

**RÉPONDRE AU DÉSIR D'INCLUSION PAR LE LOGEMENT  
DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE  
ACCUEILLIES EN FAM**

*Stéphanie MARCHAND-PACTON*

2019



---

# Remerciements

---

Ce mémoire est l'aboutissement d'un long chemin qui n'aurait pas été possible si certaines personnes n'avaient pas été à mes côtés. J'adresse donc mes plus vifs remerciements à :

- Stéphane CARON, pour son approche pédagogique, sa disponibilité et ses nombreux conseils lors de la guidance de ce travail ;
- Mes relecteurs pour le temps consacré et l'intérêt porté à cet écrit ;
- Ma directrice pour son appui, sa bienveillance et son accompagnement ;
- Mes « camarades » de promotion CAFDES XI de l'ARIF pour l'entre-aide constante pendant ces deux années de formation ;
- Ma famille pour son aide précieuse et ses encouragements continus ;
- Mes enfants et enfin mon mari qui a été d'un soutien sans faille et d'une patience inconditionnelle.

**« Agis en sorte qu'autrui puisse augmenter le nombre de choix possibles »**

Edgar Morin

*La Méthode,*

6<sup>ème</sup> tome : *l'Éthique* (2004)

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'HISTOIRE DU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LA SOCIÉTÉ ET L'ÉVOLUTION DE SA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 De la folie à la citoyenneté.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 De la folie à la santé mentale .....	5
1.1.2 De l'infirmité au handicap psychique.....	7
1.1.3 De l'usager au citoyen.....	12
<b>1.2 L'évolution de l'accompagnement médico-social, du texte à la pratique.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Le contexte sociétal et politique.....	13
1.2.2 Le virage inclusif en France.....	18
<b>1.3 La Fondation des Amis de l'Atelier .....</b>	<b>26</b>
1.3.1 Son histoire et son développement.....	26
1.3.2 Ses établissements, services et dispositifs .....	27
1.3.3 Le projet départemental sur la Seine-et-Marne .....	28
<b>2 D'UNE PLACE DANS UN ÉTABLISSEMENT À UN LOGEMENT EN VILLE, LA NOUVELLE LOGIQUE DU PARCOURS INCLUSIF .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Le rapprochement de deux structures dans une visée inclusive.....</b>	<b>30</b>
2.1.1 Le FAM de Villemer : une dynamique d'insertion pour de jeunes adultes.....	30
2.1.2 Le SAVS-SAMSAH Sud 77, primauté donnée à l'inclusion sociale.....	35
<b>2.2 De nouveaux outils pour de nouveaux besoins.....</b>	<b>40</b>
2.2.1 De jeunes résidents souffrant de troubles psychiques .....	40
2.2.2 De nouveaux besoins à prendre en compte au FAM .....	42
2.2.3 SERAFIN PH, un outil pour mieux répondre aux besoins des personnes.....	45
2.2.4 Le Processus de Production du Handicap.....	47
<b>2.3 Vers de nouvelles pratiques professionnelles .....</b>	<b>49</b>
2.3.1 La prise de risque.....	49
2.3.2 L'ouverture de l'établissement.....	52
2.3.3 La coordination comme levier de la logique de parcours.....	53

<b>3 OFFRIR UN CHEZ SOI ACCOMPAGNÉ À DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 La présentation du dispositif modulaire.....</b>	<b>55</b>
3.1.1 La création d'un appartement d'évaluation .....	55
3.1.2 L'extension de 4 places FAM « Hors les murs » .....	58
3.1.3 La création de 2 logements de transition .....	63
3.1.4 Les prestations d'accompagnement du dispositif modulaire .....	64
<b>3.2 La mise en œuvre des axes stratégiques .....</b>	<b>64</b>
3.2.1 Communiquer et planifier.....	65
3.2.2 Accompagner au changement de culture.....	69
3.2.3 Organiser structurellement le dispositif .....	73
<b>3.3 L'évaluation du dispositif .....</b>	<b>75</b>
3.3.1 La construction de l'évaluation .....	75
3.3.2 L'évaluation en lien avec les personnes accompagnées.....	76
3.3.3 L'évaluation en lien avec les professionnels .....	77
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AES</b>	Accompagnateur éducatif et social
<b>AMI</b>	Appel à manifestation d'intérêt
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CAFDES</b>	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
<b>CAL</b>	Commission d'attribution logement
<b>CATTP</b>	centre d'activité thérapeutique à temps partiel
<b>CD</b>	Conseil départemental
<b>CDAPH</b>	Commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées
<b>CDES</b>	Commission départementale de l'éducation spéciale
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIF</b>	Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap
<b>CIH</b>	Classification international des handicaps
<b>CIH</b>	Comité interministériel du handicap
<b>CLSM</b>	Comité local de santé mentale
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>COTOREP</b>	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CSE</b>	Comité Social et Économique
<b>CVS</b>	Conseil à la vie sociale
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>ESMS</b>	Établissement social et médico-social
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FAA</b>	Fondation des amis de l'atelier
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>Fnapsy</b>	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>HDJ</b>	Hôpital de Jour
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MHAVIE</b>	Mesure des habitudes de vie

<b>MQE</b>	Mesure de la qualité de l'environnement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONU</b>	Organisation des nations unies
<b>PAI</b>	Projet d'accompagnement individuel
<b>PCH</b>	Prestation de compensation du handicap
<b>PPH</b>	Processus de production du handicap
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>RAPT</b>	Une Réponse accompagnée pour tous
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SESSAD</b>	Service d'accompagnement
<b>SROMS</b>	Schéma régional d'organisation médico-sociale
<b>TSA</b>	Troubles du spectre autistique
<b>UNAFAM</b>	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques



## Introduction

Après plusieurs années de travail dans le secteur public de psychiatrie adulte, j'ai souhaité évoluer dans le milieu médico-social pour son approche plus globale de la personne et de son environnement. Depuis 2011, j'assure ainsi les fonctions de chef de service dans un pôle d'accompagnement pour personnes souffrant de troubles psychiques. Aspirant à des fonctions de direction, j'ai fait le choix d'entreprendre la formation sanctionnée par le Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES).

C'est donc en tant que directrice stagiaire en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) que je vous présente ce mémoire sur l'inclusion par le logement de personnes en situation de handicap psychique.

La « folie », la « maladie mentale » ont toujours généré de l'intérêt dans les différentes sociétés mais aussi de la peur et de l'exclusion. La question de leur prise en charge a souvent éveillé les passions les plus diverses, autant dans le sens du rejet que dans celui de la quête scientifique et philosophique.

En France, après de nombreux siècles d'exclusion, de ségrégation des malades mentaux, les représentations et les mentalités commencent à évoluer et permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques d'exprimer leur désir de vivre pleinement dans la société. Ce mouvement s'est principalement mis en œuvre grâce à la loi de février 2005 qui a apporté la nouvelle notion de « handicap psychique » et les droits y afférant. Le législateur a ainsi confirmé l'idée que les personnes en proie à des troubles psychiques puissent bénéficier d'un accompagnement adapté, en dehors des murs de l'hôpital. Les politiques sociales sont donc passées du modèle « réadaptatif » au modèle inclusif en ouvrant le « champ des possibles ».

Dans cet environnement, les résidents du FAM de Villemer sont de plus en plus nombreux à exprimer leur désir de vivre en dehors du foyer, dans un logement de droit commun. Ces nouveaux besoins s'inscrivent dans un contexte sociétal, législatif et associatif mouvants et viennent bousculer les pratiques des professionnels, parfois en difficulté face à ces nouvelles demandes.

En effet, quinze ans après le début de ce rapprochement avec le sanitaire, notre secteur médico-social connaît des mutations d'envergure instituant les personnes en situation de handicap acteurs de leur propre projet de vie et repositionnant les professionnels dans la relation du « faire avec ».

Cet ajustement de l'offre et de la demande est d'autant plus complexe qu'il doit se faire à moindre coût. Dépendant des ressources publiques de plus en plus fragiles, le secteur

d'activité médico-social « onéreux » doit coûter moins cher et trouver des réponses alternatives alors même que sa structuration (à la place) n'encourage pas à la souplesse des modalités d'accompagnements.

C'est dans cette conjoncture que la notion de désinstitutionnalisation se retrouve au cœur des enjeux des acteurs médico-sociaux, entre ceux qui prônent le tout inclusif et ceux qui défendent « l'Établissement » comme la seule solution protectrice et sécurisante pour les personnes en situation de handicap. Mais cette opposition très tranchée ne pourrait-elle pas plutôt laisser la place à une voie mixte qui allie le « sur mesure » à l'optimisation des ressources et développe la notion de parcours de la personne fragilisée avec des dispositifs appropriés plutôt que d'établissement ?

Dans ce contexte, la Fondation des Amis de l'Atelier (FAA), forte d'une expérience de 50 ans dans le domaine de l'accompagnement des personnes en situation de handicap engage pleinement ses établissements et services dans la dynamique d'inclusion.

Plus particulièrement, le FAM de Villemer accueillant de jeunes adultes souffrant de troubles psychiques, aborde depuis deux ans ce virage inclusif et tente de répondre au désir de logement de ses résidents. Cette démarche n'est pas sans interroger les professionnels, voyant dans leur établissement un cadre rassurant pour les personnes, évitant leur mise en danger et limitant la prise de risque.

Aussi en tant que directrice, garante de la qualité de l'accompagnement, je me dois d'être force de propositions (auprès des professionnels et des financeurs) pour innover de nouvelles réponses qui tiendront compte des éléments du contexte, des obstacles et freins en présence. Il m'apparaît dès lors nécessaire de mener une réflexion sur l'évolution des demandes des résidents et de l'offre de service et, suite à cette réflexion, d'établir une orientation stratégique afin de répondre aux missions confiées. Ainsi, dans ce travail d'écriture, je m'attacherai à répondre à la problématique suivante : **Comment favoriser l'inclusion des personnes accueillies par la création d'un dispositif d'habitat modulaire grâce à l'évolution de la culture professionnelle ?**

Afin de mieux comprendre les mutations et enjeux à l'œuvre dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, je vais dans une première partie, analyser le contexte (historique, sociétal et législatif) de la prise en charge du handicap psychique. Je détaillerai également le positionnement de la Fondation des amis de l'atelier dans la dynamique inclusive du secteur médico-social.

Par la suite, après avoir précisé les spécificités du FAM de Villemer, je présenterai le SAVS-SAMSAH<sup>1</sup> Sud Seine-et-Marne, un partenaire incontournable de la nouvelle logique inclusive. Je m'attacherai par la suite à expliciter les souhaits de certains résidents, leurs nouvelles attentes et les freins actuels du foyer pour y répondre. Enfin je développerai les leviers à activer pour la mise en œuvre de cette nouvelle logique du parcours inclusif.

Une troisième partie sera tout d'abord consacrée à la présentation des trois solutions modulaires composant le dispositif de logement inclusif. Je développerai également mes stratégies de direction pour le développement de cette nouvelle offre de service et pour la conduite du changement des pratiques professionnelles. Enfin cet écrit sera finalisé par une proposition d'évaluation du projet qui permettra de vérifier son impact sur l'amélioration de l'accompagnement des personnes et sur le changement de pratiques professionnelles.

---

<sup>1</sup> Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH)



# 1 L'HISTOIRE DU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LA SOCIÉTÉ ET L'ÉVOLUTION DE SA PRISE EN CHARGE

## 1.1 De la folie à la citoyenneté

### 1.1.1 De la folie à la santé mentale

Dans l'Antiquité, les fous comme les infirmes ont une fonction sociale d'ordre symbolique, leur altérité viendrait de manifestations d'un « au-delà ». C'est au siècle d'Hippocrate que de nouvelles approches de la folie se font jour et posent que ces maux ne soient plus le fait des Dieux. Le droit Romain institue ainsi le champ de la démence constitutive de l'incapacité de la personne (éléments retrouvés aujourd'hui dans la plupart des droits français et européens).

Au Moyen-Âge, le christianisme s'imposant dans la société féodale, une nouvelle construction sociale de la folie s'impose peu à peu dans les sociétés occidentales. La notion de charité change le regard porté au fou qui se rapproche alors du pauvre. La famille et la paroisse assurent alors la subsistance aux pauvres et aux « incapables ».

Au XIV<sup>ème</sup> siècle, la misère liée aux guerres et à la peste noire oblige à une nouvelle organisation sociale : La ville devient un centre économique dynamique et les autorités municipales s'enquêtent de la pauvreté en offrant des solutions d'accueil loin des centres. Ainsi les fous et les infirmes, quand ils ne sont pas sur les routes, sont pris en charge par l'assistance publique et mis à l'écart des villes. Le processus de stigmatisation et de marginalisation s'institutionnalise. S'affrontent alors deux thèses contradictoires sur cet hébergement des « fous » :

- Mouvement humanitaire de protection des malades mentaux,
- Institutionnalisation de la normalisation sociale visant à l'exclusion des indésirables.

Forts de l'ouverture de ces lieux, la Renaissance accélère le mouvement de mise à l'écart avec la création des Hôpitaux Généraux. Leur visée n'est alors pas celle du soin mais du redressement et du travail pour certains et de l'éloignement pour les autres. Une masse hétérogène d'individus se retrouve ainsi séparée et marginalisée, installant une confusion importante entre la folie et la délinquance.

A l'approche de la Révolution française la misère n'étant plus considérée comme une tare sociale, les lieux d'enfermement deviennent de plus en plus spécifiques aux « insensés ». Parallèlement, la médecine s'empare de la folie et en 1785, les asiles sont définis comme

des lieux de soins. C'est alors que le Dr Pinel<sup>2</sup>, 1<sup>er</sup> psychiatre aliéniste, défend l'idée qu'une thérapie est possible en dehors des accès de folie, qu'un soin est envisageable.

Le terme de « folie », trop péjoratif laisse alors la place à celui « d'aliénation mentale <sup>3</sup>».

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'exclusion des « aliénés » est de plus en plus importante et permet en outre d'éloigner la population de leur dangerosité. Face à cette surpopulation des asiles, le projet de guérison individuelle se limite à la resocialisation et à l'apprentissage. Les conditions misérables des hospices d'aliénés sont à cette époque pointées du doigt par le Dr Esquirol<sup>4</sup> et aboutiront à la loi de 1838 qui fixe les modalités d'hospitalisation des malades mentaux : placement volontaire ou à la demande des familles et placement d'office. Toutefois même si cette réforme met fin aux décisions d'internement arbitraires et garantit mieux les libertés individuelles, elle n'entraîne pas la diminution du processus d'exclusion des « aliénés ».

