et 6 places d'accueil de jour, un foyer d'hébergement pour les travailleurs en ESAT d'une capacité de 10 places et un service d'accompagnement à la vie sociale pour 35 usagers et une place en séquentiel pour 10 usagers. Notons que le pôle hébergement concentre sur un seul site l'ensemble de ses établissements et qu'il a la particularité de proposer huit studios en semi-autonomie dédiés aux personnes travaillant en ESAT. Deux appartements sont destinés à préparer les personnes du foyer de vie à un retour en milieu ordinaire avec un suivi SAVS.

Toutefois, dans une logique d'orientation à la place, l'accompagnement global de la personne n'a pas été pensé. Lors de l'ouverture du FAM en 2011, certains résidents du foyer ont été orientés vers le foyer d'accueil médicalisé sans concertation d'équipe. Les établissements de l'association n'ont pas été pensés comme étant un plateau technique au service du parcours des personnes. Il n'y a pas de continuité dans l'accompagnement qui, de fait, aurait orienté une autre gestion des compétences de ses personnels. Lors de la sortie d'un résident du foyer de vie vers le SAVS, un relais est organisé entre les équipes du foyer et le SAVS, sous la forme d'une transmission des informations, mais le résident devenu usager se trouve confronté à une nouvelle équipe à une nouvelle référence ce qui peut susciter chez lui le sentiment d'avoir à recommencer là où il devrait s'agir de continuité. Le constat fait entre les établissements du pôle hébergement est de même nature avec l'ESAT : très peu de communication, peu de réunions de concertation pour le suivi des résidents du foyer d'hébergement travaillant à l'ESAT. L'association dispose d'une expertise et d'un savoir-faire technique dans l'accompagnement des personnes mais dans un cadre donné par une orientation « fermée ». L'accompagnement est proposé dans le cadre des missions de l'établissement ESAT, FAM.... Nous allons voir de quelles compétences techniques il s'agit et comment l'association manage-t-elle ses compétences.

2.2 L'expertise de l'association ESPERANCE VAR dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est énoncée dans le projet associatif et tous les projets d'établissements comme étant non seulement un axe à développer dans les méthodes d'accompagnement des personnes accueillies mais aussi une manière de concevoir

l'accompagnement des personnes, en mobilisant les capacités restantes et qui tendent à valoriser les personnes et à entraîner ce qui est déficitaire.

2.2.1 Eléments de compréhension de la réhabilitation psychosociale : recherches et concepts.

Des recherches anglo-saxonnes ont été consacrées à l'étude des conséquences des maladies mentales sur la vie des malades. C'est autour du concept anglais « d'outcome » que ces recherches se sont principalement développées. Littéralement cette notion désigne l'issue de la maladie. *« Cependant ce ne sont pas seulement les limitations fonctionnelles au sens de déficiences qui sont considérées, mais de façon plus large les conséquences de la maladie sur l'ensemble de la vie quotidienne et des activités concrètes des personnes. Il s'agit là d'une conception étendue des effets de la maladie qui établit que les déterminants du devenir de la personne ne sont plus seulement des facteurs médicaux (la réduction des symptômes et la prévention des rechutes voire la restauration des performances cognitives) mais dépendent aussi de l'environnement matériel et surtout humain de la personne. On assiste donc dans ce domaine de recherche au déplacement d'une perspective médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et son évolution, à une perspective centrée sur la personne et son devenir ».*⁴¹

A ce jour, peu d'associations innove dans l'accompagnement de ces personnes en intégrant les concepts de déterminants de santé et de réhabilitation. Ces techniques permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes et leur parcours. Il s'agit en l'occurrence d'introduire dans le champ de la médecine d'autres concepts qui trouvent leur place dans l'accompagnement des personnes tel qu'il est mis en œuvre dans les établissements de l'association ESPERANCE VAR.

Annick PERRIN-NIQUET dans son article paru en septembre 2015 dans la revue « Soins psychiatrie » nous dit⁴² : *« en s'appuyant sur l'identification et sur le développement de ses capacités, des compétences et des savoirs, la réhabilitation psychosociale sollicite la dimension de sujet chez la personne. Celle-ci est souvent gommée, voire écrasée dès lors que l'approche des équipes est essentiellement centrée sur le malade et sa maladie. La personne souffrant de troubles psychiques au long cours a subi les conséquences négatives de la maladie ; les effets iatrogènes des hospitalisations longues ou répétées, les incidences sur la vie sociale et relationnelle. »* On peut parler de rupture et d'une approche globale de la personne. Il est question à travers ces concepts de réhabilitation d'une prise

⁴¹ PACHOUD. B Revue santé mentale novembre 2015 Art. « Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel ».

⁴² PERRIN-NIQUET. A art : Pertinence de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie Revue Soins psychiatrie N°300 septembre/octobre 2015

en charge globale de la personne lui permettant d'affirmer ses droits d'individu, de citoyen son droit à la vie.

Les personnes atteintes de maladie mentale ont été, nous l'avons vu précédemment, largement impactées par un parcours de vie chaotique où la précarité, l'exclusion, les hospitalisations ont été nombreuses occasionnant des ruptures de parcours brutales parfois empreintes de violence. L'absence de coordination de l'accompagnement et d'approche globale vient sans aucun doute potentialiser la rechute. Le modèle vulnérabilité stress étudié plus haut nous confirme que des événements stressants conjugués constituent des éléments de rechute et de rupture.

2.2.2 Le concept de rétablissement : l'empowerment des personnes en situation de handicap psychique.

En 1881 Friedrich Nietzsche écrivait dans l'Aurore : « Puisse chacun avoir la chance de trouver justement la conception de la vie qui lui permet de réaliser son maximum de bonheur ». Rapportée à la maladie mentale cette phrase, nous permet d'introduire le concept de rétablissement encore assez peu connu chez nous. *« On parle beaucoup de rémission ou de stabilisation. Le concept de rétablissement issu en partie des usagers fait du rétablissement un processus d'épanouissement et de développement personnel centré sur la responsabilité retrouvée de l'utilisateur face à la maladie et vise une adaptation positive aux effets de celle-ci avec reprise d'un contrôle sur sa vie. Ce modèle sous-entend que l'on peut apprendre à vivre avec la maladie et valorise le point de vue de l'utilisateur. Il en découle que la notion de réciprocité dans les échanges avec le patient est soulignée par tous afin de les faire passer du statut de patient à celui de personne et de citoyen à part entière. L'empowerment ou la prise de pouvoir par les usagers doit amener à considérer les patients comme des partenaires actifs qui luttent pour s'adapter et surmonter la maladie ».*⁴³

Cet accompagnement repose sur une évaluation de réhabilitation qui doit prendre en compte à un moment donné pour chacun des usagers l'évaluation fonctionnelle de ses capacités (autonomie, habiletés sociales) l'évaluation des ressources personnelles disponibles celles des soutiens à rechercher ou à développer et la définition des buts à atteindre (sociaux, résidentiels, éducationnels, professionnels). Comme je l'indiquais dans la présentation de l'association, les statuts et autres outils institutionnels ont engagé les établissements et les professionnels à se former à ces techniques. Nous travaillons actuellement sur la construction d'un référentiel du rétablissement. (Annexe 3).

⁴³ ESTINGOY.P art : « Au sujet du rétablissement » Revue Soins psychiatrie N°300 sept/oct. 2015
Katia MENGES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

2.2.3 La réhabilitation psychosociale dans les établissements ESPERANCE VAR, une démarche de recherche associée à la formation continue des personnels

Lors de l'audit canadien, réalisé au Foyer ESPERANCE, dans les années 1990, certaines de leurs techniques d'accompagnement issues de la réhabilitation psychosociale ont été proposées aux salariés afin d'être formés. Par la suite, des contacts ont ainsi été établis avec un infirmier psychiatrique suisse professeur à la Haute Ecole de santé de Lausanne, et membre de la British association for behavioural and cognitive psychothérapies, Jérôme FAVROD. Ce dernier est venu former le personnel du foyer aux techniques de réhabilitation psychosociale. L'ensemble des salariés du foyer (FO/FH) ont été formés à plusieurs modules d'entraînement aux habiletés sociales et à la connaissance de la maladie. Ces modules ont pu être proposés aux résidents dans leur accompagnement renforçant ainsi nettement leur autonomie : PACT⁴⁴, Compétences⁴⁵, PRACS⁴⁶.

Fort de cette expérience, le FOYER ESPERANCE accompagne chaque année des résidents au retour en milieu ordinaire. L'établissement n'est pas un point d'arrivée mais est considéré comme une étape visant à renforcer les compétences des personnes accueillies.

2.2.4 Une expertise reconnue sur le territoire dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique :

Les techniques d'accompagnement dont il est question sont essentiellement des techniques pratiquées par le secteur sanitaire. Une infirmière, chef de service, du FOYER ESPERANCE a pu intégrer un service de l'hôpital pour poursuivre sa formation à l'issue des enseignements de Jérôme FAVROD. Au-delà des compétences acquises, cet échange aura permis de construire un partenariat avec le secteur sanitaire. L'hôpital de secteur, avec lequel l'association a une convention est un partenaire privilégié. Nous avons la possibilité d'assister aux réunions de synthèse de l'équipe soignante lorsqu'un de nos résidents est hospitalisé et nous échangeons régulièrement sur les conduites à tenir. Il est utile d'indiquer que le psychiatre du foyer d'accueil médicalisé est un des psychiatres de l'hôpital et que les échanges avec le secteur sanitaire sont largement facilités par ses interventions.

Ces techniques et ces échanges nous ont positionnés comme un expert dans l'accompagnement de personnes atteintes de maladie mentale dans le secteur médico-

⁴⁴ PACT : Psychose, aider, comprendre traiter. Module psycho-éducatif connaissance de la maladie pratiquée en séance individuelle ou collective.

⁴⁵ Compétence : module d'entraînement aux habiletés sociales. Module collectif

⁴⁶ PRACS : programme de Renforcement de l'Autonomie et des capacités sociales. Programme individuel.

social. De fait, l'hôpital nous sollicite pour réaliser des évaluations de patients dans le cadre de l'accueil temporaire. Notre expertise est également reconnue par les acteurs privés du secteur sanitaire. Nous recevons des demandes d'internat et d'accueil temporaire via les nombreuses cliniques du département et nous avons organisé des formes souples d'accueil avec l'une d'entre elles afin de trouver des séjours de rupture pour nos résidents. Nous sommes également interpellés par d'autres acteurs du médico-social qui sont en cours de transformation de leur activité. Ainsi le Conseil Départemental nous a sollicités pour accompagner les APF dans la transformation d'activité d'un de leurs foyers. D'autres établissements sont venus sur le site pour nous questionner sur nos techniques d'accompagnement.

Sans aucun doute, l'association dispose d'une reconnaissance de son expertise par les acteurs de son territoire et d'une connaissance technique suffisante pour accompagner les personnes en situation de handicap psychique. Son point fort reste la connaissance de son public. Pour autant ces techniques évoluent, elles demandent à être réactualisées. Elles représentent des compétences à gérer, à transmettre, à valoriser.

2.3 Le management des compétences de l'association ESPERANCE VAR : naissance d'une GPEC au service d'une transformation de l'offre de service.

L'association ESPERANCE Var dispose d'une connaissance propice au développement d'une offre de service tournée vers un accompagnement global. Comment manage-t-elle ses compétences et quels sont ses outils actuels pour accompagner le développement des compétences ?

2.3.1 Histoire et évolution du management des compétences de l'association ESPERANCE VAR.

L'association ESPERANCE VAR est une petite association et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peine à se formaliser dans une association qui a longtemps reposé sur des acteurs charismatiques avec des pratiques empiriques. En effet, son fonctionnement a longtemps reposé sur un modèle « quasi- charismatique » à savoir : *« fondée sur un principe d'auto-régulation, d'ajustement individuel entre les individus, de culture partagée et de communauté vécus sur un principe d'attachement, de solidarité et de réciprocité. Les acteurs sont liés par un processus historique souvent attaché à des mythes fondateurs ou à des croyances qui constituent un ciment et s'installent dans l'inconscient collectif ou sont véhiculées des pratiques sociales. Au-delà, les rites sont forts et plus ou moins formalisés, les rites pouvant être définis comme une cérémonie coutumière et réglée : cela peut concerner les fêtes anniversaires, usages sociaux... »*

Dans cette forme de communauté professionnelle, le leader peut être paternaliste ou de type missionnaire et visionnaire. Ainsi, il forge son autorité sur un charisme, et un pouvoir qui passent par l'engagement et l'exemplarité. L'organisation charismatique est basée sur la pérennité des situations et la fidélité des acteurs qui agissent pour que soient pérennisés des modes de communication et de coopération non formalisés mais qui obéissent à une logique de l'intégration par l'expérience et par l'identification aux acteurs de référence que peuvent constituer des professionnels à la légitimité acquise par leur ancienneté ou leur forte influence. Dans cette organisation, les comportements sont plus importants que les structures et les règles formelles, et l'acteur est la première source de distinction et de performance. Il dispose en général d'un pouvoir informel qui ne se traduit dans aucun texte, ou lorsqu'ils existent, ils ne sont pas des références opérationnelles et peuvent être oubliés ou occultés par l'organisation. L'organisation charismatique peut avoir de réels avantages, car elle peut être mobilisatrice et donner sens à la vie professionnelle des acteurs qui donnent sans limites leur temps et leur disponibilité. Elle permet aux acteurs de s'identifier à un projet et à une vie sociale qui limitent la compétition interne et les jeux de pouvoir »⁴⁷.

J'apporterais un bémol à ce modèle. Dans un premier temps, les directeurs successifs du Foyer se sont attachés à développer des pratiques innovantes et à former leur personnel autour de ces pratiques. Dans un second temps, il semblerait que l'ensemble du personnel a pu bénéficier de ce courant porteur et qu'aucun n'en a été exclu. Le modèle de management a reposé sur des mythes fondateurs possédant des compétences certaines dans l'innovation. En revanche, la structure managériale du foyer a reposé sur des modèles affectifs très forts entre le personnel et son directeur. Peu d'outils ont été créés. Il semblerait toutefois que ce constat a pu être fait dans tout le secteur qui s'est construit sur l'engagement et non la professionnalisation.

Le FOYER ESPERANCE et l'ESAT CAT VERT ont bénéficié dans les années 1990 à la suite de l'audit canadien de l'apport de techniques d'accompagnement innovantes portées par la volonté du directeur des établissements. Durant ces années, l'ensemble des salariés de l'Association a participé à cette formation et des échanges professionnels autour de ces modules ont été organisés. Une culture associative a ainsi été créée, donnant un fort sentiment d'appartenance à l'ensemble des salariés. Au décès du Directeur, cette culture n'a pas été entretenue, un sentiment de perte important a pris le relais auprès des salariés. Malgré les engagements énoncés dans le projet associatif, la dynamique de recherche n'a pas survécu au décès du directeur qui avait donné une forte impulsion à l'association durant ces années. L'association n'a pas su être garante de son projet, elle aussi fortement déstabilisée par cette disparition.

⁴⁷ LEFEVRE.P Guide du directeur en action sociale et médico-sociale Ed. DUNOD 4^{ème} édition 394p
Katia MENGES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

Pour autant, ces spécificités sont ce qui aujourd'hui différencie l'association ESPERANCE VAR des autres acteurs du territoire et qui la positionne comme un expert. Les savoirs reposent désormais sur les personnes les plus anciennes du foyer ESPERANCE. Le bilan social⁴⁸ de l'association me permet d'identifier qu'à défaut d'une action urgente à entreprendre, nos savoirs et notre expertise seront perdus à moyen terme. L'association a souffert durant quelques années d'un manque de vision prospective dans la gestion de ces emplois et des compétences. L'absence d'une gestion des ressources humaines à lourdement pesé sur la perte des savoirs et des compétences qu'il faut rattraper.

Les salariés du Foyer d'Accueil Médicalisé ouvert en 2011 n'ont pas été formés à ces techniques. Les deux premières années du plan de formation du foyer d'accueil médicalisé ont été consacrées à la connaissance de la maladie mentale ainsi qu'à des modules de gestion de la violence, l'essentiel des nouveaux salariés n'avait aucune expérience de la maladie mentale. Il est certain que la mise en place de la mobilité professionnelle entre les deux établissements aurait d'une part permis d'intégrer au mieux les nouveaux personnels, d'éviter les situations complexes qui sont apparues dès les premiers mois de son ouverture et enfin de transmettre les savoirs. Il n'y a pas eu de vision d'un management stratégique de l'ouverture de l'établissement en termes de dynamique d'équipe et de création d'un pôle d'hébergement.

A ma prise de poste en mai 2015 du pôle hébergement, j'ai souhaité renouer avec cette démarche d'innovation. J'ai pu constater ses effets positifs fédérateurs, porteurs d'une culture d'entreprise et d'un sentiment d'appartenance. En revanche, elle s'inscrit dans une démarche projet et se construit sur la base du projet associatif, des projets d'établissements, des politiques publiques, d'une gestion des ressources humaines, d'une démarche d'évaluation. Mon projet de directrice est de faire progresser l'organisation. Je prends appui sur cet existant pour poursuivre le chemin. Ainsi, il est question de professionnalisation.

2.3.2 Naissance d'un management stratégique mobilisateur des compétences professionnelles.

Patrick Lefèvre, dans son guide du management stratégique indique que la notion de gestion des ressources humaines renvoie à la dimension politique et stratégique du développement des compétences. Il s'agira de mettre en corrélation l'évolution des métiers et celle des salariés. Il ne s'agit plus uniquement d'une approche gestionnaire mais aussi d'une approche managériale « *Les établissements gèrent des moyens quantitatifs et*

⁴⁸ Bilan social Association ESPERANCE VAR 2016

qualitatifs, des ratios, qui leurs sont alloués. Pour autant ces moyens doivent être envisagés dans une vision stratégique à savoir développer une vision de son territoire qui amène le directeur à faire un choix dans la distribution des moyens. La gestion et la dynamique des ressources humaines sont à relier à la recomposition des organisations et à l'économie des organisations sociales et médico-sociales conçues en proximité avec un modèle entrepreneurial. Cette recomposition accompagne une rupture avec les politiques du personnel issue d'une approche administrative et charismatique ».

Ma prise de poste s'est faite en même temps que l'écriture des projets d'établissements, cela a été une formidable occasion de reposer le cadre de nos interventions et de se projeter sur du moyen terme. Dans un premier temps, de la connaissance aux chefs de service puis à l'ensemble des salariés a été transmise sur les évolutions de notre secteur. Les projets d'établissement ont tous introduit une forte dimension des politiques publiques, d'inscription de nos actions dans les différents schémas. Enfin une synthèse des évaluations internes et externes et le plan d'amélioration de la qualité ont été les premiers éléments permettant de contextualiser mon action.

Je souhaite donner aux salariés une vision de l'accompagnement des personnes qui se situe bien au-delà d'un accompagnement du quotidien. La première année de la prise de poste aura été consacrée à donner du sens et des repères aux professionnels en me servant de l'outil fédérateur que sont les projets d'établissements. La connaissance des politiques publiques, la co-construction de procédures cohérentes ont permis aux professionnels d'avoir des repères et d'être des acteurs de la construction d'un pôle d'hébergement. L'organisation d'espace de rencontres, d'échange et de réflexions aura permis aux professionnels de déployer leur potentiel créatif dans l'accompagnement des personnes. Manager c'est savoir impliquer les hommes. Pour tenter de qualifier mon type de management, je pourrais dire qu'il est situationnel, qu'il tend également à responsabiliser les acteurs par les délégations mises en place et le contrôle qui va avec.

Je suis une directrice qui construit par étapes, et m'assure de la solidité de l'édifice avant de passer à l'étape suivante. Aujourd'hui, les établissements du pôle hébergement sont prêts à envisager et à s'adapter à d'autres modèles. La construction d'une GPEC formalisée, communiquée à l'ensemble des acteurs devrait permettre d'engager une réforme profonde de nos modes d'accompagnement.

Mon projet de direction de pôle est d'accompagner, d'organiser une réponse globale dans laquelle les établissements pourront prendre part, comme indiqué dans la circulaire du 2 mai 2017. Cela va me demander d'accompagner le personnel vers d'autres compétences, d'accompagner la réflexion vers un modèle d'organisation plus souple et enfin de renforcer la coopération entre tous les acteurs de l'association. L'organisation étant : « *un ensemble*

humain et technique structuré autour de stratégies et méthodes lui permettant d'assurer à la fois sa pérennité, sa compétence sur le marché et la capacité à atteindre ses objectifs. L'organisation peut être regardée comme un rassemblement de ressources humaines, matérielles, de travail et de capital, influencée par une diversité de contraintes et d'opportunités, internes et externes⁴⁹.

2.3.3 Les Outils de la GPEC : la formalisation d'une vision du management des compétences.

Définition de la GPEC : « *Il s'agit pour une association et ses établissements de mobiliser un capital de compétences et d'expertise et de le mettre en corrélation avec les évolutions prévisibles de l'emploi pour envisager des adaptations collectives, catégorielles et individuelles. Cela aura des conséquences sur le métier, les emplois, les compétences, l'organisation du travail et la formation* ». ⁵⁰

Des séances de travail ont été réalisées avec la direction générale sur d'une part le processus de la GPEC et d'autre part sur les outils et la procédure. Au-delà de sa dimension réglementaire, la GPEC a été introduite en lien direct avec l'environnement économique, politique et social de l'association. Bref, une forte mobilisation de l'équipe de direction en partant du constat qu'il fallait impérativement dépasser le concept d'établissement pour aller vers une construction d'un accompagnement au parcours. La GPEC de l'association tend aujourd'hui à proposer une harmonisation dans sa gestion des ressources humaines. La direction générale présente un plan de formation regroupant l'ensemble de ces établissements. Les directeurs sont des acteurs impliqués dans l'élaboration de ce plan de formation. La formation professionnelle a été un très bon outil de rassemblement des personnels. Au-delà de l'acquisition des compétences, le plan de formation est un outil de management de gestion de projet et des compétences

Deux ans après la mise en œuvre d'une politique de la connaissance de son environnement, nos efforts ont été récompensés. Les demandes de mobilité professionnelle ont été faites faisant la preuve de la volonté d'élargir son horizon et d'envisager le travail de l'autre comme une richesse et non comme une menace. Ces demandes sont accueillies de manière extrêmement positive par l'ensemble des acteurs.

⁴⁹ LEFEVRE.P « Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales » Op. cit

⁵⁰LEFEVRE.P Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales. ibid
Katia MENGES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

2.3.4 La formation professionnelle : une nécessité en santé mentale pour construire de nouveaux modèles.

Les rapports de Denis PIVETEAU et Michel LAFORCADE nous apportent des éléments complémentaires sur les axes de formation à développer pour la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous.

Les rapports LAFORCADE⁵¹ et PIVETEAU⁵² font une large place à la formation professionnelle qui doit être mise en place dans les différents champs de la maladie mentale : *« l'esprit général qui préside à l'accompagnement des situations complexes est nécessairement tourné vers la prévention. Les développements critiques doivent être évités plutôt que traités. Un diagnostic territorial doit être envisagé établissement par établissement, service par service, de la capacité collective à faire et des compétences existantes et manquantes. Il faudra faire le point sur les savoir-faire individuels, les savoirs faire d'équipe et la qualité des organisations. Il devrait se diriger vers les établissements experts et en faire évoluer certains vers une position de centre ressources.*

Il est fondamental d'encourager la mise en place de propositions de formation comportant des modules transversaux aux personnels soignants, éducatifs et administratifs. L'amélioration des pratiques médicales et éducatives doit être soutenue et objectivée par une dynamique national de recherche action. Il n'y aura pas d'amélioration de l'accompagnement si les savoirs et les connaissances restent figés. Il faut encourager la recherche opérationnelle favorisant les observations en milieu de travail et tenant compte de l'environnement global de la personne.

L'accompagnement des situations complexes souffre à la fois d'un manque de culture et de sérieux besoins de documentation dans l'évaluation objective des pratiques. Les trois maîtres mots de cet accompagnement sont : globalité de l'approche, mode projet, dispositif d'évaluation ».

Michel LAFORCADE renchérit : *« En raison du large spectre que recouvre la notion de santé mentale, de la complexité de nombreuses situations, de la diversité des intervenants concernés et du fait que chaque acteur ne peut à lui seul répondre à l'ensemble des besoins, la politique de santé mentale s'inscrit nécessairement dans un cadre coopératif large incarné par un projet territorial de santé mentale (PTSM). Ce projet territorial devra faciliter le parcours de l'utilisateur, en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment où à un autre dans ce parcours ».* Michel LAFORCADE émet

⁵¹ LAFORCADE.M « rapport relatif à la santé. Op.cit

⁵² PIVETEAU. D « Zero sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». Op. cit

plusieurs préconisations concernant la formation des acteurs notamment : **proposer des formations sur les troubles mentaux et la réinsertion sociale aux professionnels de santé mentale, médecin généraliste, infirmiers libéraux. Disposer d'un plan de formation continue sur le handicap psychique à intégrer dans les projets d'établissements des hôpitaux et des structures médico-sociales.**

Les deux rapports cités nous donnent des éléments importants dans la guidance de mes choix de directeur dans un avenir à court et moyen terme. Ces éléments ayant trait à la formation m'amènent à poser une réflexion sur la gestion des compétences collectives, sur les modes de management et sur l'indispensable coopération qui doit être entreprise entre les différents acteurs. Il s'agira de promouvoir la formation professionnelle en santé mentale et l'expertise et encourager la coopération des acteurs.

La dimension de la formation professionnelle revêt également un caractère individuel qui doit être pris en compte dans le cadre du management : « *Le management des compétences constitue un niveau d'implication formel du changement humain et technique car il met tout salarié en situation de se mobiliser sur des capacités à intégrer des connaissances, des compétences et des postures qui changent sa manière de voir et d'agir et le mettent plus ou moins en position d'évoluer vers de nouveaux défis* ». ⁵³

Les entretiens professionnels sont organisés durant le printemps. Un bilan est réalisé dans le cadre du comité de direction. Le bilan des entretiens permet de mesurer l'implication des personnels, le climat social. Ils sont des indicateurs pour la poursuite du projet. Je fais des préconisations au directeur général sur les choix de formation que j'ai arrêtés en fonction des projets et des compétences à acquérir pour leur développement. Ces choix sont discutés en amont avec les chefs de services dans le cadre des réunions de direction hebdomadaires.

Il s'agit en effet d'une mise en tension du parcours des personnels et de développement de l'association. Les deux premières années ont été consacrées à des formations collectives ayant pour but d'acquérir un socle de connaissances communes. J'ai proposé au directeur général, concernant le plan de formation 2018, la possibilité de favoriser des demandes individuelles afin de tenir compte du souhait de chacun d'évoluer au sein de l'association et d'être un acteur de son développement.

⁵³ LEFEVRE.P Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales. Ibid

2.3.5 La fonction psychologique du travail : une énergie créatrice à accompagner par le management.

Yves CLOT dans son ouvrage « la fonction psychologique du travail » écrit⁵⁴ : « *La diminution du temps consacré au travail s'accompagne d'une progression de la pluralité des insertions sociales passées, présentes et anticipées du sujet. Cette élasticité du temps participe du fait que le sujet mène davantage que les générations antérieures plusieurs vies en une seule. Les rapports au travail dépendent non seulement des caractéristiques de son organisation et des rapports sociaux qui s'y nouent mais aussi, pour le sujet, de ses propres préoccupations et post-occupations et des délibérations qu'il mène sur les valeurs contraires qu'elles impliquent...L'individu se perçoit davantage comme celui qui a le choix* ». Toute la complexité du management est de laisser la possibilité aux différents acteurs de se libérer en tant que sujet pour œuvrer pour leur propre développement.

Cela fait écho aux travaux de CROZIER et FRIEDBERG : « *les acteurs agissent comme des acteurs stratégiques c'est-à-dire qu'ils construisent les actions collectives à partir des comportements d'intérêts individuels parfois contradictoires et non à partir d'impératifs de la structure à laquelle ils appartiennent. Les acteurs ne sont pas attachés à leurs routines et sont prêts à changer rapidement s'ils sont capables de trouver un intérêt dans les jeux qu'on leur propose* »⁵⁵.

« *L'infinie diversité des conduites autonomes doit construire une cohérence dans le projet collectif. La solidarité est le sentiment partagé d'une communauté d'intérêt, qui amène les individus à réguler d'eux-mêmes leur conduite en vue des finalités de l'organisation. Le vecteur de cette solidarité est la communication qui permet, toujours imparfaitement et provisoirement, d'harmoniser les points de vue et d'organiser des coopérations finalisées vers un projet commun* ».⁵⁶

L'organisation que j'ai mise en place n'est pas une organisation verticale car chacun dispose d'une marge de liberté créatrice. Cette organisation me demande d'accepter de partager le pouvoir étant entendu, dans ce cas, comme étant le pouvoir d'agir de chacun sur son environnement et d'en être un acteur : « *Cela pose la question fondamentale de la confiance dans les acteurs pour faire évoluer les organisations à partir des marges de liberté qu'ils voudront bien d'une part s'approprier et en fonction de l'autonomie que l'on voudra bien leur accorder. Une double dynamique peut alors s'amorcer dans une vision*

⁵⁴ CLOT. Y La fonction psychologique du travail Ed. PUF 5^{ème} édition 247p

⁵⁵ CROZIER. M, FRIEDBERG. E L'acteur et le système Ed. Seuil 1977.

⁵⁶ GENELOT. D Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants. Ed. Insep Consulting 4^{ème} édition 2011p198.

gagnant/gagnant où l'acteur bénéficie de la confiance et de l'intérêt bien compris de la structure qui en retour reçoit les bénéfices de l'inventivité et de la création des acteurs »⁵⁷. Je partage ces éléments de réflexion issue de l'analyse stratégique. Nous sommes bien dans une dimension dynamique et systémique du jeu des acteurs où chacun doit pouvoir « tirer » bénéfice et être un acteur de l'organisation. C'est une construction permanente à l'équilibre fragile. Cela me renvoie à l'exercice du pouvoir que j'exerce dans mes établissements, qui pour ma part ne doit pas être associé à la domination et à la toute puissance au risque de couper l'élan vital, l'énergie des personnes participant à la construction de l'organisation. Je me réfère à une dimension éthique comprise comme étant : « une réflexion à des situations qui visent à déterminer, le bien agir, en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. Elles est un questionnement permanent des orientations générales par l'acte singulier ».⁵⁸ Diriger, selon moi, implique de donner à voir ses valeurs, ses réflexions, son éthique personnelle. C'est aussi accepter une certaine forme de solitude et une responsabilité qui ne se partage pas.

Mon expérience de l'encadrement m'a conduite à développer une vision micro et macro de mon environnement. Diriger revêt pour moi la capacité à saisir le jeu d'acteurs, à tenter de mettre en œuvre un management individualisé et à développer une vision macro intégrant le projet dans son environnement. Il s'agira pour moi de tisser ensemble ces ensembles formant un tout. Ma vision prospective m'amène à concevoir la possibilité d'accompagner les personnes bien au-delà du cadre de mes établissements. Le plateau technique de l'association par la coopération des acteurs pourrait proposer une réponse plus ouverte, plus globale, plus inclusive pour les personnes en situation de handicap psychique

2.4 La coopération entre les établissements de l'association ESPERANCE VAR pour une réponse accompagnée plus inclusive.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les politiques publiques engagent les acteurs du secteur à davantage de coopération pour un accompagnement global des personnes. Je fais le constat de l'existence d'un plateau technique de l'association pouvant proposer de multiples solutions d'accompagnement. Nous allons dans un premier temps définir les éléments de la coopération pour ensuite présenter un diagnostic de la coopération actuelle entre les établissements de l'association.

⁵⁷ LEFEVRE.P Guide du management stratégique des organisation sociale et médico-sociales Op.cit

⁵⁸ ANESM : Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico- sociaux.

2.4.1 Le concept de la coopération : une synergie des acteurs au service d'une organisation ouverte sur son environnement.

Le guide du management stratégique nous donne cette définition de la coopération : « *Du latin cooperari. Agir avec et ensemble, opérer de concert. Coopérer c'est construire sur des logiques d'action qui font référence et favorisent le développement de solidarités professionnelles. L'organisation apprenante intègre la notion de coopération qui implique la mutualisation et la transversalité des compétences* ». ⁵⁹

Dans son article sur la coopération, Bernard DUBREUIL nous fournit des éléments complémentaires. Qu'est-ce que coopérer ? « *Dans son sens le plus immédiat c'est simplement le fait d'agir ensemble en vue d'un objectif commun. Il faut que ce but commun soit partagé par les acteurs. Les acteurs qui coopèrent doivent être mutuellement conscients de l'objectif commun poursuivi et chercher à ajuster leur comportement l'un à l'autre. Il faut également que la coopération repose sur ce qu'on appelle des motivations mixtes c'est-à-dire que les gens doivent avoir une raison de coopérer mais aussi une raison de ne pas le faire* »⁶⁰.

Il nous indique que face aux problématiques des personnes vulnérables : il faudrait envisager que : « *la continuité des parcours des personnes en situation de vulnérabilité passe par la proximité des dispositifs y apportant des réponses, leur évolutivité et la polyvalence des équipes appropriées à l'hétérogénéité des problématiques, plutôt que la spécialisation des interventions consécutives à la segmentation des problématique à laquelle on assiste aujourd'hui.....Désinstitutionaliser en l'occurrence, c'est d'une part développer une polyvalence d'accompagnement à l'opposé de la segmentation des publics, d'autre part concevoir le caractère provisoire des projets d'établissements et de services, concevoir des dispositifs suffisamment évolutif pour offrir la continuité aux usagers, assurer un accompagnement adaptatif à l'évolution de leurs besoins, à leur itinéraire de vie* ».

Il défend un accompagnement plus ouvert, une hétérogénéité de la personne et la proximité d'une équipe polyvalente. Il est alors question d'une organisation apprenante qui se caractérise par : « *une organisation qui apprend du passé et qui sait faire fructifier les compétences qui en découlent notamment pour innover ou pour s'adapter à son environnement. C'est un véritable état d'esprit qui abrite ces organisations ou la transversalité et le dialogue sont essentiels. Cinq activités sont nécessaires à une organisation apprenante : la résolution de problèmes en groupe, l'expérimentation, la bilan*

⁵⁹ LEFEVRE.P « Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales » Op .cit

⁶⁰ DUBREUIL. B art : Qu'est-ce-que coopérer ? Revue Sciences humaines N° 282 juin 2016

des expériences passées, le fait d'apprendre avec les autres, le transfert des connaissances avec la mise à disposition des connaissances utiles »⁶¹.

Coopérer peut donc s'entendre comme étant un concept dépassant le cadre des hommes pour s'attacher à celui d'une organisation qui viendrait apporter une réponse globale à une personne qui ne serait plus seulement regardée du point de vue de ses problématiques mais une réponse à un individu à un moment de sa vie. Cette posture plus inclusive, dans l'interaction avec son environnement reposerait sur une organisation apprenante.