Au XX<sup>ème</sup> siècle malgré l'essor d'une psychopathologie moderne soutenue par Freud<sup>5</sup> et au développement de nouvelles formes de soins (extrahospitaliers, biologiques basés sur le choc), les asiles continuent à accueillir de plus en plus d'« aliénés » y restant jusqu'à leur mort.

À l'après-guerre, en plus des 100 000 malades mentaux euthanasiés en Allemagne<sup>6</sup>, l'idéologie nazie a conduit à la mort de 40 000 personnes dans les asiles français du fait des conditions dramatiques de famine et d'insalubrité.

Par la suite, les préoccupations éthiques et de protection sociale marqueront un changement radical dans la prise en charge des malades mentaux. La mise en place de la Sécurité Sociale (1945) et de la Déclaration des Droits de l'Homme (1948) initieront de nouvelles pratiques et outils juridiques. Parallèlement une nouvelle politique de soins psychiatriques est abordée grâce à l'arrivée des traitements pharmacologiques et à la création des structures extra-hospitalières tels que les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) . Ainsi les malades ont le droit à une vie familiale dans la cité grâce à la continuité des soins. Ils ne sont plus systématiquement considérés à travers le prisme de la crise et de la dangerosité.

Ces principes seront renforcés avec la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation qui privilégie « l'intégration du patient dans la cité » avec en parallèle la diminution drastique du nombre de lits (qui a presque était divisé par deux) à partir des

---

<sup>2</sup> Philippe PINEL (1745- 1826), médecin précurseur de la psychiatrie.

<sup>3</sup> Définition d'aliénation mentale par Philippe Pinel : L'aliénation mentale est un trouble grave et prolongé de l'activité psychique.

<sup>4</sup> Jean-Étienne Dominique ESQUIROL (1772-1840), médecin aliéniste français.

<sup>5</sup> Sigmund FREUD (1856-1939), neurologue, fondateur de la psychanalyse.

<sup>6</sup> Sébastien MULLER, *Comprendre le handicap psychique*, champ social 2011. pp 21-22.

années soixante-dix. D'autre part, la mise sur le marché de nouveaux médicaments comme les neuroleptiques (appelés également antipsychotiques) va permettre de réduire les symptômes et stabiliser la maladie qui doit se traiter sur le long terme. C'est alors que les médecins psychiatres commencent à évoquer les désavantages sociaux liés aux troubles psychiques. Dans leurs réflexions, les médecins mettent en avant que « *la maladie mentale affecte la personne dans sa globalité (...) les malades mentaux peuvent être réadaptés et garder ainsi une valeur sociales* »<sup>7</sup>

Les années quatre-vingt-dix voient également s'affirmer le passage de la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale. La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale condamne notamment l'institution asilaire et fixe un nouveau cap à la psychiatrie : étendre ses interventions vers les problématiques médico-sociales ou vers les difficultés d'adaptation. Le rapport Piehl et Roelandt<sup>8</sup> « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » en juillet 2001 officialise le passage en France de la psychiatrie à la santé mentale en préconisant la prise en charge des problématiques psychiques de l'ensemble des citoyens.

Cette mutation de la psychiatrie se conclut par une baisse considérable du nombre de lits allée à une politique d'ouverture et de sectorisation recherchant à instaurer un nouveau rapport de la folie à la société.

### **1.1.2 De l'infirmité au handicap psychique.**

#### **A) Vers la reconnaissance du handicap psychique**

Parallèlement à l'évolution du traitement de la folie, l'infirmité et l'invalidité vont trouver une nouvelle considération sociale après 1950. Ainsi, un cadre législatif et réglementaire précis voit le jour, s'inscrivant plus particulièrement dans une politique d'intégration fondée sur le principe de discrimination positive. Un large mouvement associatif milite pour l'abandon du terme « invalide » jugé trop péjoratif, pour celui de « handicap<sup>9</sup> ».

Privilégiant le reclassement professionnel des personnes invalides, la loi du 23 novembre 1957<sup>10</sup> énonce dans son article 1<sup>er</sup> la définition du travailleur handicapé, ajoutant les

---

<sup>7</sup> HENCKES N., 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », Revue française des affaires sociales, 63<sup>ème</sup> année, p25.

<sup>8</sup> Éric PIEL et Jean-Luc ROELANDT, médecins psychiatres.

<sup>9</sup> Le mot handicap provient d'un terme anglais : « hand in cap », ce qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Cette expression découle d'un jeu d'échanges d'objets personnels qui se pratiquait en Grande Bretagne au 16<sup>ème</sup> siècle. Un arbitre évaluait les objets et s'assurait de l'équivalence des lots afin d'assurer l'égalité des chances des joueurs. Le handicap traduisait la situation négative, défavorable, de celui qui avait tiré un mauvais lot. L'expression fut appliquée dans le domaine des courses hippiques afin de donner autant de chance à tous les concurrents en imposant des difficultés supplémentaires aux meilleurs.

<sup>10</sup> Loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

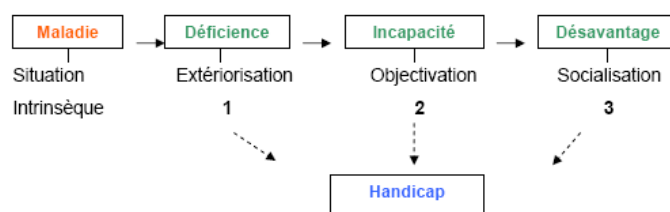
personnes souffrant de déficiences mentales aux mutilés de guerre, accidentés du travail et infirmes.

La loi de 1975<sup>11</sup> fera ensuite passer la prise en charge de la notion d'assistance à celle de solidarité et posera les fondements des droits spécifiques des personnes handicapées. La reconnaissance du handicap se fera alors via les commissions départementales pour les enfants (Commission Départementale de l'Éducation Spéciale) et les adultes (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), sans définition de la notion de handicap. Implicitement, le handicap psychique en est exclu puisque le législateur à l'époque le considère comme une maladie relevant de la psychiatrie.

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1980 la notion de handicap par l'intermédiaire de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) selon Philip Wood. Ainsi trois classifications sont distinguées :

- La déficience psychologique, physiologique et anatomique qui correspond à l'aspect lésionnel du handicap.
- L'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.
- Le désavantage pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Elle correspond à l'aspect situationnel du handicap.

Dans la CIH, le handicap est à la résultante d'un processus issu d'une maladie c'est à dire l'inconvénient. Cependant, dans l'usage courant, il se divise en trois axes : la déficience, l'incapacité, l'inconvénient comme le montre le schéma suivant :

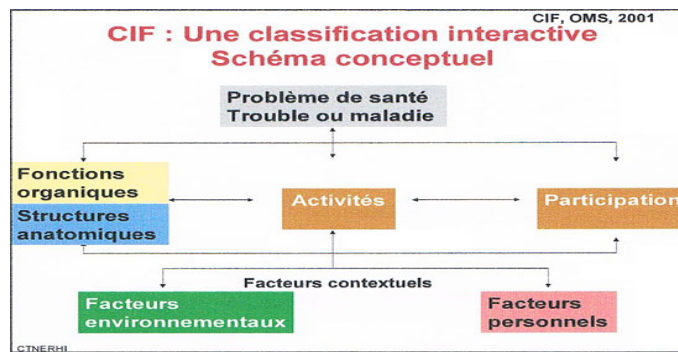


En 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap. La CIH laisse ainsi la place à la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du handicap et de la santé.

---

<sup>11</sup> Loi du 30 juin 1975 sur l'orientation en faveur des personnes handicapées.





En France, c'est la loi du 11 février 2005<sup>12</sup>, dite loi Handicap, qui apportera des évolutions importantes à l'ensemble législatif concernant le handicap et proposera une nouvelle définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Cette loi impose également le droit inconditionnel de la personne handicapée par l'énoncé de plusieurs principes fondamentaux tels que le libre choix du mode de vie, la participation à la vie sociale par l'accès effectif à l'école, à l'emploi, au cadre bâti, à la culture et aux loisirs.

Le principe du droit à compensation, dû par la collectivité, est aussi mis en œuvre pour garantir la plus grande autonomie possible à la personne handicapée, en établissement spécialisé comme à domicile. Ce droit individuel se traduit par la mise en œuvre d'un plan personnalisé de compensation tenant compte des déficiences mais aussi des aptitudes et capacités de la personne ainsi que de son projet de vie. Une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) peut être attribuée en espèces (pour le paiement des aides humaines par exemple) ou en nature (pour le financement d'aides techniques ou aménagement du logement...).

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont alors créées pour exercer des missions d'accueil, d'information, d'accompagnement auprès d'enfants et d'adultes en situation de handicap et viennent remplacer les CDES et COTOREP.

Cet élargissement du champ du handicap, associé à l'évolution de la prise en charge psychiatrique a ainsi permis un rapprochement entre les deux disciplines malgré d'importantes résistances. Les professionnels de la psychiatrie refusaient jusqu'alors que leurs patients fassent partie de la catégorie « handicap mental », évoquant le caractère

<sup>12</sup> Loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

figeant et inéluctable du terme handicap. Il aura fallu une mobilisation partenariale importante orchestrée par l'UNAFAM<sup>13</sup>, associée à la FNAP-Psy<sup>14</sup> et à la FASM Croix Marine<sup>15</sup> pour reconnaître les droits des patients à une prise en charge sociale et voir apparaître le terme de handicap psychique (qui sera énoncé par Jacques Chirac, Président de la République lors de l'annonce de la loi 2005).

L'accompagnement médico-social se met alors en œuvre avec une attention particulière sur les impacts environnementaux et sociaux de la maladie. Éloignant les personnes souffrant de troubles psychiques de la folie en les faisant entrer dans le champ du handicap, la loi de 2005 permet à ces personnes de ne plus être seulement assignées au statut de malades. Dans cette dynamique, la reconnaissance du handicap psychique est renforcée par le plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) encourageant les réseaux en santé et développant les services d'accompagnement spécialisés (SAVS et SAMSAH), l'accès au logement et créant les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Ainsi, 15 500 places de structures médico-sociales sont créées pour apporter des réponses spécifiques aux troubles du comportement et au handicap psychique.

## B) Caractérisation du handicap psychique

Comme nous l'avons évoqué la notion de handicap psychique est apparue dans les années soixante mais n'a jamais trouvé une définition consensuelle. Cette situation s'explique principalement car ce handicap varie d'une personne à une autre, que c'est un handicap invisible et parce que les personnes concernées sont souvent dans le déni des limites induites par leur maladie.

Le handicap psychique résulte le plus souvent de maladies mentales et repose sur des critères récurrents :

- les troubles ont un caractère évolutif et instable dans le temps (alternance d'états psychiques, décompensations, rechutes...);
- les capacités intellectuelles ne sont pas directement affectées ;
- les soins sont importants et réguliers ;
- il n'y a pas nécessairement de manifestations visibles.

---

<sup>13</sup> UNAFAM : Union nationale des familles et amis de malades mentaux. L'UNAFAM a été créée en 1963 pour aider les familles et proches de malades mentaux. Association reconnue d'utilité publique, elle compte aujourd'hui 100 délégations départementales et regroupe plus de 15 000 familles.

<sup>14</sup> Fnapsy : Fédération nationale des associations d'usagers de psychiatrie. Créée en 1992 sous le sigle FNAP-Psy, la fédération regroupe aujourd'hui 59 associations pour 5 000 usagers. Elle milite pour la représentativité des usagers dans les instances les concernant directement.

<sup>15</sup> FASM Croix Marine : Fédération d'Aide à la Santé Mentale. Créée en 1952, la FASM est devenue Santé Mentale France en s'associant en 2016 à l'AGAPSY (fédération d'associations gestionnaires et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique). C'est un mouvement national en faveur du rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique.

Le handicap psychique est ainsi caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration et une grande variabilité dans l'utilisation des capacités. Il affecte la personne au niveau de la volonté, de la pensée, de la perception du langage, du comportement, de l'humeur, de la conscience, de la vigilance et de la vie émotionnelle et affective.

Il s'accompagne de négation, de méconnaissance ou de minimisation des troubles par le sujet mais parfois aussi par son entourage. La personne est fragilisée par rapport aux contrariétés extérieures. Les besoins fondamentaux, la capacité à prendre soin de soi sont affectés comme celles liées au logement, à la formation et l'apprentissage, au travail, à la vie sociale et aux loisirs.

La diminution de capacités cognitives n'affecte cependant pas les facultés intellectuelles le distinguant ainsi du handicap mental.

D'après le rapport Charzat <sup>16</sup>, les maladies mentales les plus fréquentes, entraînant des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes sont les suivantes :

- « Les psychoses et notamment la schizophrénie<sup>17</sup> sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délire, et éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. » ;
- « Les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs (appelés également troubles de l'humeur ou troubles bipolaires) sont caractérisés par des épisodes alliant l'humeur triste avec la perte de l'intérêt et du plaisir, prolongés et souvent récidivants, alternant éventuellement avec des épisodes d'agitation et d'exaltation extrême. » ;
- « Les troubles obsessionnels et compulsifs graves, amenant la personne à des actes répétitifs irrépressibles et à des rituels prolongés et épuisants, affectent gravement la vie quotidienne et vie sociale, de même que les phobies, ou encore les troubles anxieux s'accompagnant d'angoisse paroxystique. » ;
- « L'autisme et les syndromes autistiques (appelés aujourd'hui les troubles du spectre autistique) sont marqués par des troubles de la fonction de relation, qui

---

<sup>16</sup> Rapport Charzat, « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* », remis à Ségolène Royal en Mars 2002. P28-29

<sup>17</sup> Selon l'OMS, la schizophrénie se caractérise par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du sentiment de soi et du comportement. Le ressenti comporte souvent des hallucinations, le fait d'entendre des voix ou de voir des choses qui n'existent pas, et des délires, des convictions inébranlables ou fausses. (<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>)

affectent gravement les moyens de communication verbale et les contacts avec autrui, ainsi que par des troubles du comportement. » ;

- Mais aussi d'autres affections mentales : les syndromes frontaux, les séquelles des traumatismes crâniens et des lésions cérébrales, les différentes démences, etc.

Les symptômes de ces différentes pathologies, affections nécessitent bien évidemment la prise de médicaments mais également « des soins visant à réadapter les capacités à penser et à décider », précise le Dr Alain Mercuel, psychiatre au centre hospitalier St Anne à Paris. Il apparaît alors que le handicap psychique touche la personne dans son intégralité, entraîne de nombreuses incapacités au quotidien et qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas.