2.4.2 L'inclusion des personnes en situation de handicap psychique : un enjeu de stabilité psycho-pathologique et de respect des droits fondamentaux.

Comme nous l'avons vu dans la première partie du mémoire⁶², les personnes en situation de handicap psychique formulent des demandes dans le cadre de leur projet personnalisé d'un besoin d'appartenance, d'estime de soi et d'inclusion sociale.

L'inclusion sociale peut-être définie de la manière suivante ⁶³: *« Le concept d'inclusion vient du monde anglo-saxon, à travers la notion de société inclusive. Dans la philosophie de l'inclusion, la nouvelle définition interactive de la situation de handicap fait entrer dans la normalité toute personne quelle que soit sa déficience en posant comme principe l'interaction entre la personne et l'environnement. La norme, la frontière d'inclusion est élargie à tous, ce qui veut dire que les environnements faits par les hommes doivent être normés pour tous, se rendre accessibles à tous. La notion d'inclusion nous engage par conséquent à voir autrement ce que c'est d'être pleinement humain, à se représenter autrement la place des personnes handicapées dans la société et à ne pas vouloir réparer les personnes avec des différences corporelles pour les faire rejoindre à tout prix le cercle fermé de la normalité qu'on a soi-même préalablement défini »*. Je souscris entièrement à cette approche de l'accompagnement qui tend à proposer et à maintenir les personnes dans leur lieu de vie ouvert sur la société et le monde. C'est aux professionnels à faire l'effort d'adaptation et non l'inverse.

2.4.3 La recommandation de l'ANESM : la coopération des acteurs pour une approche plus inclusive de l'accompagnement.

L'ANESM a édité la lettre de cadrage de sa future recommandation intitulée : pratique de coopération et de coordination du parcours des personnes handicapées s'inscrivant dans le volet « Qualité de vie ». Les objectifs de cette recommandation sont de préciser les

⁶¹ LOUBAT.J-R ; HARDY. J-P ; BLOCH M-A. Concevoir les plateformes de services en action sociale et médico-sociale. Op.cit

⁶² Paragraphe 1.3.3

⁶³ Le Capitaine J-Y, art : « l'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds ». Revue l'Empan 2013/1

conditions favorables à la co-construction du projet de vie et à l'articulation favorisant le décroisement des secteurs. Elle vise à améliorer les pratiques de coopération et de coordination. Il s'agira de prendre en compte les besoins des personnes notamment à certains moments charnières au cours desquels la coordination et la coopération entre acteurs sont mises à l'épreuve. Il est question pour les ESMS, à partir des besoins de la personne, de mobiliser les ressources de l'environnement et d'articuler les compétences des différents professionnels, champs et disciplines pour fluidifier le parcours de vie. Il faudra positionner l'ESMS comme une ressource du territoire visant à répondre à la situation et aux besoins évolutifs de la personne. Les différents concepts de coopération et la nécessaire prise en compte du parcours des personnes nous amènent à envisager l'accompagnement des personnes de manière plus ouverte pouvant faire appel à une pluralité d'acteurs. Pour autant, nous devons rester prudents car la multiplicité des acteurs peut entraîner un morcellement de l'accompagnement contre-productif. Il est question d'une meilleure efficacité de celui-ci et de professionnels formés et d'un terrain expérimenté. Quelles sont aujourd'hui les modalités de coopération entre les établissements et services de l'association et peuvent-ils proposer un accompagnement au parcours complexe ?

2.4.4 La coopération des acteurs de l'association ESPERANCE VAR : un plateau technique mal exploité pour un accompagnement au parcours.

L'association ESPERANCE VAR dispose d'un plateau technique composé de plusieurs établissements et service pouvant répondre à un accompagnement plus ouvert : Foyer de vie, ESAT, Entreprise adaptée, foyer d'hébergement, FAM, SAVS, appartements en semi autonomie. Pour autant, chacun conçoit l'accompagnement à hauteur des missions de l'établissement et du service. L'accompagnement des personnes est peu partagé entre les professionnels des établissements notamment entre le foyer d'hébergement et l'ESAT. Les deux directeurs de pôle n'ont pas développé de vision commune de l'accompagnement des personnes et n'ont développé aucune action qui tendrait à rapprocher les différents acteurs. Il est nécessaire aujourd'hui de concevoir un accompagnement bien au-delà de son établissement. Jacques ARDOINO parle de multi-référentialité et Patrick LEFEVRE d'organisation apprenante où chacun apprend de l'autre et de coopération entre les établissements. Les établissements peuvent participer à la construction d'un nouveau modèle et apporter des éléments de la réponse accompagnée pour tous.

2.4.5 La multi-référentialité, concept clé, dans l'élaboration d'une évaluation fonctionnelle nécessaire à l'accompagnement des personnes :

Une des formes de coopération entre les établissements de l'association pourrait prendre la forme de la multi-référentialité telle que définie par Jacques ARDOINO : « *Reconnaître la complexité comme fondamentale dans un domaine de connaissance donnée, c'est donc tout à la fois, postuler le caractère « molaire », holistique de la réalité étudiée et*

l'impossibilité de la réduction par découpage par décomposition en éléments plus simples..... Il faudra mettre en œuvre une multi-référentialité de compréhension au niveau de l'approche clinique, forme d'écoute destinée à la familiarisation des intervenants avec les particularités lexicales et symboliques ainsi qu'avec les significations propres des allants de soi, des formes triviales mis spontanément en œuvre par les partenaires. Une multi-référentialité interprétative exercée également au niveau des pratiques à partir des données précédentes et visant à travers la communication, un certain traitement de ce matériel et une multi-référentialité explicative plus interdisciplinaire orientée vers la production d'un savoir ».⁶⁴

Ces mots de Jacques ARDOINO datent de 1986, ils sont pourtant d'une grande actualité et prônent déjà une approche globale des situations nous amenant à tisser ensemble des éléments provenant de champ divers. La multi-référentialité est pour ma part une approche professionnelle intéressante. Elle présente l'avantage d'élargir le champ de l'accompagnement des personnes et permet au professionnel de dépasser le concept d'établissement et de s'ouvrir à d'autres compétences dans une approche systémique de l'accompagnement.

Conclusion de la deuxième partie :

Comme nous l'avons vu dans cette deuxième partie l'association ESPERANCE VAR est une association de petite taille qui s'est spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Au fil des années, elle a acquis une véritable expertise issue de techniques d'accompagnement visant à donner une autonomie aux personnes accueillies et à les rendre acteurs de leur accompagnement. Pour autant, l'orientation des politiques publiques actuelles vers des appels à projets innovants fait qu'elle est en position fragilisée sur son territoire. Sa taille place les établissements et ses directeurs en première ligne d'un développement de son offre de service qui se construit à moyens quasi-constants. L'absence de fonction support au sein d'une direction générale ralentit ce processus de diversification. Les personnels de ses établissements disposent d'un savoir fragilisé par l'absence d'une vision prospective et d'une gestion de ses compétences qui lui auraient permis la transmission de ceux-ci et le développement d'autres. La réponse accompagnée pour tous, véritable enjeu de demain pour les personnes en situation de handicap, est un véritable défi pour la survie de l'association sur son territoire. Dès lors, je suis confrontée à la problématique suivante : **A quelle organisation devront répondre les établissements pour être un acteur de la réponse accompagnée pour tous et participer au développement de l'offre de service de l'association sur le territoire du Var ?**

⁶⁴ <http://jardoino.club.fr> ARDOINO.J « L'analyse multi-référentielle » Mai 1986

3 La création d'un centre de ressources issu de pratiques de coopération entre les établissements de l'association ESPERANCE VAR : un plateau technique de pré-orientation en prévention des risques de rupture.

Dans un premier temps, il me paraît nécessaire de revisiter les différentes approches conceptuelles du projet de façon à nourrir une réflexion autour du projet (A), dans un second temps, forte du diagnostic réalisé en deuxième partie, je vais identifier le périmètre du projet et justifier ce choix (B). La visée sera énoncée pour ensuite déployer le projet dans ses objectifs généraux, stratégiques, et opérationnels. Chaque objectif fera l'objet d'une évaluation ainsi que le projet dans sa globalité.

3-1 Eléments conceptuels autour du projet :

Les recherches effectuées m'ont conduite à envisager le projet comme un outil dynamique, systémique mais aussi en constante évolution et auto-évaluation.

3.1.1 Les éléments constitutifs du projet : les processus et procédures

Dans son ouvrage « l'anthropologie du projet » Jean-Pierre BOUTINET indique : « *Le projet nous apparaît comme une figure renvoyant à un paradigme symbolisant une réalité qui semble préexister et nous échapper : celle d'une capacité à créer, d'un changement à opérer. Le projet figure renvoie à une double absence : celle d'un ordre à évincer, celle d'un ordre à faire advenir, l'un l'autre le fruit de cette absence fondatrice que tout désir exprime* »⁶⁵.

Dans le contexte actuel d'un paysage médico-social en pleine mutation, les mots de Jean-Pierre BOUTINET nous renvoient à l'émergence du projet, à sa genèse à savoir celle d'une transformation à opérer rendue nécessaire par une certaine obsolescence et d'un devenir. Tout le paysage médico-social vit cette transformation. L'innovation et le changement sont les enfants de ce désir.

a) Processus et procédures : un juste équilibre au service du projet

A l'occasion d'un colloque international, Michel VIAL a apporté les éléments complémentaires : « *Le projet n'est pas réductible à l'atteinte d'objectifs après un bilan, dans la réduction cybernétique au pragmatique. Il est engagement du sujet, convocation de ses procédures certes mais aussi de ces processus. La notion de processus est déterminante pour comprendre la différence entre le modèle cybernétique et le modèle systémique. Le modèle cybernétique s'en tient aux procédures, aux comportements, aux*

⁶⁵ BOUTINET J-P « Anthropologie du projet » Ed. PUF 441p

démarches, aux façons de faire, à « que faut-il faire. L'évaluation dans le systémisme a la prétention de s'intéresser bien sûr à ce comment faire mais aussi aux personnes avec leur individualité, à leur façon de faire singulière et de jouer de convoquer cette particularité au service de l'activité. Avec la dimension du processus on entre dans des dimensions subjectives qualitatives qui ne sont plus de l'ordre de l'algorithme qui ne sont plus de l'ordre de l'analyste externe qui ne sont plus de l'ordre du contrôle. On entre dans un nouvel univers : la qualité. Le processus peut être défini de différentes manières, il est une chimie interne : la motivation, le flux d'énergie et sa polarisation sur le projet. L'intention, l'investissement, son dosage, la maîtrise de son dosage tout au long de l'épreuve, la tension et l'attention. Toute cette mécanique et cette chimie interne sont déterminantes pour la réussite de l'action. L'évaluation du processus prend en compte différents critères : la manière d'aborder la situation, de s'y investir, l'intensité de l'action et le degré de confiance en soi ». ⁶⁶

En ma qualité de directrice du pôle hébergement je tends à faire vivre dans ma pratique quotidienne ces éléments de réflexion. Je les partage en équipe de direction et dans les établissements que je dirige avec l'ensemble des personnels. Le projet est communication : il nécessite de la pédagogie, du respect, de la bienveillance. Il convoque les valeurs du dirigeant et de l'association.

b) L'approche systémique du projet :

Je souscris à cette approche systémique du projet surtout dans le contexte actuel où la diversité des parcours, la pluralité des intervenants est envisagée au service de la qualité. La synergie des acteurs, la régulation, la coopération doit permettre d'offrir aux personnes une cohérence d'ensemble. Bien évidemment la complexité est convoquée dans le maillage d'une réponse construite à plusieurs. Edgar MORIN à travers ses multiples ouvrages sur la pensée complexe nous dit : « *Seule une raison ouverte capable de travailler dans l'irrationnel saura relever le défi de la complexité. Toutes les sciences sans exception sont confrontées à la complexité du réel. La nécessité de relier l'objet au sujet à son environnement et de traiter l'objet non plus comme un objet inerte et privé de forme mais comme un système doué d'organisation. De faire dialoguer théorie avec l'incertitude et le contradictoire. Cela oblige aujourd'hui l'homme de science à respecter la multi-dimensionnalité des êtres et des choses. Seule une connaissance qui tentera de se*

⁶⁶ Colloque International IUFM-Uniméca : Le projet en éducation technologique. Intervention Michel VIAL : « le projet une occasion de faire autrement ». Novembre 1999

connaître elle-même, seule une science avec conscience ne sera à ce titre ni mutilée, ni mutilante»⁶⁷.

Les deux articles cités précédemment nous enseignent la nécessité d'envisager une réponse construite à plusieurs dans une approche systémique et dans une approche humble ouverte sur la connaissance de tous. Un des enjeux du projet sera de construire une réponse à plusieurs.

c) Le projet expérimental et participatif :

Jean-Pierre BOUTINET dans son ouvrage « l'anthropologie du projet » nous apporte les éléments d'analyse suivants : *« Ce projet opératoire est destiné à mobiliser les énergies autour d'un enjeu. Il acquiert simultanément une valeur symbolique pour les acteurs parties prenantes et une valeur opératoire dans la mesure où il oriente une action concrète à promouvoir. La gestion par projet est une façon de lutter contre le fonctionnement bureaucratique des organisations. Ses organisations expérimentales se veulent des organisations participatives soucieuses de valoriser au sein du personnel des collaborateurs un assez fort consensus social »*. Il poursuit : *« Ce qui fait que le projet d'entreprise qui se voulait expérimental se transforme en projet de référence : c'est que celui-ci vient à produire un système de normes, une orthodoxie de pensée en même temps »⁶⁸*. Je prends appui sur ces mots pour rebondir sur mon mode de management qui laisse une part de créativité aux personnels tout en étant garante du projet. C'est une posture d'équilibre qui ne peut être ni dans le contrôle, ni dans le laisser aller. Elle se situe dans le projet. J'apprécie ce jeu d'équilibre dans le management qui demande un effort d'adaptation continue, une posture d'ouverture nécessaire à la conduite des entreprises.

3.1.2 La délimitation du périmètre du projet : sa visée.

Les écrits de M. VIAL sur le « travail en projet » constituent une référence dans l'articulation entre projet programme et projet visé.

Il parle de la vision du gestionnaire, de *« Sous l'effet de la décomposition par objectifs on découpe les tâches, on s'en tient à une gestion probable, on survalorise la planification, on perd les occasions de s'interroger sur la finalité et sur la globalité de l'apprentissage. Il faut savoir que le projet comporte deux versants contradictoires : ce au nom de quoi on aspire à accomplir des actions, les visées (l'intention philosophique ou politique) et puis l'ensemble des actions qu'on veut réaliser, le programmatique (la traduction stratégique, opératoire précise, déterminée du projet-visée). La dynamique du projet ne dépend pas d'objectifs*

⁶⁷ Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité par Ali AÏT ABDELMALEK. Revue Société 2004/4 N° 86 <https://www.cairn.info/revue-societ...>

⁶⁸ BOUTINET J-P. « Anthropologie du projet » Op.cit

correctement désignés mais du rapport de forces, des ruses de sens, du paradoxe fondamental, de la contradiction interne entre visées et programme ».

Les structures médico-sociales sont en pleine mutation et interrogent leur modèle d'organisation. La Maison Départementale du handicap du Var partageait une réflexion sur la montée des situations complexes principalement due à des handicaps auxquels s'ajoutaient des pathologies associées mettant à mal les personnes dans la mesure où la réponse apportée ne peut être que partielle et répondre à une seule problématique.

Nous avons pu voir combien leur parcours est fragilisé par la rupture et à quel point celle-ci impacte leur stabilité psycho-pathologique les enfermant dans un cercle infernal d'hospitalisation-rupture et parfois violence. Il s'agit là d'une visée ayant comme préoccupation la dignité, les droits de l'homme. **Il s'agira dès lors de participer au maintien d'une dignité pour les personnes au parcours de vie les plus complexes.**

3.2 Les éléments de cadrage du projet :

Il s'agit dans cette partie de présenter les éléments posant le cadre du projet. Il est question de la présentation de mon projet de direction au directeur général et de sa validation, d'une présentation en Conseil d'administration et d'une lettre de mission quant au développement de ce projet. Les éléments de cadrage sont aussi donnés par les autorités de tarification et autres partenaires. Enfin, la partie budgétaire tient également une place importante.

3.2.1 Le cadre d'intervention du Directeur : le document unique de délégation

Mon document unique de délégation comprend le règlement général de fonctionnement qui décrit la collaboration avec la direction générale, il est écrit : « le directeur de pôle identifie les dispositifs institutionnels et les acteurs du territoire et fait retour au directeur général. Identifie une problématique sociale ou de santé publique sur le territoire et en produit un diagnostic au directeur général, il propose des stratégies d'action, des scénarii prospectifs à partir de son champ d'intervention et les argumente » J'ai une réunion hebdomadaire avec le directeur général au cours de laquelle j'ai pu lui faire part de mes observations du terrain professionnel et de l'orientation forte des politiques publiques vers un accompagnement désinstitutionnalisé. L'association ESPERANCE VAR dispose de plusieurs atouts notamment les compétences techniques de l'accompagnement issues de la réhabilitation psychosociale des personnes en situation de handicap psychique mais aussi un plateau technique pouvant proposer un accompagnement du parcours de vie : semi-autonomie, logement autonome, ESAT, Foyer de vie, accueil de jour... La diversité de notre offre de service permet d'envisager un d'accompagnement qui ne serait plus uniquement à la place.

Dès lors, le directeur général me demande de lui produire un pré-projet écrit qui poserait les constats et les objectifs du projet. Il se charge d'engager auprès des autorités un dialogue visant à proposer ce type d'action d'un point de vue politique et stratégique et de le présenter au conseil d'administration.

3.2.2 L'opportunité du projet : le contexte d'élaboration des futurs schémas et du dialogue avec les autorités.

Le département est en cours d'évaluation des schémas départementaux et régionaux et prépare le renouvellement des différents schémas et la mise en place des COPM. Le dialogue avec les autorités revêt une dimension stratégique forte dans une phase de pré-construction de notre CPOM prévu en 2020. En effet, ce nouveau service de l'association pourrait faire l'objet d'un engagement prioritaire pour l'association et bénéficier des engagements contractuels conclus dans le cadre du prochain CPOM qui devrait être signé à l'issue de la phase d'expérimentation du projet. Je rappelle que les ARS PACA ont adressé une note aux ESMS donnant la priorité à des actions proposant une réponse accompagnée pour tous.

Le Conseil départemental du Var nous a informés de son intention de nous associer à la réflexion et élaboration du futur schéma départemental des solidarités qui de fait orientera le régime des autorisations à venir. Il est question pour moi de présenter dans le cadre de cette réflexion le projet du centre de ressources. Le Conseil Départemental nous encourage à déposer des projets innovants et se montre fort intéressé par cette proposition d'accompagnement au parcours. Par ailleurs, la MDPH du Var déploie son projet de la réponse accompagnée pour tous par la création de différentes instances notamment mise en place d'une coordination territoriale et de contrats partenariaux, recrutement d'un référent de parcours. Définition du nouveau dispositif d'orientation permanent décliné dans le plan global d'accompagnement. Je souhaite présenter le projet et être force de proposition comme un acteur de la contractualisation. Je positionne le centre de ressources comme faisant partie du dispositif d'orientation permanent en étant un acteur de l'évaluation des personnes en situation de handicap psychique dans le cadre du plan global d'accompagnement.

Enfin le partenaire sanitaire en psychiatrie est un acteur incontournable du projet. L'association bénéficie déjà d'une convention avec le secteur hospitalier. Je me positionne comme un acteur en capacité d'être force de proposition auprès du secteur psychiatrique et d'ouvrir le centre de ressources à des patients chronicisés pour lesquels une ouverture sur un lieu de vie peut sembler possible avec des aménagements. En revanche, nous devons nous assurer d'une parfaite collaboration de l'hôpital sur l'hospitalisation éventuelle d'une personne dont nous avons à accompagner le parcours. En synthèse, il s'agit pour

moi de mettre les établissements de l'association en situation d'être force de proposition et de participer pleinement à la transformation du secteur et d'en être un acteur.

Je fais part de l'ensemble de ces observations au directeur général qui se chargera de poursuivre le dialogue avec les autorités de contrôle et de tarification. En revanche, je prends en charge le partenariat avec la MDPH et le secteur sanitaire.

3.2.3 La lettre de mission du Conseil d'Administration :

Dans la mesure où ce projet concerne l'ensemble des établissements de l'association et qu'il s'agit de la création d'un centre de ressources dont je suis amenée à prendre la direction, je souhaite disposer d'une lettre de mission m'autorisant à m'engager dans ce projet et me donnant toute légitimité à agir sur l'ensemble des établissements de l'association et d'en rendre compte au directeur général. La lettre de mission aura pour but d'encadrer ma mission à savoir, la production d'un projet, sa présentation à la direction générale, sa temporalité, la communication auprès des acteurs externes et internes, sa mise en œuvre et son évaluation.

3.3. L'objectif général du projet : Une réponse accompagnée pour tous

Accompagner les personnes en situation de handicap psychique en participant à leur plan global d'accompagnement par la création d'un centre de ressources issu de pratiques de coopération inter-établissements.

3.3.1 Le schéma directeur du projet et ses objectifs stratégiques :

Le projet présenté se situe sur les deux premières années dans une phase expérimentale soit 2018-2020. Il prend appui sur le plateau technique des établissements de l'association ESPERANCE VAR. Il est question ici de mobiliser les moyens logistiques internes afin de proposer un budget à moyens quasi constants et de tenir compte des enveloppes budgétaires contraintes. Le schéma directeur du projet comprendra une dimension de management des compétences et de gestion des ressources humaines et une dimension partenariale importante dans la mesure où nous nous engageons à proposer une évaluation en complément de celle réalisée par la MDPH.

Patrick Lefèvre dans le guide du management stratégique nous éclaire sur la dimension des objectifs stratégiques : « *Un objectif stratégique correspond à une ligne d'action généralement valable sur plusieurs années. Il est défini par le sommet stratégique de l'organisation : Président, conseil d'administration, direction... Dès qu'on en prend*

connaissance on perçoit les questions auxquelles il faudra répondre pour passer à des objectifs opérationnels.»⁶⁹

Prenant appui sur cette analyse je dirais que mes objectifs stratégiques sont de deux ordres, un d'ordre managérial et un d'ordre politique : Il est question pour le premier, d'engager les équipes à dépasser le concept d'établissement, à développer leurs compétences et à s'engager comme un acteur de la coopération. C'est un objectif stratégique car le projet se veut un moteur d'énergie pour les équipes et les acteurs doivent être capables de se vouloir mobiles sur le terrain professionnel et moins ancrées dans des pratiques d'établissement. Il s'agit également de fédérer des équipes autour de valeurs associatives fortes telles que le partage et l'ouverture, valeurs que je porte en tant que citoyenne du monde. Enfin, il doit engager les personnes sur le chemin de la compétence curieux de nouveaux terrains professionnels.

Le second objectif est un objectif politique. En effet il s'agit de nous positionner comme un acteur incontournable de la santé mentale en mettant le projet au service de la MDPH et de l'hôpital de secteur. Comme je l'ai dit précédemment la santé mentale est un sujet de préoccupation majeure, une dépense de santé et sociale considérable qui mobilise des moyens importants. Il s'agit rapidement de proposer aux acteurs institutionnels une offre de service capable de répondre à l'accompagnement au parcours des personnes mais. Le projet expérimental sur 2 ans devrait permettre de vérifier la possibilité de proposer de nouvelles modalités d'accompagnement.

3.4 Les objectifs opérationnels du projet : une déclinaison de l'objectif général en mode opératoire

Mon objectif général me donne des éléments précieux sur les objectifs opérationnels que je vais développer : **Accompagner les personnes en situation de handicap psychique en participant à leur plan global d'accompagnement par la création d'un centre de ressources issu de pratiques de coopération inter-établissements.**

En effet, participer à l'élaboration d'un plan global d'accompagnement demande d'impliquer la MDPH et les autres partenaires institutionnels cela pose la question des modalités de cette implication (**objectif opérationnel N°1**).

⁶⁹ LEFEVRE.P « Guide du management stratégique des organisation sociales et médico-sociales. » Op.cit

Participer à l'orientation nécessite et interroge les compétences à acquérir pour réaliser l'évaluation et accompagner les personnes, il comprend un objectif de management des compétences (**objectif opérationnel N°2**).

Enfin la mise en œuvre de la coopération inter-établissements nécessite un accompagnement au changement et des modalités organisationnelles souples (**objectif opérationnel N°3**).

3.4.1 Impliquer les acteurs institutionnels à travers la création d'un COPIL, instance de régulation du projet : se positionner comme un acteur de la co-construction avec les partenaires institutionnels (OBJECTIF OPERATIONNEL N°1)

J'ai choisi de créer un COPIL pour associer les partenaires institutionnels car je souhaite m'engager dans une co-construction avec la MDPH, hôpital de secteur, agence régionale de santé et le Conseil départemental. Je me présente avant la contractualisation du CPOM prévue en 2020, comme un partenaire et une directrice attachée à l'idée de collaboration. Je souhaite positionner mon association dans le paysage médico-social en cours de redéfinition et pour cela je choisis une méthode visant à associer les partenaires et arrêter les objectifs stratégiques du projet ensemble. Le COPIL me paraît être l'instance appropriée. De la réussite de ma démarche dépendra l'atteinte de mon objectif stratégique, à savoir : me positionner comme un acteur incontournable de la santé mentale sur le territoire.

Mon rôle dans cette phase du projet sera de créer et d'animer le COPIL qui **a pour mission de définir les orientations stratégiques du projet, faciliter son déploiement et procéder aux arbitrages nécessaires c'est-à-dire budgétaires et d'arrêter un calendrier**. Les membres du COPIL sont mandatés par leur institution pour s'engager dans le projet. Le Copil se réunira deux à trois fois par an : le lancement du projet, réunion à la mi-parcours, réunion de bilan.

a) Le calendrier et les objectifs suivants sont arrêtés dans le cadre du COPIL de lancement : (Annexe 4)

Dans le cadre de la réunion de lancement, nous sommes amenés à élaborer un objectif stratégique du projet. Dans mon rôle d'animateur je proposerai cet objectif : Proposer sur le territoire du Var une réponse accompagnée en direction des personnes en situation de handicap psychique plus souple et plus inclusive et reposant sur des pratiques de coopération inter-établissements. Je reprends les termes du courrier de l'ARS et de la fiche action représentant l'annexe des CPOM appelée RAPT « Réponse accompagnée pour tous ». Comme indiqué plus haut le COPIL organe politique du projet vient valider les orientations stratégiques du projet, faciliter son

déploiement et effectuer les arbitrages nécessaires essentiellement budgétaires, réglementaires et le calendrier. Le COPIL valide cet objectif stratégique.

Il faut également s'entendre sur les modalités de fonctionnement administratif et réglementaire. A savoir quel sera le régime des notifications et autorisations dans le cadre de ce projet ? Et quels seront les circuits courts de communication à emprunter ?

En l'état actuel et pour commencer, un cadre réglementaire quasi-identique à celui du régime actuel des autorisations des établissements du pôle hébergement à savoir : Une notification d'accueil temporaire qui comprend une durée de 90 jours sur une période d'un an mais qui serait renouvelable soit 6 mois. Il faudra à terme que ce projet puisse faire évoluer le régime des autorisations qui devra dépasser le concept d'une orientation à la place comme le propose le rapport PIVETEAU. En effet, il faudra s'interroger sur les modalités de financement des établissements qui contribuent au fonctionnement du centre de ressources. La tarification à la prestation issue du projet SERAPHIN PH devrait apporter des éléments de réponse. Pour les besoins du projet, je propose la création d'une place d'accueil temporaire séquentielle dans les établissements qui serait dédiée à cet accueil souple à savoir la possibilité d'un internat modulable. Notons que les préconisations en faveur de l'accompagnement au parcours proposent d'augmenter la capacité des accueils temporaires.

b) Le cadre budgétaire et les ressources logistiques : la mutualisation au cœur du projet.

La mutualisation est le point fort de ce projet, les établissements de l'association contribueront à la création du centre de ressources en mettant au service de celui-ci certaines de leurs ressources pour la durée du projet expérimental soit deux ans.

✓ Une mutualisation logistique :

L'association ESPERANCE VAR est locataire d'un rez de chaussée de 200 mètres carrés, près du centre-ville de Toulon et desservi par un réseau de transport en commun. Actuellement cet espace est sous occupé, il abrite notre SAVS, les administrateurs de l'association une fois par semaine et un atelier d'art thérapie.

Dans le cadre de l'expérimentation du projet soit pour deux ans, je fais le choix de mutualiser avec le pôle hébergement cette ressource immobilière dans la mesure où un espace est actuellement sous exploité. Il s'agit d'un espace d'environ 50M2 que je vais aménager pour accueillir de manière provisoire le centre ressources.

✓ Le budget : (Annexe 5)

Au-delà des frais de fonctionnement courant liés aux fournitures d'énergie et autres fournitures diverses qui représentent une charge peu importante, le groupe II du budget représente la part la plus importante.

Le Centre de ressources comprendra pour son démarrage deux ressources essentielles. La première ressource concernera la réalisation d'une évaluation fonctionnelle et les possibilités d'évolution reposant sur des « entraînements ciblés » adossé au plan global d'accompagnement. Pour ce faire, et afin de renforcer l'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap psychique qui connaissent un parcours complexe, je choisis de recruter un personnel soignant qui sera en interface avec l'hôpital de secteur et qui aura également une bonne maîtrise des outils de la réhabilitation psychosociale. Le profil de fonction sera défini dans la partie management des compétences. De fait, je fais le choix d'un personnel expérimenté dans le domaine de la santé mentale.

La seconde ressource sera un modèle d'accompagnement « gestionnaire de cas » qui sera amené à être l'acteur de la coordination du parcours qui devrait être facilitée par la coopération inter-établissements soutenue par le chef de service. Je propose un mi-temps de chef de service et un directeur à temps partiel soit 0.30. Le directeur général se chargera des arbitrages budgétaires avec les autorités de tarification. Il faut également prévoir un temps partiel d'agent administratif et de services généraux.

✓ Les investissements et la politique d'achat : Un système d'information optimisé (annexe 5)

Je prévois un tableau d'investissement composée d'achat de matériels de bureau, de matériels informatiques, et d'un véhicule car l'équipe se veut mobile. Par ailleurs, le dispositif reposera sur un partage d'information qui requiert un serveur informatique comprenant un dossier unique de l'utilisateur auquel chaque intervenant pourra accéder. Cela demande une mise en sécurité des données. Bien, évidemment, je me charge de faire une déclaration auprès de la CNIL. Les systèmes d'information sont des outils facilitateurs de la mutualisation entre les professionnels. Ils requièrent cependant une grande vigilance car ils manipulent des données sensibles. Je suis en cours de réflexion pour l'élaboration d'une charte informatique.

Depuis ma prise de poste, j'ai sollicité le directeur général pour adhérer à une centrale d'achat afin de réaliser une mise en concurrence des différents fournisseurs. Cette option a été validée par le Conseil d'administration. Tous nos achats y compris ceux faits par les chefs de service suivant leur délégation sont faits par une mise en concurrence des différents fournisseurs.

c) L'efficience du projet :

Les enveloppes budgétaires contraintes nous amènent à proposer des projets plus efficaces dans l'accompagnement des personnes. L'orientation actuelle des politiques publiques favorise l'émergence de projets de désinstitutionalisation, les établissements sont considérés comme trop gourmands en deniers publics.

« D'après l'OMS la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population à répondre aux attentes de la personne et des clients du système et à assurer un financement équitable. L'efficience est indissociable de la préoccupation de la qualité »⁷⁰

L'ouvrage de Jean-René LOUBAT nous apporte des éléments complémentaires *« Concrètement à court terme, une relative austérité va conduire les secteurs sanitaire, social et médico-social à un certain nombre de ligne d'évolution...la réorganisation des structures qui devrait permettre une optimisation bien supérieure des ressources en utilisant mieux les compétences, en mutualisant les ressources matérielles et humaines, en songeant à de nouvelles interactions entre les structures et les compétences, en se dotant d'outils méthodologiques plus importants⁷¹ ».*

Le projet doit proposer une mutualisation de moyens et une optimisation de ceux-ci, il doit également répondre aux attentes des personnes. Il s'agira d'une attente qualitative et performante, d'une action moins gourmande financièrement que les établissements qui représentent une charge financière trop lourde. J'ai bien compris que c'est une condition indispensable à la réussite du projet.

d) La posture du directeur :

Dans cet objectif, je suis un animateur du projet, je propose et anime le débat. Je suis force de proposition, Je sais que les enveloppes budgétaires sont contraintes donc je propose un budget dans lequel la mutualisation sera présente.

Pour autant les arbitrages seront menés par le directeur général et les autorités de la tarification. Je suis un acteur du projet et de l'animation de celui-ci.

e) L'évaluation de l'objectif N°1 du projet et la démarche qualité : Fiche action N°1 (Annexe 6).

⁷⁰ ICARS : Info Centre des Activités Régionales de Santé.
www.icarsante-paca.fr

⁷¹ ⁷¹ LOUBAT.J-R ; HARDY. J-P ; BLOCH M-A. Concevoir les plateformes de services en action sociale et médico-sociale. Op.cit

L'objectif opérationnel N°1 fera l'objet d'une évaluation et devra intégrer la démarche qualité. J'ai choisi d'en faire une présentation sous forme de fiche action dans la mesure où l'évaluation et la démarche qualité feront l'objet d'un paragraphe ultérieurement.

Je vais devoir parallèlement au travail d'élaboration avec le COPIL mener de façon concomitante la mise en œuvre des objectifs opérationnels 2 et 3. Il est important de souligner que ces objectifs sont interdépendants et se nourrissent mutuellement me permettant de réguler le projet et de me projeter dans une vision globale.

3.4.2 Manager les compétences pour développer l'offre de service associative : une mission régaliennne du directeur (OBJECTIF OPERATIONNEL N°2)

Ma priorité est d'inscrire cette action dans une dimension collective, dans un projet de développement de l'offre de service de l'association. La Gestion des emplois et des compétences entre dans le champ des ressources humaines qui font partie d'un grand ensemble qu'est le management. Il s'agira dans ce domaine de pouvoir tresser l'aspect collectif du projet de développement de l'offre de service de l'association et l'aspect individuel de la gestion des compétences des personnels. Cela revêt pour moi deux dimensions essentielles dans ma pratique de directrice à savoir : le management stratégique et le changement humain.