### **1.1.3 De l'utilisateur au citoyen**

Dorénavant bénéficiaires de l'action sociale et médico-sociale, les personnes souffrant de troubles psychiques sont alors classées dans la catégorie des « usagers ».

Cette notion d'utilisateur fait débat, notamment lorsqu'il s'agit de promouvoir des valeurs d'humanité, de démocratie et de reconnaissance de l'autre. Ainsi, les différents textes législatifs dont la loi du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont proposé une valorisation de la place et de la parole des usagers puis l'accès et l'amélioration de leurs droits avec des outils de garantie et d'évaluation. Nous sommes passés de « l'utilisateur passif » dépendant du savoir et des décisions des professionnels de santé et du médico-social à « l'utilisateur actif » impliqué dans ses choix de projet de vie.

Aujourd'hui, nos pratiques professionnelles prennent appui sur les potentiels et compétences des usagers en leur accordant une réelle position d'acteur dans leur environnement. Cette démarche va de pair avec la reconnaissance de la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Mais qu'est-ce qu'être citoyen ?

Dans l'Antiquité grecque, être citoyen signifiait « celui, celle qui, jouissant du droit de cité, prenait part à la vie politique et religieuse de la cité ». A cette époque, c'est le culte de la cité et donc de la participation à celle-ci qui octroyait des droits civils et politiques aux citoyens.

Pendant toute la période de monarchies, la notion de citoyenneté est éclip­sée. Il faudra attendre le siècle des Lumières et la période révolutionnaire pour installer le terme de citoyen venant remplacer celui de bourgeois. Si dans les premiers temps, on accorde la citoyenneté aux étrangers résidant sur le sol national, la règle change rapidement et la nationalité française devient une condition sine qua non de l'acquisition de la qualité de citoyen.

Ce statut de citoyen renvoie universellement aux droits et devoirs associés au statut de membre d'une démocratie dont les personnes ayant des troubles de psychiques ont souvent été privés. Aujourd'hui ces personnes pouvant se rétablir, elles accèdent ainsi à l'exercice d'une citoyenneté que les chercheurs québécois ont défini en trois types<sup>18</sup> :

- La pleine citoyenneté : composée de relations fermes et de références directes aux institutions, aux droits et aux responsabilités (ex : citoyen à part entière),
- La citoyenneté de second ordre : composée de relations et de références occasionnelles à ces institutions, droits et responsabilités (ex : à travers les services sociaux et de santé),
- La non-citoyenneté : par laquelle l'individu est dissocié de la société et de ses institutions, ou n'a que très peu de contacts avec celle-ci (ex : errance, maladie mentale non traitée).

Les obstacles à l'exercice de cette pleine citoyenneté sont encore nombreux. Le législateur a prévu des outils et des réponses qui restent à appliquer et à améliorer pour les dépasser et les contourner. Le processus de désinstitutionnalisation est alors essentiel car afin de pouvoir participer en tant que citoyen à la vie de la cité, les personnes en situation de handicap doivent y être incluses. Il convient ainsi de développer des services de proximité favorisant l'accessibilité au droit commun des citoyens, en situation de handicap.

## **1.2 L'évolution de l'accompagnement médico-social, du texte à la pratique**

### **1.2.1 Le contexte sociétal et politique**

#### **A) Le contexte sociétal**

Notre contexte sociétal est marqué par des modifications structurelles importantes de notre démographie, notamment le vieillissement spectaculaire de la population corrélé à un faible taux de fécondité.

Si cet allongement de l'espérance de vie témoigne d'une élévation du niveau de vie, le vieillissement massif de la population engendre un certain nombre de conséquences, économiques notamment et en matière de santé. Ainsi, alors que les recettes s'amointrissent (du fait de la diminution des actifs), les dépenses sanitaires s'envolent. De plus l'accompagnement social des personnes dépendantes, même s'il est créateur d'emplois, engendre des dépenses considérables qui ne vont cesser de s'accroître dans les années futures. À titre d'exemple la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

---

<sup>18</sup> MAUGIRON P., « obstacles à la pleine citoyenneté », revue Pratique en santé mentale N° 2-2019 « Santé mentale, citoyenneté et pouvoir d'agir. », pp 17-21.

(CNSA) a prévu de dépenser 26,8 Milliards d'euros en 2019 pour le financement de la solidarité et de l'autonomie alors qu'elle n'y consacrait que 18,1 Milliards d'euros en 2009<sup>19</sup>.

Parallèlement à ces modifications structurelles, Jean-René LOUBAT<sup>20</sup> nous explique que nous faisons également face à des changements socioculturels provoqués par l'avènement de la société de consommation. « *Une nouvelle donne culturelle s'impose progressivement à partir des années soixante-dix et promeut une culture existentielle vouée au culte de l'instant et de la réalisation de soi.* »

Elle a pour conséquence principale le rejet des institutions « classiques » (mariage, l'épargne...), voire une méfiance vis-à-vis de toutes les institutions. Cela contraint donc notre société à réinventer de nouvelles institutions<sup>21</sup>.

## B) Le contexte politique et législatif national

Ainsi dans le champ médico-social depuis le début des années deux mille, différents textes réglementaires transforment, rénovent et réorganisent les pratiques en positionnant les personnes en situation de handicap citoyens et acteurs de leur propre projet de vie. L'évolution de ce contexte législatif et réglementaire traduit la volonté politique de permettre le libre choix du mode et du lieu de vie des personnes en situation de handicap et de renforcer leur pouvoir d'agir.

Tout d'abord, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 précise, renforce et organise les droits des usagers tels que l'autonomie, la protection, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté et la prévention de l'exclusion. Cette loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale prévoit la mise en place d'outils spécifiques : livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, médiateur, conseil à la vie sociale, projet d'établissement ou de service. La loi 2002-2 institue également une obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de procéder à une évaluation interne et externe régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées. Enfin, dans un objectif d'amélioration du pilotage des établissements, elle met en place une planification par l'instauration des schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels et une contractualisation via la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ces derniers permettent de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et

---

<sup>19</sup> Sources CNSA : <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/budget#l-volution-du-budget-de-la-cnsa>

<sup>20</sup> Jean René LOUBAT est psychosociologue, docteur en sciences humaines, est consultant et formateur libéral auprès des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

<sup>21</sup> LOUBAT J.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A., 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Dunod – 376 p.

de ses structures avec ceux des politiques sociales. Considérée comme une véritable révolution culturelle et organisationnelle (en généralisant au plus tard en décembre 2021), la contractualisation pluriannuelle entre autorités de tarification et gestionnaires est appelée à devenir un outil de référence dans l'adaptation de l'offre et de la prise en charge des personnes.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 dite loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté » porte les principes de participation sociale et pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap et décline un cadre permettant d'y parvenir à travers une plus grande accessibilité et des mécanismes de compensation individuelle.

Plus récemment, la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies (ONU) du 13 décembre 2006, dans son article 19 promeut l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société : « ... *les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier...* ».

Dans cette poursuite, Emmanuel Macron, Président de la République, a annoncé la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021), et l'attribution d'une enveloppe de 180 millions d'Euros. Le comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 a conforté cette stratégie et a précisé qu'elle serait déclinée autour de quatre volets, respectivement en faveur des personnes en situation de polyhandicap, de handicap psychique et en faveur du développement d'une stratégie pour les aidants et pour le développement de l'habitat inclusif.

Ainsi le 7 juin 2017, Sophie Cluzel nouvellement nommée secrétaire d'état au handicap, annonce lors du conseil des ministres « *Nous devons changer le regard de la société sur le handicap, vaincre les appréhensions et lever les obstacles. Nous devons relever le défi d'une société accessible, fraternelle et solidaire, qui facilite la vie au quotidien au lieu de segmenter, et qui rend possible au lieu de contraindre*<sup>22</sup> ». Elle a ainsi explicité la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap.

Mme Cluzel a également précisé : « *Si le cadre législatif et réglementaire français est posé, il est complexe et génère trop de fonctionnement en silo. L'action du Gouvernement aura une boussole : partir des besoins individuels et de l'expertise des personnes en situation de handicap, ainsi que de leurs proches, pour bâtir des solutions collectives, et non*

---

<sup>22</sup> Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées – depuis le 17 mai 2017

*l'inverse, en décroissant et simplifiant.* » Le souhait de la transformation de l'offre médico-sociale, se traduisant par *"toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles"* a été ainsi clairement énoncé.

Celle-ci passe par entre autres par :

- la diversification des modes de fonctionnement des établissements ou services médico-sociaux (ESMS) existants, qui s'inscrit dans la démarche RAPT<sup>23</sup> "Une Réponse accompagnée pour tous". Sont notamment visés le développement des modes d'accueil permettant des accueils "à la carte" et celui des interventions à domicile, renforcées à partir des "plateaux techniques" des établissements, pour permettre aux personnes avec des handicaps relativement lourds de vivre en milieu ordinaire ;
- le renforcement qualitatif des accompagnements proposés, via notamment la mise en place de "formations décroissantes" des professionnels.

### C) Le contexte territorial en Seine-et-Marne

Les outils et leviers dont disposent les agences régionales de santé (ARS) pour développer ce mouvement de transformation de l'offre en matière d'accompagnement sont explicités par une circulaire publiée le 2 mai 2017<sup>24</sup>. Certaines mesures bénéficient de budgets dédiés notamment pour l'expérimentation d'habitat inclusif pour personnes handicapées dans chaque région où 60 000 € sont attribués au titre de chaque structure expérimentale.

La région Île-de-France est aujourd'hui celle qui dispose du plus faible taux d'équipements pour adultes et enfants en situation de handicap ce qui conduit à des ruptures brutales de parcours et à la présence de plus de 2000 franciliens dans des établissements belges<sup>25</sup>.

Aussi l'ARS, grâce à son plan régional de santé (PRS) 2018-2022 insiste dans sa partie « Santé et Autonomie des personnes handicapées » sur le virage nécessairement inclusif que doivent prendre les pratiques professionnelles des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

---

<sup>23</sup> La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) découle de la réforme de la politique du handicap issue des préconisations du rapport Piveteau « Zéro sans solution », l'objectif étant de proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite.

<sup>24</sup> Circulaire n° DGCS/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 RAPT, de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

<sup>25</sup> Données issues des actes de séminaire : Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux organisé par la CNSA, la DREES et l'institut de recherche en santé publique en novembre 2017.



C'est dans cette dynamique que le 1<sup>er</sup> appel à manifestation d'intérêt (AMI) Handicap 2018 a été ouvert en juillet 2018 avec comme double objectif la transformation et le développement de l'offre avec la création de plus de 5 000 solutions nouvelles d'ici 2022 pour se rapprocher du rapport « Zéro sans solution » en 2022. Le cahier des charges stipule que « *les solutions proposées par les opérateurs médico-sociaux devront être innovantes, en adoptant des formes nouvelles et en favorisant l'émergence de dispositifs souples et modulaires* »<sup>26</sup>.

L'AMI s'adresse également à des dispositifs qui reposeraient sur des modes d'accueil dits "d'habitat inclusif", *c'est-à-dire articulant un hébergement ayant une dimension de vie collective, mais en milieu ordinaire (logement de droit commun ou résidence sociale), et un service médico-social d'aide à la personne*<sup>27</sup>.

Début 2019, l'ARS a publié les résultats de ce premier AMI : 110 projets ont été retenus pour 3950 solutions nouvelles d'accompagnement (soit 3/4 de « l'objectif 2022 » fixé), dont 2532 solutions pour les adultes. Parmi celles-ci, en Seine-et-Marne, 13 nouvelles places « Hors les murs » seront créées et 357 solutions aidant à la fluidité des parcours seront autorisées.

A ces orientations s'ajoute la stratégie du conseil départemental de Seine-et-Marne décrite par le schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées (2015-2020). Ce schéma unique a été écrit avec une forte dimension partenariale visant à l'implication de tous les acteurs et au décloisonnement des institutions. Co-signé avec l'ARS, il vise à mieux servir le territoire par la mise en cohérence des politiques menées et des moyens mis en œuvre par les différents opérateurs. Afin de répondre aux mieux aux besoins nouveaux des publics, une large concertation a permis à tous les acteurs, représentant d'usagers en tête, de participer à la définition des trente-neuf actions du schéma. Parmi celles-ci, des actions pour :

- Développer l'autonomie des personnes en s'inscrivant dans une logique de parcours, sans rupture ;
- Préserver l'autonomie des personnes en favorisant leur vie sociale et leur vie dans la cité ;
- Accompagner les personnes dans leur recherche de logements, en favorisant l'accès aux baux glissants ;
- Favoriser la mutualisation, la coordination et le travail en réseau entre professionnel afin de fluidifier le parcours des personnes à partir d'un territoire ;

---

<sup>26</sup> Extrait du dossier de candidature AMI Handicap 2018 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/avis-dappel-manifestation-pour-lautonomie-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-ile-de-france>

<sup>27</sup> Ibid note 24

- Limiter les contraintes institutionnelles ou administratives en vue de raccourcir le délai de réponse aux demandes, faciliter les réponses croisées et le recours à plusieurs dispositifs (rendre possible les orientations multiples. Par exemple, établissement médico-social en externat +service à domicile + PCH) ;
- Donner des leviers aux gestionnaires d'ESMS pour organiser une prise en charge multiple et adaptée aux besoins et souhaits des usagers ;

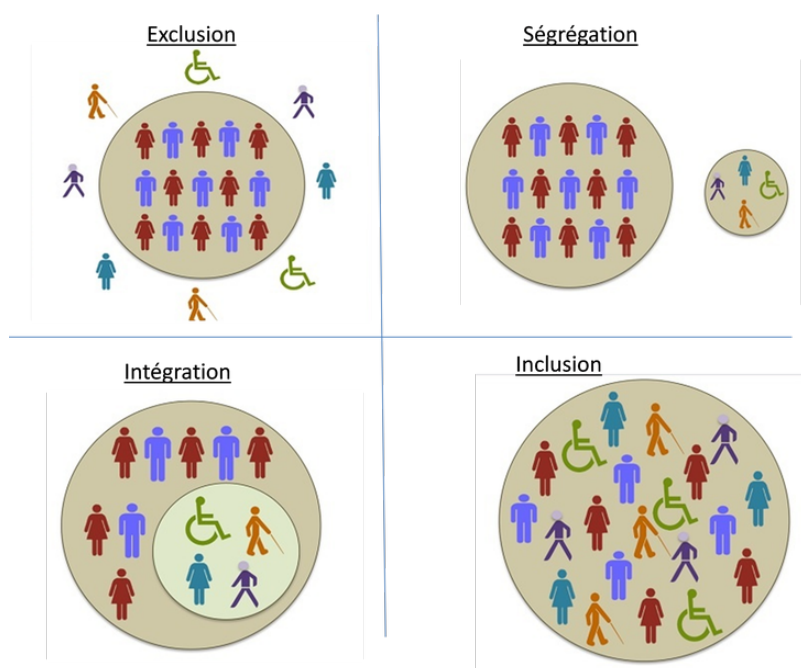
## 1.2.2 Le virage inclusif en France

### A) La notion d'inclusion

Réfléchissons tout d'abord sur la sémantique du mot même d'inclusion sociale, nous aurions pu choisir aussi l'intégration, l'insertion ou la participation sociale. Ces termes ne sont pas si bien clarifiés, repérés et leurs définitions amènent encore de nombreux débats. Il y a eu d'abord le mot « intégration », puis « insertion » et maintenant « inclusion » sociale dont la dynamique d'intégration du parcours de vie de la personne se réfère dans un contexte sociétal, avec du lien social.