Le management stratégique tel que défini dans le guide du management stratégique correspond à : *« une démarche qui vise une approche globale de l'organisation et de sa pérennité. Il peut être défini comme une démarche pilotée et organisée au niveau de la direction orientée par son projet qui englobe les stratégies de développement, les activités d'organisation et d'aménagement des structures. La dynamisation des ressources et des compétences, permettant à l'entreprise de se doter d'un avantage concurrentiel durable et de se maintenir dans des environnements turbulents et évolutifs. Tout responsable a besoin de prendre des décisions, d'orienter ses choix et d'analyser les choses à partir de trois dimensions essentielles qui sont le projet, les contraintes et les opportunités de développement ⁷² ».*

L'objectif que je poursuis est le recrutement de compétences spécifiques pour accompagner les parcours complexes et ainsi développer l'offre de service de l'association. Je vais devoir procéder à des recrutements en tenant compte des éléments de motivation des salariés et les accompagner dans le développement de leurs compétences.

⁷² LEFEVRE.P « guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales » Op.cit

a) Déterminer les compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes au parcours complexe en situation de handicap psychique :

✓ Définition des compétences :

Elle est directement référencée au champ de la gestion des emplois et des compétences. Elle comprend nécessairement une vision : « *prospective et d'analyse de l'évolution des emplois dans une organisation. La GPEC est un processus qui articule analyse interne et externe et dynamisation de la politique des ressources humaines. Elle s'exprime dans les recrutements, la formation, la mobilité ou encore la reconversion des acteurs. La compétence contribue à mettre l'organisation dans une dynamique, à valider la mobilité et l'évolution des emplois* ⁷³ ».

Mon document de délégation prévoit une compétence partagée directeur de Pôle/directeur général concernant les recrutements : Je travaille avec le directeur général pour définir ensemble les compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes au parcours complexe et qui devront se situer dans une coopération avec les autres établissements de l'association. Les différents rapports et préconisations émis ces derniers mois nous orientent vers des compétences de case manager ou gestionnaire qui semble être le métier de demain. Je propose au directeur général d'étudier la possibilité de recruter un case manager et de définir ensemble nos attentes par rapport à ce poste. Correspond-il à nos attentes ? Pour cela je me réfère aux outils de formation disponibles étant entendu que cela ne correspond pas aujourd'hui à un référentiel de certification.

En recherchant la formation de case manager disponible, j'apprends qu'un diplôme universitaire vient de s'ouvrir à Tours. Ce diplôme universitaire est mené en collaboration avec la Suisse qui a développé des unités de recherche en psycho-éducation. Cette collaboration consiste à établir un partenariat et à développer des liens pédagogiques et une réflexion théorico-clinique.

La mission de case manager définie dans le DU indique : « *que le case manager est chargé de construire et de guider le réseau de soutien au bénéficiaire dont lui et ses proches sont des acteurs à part entière. Le case manager est une figure intégrative reconnue par les membres du réseau dont l'autorité s'appuie sur une solide expérience professionnelle et de larges compétences sociales. A la manière d'un chef de projet, il est l'intermédiaire entre le réseau formel et informel entre les professionnels et l'institution. La formation s'adresse à des personnes qui travaillent dans le domaine de l'accompagnement et souhaitent développer des connaissances et des pratiques novatrices en matière de prise en charge*

⁷³ LEFEVRE.P « guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales » Ibid

globale ». Le directeur général et moi sommes d'accord sur le fait que la formation de case manager propose d'acquérir des compétences qui correspondraient au projet. Les outils de la formation me servent à élaborer son profil de fonction.

Les référentiels de formation fournissent les éléments susceptibles de donner des indications nécessaires à la rédaction du profil de fonction, Le directeur général transmet à l'attachée de direction il s'agit de :

- Garantir l'éthique et avoir une bonne connaissance du droit des usagers et des concepts secret professionnel/secret partagé.
- Avoir une bonne maîtrise des techniques d'entretien : entretien d'aide, résolution de problème, entretien motivationnel...
- Capacité à mobiliser et travailler en réseau posture/activation
- Capacité à conceptualiser un projet, accompagner un projet : co-construction, engagements réciproques, suivi du plan d'action et régulation
- Capacité à travailler en équipe.
- Avoir une bonne connaissance des acteurs institutionnels du territoire et des dispositifs disponibles.

La fonction de case manager n'est pas référencée dans la Convention de 1966. Je demande au directeur général de se renseigner auprès de notre syndicat employeur de nos possibilités à intégrer cette nouvelle mission dans le cadre conventionnel afin de limiter tous risques de contentieux. Le centre de ressource comprendra également une compétence forte en réhabilitation psychosociale/suivi santé.

Le directeur général demande à l'attachée de direction de rédiger deux profils de fonction : case manager, référent parcours de santé. Deux appels à candidature interne sont lancés. Deux postes sont ainsi à pourvoir et seront déclinés dans les profils de fonction qui comprendront :

- L'intitulé de la fonction,
- Le statut conventionnel,
- Le lien hiérarchique,
- La mission, les responsabilités,
- Les attributions et les tâches,
- Les ressources allouées
- Les compétences attendues à mettre en relation avec les compétences disponibles.

b) Les entretiens professionnels : un outil mobilisateur du projet professionnel des acteurs

Je choisis de consacrer une partie de mon projet à l'analyse des entretiens professionnels car ma pratique de l'encadrement m'a confortée dans mon savoir : le management, la gestion des ressources humaines c'est la rencontre de l'individuel et du collectif. J'attache

une grande importance aux entretiens professionnels car ils fournissent de bons indicateurs du climat social et de la santé professionnelle des acteurs. Les entretiens professionnels m'orientent déjà vers les personnels susceptibles de répondre à la mobilité professionnelle que je vais lancer dans le cadre de l'appel à candidature interne. La gestion des compétences trouve des outils d'élaboration à travers les entretiens professionnels et les plans de formation. La manière dont le directeur les met en scène et à l'œuvre est de l'ordre selon moi du management. D'une part, cela traduit la volonté de développement des organisations et d'autre part donne à voir les valeurs et la vision du directeur : respectueux, soucieux de faire progresser son personnel et son organisation. C'est comme cela que je dirige les établissements du pôle hébergement depuis 2015.

Dans le cadre de l'entretien professionnel que j'ai avec notre assistante sociale, elle a pu me faire part de son souhait d'évoluer au sein de l'association. Elle intervient sur plusieurs établissements et dispose d'une bonne connaissance réglementaire et du régime des autorisations. Par ailleurs, de par sa formation elle dispose d'une très bonne connaissance sur les concepts de secret professionnel et secret partagé. Enfin, elle est formée comme référente bientraitance certifiée AFNOR ce qui apporte des garanties supplémentaires sur le respect du droit des personnes. Elle est une candidature sérieuse pour le poste de case manager si elle venait à postuler. J'échange à ce sujet avec le directeur général qui partage mon analyse de la situation.

c) Les appels à candidatures et le recrutement : une compétence partagée association directeur général, directeur de pôle.

« Le recrutement est un acte de management. C'est un acte de communication interne et externe car selon la manière dont il se réalise, il donne des indications sur les fonctionnements institutionnels. Au sein de l'organisation, les recrutements doivent permettre de développer les compétences professionnelles et de favoriser l'appropriation et la mise en œuvre des différents projets existants »⁷⁴.

L'association ESPERANCE VAR encourage depuis plusieurs années la mobilité professionnelle c'est pourquoi les appels à candidature sont toujours en premier lieu des appels à candidature interne, conformément à la réglementation.

« La mobilité des personnels est une question qui touche à la fois la qualité et la volonté des organisations, et la trajectoire professionnelle de acteurs. La mobilité permet d'accepter et de penser « trajectoire, évolution professionnelle » et de ne pas rester ancré

⁷⁴ LEFEVRE.P guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales ».Ibid.

sur des habitudes professionnelles qui auront des conséquences préjudiciables à moyen et long terme pour les individus et plus largement les organisations ⁷⁵».

La direction générale lance les appels à candidatures internes pour les deux postes avec les profils de poste. Une date de dépôt des candidatures est fixée. Une commission de recrutement est constituée et composée du directeur général, de la directrice de pôle et d'administrateurs délégués. Comme je le pensais l'assistante sociale se positionne sur le poste ainsi qu'une éducatrice spécialisée expérimentée. Nous faisons le choix unanime du recrutement de l'assistante sociale.

Concernant le recrutement du référent soins/réhabilitation psychosociale, nous recevons la candidature d'une infirmière qui avait également manifesté le souhait de s'inscrire davantage dans l'expertise en réhabilitation psychosociale. Par ailleurs, tenant compte des données de mon bilan social, je prends en compte la pyramide des âges et je sais que les savoirs sont détenus par les salariés ayant le plus d'ancienneté et les plus avancés dans l'âge. Le renouvellement des compétences est une priorité dans le recrutement. Et effectivement il s'agit en l'occurrence d'un personnel expérimenté en soins infirmiers psychiatriques mais qu'il faudra renforcer dans les compétences en réhabilitation psychosociale. Il faudra prévoir des actions spécifiques dans mon plan de formation. Enfin, la direction générale fait une note de décision suite à ces recrutements auprès de l'ensemble des établissements. Concernant le recrutement du cadre de proximité, je propose au directeur général pour sa phase expérimentale et afin de développer les pratiques de coopération de recruter un cadre de proximité du pôle hébergement ayant une expérience significative dans la gestion de projet.

d) Le plan de formation : outil indispensable à la gestion des emplois et des compétences.

L'élaboration du plan de formation est de la compétence de la direction générale. En revanche, les besoins en formation sont déterminés en réunion de direction avec les chefs de service. Dans le cadre du comité de direction, le directeur de pôle est amené à expliciter ses choix. Les orientations stratégiques du plan de formation sont arrêtées dans le cadre de cette instance. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration. Tout changement du plan en cours d'année doit faire l'objet d'une note d'opportunité de ma part. Je recherche les organismes de formation et je transmets les devis de formation au chef comptable qui se charge auprès de notre OPCA du montage financier des dossiers. Je travaille avec lui pour obtenir notamment des crédits de formation supplémentaires. Le plan de formation de l'année 2018 pourra s'appuyer sur plusieurs dispositifs de formation. Il

⁷⁵ LEFEVRE.P Ibid.

devra être question pour asseoir les pratiques de coopération de réintroduire la connaissance et l'expertise dans les établissements et service concernant la réhabilitation psychosociale sous la forme d'une transmission des savoirs en interne.

Il sera question de mobiliser d'autres crédits pour former les personnels du centre de ressources dans la mesure où son budget de formation sera pauvre.

- Développer l'auto-formation en interne : la transmission des savoirs par le tutorat.

Réintroduire les techniques d'accompagnement en réhabilitation psychosociale auprès des salariés d'ESPERANCE Var par la formation interne sous forme de tutorat des personnes. Il faut que les personnels puissent proposer l'accompagnement adapté. Je propose à l'appui de mon bilan social que les salariés les plus expérimentés puissent faire bénéficier de leur savoir l'ensemble des salariés d'ESPERANCE Var et ainsi réintroduire cette dimension d'expertise qui nous caractérise sur le territoire. Je demande aux chefs de service de me faire des propositions de planification et d'organisation sur l'année 2017 et 2018. Je propose la valorisation par l'auto-formation auprès de notre OPCA. Je demande au chef comptable de prendre attache avec l'OPCA pour se renseigner sur les possibilités de valorisation. Ce dernier m'indique alors que le salaire de formateur interne peut être pris en charge à hauteur de 50% sur notre CIFA (Compte Individuel Formation Adhérent). Je ne retiens pas cette option car je préfère conserver mon budget de formation.

Ces éléments sont importants car au-delà de la transmission des savoirs, ce sont également des éléments fédérateurs qui créent une culture d'entreprise et des pratiques de coopération entre les établissements et services. Par ailleurs, cela valorise les salariés et les établissements les plus expérimentés.

- Obtenir des Crédits non renouvelables de formation pour les salariés du centre de ressources, conformément aux préconisations de l'ARS PACA

L'ARS PACA nous a adressé deux courriers au printemps 2017. Le premier nous encourage à développer des projets en faveur de l'Accompagnement Pour Tous et indique ces actions comme étant prioritaires dans la négociation des CPOM à venir.

L'autre courrier nous informe de crédits non renouvelables notamment ayant trait à la formation professionnelle. Dès lors, je sollicite le Directeur général pour lui demander la possibilité de faire prendre en charge la formation de case manager ainsi que la formation de notre infirmière sur un Diplôme universitaire de remédiation cognitive sur les crédits non renouvelables des A.R.S dans la mesure où cela fait l'objet d'un axe régional prioritaire.

- Le Budget de formation :

Mon CIFA s'élèvera à 2063 euros⁷⁶. Je choisis de positionner la formation de case manager en 2018. En 2019, je programmerai la formation de DU de psycho-éducation. En revanche, ces personnels ne seront pas remplacés durant leur absence. Dans la mesure où il s'agit d'instaurer une coordination de parcours au sein des établissements d'ESPERANCE Var, je sollicite auprès du directeur général la possibilité d'une contribution des établissements ESPERANCE VAR sur cette formation dans la mesure où son coût représente une charge trop importante pour le centre de ressources, sa masse salariale étant trop faible et où les compétences acquises bénéficieront à l'ensemble des usagers de l'association. Le montant de la formation s'élève à 8400 euros.

e) Posture du directeur :

Pour mener à bien cet objectif, je suis facilitateur du projet, je suis en collaboration étroite avec la direction générale, je partage les objectifs du projet et je suis également force de proposition. Je suis également pleinement dans ma fonction de manager dans la phase de recrutement et de proposition du plan de formation dans ses aspects stratégiques et opérationnels. Ma connaissance du terrain et de mes personnels font que je suis capable de saisir la motivation individuelle au service du projet collectif et faire progresser les organisations et les hommes. Je suis enfin un acteur de la recherche : recherche de moyens supplémentaires, de dispositifs de formation.

f) La démarche d'évaluation et la démarche qualité de l'objectif opérationnel N°2 : fiche action N°2 (Annexe 6).

3.4.3: Développer les pratiques de coopération inter-établissements pour accompagner le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique (OBJECTIF OPERATIONNEL N°3).

Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT⁷⁷ dans l'ouvrage consacré à la coordination du parcours écrivent : « *à partir des années 1990, certains auteurs, notamment américains critiquent la mise en œuvre de ces modèles de gestion de cas en arguant qu'ils donneraient de meilleurs résultats s'ils étaient davantage pensés en lien avec le contexte économique et organisationnel global. Le but n'est plus seulement de faciliter la coopération entre les professionnels intervenant auprès des personnes mais aussi entre des organisations et notamment entre celles des secteurs sanitaires, médico-social et social qui financent les soins et les services qui les délivrent* ». Dans le cadre de notre projet parler de coordination

⁷⁶ www.unifaf.fr

⁷⁷ BLOCH. M-A, HENAUT. L « Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Op. cit

de parcours fait forcément référence à la coopération des acteurs et demande à revisiter les modèles d'organisation et à organiser la coopération. L'accompagnement au changement devient alors nécessaire et un préalable à la mise en œuvre de la coopération. « *L'accompagnement au changement inscrit la complexité des rapports sociaux et humains, il implique une idée de rupture et de conflit au niveau de l'histoire et de la culture de l'institution* ⁷⁸ ».

a) L'accompagnement au changement :

L'association a connu par le passé un sentiment d'appartenance créé en partie grâce à son expertise. Les professionnels ont partagé un savoir, une expérience, une expertise. Aujourd'hui, cet accompagnement au changement doit permettre de dépasser les clivages qui ont pu exister entre les établissements et combattre les peurs qui s'installent lors de tout processus de changement. Le temps, la communication, l'expertise seront mes alliés. Si dans les années précédentes l'expertise a permis aux professionnels de se rapprocher, je souhaite aujourd'hui que ce soit le parcours des personnes qui amène chaque professionnel à se représenter dans une approche systémique. Mon expérience de l'encadrement m'a enseigné qu'un changement réussi nécessite une implication de tous les acteurs et une communication permanente. Forte de cela, je propose au directeur général d'organiser dans un premier temps, une première réunion avec les cadres de proximité, chefs de services, de chaque établissement et services afin de leur préciser le projet. Il s'agira dans le cadre de cette réunion d'être plus précise sur les modalités de transformation de notre offre de service pour répondre aux besoins des personnes. Les modalités reposeront sur des pratiques de coopération inter-établissements.

Il faut ensuite organiser une réunion dans chaque établissement de l'association dans la mesure où l'ensemble des établissements est concerné. Le case manager et le chef de service seront présents à cette réunion. Cette réunion vise à donner de la connaissance sur l'évolution du secteur et annoncer la création d'un centre de ressources : sa définition, ses attendus, ses modalités opérationnelles.

✓ La phase d'élaboration de l'implication des acteurs : un levier motivationnel au changement

J'échange avec le chef de service sur les modalités d'implication des personnes. Nous convenons de constituer des groupes de travail qui seront facilitateurs du changement car cela permet d'impliquer les différents acteurs, de les rendre force de propositions. Ce sera au chef de service du centre de ressource de me faire des propositions sur les modalités

⁷⁸ MIRAMON. J-P art « promouvoir le changement » Cahier de l'actif N°314/317 Juill/oct. 2002

organisationnelles du centre de ressources. Je lui demande de me présenter son projet dans une temporalité déterminée. Le chef de service me soumet les préconisations suivantes qui impliquent les acteurs et contribuent à accompagner le changement : Il me propose de constituer un comité technique dont il assurera le pilotage et qui sera chargé de :

- Réfléchir aux modalités de coopération inter-établissements facilitant la coordination du parcours. Il s'agira de réfléchir sur les modalités opérationnelles.
- Présentation des outils de la coopération : fiche de liaison, réunion de synthèse, référent de coordination par établissement
- Outils garantissant le droit des usagers, tels que ceux issus de la loi de 2002
- Construire un multi-référentiel d'évaluation fonctionnelle construit sur le modèle de réhabilitation psycho-sociale qui participera au plan global d'accompagnement des personnes.