Le terme « inclusion », d'origine anglaise, est considéré comme le contraire de l'exclusion sociale. Il a remplacé dans le vocabulaire international « intégration » (qui fait davantage référence au processus d'acquisition par les personnes fragiles) et « insertion » (qui renvoie à un processus plus individuel d'appropriation des règles du monde du travail)<sup>28</sup>

Sur la notion d'inclusion, le conseil économique social et environnemental (CESE) donne son avis, résumé par le schéma et les explications suivants :



<sup>28</sup> Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ([www.cnle.gouv.fr/](http://www.cnle.gouv.fr/))

- L'exclusion sociale est la relégation ou marginalisation d'individus, ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société. Elle constitue un processus plus ou moins brutal de rupture parfois progressive des liens sociaux.

- La ségrégation est l'action de mettre à l'écart. Lorsque son acception est politique, la ségrégation signifie que les lois et règlements d'une société visent à mettre à l'écart un groupe d'individus caractérisés.

- L'intégration, en sociologie, est un long processus de rapprochement entre une personne, ou un groupe de personnes, et un autre groupe de personnes plus vaste. C'est l'individu qui doit s'adapter à l'ensemble des comportements du groupe.

- L'inclusion signifie que toutes les personnes quelles que soient leurs capacités ont la possibilité de participer pleinement à la vie de la société.

La commission européenne des droits de l'homme définit, elle, l'inclusion comme « un processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté et d'exclusion obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle, et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent... ». L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux tels que définis dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.<sup>29</sup> Autrement dit, inclure c'est faire entrer, inviter à rejoindre. Pour qu'il y ait inclusion, la personne doit être considérée par sa différence et non par sa déficience.<sup>30</sup>

L'inclusion est donc entendue comme le fait de favoriser la citoyenneté des personnes en situation de handicap et de répondre à leurs désirs d'être le plus autonome possible. Il ne s'agit plus seulement pour la personne de s'adapter à un cadre social et environnemental, mais aussi que ce cadre s'adapte à la personne et donc qu'une dynamique d'inclusion soit partagée par l'ensemble de la société.

Ainsi, dans cet écrit, j'ai choisi d'appréhender la logique inclusive comme, d'une part la participation des personnes aux décisions qui les concernent (quel que soit leur lieu de vie) et, d'autre part, comme le respect des habitudes de vie dans un objectif de participation sociale. Cette approche est notamment défendue depuis le Canada par Patrick

---

<sup>29</sup> Rapport conjoint de la Commission européenne et du Conseil européen sur l'inclusion sociale en mai 2004.

<sup>30</sup> La Charte des Droits Fondamentaux, Congrès de Madrid, 20 -23 Mars 2002.

Fougeyrollas<sup>31</sup> et le Réseau International sur le Processus de Production du Handicap<sup>32</sup> (PPH). Dans le modèle PPH, la participation sociale est définie comme « *La pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles)* ». Étant entendu que les habitudes de vie comprennent les « *activités courantes et les rôles sociaux* » et s'apprécient sur une échelle allant de la « *situation de participation sociale optimale* » à la « *situation de handicap complète* ».

Mais comment cette dynamique se manifeste-t-elle dans nos établissements médico-sociaux ? Les personnes expriment-elles leur désir d'inclusion et y sommes-nous suffisamment attentifs ?

## B) « L'empowerment »

Depuis ces dix dernières années, le terme « empowerment » et les expressions se voulant issues de ce terme telles « capacitation », « pouvoir d'agir » ou « autodétermination » sont de plus en plus utilisés dans l'accompagnement du handicap.

Ce mouvement venu des pays anglo-saxon porte sur le développement du pouvoir d'agir des personnes ou des groupes de personnes rencontrant des obstacles dans leurs parcours.

C'est en Grande Bretagne, au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle que le verbe *to empower*<sup>33</sup> est créé et utilisé notamment lors des mouvements de lutte sociale aux États Unis par Martin Luther King. Littéralement, *empowerment* signifie « mouvement d'acquisition d'un pouvoir » et représente alors un instrument de progrès social destiné à augmenter l'accès aux ressources des laissés-pour-compte.

Des chercheurs de l'Université de Laval de Québec au Canada, comme Yann Le Bossé, ont étudié plus particulièrement cette terminologie dans le cadre de l'intervention sociale (visant à la justice sociale) et retenu que les travailleurs sociaux doivent « soutenir la possibilité concrète d'agir au moyen de la mise à disposition de ressources nécessaires à la conduite d'un changement »<sup>34</sup>. Cette définition représente un véritable bouleversement de nos pratiques qu'explique ainsi le rapport Bourguignon<sup>35</sup> « *le travail social n'est pas un « travail sur autrui », c'est un « travail avec autrui ». La posture attendue n'est donc plus*

---

<sup>31</sup> Chercheur et anthropologue spécialisé dans l'étude du phénomène de construction culturelle du handicap. Initiateur du modèle PPH.

<sup>32</sup> Concept développé dans la partie 2.2.4.

<sup>33</sup> *To empower* : acquérir le pouvoir (Définition dictionnaire *Harrap's*).

<sup>34</sup> VALLERIE B., 2018, *Action sociale et empowerment*, PUG, 64 p.

<sup>35</sup> Rapport « Reconnaître et Valoriser le travail social » de Brigitte Bourguignon, remis à Manuel Valls en juillet 2015. p20.

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport\\_brigitte\\_bourguignon.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport_brigitte_bourguignon.pdf)

*dans une expertise sur les autres mais dans une expertise avec les autres (passer du diagnosticien au maïeuticien). L'enjeu est de passer du modèle de l'expertocratie (modèle médical avec des rôles séparés, ceux qui savent et ceux qui disent leur problème, professionnels / usagers) au modèle catalyseur (en chimie, le catalyseur permet une réaction mais se retire à la fin) ».*

Cette approche nouvelle repose sur la compétence du professionnel à créer les conditions permettant à la personne de faire un premier pas dans une direction qu'elle a choisie, à générer une expérience de succès. Il ne s'agit donc plus de faire à la place mais permettre de faire et de faire vivre l'expérience. L'intervention n'est donc plus une prise en charge infantilisante mais une démarche en concertation avec la personne, s'appuyant sur des connaissances expérientielles qui permet d'accéder à l'autodétermination.

### C) L'autodétermination

L'autodétermination a été définie par Wehmeyer et Sands<sup>36</sup> en 1996 comme « la capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées ». Wehmeyer identifie ainsi quatre facteurs pour qualifier l'autodétermination<sup>37</sup> :

- le fonctionnement autonome qui se définit par la capacité à résoudre un problème lorsque l'on se retrouve face à un choix ;
- l'autorégulation qui se caractérise par la connaissance de soi, de son propre fonctionnement. La personne connaît ses objectifs et détermine les étapes pour les réaliser. L'autorégulation implique le pouvoir expérientiel, c'est-à-dire que la personne apprend davantage en expérimentant ;
- l'appropriation psychologique (ou empowerment psychologique) qui correspond à la capacité à reconnaître ses propres responsabilités et celles d'autrui, à faire valoir ses droits, son avis. Elle représente le début de la connaissance de soi, de ses forces et faiblesses ;
- l'autoréalisation qui se définit comme la faculté de se réaliser par soi-même, d'interpréter les résultats de ses propres expériences et d'en tirer les enseignements.

Afin que les personnes en situation de handicap psychique accèdent à un niveau satisfaisant d'autodétermination, le rôle des proches et des professionnels est essentiel. Oser prendre la parole, connaître ses droits, affirmer ses choix est loin d'être une évidence pour toutes les personnes en situation de handicap qui ont souvent été stigmatisées, étiquetées ou identifiées comme des « objets de soins » et non des « sujets de droits ».

---

<sup>36</sup> M. L. Wehmeyer et D. J. Sands, professeurs d'éducation spécialisée à l'université du Kansas (États-Unis).

<sup>37</sup> Selon le modèle fonctionnel d'autodétermination de M. L. Wehmeyer (1998). (Annexe I)

Les établissements doivent donc favoriser l'expression des désirs des personnes, les associer à l'évaluation de leurs besoins et à la construction de leur projet d'accompagnement et de vie même si cette démarche amène une certaine prise de risque institutionnelle.

#### D) La montée en puissance du désir d'inclusion

Comme nous l'avons vu tout précédemment l'inclusion des personnes en situation de handicap est la résultante d'une évolution permanente depuis les années soixante en faveur d'une reconnaissance sociale. Tout d'abord cantonnée à une vision très institutionnelle et « pathologique » du handicap, sa prise en charge s'est découpée en catégories d'établissements agréés pour recevoir des types de handicaps. A l'heure actuelle sous la pression de facteurs économiques et culturels, cette organisation explose notamment car les personnes en situation de handicap ne veulent plus être considérées comme des citoyens de seconde zone.

En effet, sous l'impulsion de nombreux textes législatifs, les personnes entendent bien faire respecter leurs droits dans la cité et ne plus être envisagées seulement comme des « personnes handicapées ».

Ainsi des slogans tels que « Rien pour nous, sans nous ! », des associations telles que « Nous aussi », la « Fnapsy »<sup>38</sup> expriment clairement le souhait des personnes en situation de handicap de participer aux décisions qui les concernent et d'être reconnues comme des citoyens à part entière.

De « l'utilisateur passif », dépendant du savoir et des décisions des professionnels de santé, nous sommes donc passés à « l'utilisateur actif » impliqué dans ses choix de projet de vie. Ce repositionnement de la personne au cœur de son projet et capable de décider pour elle induit une forme de responsabilisation et participe à l'épanouissement personnel. Ainsi les personnes « osent » exprimer leurs envies, leurs désirs de vivre au cœur de la société et d'être citoyen.

La Fondation des Amis de l'Atelier, dans le cadre d'une délégation thématique « Inclusion sociale » a souhaité mener une enquête en 2017 pour s'approcher au mieux des aspirations des personnes accompagnées. Réalisée auprès de quarante adultes en situation de handicap hébergés ou accueillis dans les établissements et services, cette étude nous apporte quelques éclairages sur leur quête de citoyenneté et d'inclusion.

Pour les personnes interviewées, la notion de « citoyen » est connue, porteuse de sens et renvoie en majorité au vote, à la participation sociale, au lien social et à la place donnée aux autres dans la société. Leur sentiment d'être citoyen s'exprime par leur capacité à voter,

---

<sup>38</sup> FNAP-PSY : Fédération nationale des associations d'utilisateurs en psychiatrie

par la liberté d'expression et par le respect des règles qui les aident à s'intégrer dans la société et se sentir citoyen.

Pour ces personnes, la citoyenneté peut s'exprimer sur le lieu de vie collectif par des actions augmentant la capacité à s'occuper de soi dans les tâches quotidiennes et d'utilité sociale (espaces verts, cuisine, entretiens des espaces collectifs ...). Celles-ci sont vécues comme un véritable vecteur pour trouver une confiance en soi et expérimenter « que je suis capable<sup>39</sup> ».

Elle se manifeste également par la participation à des instances (conseil à la vie sociale (CVS), comités de pilotage, groupe de travail ...) qui permet d'augmenter la capacité à agir sur les projets des établissements et le fonctionnement de ceux-ci.

Enfin, les actions d'utilité sociale dans des associations solidaires, sportives ou culturelles à l'extérieur (les Restaurants du Cœur, la Croix Rouge ...) sont vécues comme des facteurs d'autonomie personnelle, fonctionnelle et de confiance en soi ; indispensables à l'inclusion. Mais pour beaucoup d'entre eux, la quête d'inclusion sociale passe surtout par l'accession à un logement de droit commun, « en dehors du foyer ».

Cette montée en puissance du désir d'inclusion et son expression s'accompagnent inévitablement d'un processus de désinstitutionnalisation, d'une logique de parcours de vie (suppléant ainsi ce que nous pouvions appeler une carrière institutionnelle) qui impactent donc considérablement nos institutions.

#### E) Une pratique inclusive inégale

Après son développement dans les pays scandinaves et anglo-saxons, la logique inclusive (définie précédemment) est apparue en France et amène les institutions à se repositionner dans une fonction de « mise en société » des personnes accompagnées ; ce qui n'est pas sans conséquence sur le management des établissements et services médico-sociaux et les pratiques des professionnels de terrain.

Jusqu'alors concentrées sur la notion de protection des personnes accueillies, comme le précise le code d'action sociale et des familles (CASF) dans son article L116-1<sup>40</sup>, les associations sont sur une nouvelle ligne de crête ; devant assurer la protection des personnes tout en favorisant des projets « hors des murs ». Cela implique donc des modifications organisationnelles et fonctionnelles affectant les établissements et un changement des pratiques.

---

<sup>39</sup> Extrait de la réponse au questionnaire de Monsieur S, résident de MAS.

<sup>40</sup> Article L116-1 du CASF « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté ; à prévenir les exclusions, et à en corriger les effets..* »

En confrontant mes expériences professionnelles en milieu dit « ouvert » et en « internat », j'ai pris conscience que les pratiques inclusives y sont inégales.

Pour les professionnels des services tels que les SAVS et SAMSAH, la démarche inclusive est largement appréhendée et intégrée puisque leurs missions s'inscrivent dans la cité, et favorisent la vie sociale des personnes accompagnées dans leur environnement.

L'objectif d'autonomisation recherché implique de se décaler des pratiques éducatives « traditionnelles » s'appuyant sur la relation sachant-apprenant, en valorisant les savoir-faire, les compétences et l'expérientiel des personnes. Cette approche de concertation et de coopération favorise la responsabilisation des personnes dans les prises de décisions et donc leur citoyenneté. Nombreuses sont celles m'ayant témoigné leur étonnement face à cette nouvelle relation d'aide non asymétrique, dans laquelle elles se sentent actrices et en confiance.

De plus, les services intervenant en milieu ouvert recherchent activement la coopération avec les acteurs de droits commun (logement, école, culture, sports...) afin que les personnes se maintiennent dans leur environnement social. Cette connaissance du territoire et cette présence dans la ville permettent également de participer au changement de regard de la société sur les personnes en situation de handicap.

Ces pratiques ne sont toutefois pas aussi répandues dans les établissements dits « fermés », d'internat dans lesquels les exigences de l'organisation tendent à prendre le dessus sur les besoins individualisés des personnes.

En effet, même si les directeurs et autres responsables adaptent progressivement leur gestion quotidienne pour inclure les résidents dans les établissements (CVS, groupes de travail usagers-professionnels) et sur le territoire, certaines résistances perdurent. La logique inclusive bouscule les pratiques professionnelles qui doivent passer d'un « travail sur autrui » à un « travail avec autrui ». L'élaboration des projets individualisés exclusivement en présence des personnes est un exemple majeur de ces bouleversements institutionnels créant des inquiétudes chez les professionnels. Ces derniers vivent parfois douloureusement ces changements remettant profondément en question leurs anciennes pratiques et leur formation initiale d'aides-soignants ou d'aide médico-psychologique<sup>41</sup> ou de moniteur-éducateur... ; autrement dit leur identité professionnelle. En effet, si le « nouveau » travail demandé ne peut pas s'appuyer sur les connaissances acquises pendant la formation et ne prend pas sens, les équipes de terrain peuvent ressentir une véritable instabilité professionnelle. Cela crée des zones d'incertitudes, d'inconfort dans lesquelles des tensions entre équipes de terrain et direction viennent se cristalliser.

---

<sup>41</sup> Diplôme d'aide médico psychologique (AMP), remplacé depuis 2016 par le diplôme d'accompagnant éducatif et social (AES).



Ces changements de paradigme impactent également certains résidents « sécurisés » par l'institution médico-sociale et qui sont parfois réticents à exprimer leurs souhaits (n'en ont pas la culture ou n'en éprouvent pas le besoin), préférant que les choses ne changent pas.

Enfin dans les établissements, la démarche d'inclusion rencontre également la difficulté de l'ouverture sur l'extérieur. « Repositionner » les personnes dans la cité, les inscrire dans la logique de parcours, exigent une forte collaboration avec des acteurs environnementaux ayant des visions métiers et des contraintes structurelles différentes. Cette démarche partenariale nécessite que les différents intervenants, sous l'impulsion des directeurs, apprennent à se connaître, à travailler ensemble pour développer une culture commune de l'inclusion et de nouvelles compétences transformant ainsi l'exercice professionnel. L'enjeu est celui de la coordination. Il faut donc que les professionnels améliorent la complémentarité et la continuité de leurs accompagnements et la cohérence de leurs interventions. Le parcours ne peut pas exister sans coordination. C'est le moyen pour travailler sur la fluidité et la continuité des parcours de vie afin d'éviter les ruptures « évitables » liées aux défaillances du système et d'anticiper les ruptures possibles, probables, liées aux étapes de la vie.

Quand on interroge certaines équipes des établissements d'hébergement<sup>42</sup> sur leur vision et leur pratique inclusive, il ressort un avis nuancé sur le bien-fondé de la démarche en lien notamment avec l'inquiétude quant à la protection de la personne, son bien-être. Pour la plupart des interrogés, l'établissement d'hébergement représente un cadre rassurant et protecteur, permettant de prévenir l'avancée des troubles, d'accompagner la personne dans sa dépendance, d'éviter qu'elle ne se mette en danger. Ils sont majoritairement favorables à ce que cette prise en charge évolue vers plus de participation sociale et pensent que la création de modèles alternatifs permettrait de répondre à l'ensemble des besoins des personnes (que ce soit le besoin de protection ou celui d'autonomie et vie en société). Dans cette enquête institutionnelle, les cadres (45% d'entre eux) évoquent également que les dispositifs existants sont à améliorer et soulignent certains freins juridiques, financiers à la pratique inclusive. Ils citent notamment que l'accueil temporaire n'est pas assez développé (alors qu'il permettrait une étape d'évaluation nécessaire à l'orientation vers de nouveaux dispositifs). Par ailleurs, ils déplorent que le « carcan » institutionnel (notifications MDPH, financement à la place...) freine le développement du parcours inclusif. Enfin ils sont 30% à penser qu'il faut également agir sur l'environnement

---

<sup>42</sup> Enquête réalisée fin 2017 à la Fondation des Amis de l'Atelier par la délégation thématique « Inclusion sociale » auprès d'un panel représentatif de cadres (10 directeurs et 6 chefs de services) et 40 professionnels de terrain des établissements d'hébergement.

extérieur, sur les acteurs de droit commun pour adapter les services en fonction du handicap de la personne.

## **1.3 La Fondation des Amis de l'Atelier**

### **1.3.1 Son histoire et son développement**

L'histoire des Amis de l'Atelier commence dans les années cinquante en région parisienne, à Châtenay-Malabry (Hauts-de-Seine). Elle naît de la volonté d'une femme protestante, Anne Sommermeyer, qui, interpellée par l'absence de solutions d'accueil pour les enfants handicapés mentaux qu'elle côtoyait, se met au service de ces enfants. Ainsi, en 1957 naîtra "La Nichée", puis un peu plus tard "L'Atelier", destiné à offrir à des adolescents un travail adapté à leurs possibilités.

En lien avec la jeune communauté protestante de Châtenay-Malabry, ces premières initiatives vont aboutir à la naissance de l'association Les Amis de l'Atelier. Alors que d'autres s'implantent dans l'espace rural, l'association inscrit résolument ses activités dans le milieu urbain, convaincue que c'est au cœur de la cité que la personne en situation de handicap doit trouver sa place.

Dans les années soixante-dix, l'association est l'une des premières à proposer des réponses adaptées aux personnes que la fermeture des lits de psychiatrie laisse parfois sans solution d'accompagnement.

Dans la continuité de ses fondateurs, l'association se met au service de personnes parmi les plus défavorisées, les plus fragiles, tout particulièrement celles touchées par diverses formes de handicap, ou dépendance et s'implante dans plusieurs départements d'Île-de-France et en Haute-Vienne.

Après cinquante années au service des enfants et adultes en situation de handicap, l'association est devenue, par décret du 3 février 2011, Fondation reconnue d'utilité publique.

La vocation première de la Fondation est de développer des actions destinées aux personnes en situation de handicap et notamment de leur offrir des services spécialisés et adaptés à leurs besoins et à leurs attentes.

Elle prône aussi le partage d'expériences, la recherche d'innovations, la participation à des programmes de recherches, notamment en réponse à l'émergence de besoins nouveaux ou relatifs à de nouveaux modes d'accompagnement et la participation avec d'autres au changement de regard sur le handicap.

### 1.3.2 Ses établissements, services et dispositifs

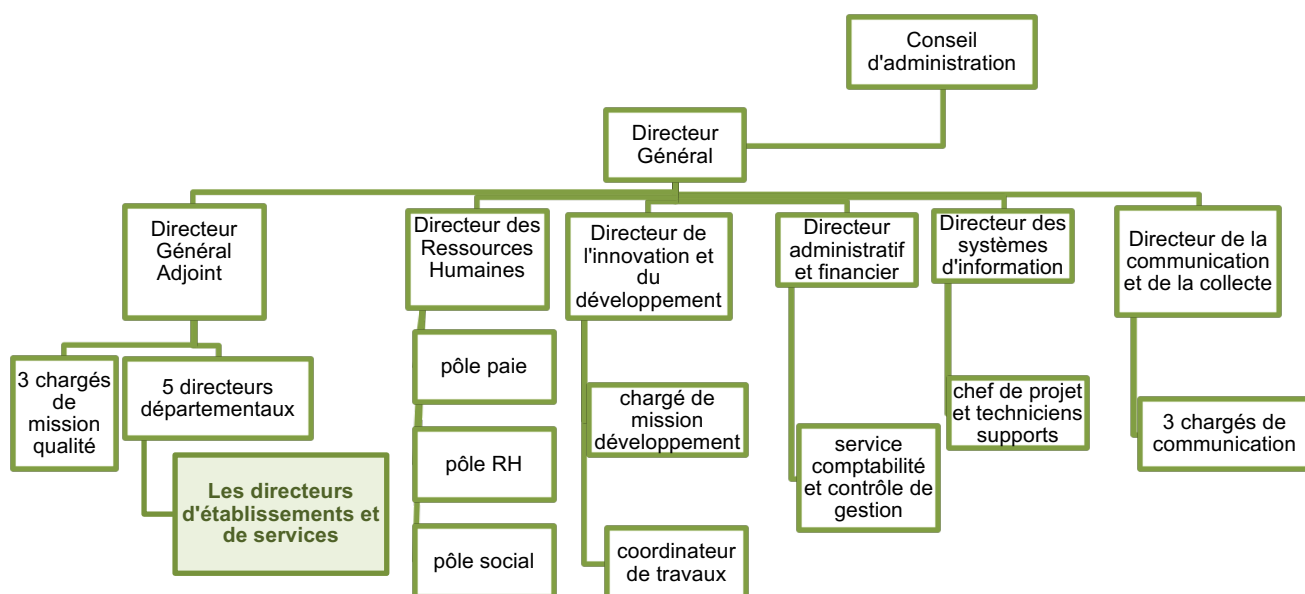
En 2019, la Fondation des Amis de l'Atelier gère près de quatre-vingt établissements, services ou dispositifs accompagnant environ 2800 personnes, enfants et adultes. Régie par la convention collective 66<sup>43</sup>, elle emploie quelques 2000 professionnels.

Ses établissements :

Pour les enfants		
Services	Établissements d'hébergement	Dispositifs
- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	- Instituts médico-éducatifs (IME)	- Dispositif d'Interventions Globales et Coordonnées (DIGC).

Pour les adultes		
Services	Établissements d'hébergement	Dispositifs
- SAVS-SAMSAH - Centres d'accueil de jour (CAJ) - Établissements et services d'Aide par le travail (ESAT) - Entreprise adaptée	- Foyers de vie - FAM - Maisons d'accueil spécialisée (MAS)	- Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) - Résidences accueil - Groupe d'entraide mutuelle (GEM)

#### A) Son organisation



<sup>43</sup> Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

## B) Les axes stratégiques du projet institutionnel

Tout en réaffirmant ses principes éthiques et laïcs, le projet institutionnel (2014-2019) a défini les axes de développement de la Fondation sur 5 ans :

- Développer le lien social et l'inclusion ;
- Développer des démarches d'accompagnement adaptées pour les enfants et les adultes atteints de troubles du spectre autistique ;
- Accompagner les transitions, en particulier du travail vers la retraite, et en fin de vie,
- Développer nos liens avec le champ sanitaire ;
- Poursuivre une politique d'innovation ;
- Mesurer et évaluer davantage.

Ainsi depuis 2016, dans ce cadre stratégique et afin d'améliorer la qualité des accompagnements des personnes accueillies, quatre délégations thématiques ont été créées par le Directeur du Développement et de l'Innovation pour réfléchir et proposer des actions autour des troubles du spectre autistique (TSA), de l'insertion professionnelle, du handicap psychique et de l'inclusion sociale. Ces groupes de travail transversaux, animés par un pilote autour duquel sont associés directeurs, chefs de service, chargés de missions et chefs d'équipe, ont pour missions de recenser les besoins des personnes accompagnées, de valoriser des innovations, d'apporter un soutien à des projets, de participer à des réseaux, de mettre en œuvre des expérimentations et de développer les savoir-faire.

### 1.3.3 Le projet départemental sur la Seine-et-Marne

Dans le cadre du dernier projet stratégique, chaque département de la Fondation a décliné son action sur son territoire dans un projet départemental 2016-2020. Cet outil a pour objectif d'assurer la cohérence et de fixer les priorités d'améliorations et de développement au service des personnes et des établissements du territoire.

Pour la Seine-et-Marne, le projet départemental détermine plusieurs enjeux :

- **La fluidité des parcours des usagers** ou comment passer d'une logique de place à une logique de parcours pour développer la « participation sociale » des usagers.
- **Les économies**, gains de moyens liés à la mutualisation des services et aux choix organisationnels.
- **La capitalisation des partenariats** dans le domaine des TSA, du handicap psychique et l'amélioration du partenariat avec le secteur sanitaire pour mieux prendre charge les problèmes de santé des personnes accueillies et la poursuite du travail avec les proches et les familles.

- **le développement de l'offre sur le département** par des transformations ou des extensions de places afin de répondre aux nouveaux besoins des usagers.

### **Résumé de la Partie 1**

Longtemps considérées comme « folles », les personnes « aliénées », souffrant de troubles mentaux ont été mises à l'écart de la société jusqu'à la deuxième partie du XXème siècle. Il faudra attendre l'arrivée des traitements pharmacologiques, dans les années soixante, pour que les médecins psychiatres puissent proposer « une intégration du patient dans la cité ».

Aujourd'hui, sous l'impulsion des politiques sociales et principalement de la loi du 11 février 2005, « les fous » sont devenus des « personnes en situation de handicap psychique » qui tentent de retrouver une place de citoyen à part entière.

Ce nouveau désir d'inclusion se manifeste notamment par l'envie d'accéder à un logement de droit commun et impacte donc considérablement les institutions médico-sociales dont les pratiques inclusives sont encore très inégales.

C'est dans ce contexte que la Fondation des amis de l'atelier, forte de 50 ans d'expérience dans l'accompagnement de personnes handicapées, déploie son projet institutionnel et met en œuvre une organisation territoriale pour répondre aux nouveaux besoins des personnes.

## **2 D'UNE PLACE DANS UN ÉTABLISSEMENT À UN LOGEMENT EN VILLE, LA NOUVELLE LOGIQUE DU PARCOURS INCLUSIF**

Dans cette deuxième partie, j'exposerai les différents éléments de diagnostic qui m'ont conduit à proposer une nouvelle offre de service inclusive à partir du FAM. Aussi, après vous avoir détaillé les spécificités du FAM, ses forces et faiblesses, je vous présenterai le SAVS-SAMSAH Sud Seine-et-Marne, également géré par la Fondation des amis de l'atelier, un partenaire incontournable de la logique inclusive que je souhaite développer.

Dans un autre temps et après vous avoir présenté les caractéristiques du public accompagné au FAM je m'attacherai à analyser leurs nouveaux besoins et les outils indispensables pour y répondre.