Je mets en place des réunions de régulation et de concertation entre lui et moi, chaque mois. J'instaure les éléments de contrôle de sa délégation. Je lui demande également de rédiger des comptes rendus des réunions techniques qui seront des instruments d'évaluation et de suivi du projet. J'interviens en soutien du chef de service car je suis amenée à soutenir sa démarche, à faire les arbitrages nécessaires et à la régulation du projet dans sa phase opérationnelle.

b) La coopération des acteurs du soin : une plus-value dans l'expertise de l'évaluation en réhabilitation.

Afin de donner davantage d'expertise au référentiel d'évaluation, j'associe les médecins du FAM au projet à savoir : médecin coordinateur et psychiatre. Le CDS en charge de l'accompagnement à la santé et référent réhabilitation sur le pôle hébergement participera également à ce comité pour ce qui concerne la construction du référentiel de réhabilitation psychosociale. Les premiers éléments de la coopération se posent à l'intérieur de ce cadre. Je reste convaincue que la coordination du parcours reste soumise à la coopération des acteurs qui doivent avoir des instances de rencontre et de découverte pour pouvoir travailler sur leur organisation et parvenir à un objet commun. Par ce biais-là, je participe à l'accompagnement au changement qui requiert de la communication, de l'implication de tous pour les rendre acteurs de ce changement. Un changement voulu.

c) La posture du directeur :

Je ne suis pas un directeur qui souhaite être partout, ce n'est pas ce qui est attendu de la fonction de directeur, de plus c'est impossible et le vouloir aboutit à bloquer les organisations. De plus, il y a un risque d'épuisement majeur, et un manque d'intérêt des

collaborateurs à travailler sous une tutelle permanente. La confiance, la délégation et les compétences seront mes atouts pour aller au bout de ma mission.

Dans le cadre de cet objectif, je suis l'acteur qui donne le cap et qui accompagne le changement. En ce sens, j'informe et j'explique, j'associe, je mobilise. Je contrais par les arbitrages qui vont m'amener à faire des choix. Je suis un décideur. Je soutiens et j'accompagne les acteurs de ce changement. Enfin, je mets en place les instruments de contrôle et d'évaluation.

d) La démarche d'Evaluation et la démarche qualité de l'objectif N°3 : fiche action (Annexe 6).

3.5 La communication du directeur : un outil de l'accompagnement au changement et porteur des valeurs associatives :

Définition : « *La communication peut être définie comme le moyen le plus adapté de mettre en commun, de s'informer, de traduire des intentions et des messages à destination interne ou de l'environnement. La communication, c'est aussi l'expression d'un univers conceptuel et stratégique, d'une culture ou d'une compétence institutionnelle....Elle donne forme, elle traduit une légitimité institutionnelle, elle met en marche une organisation et des systèmes. Le manager est par sa fonction celui qui assure l'harmonisation et la cohérence, il est chargé de veiller à la diffusion des valeurs, des objectifs de la compétence et à l'articulation entre les espaces, les structures et les comportements. .*

Discours, expression du savoir ou encore du pouvoir et de la négociation, la communication vise à entretenir la culture interne, l'articulation entre l'organisation et ses environnements, la reconnaissance des acteurs et des actions, les relations entre les niveaux de complexité dans l'institution ⁷⁹».

Pour la conduite de ce projet, la communication sera interne et externe et devra faire l'objet d'un plan de communication. Elle fait l'objet d'une compétence partagée entre le directeur général et moi conformément à mon document de délégation.

a) La communication interne : un enjeu de l'accompagnement au changement

La communication interne se fait en direction des acteurs internes à l'institution : Conseil d'administration, directeur général, chefs de service, professionnels, résidents, usagers, parents, CVS, IRP. La communication avec les IRP est de la compétence exclusive du directeur général bien que j'assiste aux rencontres avec les IRP : CE, DP, CHSCT.

⁷⁹ LEFEVRE.P Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales Op.cit

Ma communication sera dans un premier temps dirigée vers le directeur général afin de lui transmettre mes observations, mon diagnostic et mon projet. Elle est ensuite tournée vers le Conseil d'administration à la demande du directeur général. Ce dernier me demande de présenter mon projet en Conseil d'Administration. Si ce dernier valide le projet, la communication se fera ensuite en direction des cadres intermédiaires en binôme direction générale/direction de pôle. Enfin la communication sera ensuite dirigée vers l'ensemble du personnel. La communication se fera également au travers de tous les actes posés par la direction : appel à candidature, entretien professionnel, plan de formation.

La communication est essentielle dans ma pratique de direction. Elle doit faire, selon moi, l'objet d'une grande attention, je dirais même d'une vigilance car la communication doit respecter certaines étapes au risque de semer la confusion, la contre-information. Aussi, je suis vigilante sur ma communication à qui elle s'adresse, dans quel but, elle doit être maîtrisée. Elle est un moyen privilégié pour faire adhérer les équipes, mettre du sens, accompagner le changement. Tout est communication : verbal, non verbal, directe, indirecte. Elle tient dans ma pratique une place essentielle.

b) La communication externe : un enjeu stratégique de développement de l'association sur le territoire

La communication externe est de la compétence non-exclusive du directeur général. Je la qualifie de non exclusive car ma fonction m'amène également à entrer en communication avec les acteurs institutionnels tels la MDPH, le Conseil Départemental, l'ARS. Cette communication externe concerne, pour ma part, uniquement les situations rencontrées sur le pôle hébergement. Le développement de l'association, le portage politique, le dialogue de gestion sont de la compétence exclusive du directeur général.

Concernant ce projet, la communication externe a débuté lors de la constitution du COPIL qui est, pour la direction, un outil de communication stratégique. Elle se poursuivra tout au long du projet notamment à travers des échanges informels.

c) La plan de communication (Annexe 7)

3.6 L'évaluation interne et la démarche qualité du projet : L'implication du directeur dans une démarche continue de la qualité. (Annexe 8)

L'évaluation et la démarche qualité font partie du corpus du métier de directeur tout comme l'écriture du projet d'établissement ou de service. Un pré-projet de service sera élaboré à l'appui de la demande d'autorisation, il faudra ensuite écrire le projet de service dans l'année de son ouverture.

L'ANESM indique « *Il est préférable pour mener l'évaluation d'avoir un projet d'établissement ou de service car il sert de référence partagée aux pratiques*

professionnelles. Cependant, dans la situation où un établissement ou service ne dispose pas d'une version actualisée il est possible de conduire l'évaluation interne qui contribuera à préparer sa concrétisation ou sa révision. En l'absence de projet abouti, la réalisation de l'évaluation interne, en particulier la phase 1, permet de mettre à jour les valeurs, d'actualiser ou de confirmer les accords sur des références partagées, d'actualiser les connaissances et la représentation des problématiques à prendre en considération. Elle constitue donc une base essentielle à l'élaboration du projet d'établissement. Si le projet existe, l'élaboration du cadre évaluatif en sera facilitée et la conduite de l'évaluation contribuera dans toutes les étapes à son actualisation. Les établissements fonctionnent avec un projet d'ouverture et au terme de deux ans, le projet d'établissement ou de service se construit se nourrissant ainsi d'un retour d'expérience »⁸⁰.

L'évaluation interne et la démarche qualité se rejoignent autour de la thématique de l'amélioration continue de la qualité de nos prestations. Pour autant, leur mise en œuvre est différente. Les évaluations suivent un cadre réglementaire avec une temporalité définie par ce cadre réglementaire. La mise en œuvre de la démarche qualité a demandé aux associations de s'organiser pour mettre en œuvre un comité de pilotage, des référents qualité et des référentiels qualités.

3.6.1 La démarche évaluative :

Il s'agit dans la démarche évaluative de faire ce que l'on dit faire et de prouver ses effets par des indicateurs et des objectifs, d'optimiser l'utilisation des moyens c'est-à-dire rechercher le meilleur coût et enfin le faire savoir en prouvant sa conformité. La démarche qualité correspond davantage dans l'atteinte d'un idéal reposant sur des référentiels qualité. Les deux actions sont liées.

Les évaluations suivent le rythme d'un calendrier réglementaire défini. Elle est rendue obligatoire par l'article L. 312-8 de CASF. Le décret N° 2007-975 du 15 mai 2007 donne des indications complémentaires précises sur les points saillants des évaluations.

Ces textes de référence donnent une liste des domaines soumis à l'évaluation. Il s'agira de porter une attention particulière et d'évaluer sous la forme des critères et indicateurs définis plus haut :

- ✓ La personnalisation de l'accompagnement, la garantie des droits et la participation des usagers
- ✓ La protection des personnes et la prévention des facteurs de risque liés à la vulnérabilité
- ✓ L'insertion et l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

⁸⁰ ANESM « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » Avril 2009

- ✓ L'intégration des différentes ressources internes et externes
- ✓ Son organisation, ses ressources humaines et financières, son système d'information.

Les établissements du pôle hébergement que je dirige ont tous fait l'objet d'évaluations internes et externes sur lesquelles les projets d'établissements ultérieurs se sont appuyés reprenant les préconisations formulées. Cela participe directement à la démarche continue de la qualité. J'ai conduit les évaluations internes du pôle hébergement. Avec l'aide d'un prestataire, nous avons élaboré notre référentiel d'évaluation selon les domaines définis par l'ANESM. Les préconisations des évaluations internes et externes passées et les objectifs du projet d'établissement y sont intégrés et reliés au domaine de l'ANESM correspondant. J'ai élaboré le protocole de collecte des données, le chef de service se charge de collecter les données avec ses équipes. Enfin, l'évaluation est faite avec la participation de l'équipe, un groupe est constitué pour participer à l'évaluation interne. Il s'agira pour le centre de ressources d'envisager la même méthode de travail. L'innovation consiste pour cette évaluation à avoir un groupe d'acteurs venant de différents établissements et de champs professionnels différents. Ce regard croisé apportera de la richesse à cette évaluation que je mènerai.

Pour mener à bien ce travail d'évaluation il sera nécessaire de définir le cadre réglementaire, le contenu de l'autorisation, les valeurs et la vision de l'organisme gestionnaire, les orientations du projet d'établissement ou de services et les objectifs généraux qui en découlent. Il sera alors nécessaire d'interroger ces objectifs généraux à la lumière de critères et d'indicateurs, d'une visée dans l'atteinte des objectifs et d'un réalisé et d'un plan d'action qui viendra nourrir l'action.

Concernant le centre de ressources, au-delà de l'évaluation de chaque objectif opérationnel intégré au projet, il s'agira d'évaluer les effets de l'accompagnement proposé. A-t-il été en mesure de proposer un accompagnement intégrant la globalité du parcours et propose-t-il une réponse accompagnée pour tous ? Permet-il dans le cadre d'un plan global d'accompagnement d'intégrer les savoir-faire des personnes dans la dynamique de leurs parcours ? (Annexe 7).

3.6.2. La démarche qualité :

L'association ESPERANCE VAR souhaite mutualiser, avec une autre association, une compétence de référent qualité qui sera dans les prochains mois l'acteur de la démarche qualité. La démarche qualité est de la compétence du directeur général en charge de sa mise en œuvre. A ce jour, l'association n'a pas mis en œuvre la démarche qualité. Les précédents directeurs généraux ont amorcé une approche de la démarche qualité en créant un groupe qualité en charge d'élaborer des process et des procédures ainsi qu'une

référence documentaire associée. J'ai fait partie de ce groupe qualité et bien que la démarche me paraisse tout à fait intéressante, elle n'a pas lieu dans les établissements du pôle hébergement.

Je suis un acteur de la mise en œuvre de la démarche qualité et je participerai à sa construction dans ses différentes phases : *analyse de faisabilité, lancement de la démarche, élaboration du référentiel qualité, réalisation du diagnostic, définition du plan d'amélioration de la qualité, mise en œuvre*⁸¹. La démarche qualité correspond pour ma part à la notion de progrès des organisations dans lequel je me suis engagée depuis ma prise de poste. Elle est une manière d'accompagner ce progrès et de le formaliser. Elle est prévue pour le premier semestre 2018.

Conclusion de la troisième partie :

Le projet présenté met à l'œuvre les valeurs énoncées par l'association ESPERANCE VAR de solidarité et de dignité. Il organise la solidarité à travers un accompagnement porté par l'ensemble des acteurs de l'association dans une vision partagée de l'accompagnement des personnes. Au-delà de son aspect fédérateur, il donne une nouvelle perspective aux établissements de l'association, leur offrant davantage de profondeur. Il repose sur une coopération et une volonté des acteurs : autorité de tarification, institutions, professionnels. Il inaugure l'accompagnement de demain. Le case manager sera la clé de voûte de la coopération lui offrant un visage. La gestion des compétences des personnels offre une nouvelle dynamique aux professionnels et à l'association. L'évaluation en réhabilitation psycho-sociale mettra en lumière les capacités des personnes sur lesquelles il sera possible de prendre appui pour développer son projet. La personne n'est plus appréhendée sous l'angle de ses limites mais sous l'angle de son potentiel. Un changement de paradigme pour tous.

⁸¹ CHARLEUX.F ; GUAQUERE.D Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale Ed. ESF 2006 286p

Conclusion :

La commission des cas critiques instaurée par la circulaire du 22 novembre 2013⁸² n' a cessé de connaître une augmentation significative du nombre de personnes inscrites, elle a permis de mettre en lumière les situations dans lesquelles les orientations prononcées ne permettaient pas de répondre aux besoins des personnes. Ce constat nous oriente aujourd'hui vers une dynamique de parcours de vie dans lequel plusieurs solutions peuvent être envisagées et répondre à la complexité des parcours.

Les personnes en situation de handicap psychique connaissent bien souvent un parcours complexe : l'errance, l'hospitalisation, la violence et les addictions ont entraîné une aggravation de leur état de santé. Les ruptures de parcours sont nombreuses et certaines personnes ne trouvent pas dans les orientations actuelles la réponse à leurs besoins. Leurs demandes sont celles d'un retour à une vie sociale plus participative, plus inclusive et à davantage d'autonomie. Leur besoin d'appartenance et d'estime de soi prime sur les besoins primaires auxquels il est plus simple de répondre.

Le dispositif d'orientation permanent créé au lendemain du rapport PIVETEAU et le plan global d'accompagnement issu de la loi santé sont les outils de la mise en œuvre de l'accompagnement à la prestation dans une approche plus inclusive et ouverte où de multiples acteurs pourraient intervenir auprès de la personne dans le cadre d'un plan global coordonné par de nouvelles compétences professionnelles.

Fort de cette analyse de l'évolution des politiques publiques et des acteurs de mon territoire, j'ai saisi l'urgence à se mobiliser pour proposer un nouveau modèle. Le secteur de la psychiatrie est devenu un secteur fortement concurrencé et la montée en puissance des maladies mentales engage certains acteurs à transformer leur activité.

Je me suis appuyée sur l'expérience de l'association dans la maladie mentale mais aussi sur son plateau technique composé d'un ESAT, d'un foyer de vie, d'un foyer d'accueil médicalisé, d'un SAVS et d'un foyer d'hébergement pour envisager un accompagnement dont l'orientation ne serait pas vers un établissement spécifique mais envisagé dans une globalité et où chacun pourrait venir apporter son expertise. La coopération des acteurs et une évaluation en réhabilitation psychosociale devraient permettre de proposer dans le cadre du plan global d'évaluation une nouvelle approche de l'accompagnement des

⁸² Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

personnes. Ce centre de ressources sera l'acteur de l'accompagnement de demain des personnes en situation de handicap psychique.

Ce projet s'inscrit dans une phase de renouvellement du schéma départemental des solidarités du Var. Je souhaite me positionner comme l'acteur incontournable de la santé mentale au lendemain du renouvellement du schéma. La mutualisation des moyens sera un argument de choix dans la présentation d'un budget maîtrisé. Les compétences professionnelles seront renforcées renouant ainsi avec une tradition de son expertise en santé mentale. L'hôpital de secteur sera un partenaire de choix dans la proposition de mettre le centre de ressources au service de patients chronicisés m'alliant ainsi avec un partenaire solide.

Au lendemain de sa phase expérimentale de deux ans présentée dans le cadre de ce mémoire, je souhaite proposer cet accompagnement aux différents partenaires associatifs et faire de l'évaluation en réhabilitation des personnes un service mobile. Il s'agit de redynamiser les établissements, les compétences et proposer aux personnes un accompagnement plus inclusif et participer ainsi à la dignité des personnes.

Bibliographie

Ouvrages lus

LOCHËN. V « Comprendre les politiques sociales » Ed. DUNOD 4^e édition 2013 437p.

MONESTES. J-L « La schizophrénie, Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne » Ed. Odile Jacob 2008 187p.

POSTEL. J ; QUETEL. C « Nouvelle histoire de la psychiatrie » Ed. DUNOD coll. Idem 647p.

LOUBAT. J-R « Penser le management en action sociale et médico-sociale » Ed. DUNOD 2^e édition. 2014 416p.

LEFEVRE.P « Guide du directeur en action sociale et médico-sociale » Ed DUNOD 4^{ème} édition 2016 403p.

LOUBAT. J-R ; HARDY J-P ; BLOCH M-A : « Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale » Ed. DUNOD 2016 372p.

LEFEVRE. P « Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales » Ed. DUNOD 2006 558p.