Dans ce cadre, et pour affiner le diagnostic stratégique, j'ai mené une enquête qualitative auprès des résidents du FAM ayant émis le désir de vivre dans un logement de droit commun. J'énoncerai les résultats et l'analyse de ces entretiens dans la partie 2.2 et terminerai par vous exposer les leviers à actionner dans une perspective inclusive.

### **2.1 Le rapprochement de deux structures dans une visée inclusive**

#### **2.1.1 Le FAM de Villemer : une dynamique d'insertion pour de jeunes adultes**

##### **A) L'histoire des Foyers d'Accueil Médicalisés**

Créés en 1986<sup>44</sup> de manière expérimentale les Foyers à Double Tarification ont été officiellement reconnus par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et rebaptisés en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Ces établissements accueillent des adultes en situation de handicap, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessitant un accompagnement pour la plupart des actes de la vie quotidienne.

Les FAM ont pour mission principale l'assistance, le soutien et le suivi des personnes dans la vie quotidienne, ainsi que le soin.

Ils accueillent ainsi des personnes orientées par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) dont les profils de déficience sont assez diversifiés et se répartissent entre déficience intellectuelle, troubles psychiatriques, déficience motrice et, dans une moindre mesure, polyhandicap<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Circulaire 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés

<sup>45</sup> Selon l'enquête de la DREES « Maisons d'accueil spécialisé et Foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », octobre 2012.

## B) Les spécificités du FAM de Villemer

Ouvert en 2012, le foyer de Villemer est un établissement passerelle d'insertion en travail protégé (ESAT<sup>46</sup> ou ateliers protégés) qui dispose d'un agrément de 41 places « destinées à accueillir de jeunes adultes handicapés psychiques avec ou sans trouble du comportement »<sup>47</sup>. La population accueillie est définie par la visite de conformité comme « *de jeunes adultes (20-35 ans) au moment de l'admission ayant une autonomie suffisante pour les rendre susceptibles d'une orientation et insertion professionnelle* ». La durée d'accueil, limitée dans le temps, est adaptée à chaque résident, en fonction de son projet individuel et des difficultés d'orientation rencontrées lors du projet de sortie<sup>48</sup>.

Il dispose de 31 places en internat, 3 places d'accueil temporaire et 7 places d'externat pour un effectif total de 41,6 Équivalents Temps Plein (ETP) professionnels<sup>49</sup>.

Implanté dans un village de 750 habitants entre Montereau-Fault-Yonne et Nemours, le foyer est situé dans le parc d'un château du XIX<sup>ème</sup> siècle qui a été entièrement rénové pour accueillir les services administratif, médical et la restauration. Une extension plus moderne, accolée au site historique, a été construite pour accueillir l'hébergement et les différents ateliers.

Depuis 2018, une nouvelle organisation structure différemment les équipes et le rôle des managers de proximité. Les deux chefs d'équipe d'accompagnement (éducateurs spécialisés) sont responsables hiérarchiques des professionnels socio-éducatifs. L'un coordonne plus spécifiquement le volet organisationnel (espace de vie, prestations collectives, ateliers) et l'autre s'inscrit davantage dans la coordination des parcours (projets individuels, préparation à la sortie). Un poste d'infirmier coordinateur venant d'être créé, est en cours de recrutement afin de renforcer le pôle santé et les actions de coordination.

L'établissement s'est construit autour des objectifs suivants :

- Mettre en œuvre les moyens permettant à la personne accueillie de bénéficier d'une qualité de vie favorisant l'épanouissement, en réponse à ses besoins et attentes dans le respect de la dignité, de sa vie privée, de sa sécurité ;
- Préparer les résidents à une vie adulte citoyenne autonome orientée vers une socialisation et le monde du travail ;
- S'ouvrir à une insertion socio-professionnelle en milieu protégé ou ordinaire, pour ceux qui le veulent et le peuvent ;

---

<sup>46</sup> ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

<sup>47</sup> Extrait de l'arrêté 77-019/2008/DDASS/PH

<sup>48</sup> Extrait du projet d'établissement 2012.

<sup>49</sup> Tableau des effectifs professionnels du FAM en annexe II

- S'inscrire dans une dimension progressive mais réelle de travail, en valorisant les capacités du jeune soutenu par un accompagnement éducatif, médical et psychologique ;
- Proposer un espace « passerelle » pour une durée d'un an renouvelable 5 fois.

Cette dynamique de passerelle s'inscrit dans un parcours initié par une 1<sup>ère</sup> phase d'évaluation des besoins, des compétences et de confrontation aux exigences du travail. Ainsi les résidents découvrent les différents ateliers de travail préprofessionnels (blanchisserie- espaces verts- conditionnement- restauration). Cette phase permet de déterminer avec le résident les grandes lignes de son potentiel et les objectifs d'accompagnement.

Un second temps de dynamisation et de formulation de projet individuel (nommé PAI : projet d'accompagnement individuel) est ensuite proposé pour fixer les axes d'accompagnement au développement des compétences spécifiques. Les résidents sont alors mis en situation de travail dans des conditions se rapprochant progressivement de celles d'ESAT voire même du milieu ouvert. Parallèlement à cette visée professionnelle, un enseignement spécialisé, une conseillère en économie sociale et familiale et les aides-médico-psychologiques accompagnent les jeunes dans leur projet d'autonomisation et d'apprentissage de geste du quotidien. Pour se faire, un « studio d'autonomie » a été créé dans l'enceinte du foyer pour mettre en situation, évaluer, entraîner les résidents souhaitant expérimenter un projet de vie autonome.

Enfin un dernier temps de préparation à la réorientation permet au résident de formuler son projet de vie, en concertation avec les acteurs de son environnement (proches, représentants légaux...).

### C) Ses forces et ses faiblesses

Le FAM a conduit sa première évaluation externe en 2017 et la refonte de son projet d'établissement en 2018. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité a été entreprise sous un mode de management participatif et a permis à l'ensemble des professionnels de se mobiliser, par des groupes de travail spécifiques (santé, éducatif, professionnel, vie collectif) et transversaux (projet d'accompagnement, vie affective et sexuelle...).

Je vous présente ici la synthèse des forces et des faiblesses issue de l'analyse de ces documents et des nombreux échanges que j'ai pu avoir avec l'ensemble des professionnels du FAM :



a) *Ses forces*

- Le projet d'établissement est respecté dans sa dynamique d'insertion professionnelle. La plupart des jeunes résidents, en capacité et en demande d'insertion professionnelle effectuent des stages en ESAT, en entreprises adaptées ou en milieu ordinaire. Cette recherche d'inclusion professionnelle est renforcée par la forte participation des résidents (60%) à « Si T BénéVole » (dispositif de bénévolat mis en œuvre par le SAVS-SAMSAH pour les personnes accompagnées des établissements du Sud Seine-et-Marne de la Fondation<sup>50</sup>). Ces derniers bénéficient d'une reconnaissance de leurs compétences grâce au passeport bénévole délivré par France Bénévolat. 44% des jeunes accueillis dans l'établissement ont pu s'insérer dans le monde du travail sur ces cinq dernières années.
- Le FAM est reconnu dans ses spécificités par les acteurs environnementaux : MDPH, hôpitaux, IME... Depuis peu les accueils temporaires sont fortement sollicités par ces partenaires dans une logique de parcours et de préparation des jeunes. Pour renforcer cette fluidité et en lien avec « Réponse Accompagnée Pour Tous », la direction du FAM a négocié avec le département que la CDAPH<sup>51</sup> établisse des notifications multi-orientations (FAM - accueil de jour – accueil temporaire-SAMSAH...).
- Face à l'émergence du processus d'inclusion, une large réflexion sur les enjeux du secteur est initiée depuis peu par l'ensemble des professionnels sous l'impulsion de la nouvelle direction. Ainsi un travail de conception de nouveaux outils nécessaires à l'inclusion (recueil des souhaits des usagers, évaluation des besoins, projet individuel co-construit), d'ouverture vers l'extérieur est à l'œuvre et esquisse de nouvelles méthodes d'accompagnement. Une dynamique de changement se met donc en œuvre et permet aux professionnels de donner du sens à leur travail. C'est notamment par la pratique sportive ou des loisirs que cela se concrétise puisque plusieurs jeunes ont pu s'inscrire dans des clubs sportifs alentours. Par ailleurs les appréhensions d'un nouveau modèle d'accompagnement sont apaisées par le début du travail transversal mené avec les services ouverts (SAVS-SAMSAH-GEM...) autour d'actions de formation, d'accompagnements partagés. Pour exemple, les professionnels, personnes accueillies et proches des établissements du Sud Seine et Marne sont formés ensemble, depuis 2017, à l'autodétermination. Ces formations multi-établissements permettent notamment aux équipes de

---

<sup>50</sup> Présentation du dispositif dans 2.1.2

<sup>51</sup> CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

« croiser » leurs pratiques qui évoluent vers une individualisation et une désinstitutionnalisation des accompagnements.

b) *Ses faiblesses*

- Le foyer, dans une volonté de respecter le secret médical et de structurer les différentes missions de chacun, a pendant ses 5 premières années instauré une forme de clivage médical/éducatif. Ainsi seuls le médecin, les infirmiers, le psychologue et le psychomotricien sont investis dans le projet médical ; l'équipe pluridisciplinaire ne se sentant pas compétente pour agir sur le développement de la santé des résidents. Ainsi, la prise en charge des troubles psychiques n'est pas vraiment satisfaisante sur plusieurs niveaux. Tout d'abord, la survenue de troubles du comportement (violence verbale, passage à l'acte physique, automutilation...) est fréquente et les professionnels n'ont pas les connaissances suffisantes pour prendre du recul. Les réponses éducatives apportées ne sont donc pas forcément adéquates et majorent parfois les troubles ou suscitent des conflits dans le collectif. Par ailleurs, le foyer subit les conséquences des contraintes sanitaires (manque de moyens des CMP, sous-effectif des psychiatres du secteur public, manque de places en hospitalisation...) et les séjours en psychiatrie sont difficiles à organiser. Ainsi certaines situations de décompensation se dégradent au point de devoir organiser des séjours sous contraintes en urgence qui sont mal vécus par le résident, les professionnels et le collectif. Du côté des professionnels, le nombre important d'accidents de travail, d'arrêt maladie et le turn-over peuvent d'ailleurs être mis en corrélation avec ces difficultés de prise en charge.
- La pratique inclusive n'y est encore que partielle car principalement orientée vers l'insertion professionnelle des jeunes. En effet, la notion de passerelle ne peut se résumer qu'au parcours professionnel au risque d'une part d'une embolisation du foyer par des personnes dont le parcours s'inscrit dans autre chose et d'autre part d'une inadéquation de l'offre à la demande. En 2018, sur les 31 résidents en internat au FAM, 17 ont émis le souhait d'être accompagnés pour vivre dans un logement autonome. Pour certains, ce désir d'inclusion sociale ne s'associe pas forcément avec un souhait d'insertion professionnelle et ne trouve donc pas une réponse institutionnelle. Leurs situations posent de véritables difficultés puisque la plupart du temps au foyer est consacrée aux activités préprofessionnelles sur lesquelles ces jeunes ne souhaitent pas aller ou sont en échec. Par ailleurs, les contraintes organisationnelles empêchent les résidents de faire seuls certaines activités alors qu'ils expriment un « ras le bol » d'être sous le regard constant des professionnels. De jeunes résidents expriment leurs souhaits de développer leur autonomie personnelle par l'apprentissage de certains actes du quotidien qui ne sont pas

proposés à ce jour par les équipes éducatives. Le FAM se retrouve donc dans une inadéquation entre l'offre d'accompagnement et les nouveaux besoins des résidents.

Ces éléments diagnostic me permettent d'identifier les enjeux du foyer et de fixer des perspectives d'évolution suivantes :

- adapter les prestations à l'ensemble des besoins des résidents,
- fluidifier les parcours en adaptant l'offre d'accueil,
- ouvrir l'établissement sur son environnement tout en accompagnant les équipes dans ce virage inclusif.

Sous l'impulsion des politiques de transformation de l'offre médico-sociale et en application du projet départemental de la Fondation, j'ai proposé à la directrice départementale de travailler en partie ces perspectives avec un partenaire de proximité qu'est le SAVS-SAMSAH Sud Seine-et-Marne.

### **2.1.2 Le SAVS-SAMSAH Sud 77, primauté donnée à l'inclusion sociale**

Géré également par la Fondation des Amis de l'Atelier et implanté sur le même secteur rural du Sud de la Seine-et-Marne, le SAVS-SAMSAH Sud 77 est intégré dans un pôle d'accompagnement regroupant les deux antennes du SAVS-SAMSAH, une résidence accueil ; trois GEM et un dispositif expérimental de bénévolat pour les personnes accompagnées « Si T BénéVole ».

#### **A) Présentation des SAVS-SAMSAH**

Services médico-sociaux innovants, les SAVS-SAMSAH sont issus de la loi du 11 février 2005 et ont été introduits par le décret 2005-223 du 11 mars 2005. Bien que différents, ces deux services s'inscrivent dans la même politique de libre-choix des personnes en situations de handicap et répondent à leur volonté de vivre à domicile.

« Les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité (article D 312-155-5) ».

Les SAMSAH, eux, ont « pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5. ».

Leur mission est d'apporter aux usagers (en milieu ouvert) un accompagnement pour des actes de la vie quotidienne et favoriser leur apprentissage à l'autonomie. A cela s'ajoutent pour les SAMSAH un accompagnement médical et paramédical ainsi que des soins réguliers ou la coordination de ceux-ci.

Sur décision de la CDAPH, ces services peuvent accueillir, en fonction de leur projet d'établissement des personnes de plus de 20 ans, en situation de handicap somatique (déficience motrice, sensorielle), psychique, de déficience mentale ou de polyhandicap. Pour se faire, une équipe pluridisciplinaire incluant des professionnels de l'accompagnement (éducateur spécialisé, conseillère en économie sociale et familiale, assistant social, moniteur-éducateur, AES) et du personnel médical et paramédical met en œuvre un processus d'autonomisation progressive de l'utilisateur visant à favoriser son inclusion.

#### B) Le SAVS-SAMSAH Sud 77, un service inclusif innovant

Soumis à la double tarification de l'ARS Ile-de-France et du Conseil Départemental de Seine-et-Marne, le SAVS-SAMSAH Sud Seine-et-Marne s'inscrit tout à la fois dans le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 et dans le Schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées 2015-2020.

Ouvert en septembre 2004 (en amont du décret 2005-223), le service a connu de multiples arrêtés de création et d'extension pour arriver à ce jour à l'autorisation de 60 places de SAMSAH et 10 places SAVS<sup>52</sup>.