Conseil supérieur du travail social. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité « Décloisonnement et articulation ». Ed. ENSP 2007 116p.

GAUDIN.T « La prospective » Ed. PUF Coll. Que sais-je 2013.

EDMOND. M, PICARD.D « L'école de Palo Alto Un nouveau regard sur les relations humaines ». Ed. Retz 2004 218p.

COCQUEBERT.L : « le secteur social et médico-social depuis la loi HPST, Gouvernance, contrôle, création et financement des établissements et services ». Ed. ASH 2012, 136p.

Ouvrages consultés :

CLOT.Y « La fonction psychologique du travail » Ed. PUF Coll. Le travail humain 243p.

GENELOT.D « Manager dans la complexité, réflexion à l'usage des dirigeants » Ed. INSEP Consulting 371p.

BOUTTINET. J-P « Anthropologie du projet » Ed. PUF coll. Quadrige Manuels 441p.

BLOCH. M-A ; HENAUT.L « Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Ed. DUNOD 306p.

CHARLEUX. F ; GUAQUERE. D « Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale » Ed. ESF 2006 285p.

CROZIER. M, FRIEDBERG. E L'acteur et le système Ed. Seuil 1977.

Articles lus :

PACHOUD.B: « Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel » Revue Santé mentale n° 202 novembre 2015.

LOUBAT. J-R : « Désinstitutionalisation et personnalisation : la posture d'avenir face à la situation de handicap ». Revue Les cahiers de l'actif mars/juin 2012 n° 430/431 432/433

CHAVEY. M : « SESSAD, SAVS, SAMSAH les services pris dans une nouvelle organisation du champ médico-social » Les cahiers de l'actif mars/juin 2012 n° 430/431 432/433.

PERIN-NIQUET.A « La réhabilitation psychosociale ». Revue soins psychiatrie N° 300 septembre/octobre 2015.

ESTINGOY.P ; GILLIOT.E ; PARISOT. C « Au sujet du rétablissement ». Revue soins psychiatrie N° 300. Septembre/octobre 2015.

PETIQUEUX-GLASER.C, ACEF.S, MOTTAGHI.M « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ». Revue vie sociale N°1 2010/1 pages 109-128.

MOUSLI.M : « Michel CROZIER ou l'acteur dans le système ». Revue Alternatives économiques N° 258 mai 2007.

DUBREUIL. B « Qu'est-ce que coopérer ? ». Revue sciences humaines N° 282 juin 2016

DUBREUIL.B « Continuité des parcours, polyvalence des équipes » Les cahiers de l'actif N° 446/447 juillet/août 2013.

MIRAMON. J-M « Promouvoir le changement » Les cahiers de l'actif N° 314/317 Juillet/octobre 2002.

HARDY J-P, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique ». Revue vie sociale N°1 2010/1 pages 43-57.

JAMET. F art : « De la classification internationale du handicap CIH à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap CIF ». La nouvelle revue de l' AIS N°22 Octobre 2003.

LALONDE.P Art : « Le modèle vulnérabilité stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie » 2004.

UNIOPSS, CNAR : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil : l'autorisation de création, de transformation et d'extension. Fiches pratiques de gestion Mars 2011.

LE CAPITAINE J-Y, art : « l'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds ». Revue l'Empan 2013/1.

AÏT ABDELMALEK. A « Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité ». Revue Société 2004/4 N° 86.

Recommandations ANESM :

Pratiques de coopération et de coordination de parcours des personnes handicapées. En cours d'écriture. Lettre de cadrage.

Spécificités de L'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Décembre 2015.
Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Juin 2010.

Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Mai 2010

La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » Avril 2009.

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Juillet 2008.

Textes réglementaires :

- Lois N° 75-534 et N° 75-535, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi relative aux Institutions sociales et médico-sociales.
- Loi N° 2001-692 du 1/08/2001 loi organique relative aux lois de finances.
- Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 dite loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Loi N°2005-102 du 11 février 2005 loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi N° 2009-879 du 21/07/2009 loi hôpital Patients santé territoire dite loi HPST.
- Loi N° 2016-41 du 26/01/2016 loi de modernisation de notre système de santé.
- Décret 2016-1815 du 21/12/2016 modifiant l'art. 312-1 du CASF relatif au CPOM.
- Circulaire N° DGS/3B/2017/142 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous »
- Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.
- Conférence Internationale pour la promotion de la santé dite Charte d'Ottawa 21/11/1986
- Convention relative aux Droits des personnes handicapées adoptée par L'Assemblée Générale de l'OONU le 12/12/2006

- Recommandation CM/Rec(2010) relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe 3/02/2010.
-

Sites Internet

www.legifrance.fr

www.cnsa.fr

www.anap.fr

www.anesm.sante.gouv.fr

www.unafam.org

www.ars.paca.sante.fr

www.espace-socrate.com

<http://jardoino.club.fr>

www.igas.gouv.fr

www.cairn.info

www.anap.fr

www.incarsante.fr

www.unifaf.fr

Rapports, thèses, colloques

Thèse K. Brenner « Les manifestations subtiles du stress dans le continuum de la psychose » Université de Montréal. Département de psychologie. Juillet 2008.

Congrès de Réhabilitation Psychosociale « Innovons » 13 et 14 octobre 2016 CHU La Timone Marseille.

CNSA rapport 2012 « Promouvoir la continuité des parcours de vie, d'une responsabilité collective à un engagement partagé ».

Rapport PIVETEAU. D « Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » Juin 2014.

Rapport LAFORCADE.M Rapport relatif à la santé mentale octobre 2016.

Rapport VACHEZ.L JEANNET.A « Etablissements et services pour personnes handicapées offre et besoins, modalités de financement ». Octobre 2012.

Colloque International IUFM-Uniméca : Le projet en éducation technologique. Intervention Michel VIAL : « le projet une occasion de faire autrement ». Novembre 1999

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Modèle Vulnérabilité Stress de la schizophrénie Pierre Lalonde

ANNEXE 2 : Grille SWOT Association ESPERANCE VAR – CENTRE DE RESSOURCES

ANNEXE 3 : Grille du Rétablissement ESPERANCE VAR

ANNEXE 4 : Calendrier et objectifs du COPIL.

ANNEXE 5 : Tableau d'investissements et Budget de fonctionnement Centre de Ressources

ANNEXE 6 : Fiche actions objectifs opérationnels 1.2.3

ANNEXE 7 : Plan de communication

ANNEXE 8 : Calendrier du projet et son évaluation.

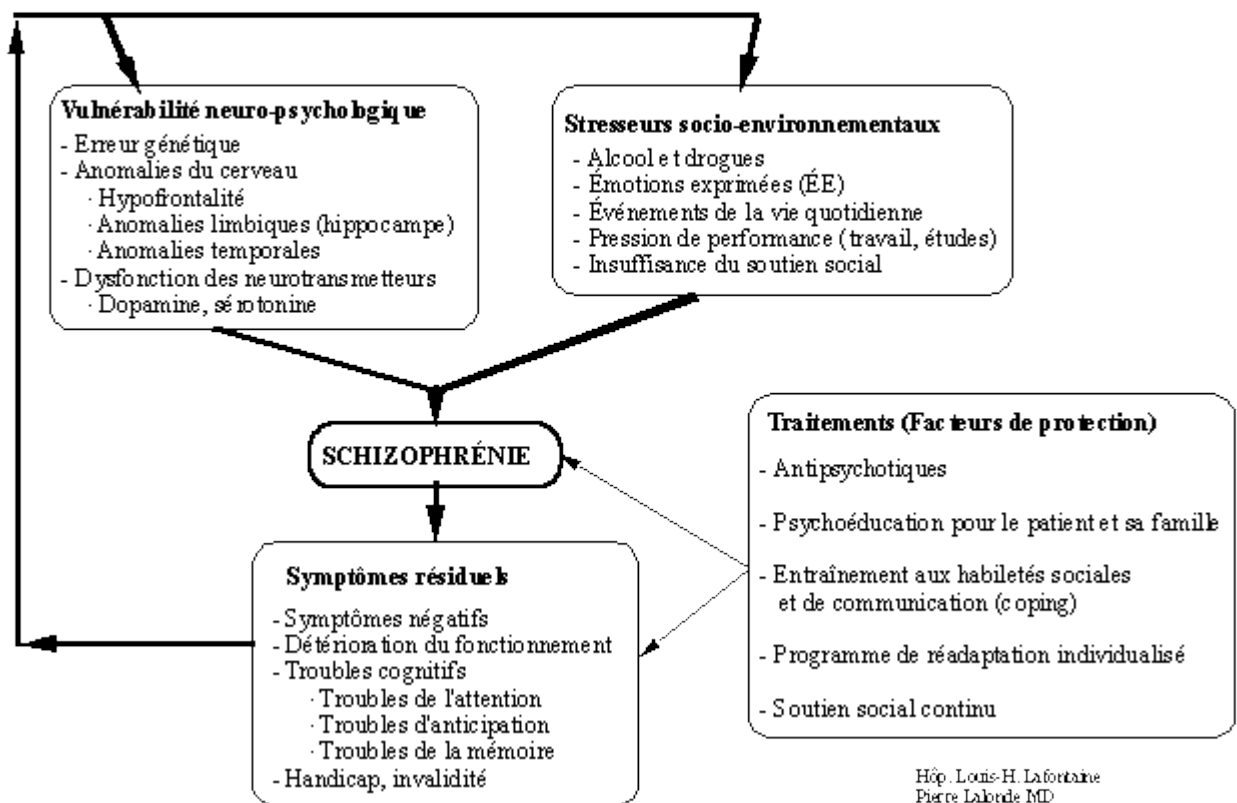
Annexe 1 : Le modèle Vulnérabilité-Stress

Pierre Lalonde* / Montréal

(Préface du manuel " Thérapie Psychoéducative Familiale et Psychoses Chroniques ", Guy Deleu et Olivier Chambon, Socrate-Editions, à paraître, décembre 98)

L'étude des facteurs contribuant à l'émergence et à l'évolution de la schizophrénie constitue, encore de nos jours, un domaine d'une grande complexité. On sait cependant au moins désormais, que cette maladie du cerveau, qui entraîne de graves répercussions psychosociales, ne peut s'expliquer par une cause unique, simple, non plus d'ailleurs que la plupart des autres maladies connues en médecine: diabète, asthme, maladies cardiaques, etc... Interviennent plutôt un ensemble d'éléments, d'importance variable qui, interagissant les uns avec les autres, provoquent l'apparition et les rechutes de cette maladie mentale complexe.

Modèle vulnérabilité - stress de la schizophrénie



Louis-H. Lafontaine, Montréal, Professeur titulaire à l'Université de Montréal.

Annexe 2 : Grille SWOT Diagnostic Association

ESPERANCE VAR

Le S.W.O.T Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces). Outil de stratégie d'entreprise permettant de déterminer les options stratégiques envisageables au niveau d'un domaine d'activité stratégique.

<u>FORCES</u>	<u>FAIBLESSES</u>
<p><u>AU NIVEAU ASSOCIATIF</u></p> <ul style="list-style-type: none">*Un projet associatif et une charte faisant mention d'un accompagnement global de la personne.*Une liberté et une confiance Gouvernance/dirigeance. Des outils de régulation existent.*Une politique de la bienveillance mise en œuvre dans les établissements.*Le respect des droits des usagers et une mise à jour des outils de la loi 2002.* Une aide aux aidants proposée sous forme de psycho-éducation.* Une présence des parents dans le cadre des CVS encouragée et dynamisée par des rencontres régulières : journée à thème <p><u>AU NIVEAU DE L'EQUIPE DE DIRECTION :</u></p> <ul style="list-style-type: none">*Une vision partagée du projet, une culture commune associative.*une implication des acteurs,* La mise en œuvre d'un comité de direction réunissant les cadres de l'association. <p><u>AU NIVEAU DES MOYENS HUMAINS :</u></p> <ul style="list-style-type: none">*Un climat social serein. Un dialogue social existe.*Une compétence professionnelle reconnue.*Très peu de turn over sur les équipes. Une mobilité professionnelle pratiquée dans les établissements favorisant le partage d'expérience.*Des entretiens professionnels réalisés permettant aux professionnels d'exprimer leur souhait d'évolution au sein de l'association.*Un partage des valeurs associatives.*Une interdisciplinarité organisée : maillage professionnel, double référence, outils du projet personnalisé.	<ul style="list-style-type: none">*Une association de petite taille sur un territoire qui se recompose,*Un risque de regroupement imposé par les autorités lors de la signature du CPOM* Une direction générale réduite et un manque de fonction support à la direction générale*Une possibilité de développement limitée face à des associations qui se regroupent.*Des difficultés à répondre aux appels à projets et à présenter des projets de mutualisation face à des associations proposant d'autres moyens. <p>*L'absence de fonction support au niveau de la direction :</p> <p>Ressources humaines, Gestion logistique Démarche qualité</p> <ul style="list-style-type: none">*Une GPEC en cours de construction,*Un bilan social qui laisse apparaître un vieillissement de son personnel formé aux techniques de l'accompagnement en réhabilitation psychosociale* Des demandes de formation individuelles qui peinent à trouver une réponse de financement.* L'absence de relation entre les professionnels de l'ESAT et du pôle hébergement, peu d'échange, peu de coopération inter-établissements.

<p><u>AU NIVEAU DES MOYENS MATERIELS et FINANCIERS :</u> Un site regroupant le pôle hébergement, *Un site offrant une diversité de logement : internat, 8 studios en semi autonomie Un système d'information sécurisé permettant le partage des données, un dossier unique de l'usager actif. Des logiciels professionnels intégrés : gestion RH, données unique de l'usager *Un site qui propose un SAVS externalisé avec une surface de 200 M2 mutualisé permettant une redistribution des espaces.</p> <p><u>AU NIVEAU DES RESIDANTS ET DES USAGERS</u> *Un accompagnement technique visant à renforcer l'autonomie des personnes voire un retour en hébergement autonome. * Un projet de soin comprenant le care et le cure. *un projet social autour de la citoyenneté valorisant le résidant acteur d'action solidaire en faveur d'autrui *Un partenariat offrant une grande diversité d'activités * Des outils de recueil de la parole de l'usager notamment lors du Projet personnalisé *Des modules d'entraînement aux habiletés sociales et à la connaissance de la maladie proposés aux résidants.</p> <p><u>AU NIVEAU DE LA DEMARCHE QUALITE</u> *Des évaluations internes et externes réalisées et intégrées dans un plan d'amélioration de la qualité *Des projets d'établissement qui tiennent compte des préconisations formulées dans les évaluations internes et externes. *Des évaluations externes relevant un niveau de maturité élevé dans l'accompagnement</p>	<p>*Un site de l'association pas à jour, *Un site nécessitant des interventions techniques en maintenance et sécurité de plus en plus onéreuses.</p> <p>*Un accompagnement qui reste sur un modèle d'accompagnement à la place, * Des difficultés à élaborer des projets personnalisés pour les situations complexes.</p> <p>*Une démarche qualité qui n'est pas formalisée. *un plan qualité incomplet et irrégulièrement suivi *Une absence de référent qualité, de guide et de contrôle qualité.</p>
<u>OPPORTUNITES</u>	<u>MENACES</u>
<p>*Une expertise reconnue sur le territoire et à entretenir *Des rencontres régulières avec la MDPH et le Conseil Départemental autour de projets de développement. *Participer à l'élaboration du futur schéma des solidarités du Var *Une bonne réputation dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique *Une convention avec l'hôpital de secteur facilitatrice des hospitalisations.</p>	<p>*Une concurrence forte dans le domaine de la maladie mentale sur le territoire du Var. * Une paysage associatif en cours de restructuration : fusion et regroupement. * Un développement limité par l'absence de fonction support</p>

Annexe 3 : Evaluation rétablissement ESPERANCE VAR en cours de construction.

Lisez toutes les questions du groupe 1 puis répondez ensuite à chacune d'entre elles.
Entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure chaque proposition est vraie pour vous
actuellement. Puis passez au groupe 2 et ainsi de suite.