Ouvert toute l'année y compris week-ends et jours fériés entre 9h et 21h, le SAMSAH est implanté sur les communes de Varennes-sur-Seine et Nemours et intervient sur l'ensemble des communes du sud du département. Une astreinte cadre doublée d'une astreinte infirmière est accessible par téléphone pendant les heures de fermeture du service.

Le SAMSAH accompagne une majorité d'adultes en situation de handicap psychique dont les troubles sont stabilisés. Ces personnes sont fragilisées par une pathologie mentale au long cours (névroses, psychoses) dont les symptômes les plus fréquents sont l'isolement, les angoisses, le repli sur soi, le manque d'estime de soi puis parfois des accès délirants, des hallucinations et des idées suicidaires. La plupart n'a jamais été prise en charge par un établissement ou service médico-social mais a souvent un parcours dans le secteur hospitalier psychiatrique.

Le SAVS accompagne une dizaine d'adultes ayant une déficience intellectuelle innée ou acquise dans leurs premières années de vie<sup>53</sup>. Ces personnes, plutôt insérées

---

<sup>52</sup> Extrait du projet de service 2017.

<sup>53</sup> Données extraites du rapport d'activité 2018.

professionnellement en ESAT (après un parcours d'IME), rencontrent des difficultés de compréhension dans leur quotidien.

L'âge moyen des personnes accompagnées était de 43 ans en 2016. Même si ce chiffre est relativement stable, un rajeunissement de la population accueillie est constaté depuis 2017.

Parallèlement, le service observe depuis quelques années une augmentation du nombre de personnes présentant des addictions sévères associées à leur pathologie psychiatrique (alcool, cannabis, jeux de grattage...).

90% des personnes accompagnées vivent seules dans un logement de droit commun ou en résidence accueil et 10% au domicile familial. Ainsi une place importante et indispensable est réservée à tous les acteurs locaux tout au long de la prise en charge. Depuis l'admission avec un temps d'identification et de prise de contact avec l'environnement à la sortie du dispositif concertée avec les partenaires, le SAVS-SAMSAH associe, en accord avec la personne accueillie, tous les acteurs de son environnement.

Sur le plan professionnel, le constat est assez nuancé puisque 64% des personnes SAVS sont dans l'emploi, alors que seulement 16% des personnes suivies en SAMSAH le sont (6% en milieu ordinaire et 10% en ESAT). On pourrait expliquer ce contraste par l'absence d'ESAT spécifique aux troubles psychiques sur le territoire. Cependant, et même si nombreux sont ceux évoquant le souhait de travailler pour être utile, les troubles psychiques freinent considérablement l'accès à l'emploi pérenne. C'est pourquoi, face à ce désir de reconnaissance et d'utilité sociale, le service a créé « Si T BénéVole » un dispositif visant à faciliter les actions de bénévolat des personnes accompagnées.

## C) Ses forces et ses faiblesses

### a) Ses forces

- Un service reconnu pour son expertise sur les troubles psychiques et l'accompagnement à domicile : Le SAVS-SAMSAH depuis sa création en 2004 a développé une réelle expertise dans le champ du handicap psychique permettant d'accompagner des situations complexes en lien étroit avec le secteur de psychiatrie. Cette reconnaissance permet un travail partenarial de qualité et une inscription forte dans les réseaux du territoire, facilitant la fluidité des parcours et surtout le maintien à domicile.
- L'adaptation aux évolutions du secteur : Grâce à son financement en dotation globale, le service a un taux d'occupation (négocié avec les financeurs) de 178% pour le SAMSAH et 110% pour le SAVS permettant d'accompagner un plus grand nombre de personnes. De plus, le service a mis en place un accompagnement plus

dynamique permettant de prendre en compte la temporalité et donc de réduire la durée moyenne de prise en charge (5 ans en 2015 à 3 ans en 2018). Ainsi l'accompagnement s'inscrit dans un processus dynamique qui permet d'inscrire les objectifs dans le temps et se déroule sur 3 périodes successives (l'évaluation – l'accompagnement - « le suivi allégé<sup>54</sup> »).

Par ailleurs depuis la signature de la dernière convention avec le CD 77, en janvier 2019, le service peut accueillir en urgence jusqu'à 7 personnes sans notification MDPH ou en cours de traitement, dans le cadre du dispositif « sans notification ». Ce fonctionnement permet ainsi de mieux répondre à l'évolution des besoins du territoire avec de nombreuses demandes d'admission (au 31 décembre 2018 : 170 notifications MDPH en attente<sup>55</sup>) et de moduler l'intensité des suivis en fonction des besoins des personnes. Ces mesures entrent pleinement dans les textes réglementaires concernant la transformation de l'offre d'accompagnement et les recommandations du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution ».

- L'innovation au service de l'inclusion sociale : Depuis son ouverture, le SAVS-SAMSAH s'est impliqué dans la recherche de solutions inclusives autant dans les projets individualisés de personnes accueillies que dans les projets collectifs innovants. C'est dans ce cadre qu'en octobre 2016, le service a lancé un projet innovant facilitant le bénévolat des personnes accompagnées des établissements et services du Sud Seine et Marne et donc leur citoyenneté, et l'inclusion dans la cité. Ce dispositif, animé par 2 professionnels du SAMSAH a pour objectif de prospecter des associations recherchant des bénévoles et les mettre en lien avec des personnes souhaitant être utiles par le bénévolat. « Si T BénéVole » compte à ce jour plus de 60 bénévoles (résidents de foyers, MAS, adhérents de GEM, personnes accompagnées par le SAVS-SAMSAH) pour autant de partenaires associatifs. Grâce à ce dispositif, 40 personnes disposent d'un passeport bénévole délivré par France Bénévolat, valorisant leur expérience et leurs compétences de bénévoles. Cette expérience, apportant une ouverture sur la cité, une mise en confiance des personnes et la déstigmatisation du handicap, se déploie sur d'autres territoires.

Toujours dans cette dynamique inclusive, le SAMSAH, après validation des autorités de tarification et notification de la MDPH, a repris l'accompagnement au quotidien de trois résidents en accueil de jour au FAM de Villemer qui sont logés dans un pavillon situé à Nemours et appartenant à la FAA. L'équipe a, en concertation avec les professionnels du

---

<sup>54</sup> Le suivi allégé est défini dans le projet de service du SAVS-SAMSAH comme une période pendant laquelle le rythme des interventions diminue et qui permet éventuellement d'envisager une fin d'accompagnement.

<sup>55</sup> Données rapport d'activité 2018.

foyer initié un projet individuel commun visant à développer les capacités d'autonomie au domicile et la participation sociale. Des interventions du SAMSAH en soirée et le week-end axées sur les besoins en matière d'entretien personnel, du logement mais aussi être en relation et en interactions avec autrui ont permis de conforter les apprentissages faits dès leur parcours en internat au foyer. De plus, une attention particulière a été portée au risque d'isolement des personnes qui se sont vues proposer des accompagnements dans leur quartier (l'une d'entre elle s'est inscrite à la salle de sport et l'autre participe régulièrement aux activités de socialisation avec le SAMSAH).

Cette expérience a ainsi permis à deux résidents d'accéder à un logement de droit commun depuis avril 2019 avec la poursuite de l'accompagnement SAMSAH et de l'accueil de jour du FAM.

b) *Ses faiblesses*

▪ Une mission de coordination à parfaire et à valoriser

Comme nous avons pu le constater, le développement de la logique de parcours et d'inclusion nous amène à optimiser des réponses transversales entre structures. Cela implique un partenariat stratégique (par la signature des conventions cadres) mais aussi opérationnel (par la construction d'outils communs : grille d'évaluation, projet individuel...) et par la mise en œuvre d'actions de coordination. Actuellement et même si la coordination est une mission des SAVS-SAMSAH, celle-ci n'est pas suffisamment exercée et reconnue. Cette coordination, définie par Marcel Jaeger comme « horizontale<sup>56</sup> », est une coordination de proximité entre les acteurs d'un même territoire autour de la personne et de son environnement. Elle implique pour chaque professionnel, y compris des institutions partenaires, de faire bouger sa posture pour travailler autour de la personne, avec elle et dans son environnement. Et donc de travailler en réseau au-delà de son établissement, avec des partenaires extérieurs pour construire des solutions en coresponsabilité. « Cette coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs »<sup>57</sup>. Les professionnels du SAMSAH, pour la plupart issus de carrières sanitaires (aides-soignants, infirmiers) ou médico-sociales (AES), n'ont pas été formés à ces fonctions de coordination et doivent acquérir de nouvelles compétences.

Sur le plan stratégique pour être pérennisée et reconnue, la coordination doit être organisée et formalisée par une coordination dite verticale, d'appui et institutionnelle.

---

<sup>56</sup> JAEGER, M. « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *vie sociale*, vol.1, N°1 2010, P13-23.

<sup>57</sup> JAEGER, M. « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *vie sociale*, vol.1, N°1 2010, P13-23

Actuellement le service n'a pas suffisamment officialisé son partenariat par la signature de conventions avec les acteurs locaux et sa mission de coordination n'est pas entièrement valorisée.

## 2.2 De nouveaux outils pour de nouveaux besoins

### 2.2.1 De jeunes résidents souffrant de troubles psychiques

#### A) L'origine des personnes

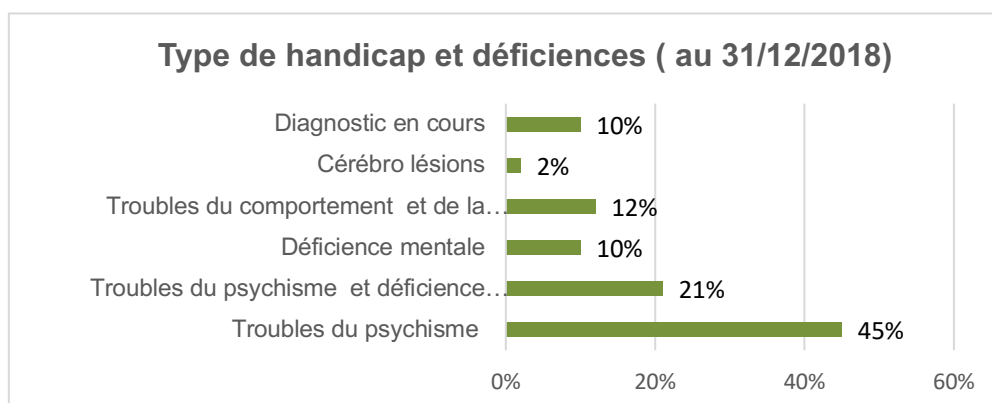
Une grande majorité (86%) des résidents provient de Seine-et-Marne, ce qui montre l'implication du foyer pour apporter des réponses aux besoins des personnes issues du territoire et l'importance du travail partenarial avec les institutions médico-sociales de proximité et les institutions sanitaires du territoire.

#### B) L'âge des personnes accueillies et la répartition homme/ femme

En 2018, la moyenne d'âge du foyer de Villemer est de 28 ans avec une majorité (54%) de résidents âgés de 25 à 29 ans. A l'admission, la moyenne d'âge est de 23 ans. Le plus jeune a 20 ans et le plus âgé a 34 ans. Cette limite d'âge, présente dans l'agrément nécessite d'ailleurs une vigilance particulière dès l'entrée. En effet, au 31 décembre 2018, 8 résidents ont plus de 30 ans dont 5 sont présents depuis plus de 5 ans et attendent une réorientation en FAM. Au regard des délais d'attente des FAM, il est probable qu'ils dépassent l'âge prévu par l'agrément dès cette année.

Quant à la répartition homme / femme, elle montre que plus de 60% des résidents sont des hommes. Ce qui s'approche de la répartition homme/femme sur le plan national qui est de 59%<sup>58</sup>.

#### C) Le type de handicap et déficiences



<sup>58</sup> Selon l'enquête quadriennale ES-Handicap 2014 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiées dans les dossiers de la DREES- juillet 2018 /N° 28



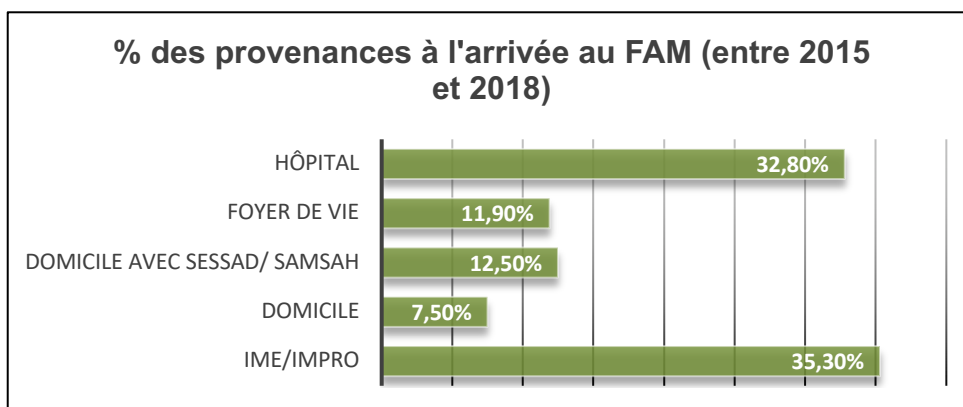
Le FAM accueille principalement trois types de population :

- des personnes avec des troubles psychiques,
- des personnes avec des troubles psychiques associés à une déficience intellectuelle,
- des personnes avec des troubles du comportement et de la personnalité.

Selon le public accueilli, les besoins sont très différents : certains résidents ont besoin de l'aide continue d'une tierce personne pour des actes de la vie quotidienne, notamment pour l'entretien personnel. A contrario, d'autres vont avoir un niveau d'autonomie fonctionnelle beaucoup plus important mais leurs troubles psychiques ou de la personnalité peuvent entraîner une forme d'incurie nécessitant une intervention spécifique de stimulation (à l'hygiène et à l'entretien de leur espace de vie).

Il est également important de souligner que de nombreux résidents sont en proie, durant leur parcours au foyer, à des troubles addictifs (alcool, cannabis, jeux-vidéo, alimentaire...) et/ou peuvent développer des conduites agressives (violence, racket, vol...) rendant complexe la vie collective.

#### D) Leur provenance à l'arrivée dans le dispositif



Les résidents du FAM proviennent en grande majorité soit de l'hôpital (secteur psychiatrie), soit des IME/IMPRO de Seine et Marne. Certains ont connu des ruptures de parcours en sortie de dispositif Enfance (Aide sociale à l'enfance, IME/IMPRO) avec des épisodes d'errance rendant complexe leur situation et leur intégration dans la vie collective du foyer. Ces jeunes expriment rapidement leur mécontentement de vivre en foyer et revendiquent leur envie d'autonomie, ne supportant pas les règles de vie, les bruits du foyer...