<u>Groupe 1</u>		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>1</u>	Je ne pense pas que les gens qui ont une maladie psychique puissent aller mieux.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>2</u>	J'ai seulement récemment découvert que les gens avec une maladie psychique <i>peuvent</i> aller mieux.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>3</u>	Je commence à apprendre comment je peux faire des choses pour moi afin d'aller mieux.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>4</u>	Je travaille dur pour rester bien et cela en vaudra la peine sur le long terme.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>5</u>	J'ai maintenant un sentiment de « paix » intérieure » au sujet de la vie avec la maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

<u>Groupe 2</u>		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>6</u>	Je sens que ma vie a été ruinée par cette maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>7</u>	Je commence seulement à réaliser que ma vie n'a pas à être affreuse pour toujours.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>8</u>	J'ai récemment commencé à apprendre des gens qui vivent bien malgré une sérieuse maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>9</u>	Je commence à être raisonnablement confiant à propos de remettre ma vie sur les rails.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>10</u>	Ma vie est vraiment bonne maintenant et le futur s'annonce lumineux.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 3Pas du tout vrai
actuellementComplètement vrai
actuellement

<u>11</u>	Je me sens actuellement comme si je n'étais qu'une personne malade.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>12</u>	Parce que les autres ont confiance en moi, je commence tout juste à penser que peut être je peux aller mieux.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>13</u>	Je commence seulement à réaliser que la maladie ne change pas qui je suis en tant que personne.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>14</u>	Je commence actuellement à accepter la maladie comme une partie du tout qui fait ma personne.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>15</u>	Je suis heureux d'être la personne que je suis.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 4Pas du tout vrai
actuellementComplètement
vrai actuellement

<u>16</u>	J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>17</u>	J'ai récemment commencé à reconnaître qu'une partie de moi n'est pas affectée par la maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>18</u>	Je commence juste à réaliser que je peux toujours être une personne de valeur	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>19</u>	J'apprends de nouvelles choses sur moi-même alors que je travaille à mon rétablissement.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>20</u>	Je pense que le fait d'avoir travaillé pour dépasser la maladie a fait de moi une personne meilleure.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 5Pas du tout vrai
actuellementComplètement
vrai actuellement

<u>21</u>	Je ne serais jamais la personne que je pensais que je serais.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>22</u>	J'ai tout juste commencé à accepter la maladie comme une partie de ma vie avec laquelle je vais devoir apprendre à vivre.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>23</u>	Je commence à reconnaître où sont mes forces et mes faiblesses.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>24</u>	Je commence à sentir que j'apporte une contribution de valeur à la vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>25</u>	J'accomplis des choses qui valent la peine et qui sont satisfaisantes dans ma vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 6

		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>26</u>	Je suis en colère que cela me soit arrivé à moi.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>27</u>	Je commence tout juste à me demander si des choses positives pourraient ressortir de ce qui m'arrive.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>28</u>	Je commence à réfléchir à quelles sont mes qualités particulières.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>29</u>	En devant faire face à la maladie, j'apprends beaucoup au sujet de la vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>30</u>	En surmontant la maladie, j'ai acquis de nouvelles valeurs dans la vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 7

		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>31</u>	Ma vie me semble totalement inutile actuellement.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>32</u>	Je commence tout juste à penser que je peux peut-être faire quelque chose de ma vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>33</u>	J' essaie de penser à des moyens d'apporter une contribution dans la vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>34</u>	Je travaille ces jours sur des choses de la vie qui sont personnellement importantes pour moi.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>35</u>	J'ai des projets importants qui me donnent une raison d'être.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 8

		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>36</u>	Je ne peux rien faire à propos de ma situation.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>37</u>	Je commence à penser que je pourrais faire quelques choses pour m'aider.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>38</u>	Je commence à me sentir plus confiant au sujet d'apprendre à vivre avec la maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>39</u>	Il y a parfois des revers mais je ne laisse pas tomber.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>40</u>	Je me réjouis de relever de nouveaux défis dans la vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

Groupe 9

		<u>Pas du tout vrai actuellement</u>			<u>Complètement vrai actuellement</u>		
<u>41</u>	<u>Les autres savent mieux que moi ce qui est bon pour moi.</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>42</u>	<u>J'aimerais commencer à apprendre à m'occuper de moi correctement.</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>43</u>	<u>Je commence à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même.</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>44</u>	<u>Je me sens maintenant raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie.</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>45</u>	Maintenant, je peux bien gérer la maladie.						

		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Groupe 10		<u>Pas du tout vrai</u> <u>actuellement</u>			<u>Complètement</u> <u>vrai actuellement</u>		
<u>46</u>	Il ne me semble pas que j'ai actuellement un quelconque contrôle sur ma vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>47</u>	J'aimerais commencer à apprendre à gérer la maladie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>48</u>	Je <i>commence seulement</i> à travailler pour remettre ma vie sur les rails.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>49</u>	Je <i>commence</i> à me sentir responsable de ma propre vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>50</u>	Je suis aux commandes de ma propre vie.	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>



Evaluation

« Du processus rétablissement »

Entourer la réponse choisie

Date de la grille Stori :

Date de l'évaluation de satisfaction :

Prénom et Nom :

1. Êtes- vous satisfait d'avoir rempli la grille STORI

- a. Pas du tout
- b. Moyennement
- c. Absolument
- a. Au-delà de mes attentes

2. Avez-vous le sentiment d'avoir compris les questions ?

- a. Pas du tout
- b. Moyennement
- c. Absolument

3. Pensez- vous que cela vous rendra service

- a. Non
- b. Je ne sais pas
- c. Oui
- d. J'évaluerais cela dans le temps plus tard

4.Si oui sous en quoi ?

5. C'est avec plaisir que nous recueillons ci-dessous vos remarques, impressions, sentiments :

ANNEXE 4 : Calendrier et les objectifs du COPIL.

<u>Temporalité du COPIL</u>	<u>Objectifs du COPIL</u>	<u>Acteurs</u>	<u>Evaluation des objectifs du COPIL</u>
N+0 mois: Copil de lancement	Validation de l'objectif stratégique du projet.	Directeur général, MDPH, ARS, CD, directeurs de pôle, chef de pôle psychiatrique	Qualité des échanges, proposition d'objectifs stratégiques, validation d'un objectif commun.
	Réflexion sur le régime des autorisations et le cadre réglementaire.	Idem	Nombre de propositions formulées sur le cadre réglementaire et le régime des autorisations.
	Validation du calendrier du projet.	Idem	Proposition d'un calendrier retenu par les participants.
N+6 mois Copil de mi-parcours	Présentation du cadre budgétaire du projet,	Directeur de pôle+ chef comptable	Présentation d'un budget tenant compte des ressources nécessaires à la réussite du projet.
	Arbitrage avec les autorités de tarification	Directeur général + autorités de la tarification	Qualité des échanges, implication des acteurs, force de proposition, négociation. Validation du budget par les autorités de tarification.
	Validation des modalités réglementaires et du régime des autorisations	Directeur de pôle+ CD+MDPH.	Reprise des propositions formulées lors du Copil de lancement. Consensus. Validation du cadre
N+12 mois Copil de bilan	Présentation des modalités de la	Directeurs de pôle	Validation du cadre

	<p>coopération entre établissements ESPERANCE VAR</p> <p>Présentation du référentiel d'évaluation fonctionnelle intégré au dispositif d'orientation permanent.</p> <p>Présentation des modalités de mise en œuvre du respect du droit des personnes.</p>	<p>Directeurs de pôle</p> <p>Directeurs de pôle</p>	<p>règlementaire et le régime des autorisations.</p> <p>Présentation des outils de la coopération et des acteurs inter-établissements.</p> <p>Validation des modalités de la coopération par les participants</p> <p>Création d'un référentiel d'évaluation fonctionnelle issu de pratique de réhabilitation psychosociale.</p> <p>Validation par la MDPH en complémentarité du PGA.</p> <p>Outils de la loi 2002, Commission bientraitance</p> <p>Outils du consentement libre et éclairé des personnes. Validation par les acteurs en présence des garanties du respect des droits des usagers.</p>
--	--	---	---

**Annexe 5 : Tableau des investissements et budget de
fonctionnement**

<u>Matériel</u>	<u>Coût</u>	<u>Durée</u>	<u>Date de mise en service</u>	<u>Annuités</u>
Serveur informatique	15 000	5 ans	01/01/2018	3 000
Véhicule	10 000	7 ans	01/01/2018	1428
Matériel informatique	3 000	5 ans	01/01/2018	600
TOTAL				5 028

Annexe 6 : Fiches actions objectifs opérationnels 1.2 .3

Fiche Action 1	
Impliquer les acteurs institutionnels à travers la création d'un COPIL 2017/2018	
Objectifs opérationnels	Délai
Fixer les rencontres du COPIL	4 ^{ème} trimestre 2017
Valider l'objectif stratégique du projet	4 ^{ème} trimestre 2017
Valider un calendrier du projet	4 ^{ème} trimestre 2017
Revoir et valider le régime des autorisations	1 ^{er} trimestre 2018
Présenter, négocier et arbitrer le cadre budgétaire du projet	1 ^{er} trimestre 2018
Présenter des modalités de coopération inter-établissements EV	4 ^{ème} trimestre 2018
Présenter le référentiel d'évaluation fonctionnel adossé au PGA	4 ^{ème} trimestre 2018
Présenter les outils du respect des droits des usagers	4 ^{ème} trimestre 2018
Pilotage	Directrice de pôle et Directeur général
Acteurs	Directeurs de pôle, Directeur général, MDPH, ARS, CD
Evaluation et démarche qualité	Continue
<u>Critères d'évaluation</u>	Implication des participants
<u>Indicateurs</u>	Présence au COPIL, Force de proposition, Qualité des échanges, Validations des propositions formulées.
Démarche qualité	Fiche processus + procédure sur les modalités de saisine des différents partenaires + référence documentaire associée Fiche processus + procédure sur la réalisation de l'évaluation fonctionnelle+référence documentaire associée Fiche processus + procédure sur les modalités de coopération inter-établissements+référence documentaire associée Contrôle qualité : nommer un groupe qualité, effectuer les contrôles

Fiche Action 2**Manager les compétences pour développer l'offre de service ESPERANCE VAR**

Objectifs opérationnels	Délai
Déterminer les compétences requises	4 ^{ème} trimestre 2017
Elaborer un profil de fonction	4 ^{ème} trimestre 2017
Procéder au recrutement	4 ^{ème} trimestre 2017
Elaborer un plan de formation	4 ^{ème} trimestre 2017
Pilotage	Directrice de pôle + Direction Générale
Acteurs	Directeur de pôle+ Directeur général+ Attachée de direction+ Chef comptable.
<u>Evaluation</u> : Continue <u>Critères</u> <u>d'évaluation</u> <u>Indicateurs</u> :	Accompagner le développement des compétences Pertinence de l'offre (analyse des besoins, qualité du profil de poste) Qualité du recrutement (compétences des acteurs, motivation)
<u>Démarche qualité</u>	Fiche processus + procédure associée définition du profil de poste Fiche processus + procédure recrutement Fiche processus + procédure entretien professionnel Fiche processus + procédure élaboration plan de formation Référence documentaire associée Contrôle qualité

Fiche action N°3**Développer les pratiques de coopération inter établissements ESPERANCE VAR**

Objectifs opérationnels		Délai
Accompagner le changement		4 ^{ème} trimestre 2017+ année 2018
Nommer les acteurs de la coopération inter-établissements		1 ^{er} trimestre 2018
Créer des groupes de travail inter-établissements		1 ^{er} semestre 2018
Créer les outils de la coordination du parcours		1 ^{er} semestre 2018
Construire un référentiel d'évaluation fonctionnelle issue des pratiques de coopération		2 ^{ème} trimestre 2018
Pilotage	Directrice de pôle + chef de service	
Acteurs	Directrice de pôle + chef de service + référents de parcours + case manager +	
<u>Evaluation : continue</u>		
Critères d'évaluation :	Impulser la coopération inter-établissements Accompagner le changement	
Indicateurs d'évaluation	Implication des acteurs Qualité des outils créer : pertinence, efficience Appropriation des outils : utilisation, transmission	
<u>Démarche qualité</u>	Process + procédure coopération inter-établissements Process + procédure coordination de parcours Process + procédure évaluation fonctionnelle réhabilitation psychosociale Référence documentaire associée Contrôle qualité	

Annexe 7 : Plan de communication

ACTEURS	OBJECTIFS	TEMPORALITE	MODALITES
<u>Directeur général</u>	*Présentation des constats, des besoins, du projet	Une fois par semaine	Réunion hebdomadaire
<u>Conseil D'administration</u>	*Les informer de l'évolution des politiques publiques et des besoins du public, *Proposer de nouvelles modalités d'accompagnement,	Selon la demande du Directeur général	*Présentation d'un projet en Conseil d'administration
<u>Autorité de tarification</u>	*Présenter les nouveaux projets en lien avec les Politiques publiques et les schémas	*En amont par le Directeur général puis dans le cadre du COPIL tous les 3 mois/6 mois	*Présentation d'un projet * Echange de mail *Compte-rendu de réunion
<u>Usagers, familles</u>	Informers les familles et les usagers/résidents de nouvelles modalités d'accompagnement notamment.	Tous les 3 mois	CVS, Rencontre des familles, Restitution des projets personnalisés, Courrier, Rencontres festives
<u>Professionnels des Etablissements</u>	*Accompagner le changement *Mobiliser l'implication, *Mobiliser les compétences, *Réintroduire le sentiment d'appartenance *Se fédérer autour des valeurs	Dès le début du projet et tout le temps du projet soit tous les mois au minimum	*Réunions institutionnelles ; *Mise en place du comité technique, *Entretien professionnel, *Phase de recrutement
<u>IRP</u>	*Informers sur les projets *Instaurer un bon climat social *Respecter le cadre réglementaire des consultations	Tous les 3 mois	*Réunions DP, CE, CHSCT *Compte-rendu, *Affichage
<u>Partenaires</u>	*Informers sur les nouvelles modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, *Se positionner comme un acteur incontournable de la santé mentale sur le territoire.	Régulièrement, Lors des contacts avec les professionnels	*Rencontres, *Procédure d'admission,
<u>Environnement</u>	Informers l'environnement des nouvelles modalités d'accueil	Une fois par an	*Mise à jour du site de l'association, *Plaquette de présentation, *Participation à des colloques, *Contact avec la presse

Annexe 8 : Calendrier du projet de création d'un centre de ressources ESPERANCE Var et son évaluation.

Etapes du projet	Modalités	Acteurs	Temporalité
Partage des constats, de la vision prospective de l'accompagnement au parcours	Présentation d'un pré-projet Direction générale	Directeur de pôle+Directeur général	1 ^{er} trimestre 2017
Partage des constats acteurs institutionnels (MDPH, CD)	Réunion professionnelle Présentation du projet+ note d'opportunité	Directeur général + directeur de pôle	Avril 2017
Présentation en Conseil d'Administration	Délibération CA + lettre de mission	Président CA Directeur général Directeur de pôle	Avril 2017
Constitution du COPIL	Réunion de lancement Réunion de mi-parcours Réunion de bilan	Directeur général+Directeurs de pôle+MDPH+ Chef de pôle hôpital de secteur+ ARS+CD	4 ^{ème} trimestre 2017 Mars 2018 octobre 2018
Recrutement des compétences	Evaluation des besoins en compétences, Rédaction du profil de fonction, appel à candidature, recrutement	Direction générale+directeur de pôle	Novembre 2017
Renforcement des compétences en réhabilitation psychosociale. Elaboration du plan de formation	Formation en intra sur les modules de réhabilitation psychosociale	Direction de pôle+CDS	Novembre 2017 1 ^{er} trimestre 2018

Accompagnement au changement : Création d'un comité technique pour l'accompagnement au parcours	Réunion de travail Comité de direction	Direction de pôle+CDS+Réfèrent techniques+CASE MANAGER+réfèrent réhabilitation psychosociale	1 ^{er} trimestre 2018
Création des outils de la coopération inter-établissements	Réunion de travail dans le cadre du comité technique	CDS, Réfèrent coordination+Case manager	2 ^{ème} semestre 2018
Elaboration du référentiel de réhabilitation psychosociale	Réunion de travail	CDS + Réfèrent coordination + case manager+ équipe soins	2018
Evaluation du projet	Elaboration de critères et d'indicateurs d'évaluation Cf tableau ci-joint.	Directeur de pôle+CDS	1 ^{er} trimestre 2019.

Annexe 8 Evaluation du projet :

<u>Objectifs généraux</u>	<u>Objectifs stratégiques</u>	<u>Critères d'évaluation</u>	<u>Indicateurs</u>
Proposer sur le territoire du Var une réponse au parcours par des pratiques de coopération inter-établissements.	S'ancrer sur le territoire comme un acteur incontournable de la santé mentale	Le centre de ressource propose un accompagnement au parcours.	<p>Nombre de situations traitées</p> <p>Le PAG propose une coordination de parcours intégrant plusieurs compétences : sociales, insertion professionnelles, éducatives, paramédicales et faisant appel à plusieurs acteurs.</p> <p>L'évaluation en réhabilitation psycho-sociale renforce le PAG et définit les domaines de compétences des personnes.</p>
	Développer de nouvelles compétences pour diversifier l'offre de service de l'association ESPERANCE VAR	Le personnel s'investit dans l'acquisition de nouvelles compétences	<p>Les personnels investissent les nouvelles modalités d'accompagnement.</p> <p>Les outils de la coordination de parcours sont formalisés : fiche de liaison ; réunion de synthèse</p>
	Positionner les établissements de l'association sur un nouveau modèle d'organisation.	Les établissements participent au modèle d'accompagnement au parcours	Certaines prestations des établissements sont proposées de manière séquentielle : hébergement, accueil de jour, participation à des activités.

MENGES	Katia	Novembre 2017
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA CORSE</p>		
<p align="center">CREER UN CENTRE DE RESSOURCES AU SERVICE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE PAR LES PRATIQUES DE COOPERATION UNE PLATEFORME DE PRE-ORIENTATION POUR PREVENIR LES RISQUES DE RUPTURE SUR LE TERRITOIRE DU VAR</p>		
<p>Résumé :</p> <p>L'association ESPERANCE VAR accompagne des personnes en situation de handicap psychique depuis 1978 sur le territoire du VAR. Elle dispose d'un plateau technique favorable à un accompagnement au parcours : appartements en semi-autonomie, Foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, SAVS, ESAT, foyer d'hébergement et entreprise adaptée.</p> <p>Son expertise en réhabilitation psychosociale et son plateau technique sont des atouts favorables à une diversification de son offre de service tournée vers l'inclusion des personnes accueillies.</p> <p>L'accompagnement au parcours demande aux établissements de l'association de s'engager dans une coopération organisée autour d'un parcours coordonné. Le projet de création d'une plateforme de pré-orientation au service du plan global d'accompagnement dessine un nouveau modèle d'organisation de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.</p>		
<p>Mots clés : Personne en situation de handicap psychique, inclusion, désinstitutionalisation, réhabilitation psychosociale, fonctionnement, organisation, établissements, partenariat, inclusion.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		