D'autres ont été hospitalisés à la suite d'une décompensation psychique et ont vécu une longue période d'hospitalisation en service de psychiatrie car la situation familiale était devenue très conflictuelle. L'orientation vers le FAM de Villemer a alors été préconisée par l'équipe pluridisciplinaire de psychiatrie. Cette première entrée dans le secteur médico-social se montre délicate pour ces jeunes adultes car ils sont souvent dans le refus ou le déni de leurs difficultés et en proie à des troubles relationnels aggravants la vie de groupe.

## 2.2.2 De nouveaux besoins à prendre en compte au FAM

### A) L'émergence de nouveaux besoins

Suite aux résultats de l'évaluation externe et à l'affirmation des résidents en CVS d'une volonté de changement de pratique dans l'élaboration des projets individuels, la direction de l'établissement a initié une nouvelle démarche de construction du projet individuel.

La démarche jusqu'à fin 2017 proposait un projet individuel plutôt sous forme de synthèse (15 pages) intégrant l'anamnèse de la personne et qui ne respectait pas forcément son intimité personnelle et familiale. De plus, les objectifs et actions d'accompagnement n'étaient pas forcément validés par la personne et manquaient de suivi<sup>59</sup>.

La volonté a donc été de construire un projet véritablement avec la personne en y intégrant une évaluation de ses besoins (niveau d'attente) et des objectifs d'accompagnement ciblés. Ainsi, les « réunions PAI »<sup>60</sup> ont laissé la place à un travail de co-construction entre le résident et son référent s'appuyant sur un recueil des besoins, des éléments de satisfaction ou d'insatisfaction et des capacités des résidents. Cette grille permet de mettre en exergue les besoins des résidents et de prioriser leurs projets afin de mieux cibler les axes d'accompagnement. Par la suite une réunion en présence de l'utilisateur et des référents (internes et externes) nécessaires à son projet est organisée afin de déterminer les objectifs d'accompagnement pour l'année et les actions souhaitées. Une fois validé le plan d'accompagnement est signé par le résident et le foyer puis réévalué trimestriellement afin de récolter le niveau de satisfaction de la personne et réajuster les actions en fonction.

En parallèle de cette nouvelle méthodologie d'accompagnement, des formations à l'autodétermination ont été mises en œuvre tout au long de l'année 2018. Ces formations, mutualisées avec d'autres établissements et services de la Fondation, ont associé des résidents, des professionnels et des proches permettant ainsi des échanges riches et diversifiés. Elles avaient pour objectifs de faire découvrir le concept d'autodétermination<sup>61</sup>, de mettre en œuvre un accompagnement permettant aux personnes d'en avoir un niveau de plus en plus élevé et de cerner les conditions d'accompagnement favorables à ce développement.

La plupart des résidents du FAM y ont participé et ainsi été sensibilisés à cette approche favorisant l'expression de leurs souhaits et le développement de leur pouvoir d'agir.

---

<sup>59</sup> Extrait de l'évaluation externe.

<sup>60</sup> Réunions PAI : réunions pluridisciplinaires sans la présence du résident.

<sup>61</sup> Concept développé dans 1.2.2

## B) Les nouveaux besoins

Dans ce nouveau contexte, en 2018, plusieurs résidents du FAM ont pu exprimer le désir de vivre dans un logement de droit commun lors de l'élaboration de leur projet d'accompagnement.

Dans l'objectif d'affiner ce constat et de mieux appréhender ces nouveaux besoins, j'ai réalisé des entretiens individuels semi-directifs avec chacun des résidents concernés<sup>62</sup>. Il s'agissait tout d'abord de retracer leur parcours de vie, de comprendre le cheminement de ce désir (freins et facilitateurs) pour en arriver à leur conception de la vie en dehors du foyer.

J'ai donc rencontré 17 résidents (12 hommes et 5 femmes) du FAM en mai 2019, dans leur espace de vie en leur expliquant le contexte de cet entretien.

Sur le plan de l'analyse, j'ai pu relever que la majorité des interviewés n'ont pas eu un parcours médico-social précoce, à l'exception de trois résidents qui ont été accueillis en IME dès leur enfance et un qui l'a été pendant son enfance mais a été en rupture de parcours avant son entrée au FAM (« ...à 16 ans, je suis retourné chez mes parents parce que je ne faisais rien d'intéressant à l'IME. Et après c'est ma mère qui a trouvé le FAM de Villemer car ça ne se passait pas bien à la maison... » nous précise J-L).

Pour les autres, et malgré des difficultés, certains ont été scolarisés jusqu'à la fin du collège et même au lycée comme Y. «... en seconde, c'était difficile avec les autres et l'équipe de l'HDJ<sup>63</sup> m'a proposé de suspendre les cours. Après j'ai dû être hospitalisé à Neufmoutiers<sup>64</sup>. C'est à ce moment-là qu'on a fait une demande à la MDPH pour mon orientation en FAM ... ».

Enfin pour 5 d'entre eux, la survenue de la maladie psychique s'est faite à l'âge adulte après un parcours scolaire classique. C'est l'équipe pluridisciplinaire de psychiatrie qui a préconisé l'orientation au FAM de Villemer pour sa dynamique de passerelle et sa proximité avec l'environnement médical et familial. C'est le cas de M., « ...l'assistante sociale de l'hôpital m'a parlé du foyer et me l'a fait visiter. J'ai trouvé ça bien, donc j'ai effectué des stages et la directrice a validé mon admission... ».

Ces résidents sont en moyenne accueillis au foyer depuis quatre ans et se trouvent pour 12 d'entre eux dans la dernière phase d'accompagnement dite de préparation à la réorientation et ont pour quelques-uns déjà expérimenté le studio d'autonomie. Les autres

---

<sup>62</sup> Grille d'entretien en Annexe III

<sup>63</sup> HDJ : Hôpital de Jour, structure sanitaire dépendant du service de pédopsychiatrie

<sup>64</sup> Neufmoutiers est un centre médical et pédagogique pour adolescents géré par la Fondation Santé des Étudiants de France, accueillant des jeunes de 11 à 25 ans dans le cadre d'un double projet soins-études.

sont dans la « phase 2 » de dynamisation et ont abordé ce désir de vivre dans un logement ordinaire dès leur premier PAI.

Pour ce qui est du cheminement du désir d'inclusion, les résidents évoquent en masse leur envie de s'éloigner de la collectivité («... j'en ai marre des cris de X... ; ...c'est pénible de devoir toujours mettre ses affaires sous clés, et de fermer sa chambre ; ...je n'en peux plus d'être réveillé par X pour me taxer des cigarettes..») et du « système foyer », comme le nomme T qui ne souhaite plus devoir dire aux éducateurs « *quand je veux aller à l'extérieur, faire mes courses... »*.

Mais cette phase de rejet de l'institution fermée n'est pas suffisante à la démarche d'inclusion, les résidents expliquent que les professionnels ont un rôle facilitateur, « *...c'est mon référent qui m'a proposé d'essayer le studio d'autonomie ... et puis comme mon psychiatre a aussi pensé que c'était une bonne idée, j'ai accepté...* ». L'expérimentation au sein du foyer par le studio d'autonomie semble un prérequis indispensable, rassurant les résidents et « validant » leur prise d'autonomie.

Lorsque je demande aux résidents si les professionnels du foyer ont mis des freins à la réalisation de leur désir, tous me confirment que ce n'est pas le cas et que leur PAI les aide à construire « *marche après marche* » leur futur ailleurs. J-L confie quand même que « les éducateurs insistent beaucoup sur mes problèmes pour faire la cuisine et me disent que je ne pourrai pas sortir si je ne sais pas me faire à manger... ». Cet exemple me permet d'insister sur le sujet des prérequis pour vivre à l'extérieur du foyer. Je constate alors que la plupart des résidents évoquent les impératifs liés à l'entretien du logement, la cuisine, l'entretien personnel et à l'observance du traitement. C'est à ce sujet (du suivi médical) que les inquiétudes des professionnels transparaissent dans les réponses des résidents. Par exemple, « *Quand j'étais dans le studio d'autonomie, j'ai oublié de prendre mon traitement à quelques reprises, l'infirmière m'a rappelé que c'est pour ça que j'ai besoin du foyer et que je ne suis pas encore en capacité de vivre seul...* ».

Pour Th, ce ne sont pas les éducateurs qui mettent des freins à son projet mais son entourage : « *ce projet, il me tient à cœur car je veux montrer à mes parents que j'en suis capable, eux ils pensent que je suis mieux au foyer...* ».

Un autre résident, m'explique que c'est lors de la formation à l'autodétermination qu'il a osé parler de son envie de vivre dans un appartement sur Nemours et que les participants à la formation l'ont aidé à préparer sa demande à son éducateur en faisant un jeu de rôle.

D'autres, comme F. et E. m'évoquent que le souhait de vivre dans un logement leur est venu en tête lors de stages en ESAT où « *la plupart des collègues de l'ESAT vivent dans leur logement* », « *les collègues m'avaient proposé de faire un tour en ville mais je ne pouvais pas car je devais rentrer au foyer... quand je travaillerai à l'ESAT, je veux avoir mon appartement aussi et aller me balader avec mes collègues...* ».

Enfin pour ce qui concerne leur projection dans un logement en ville, je note que 6 résidents ont un discours très idyllique de ce futur et n'ont pas conscience de certaines difficultés qui pourraient les mettre facilement en danger. Par exemple, certains ne semblent pas se repérer dans le temps ni dans l'espace et sont en difficulté pour utiliser les moyens de communications pour donner l'alerte.

Cependant, la majorité évoque un projet en cours de construction avec une réelle conscience des besoins d'aide et des éventuelles difficultés liées à la maladie, « *avec ma maladie, je sais que j'aurai des difficultés pour entretenir mon logement* » ou « *je sais que si je ne suis pas bousculé par les éducateurs les week-ends, je vais rester toute la journée dans mon lit* » ou encore « *il faudra qu'on m'aide à gérer mes cigarettes car ici c'est les éducateurs qui me les donnent au compte-gouttes, je ne sais pas comment je vais faire...* ». Ces résidents sont dans l'attente d'une nouvelle proposition d'accompagnement à l'extérieur du foyer car ils ont conscience qu'une étape transitionnelle est indispensable, ils ont d'ailleurs entendu parler de certaines solutions comme la résidence accueil et le pavillon de Nemours.

Cette enquête permet de confirmer que le désir de vivre en logement est vraiment présent chez certains résidents du FAM pour lesquels aucune solution adaptée n'a encore été trouvée. Les personnes expriment dorénavant ce besoin de vivre seul dans leur logement pour montrer leurs capacités. Ils ont des souhaits, des envies et en même temps des appréhensions, tout comme leur proche qui semblent inquiets par cette envie d'autonomisation ; alors que peut-on leur proposer ?

### **2.2.3 SERAFIN PH, un outil pour mieux répondre aux besoins des personnes**

En 2015 Ségolène Neuville, Secrétaire d'État aux personnes handicapées et à la lutte contre les exclusions, lance la réforme de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à travers le projet SERAFIN-PH (« Services et établissements : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées »). Il s'agit de mettre en place un référentiel tarifaire pour l'allocation des ressources aux établissements et services et une démarche de simplification et d'assouplissement du régime leurs autorisations.

Le projet s'appuie sur le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances de 2012<sup>65</sup> qui avait notamment pointé l'inadaptation du système de financement des ESMS et recommandé de mettre en place une tarification de parcours et de faire évoluer les catégorisations des établissements qui constituent des obstacles à la continuité des prises en charge.

Cette réforme a pour objectif de proposer un nouveau dispositif d'allocation des ressources pour les ESMS du secteur du handicap, qui soit équitable, avec des processus simplifiés et qui favorise un parcours de vie sans rupture pour les personnes. Il s'agit d'aboutir à un nouveau modèle de tarification répondant à des nomenclatures de besoins et de prestations pour soutenir les évolutions de l'offre médico-sociale.

La première phase du projet (2015-2017) a été employée pour établir une nomenclature des besoins et des prestations afin de créer un langage commun et partagé. La nomenclature des besoins répertorie l'ensemble des besoins de la personne. La nomenclature des prestations décrit l'ensemble des prestations réalisées par un acteur qu'il soit du secteur médico-social ou non. Ces nomenclatures permettent de décrire concrètement le parcours de la personne handicapée et notamment les accompagnements modulaires. Leur constitution selon les besoins et les prestations a pour objectif de pouvoir comparer les établissements entre eux et de mettre en place une plus grande rationalité tarifaire. Le but est de mieux allouer les financements afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une égalité de traitement pour tous. Une première mise en œuvre des nomenclatures est conduite auprès de 120 ESMS en 2016 afin d'observer leur validité et les impacts sur l'évolution des financements.

En 2017, une enquête a lieu auprès de 158 ESMS volontaires pour faire une simulation des coûts par rapport à l'environnement des structures (isolement géographique), le transport des personnes et les caractéristiques individuelles (historique du parcours, état de santé). Il s'agit d'étudier le lien entre les besoins et les prestations et de réfléchir à l'articulation entre les charges qui pèsent sur les ESMS et les caractéristiques des personnes qu'ils accueillent.

La deuxième phase (2018-2019) a pour objectif de faire le choix du modèle de financement qui sera appliqué et d'outiller les établissements en conséquence. Cela passe par une

---

<sup>65</sup> Rapport de Agnès JEANNET, Anne AUBURTIN, Inspection générale des affaires sociales - Laurent VACHEY, Frédéric VARNIER, Inspection générale des finances - Avec la contribution de Claire-Marie FOULQUIER GAZAGNE, stagiaire – *Établissements et services pour personnes handicapées offre et besoins, modalités de financement* - Octobre 2012.

période d'observation, de connaissance des coûts à travers l'ENC<sup>66</sup> 2018 et 2019 (actuellement en cours de réalisation auprès de 312 ESMS), et de suivi du développement de l'usage des nomenclatures SERAFIN-PH dans les ESMS.

Enfin une troisième et dernière phase consistera, à compter de janvier 2020, à déployer le modèle déterminé lors de la phase précédente à travers une communication pertinente mais aussi une adaptation des systèmes d'informations des ESMS et des autorités de tarification et de contrôle.

A ce jour, même si nous ne connaissons pas le modèle de tarification et d'autorisation qui sera proposé, cette démarche va dans le sens de l'inclusion des personnes. On peut penser que l'avenir des ESMS se traduira par des autorisations plus souples, portées par des dispositifs qui seront financés par un tarif plus global, contractualisé par un CPOM et modulé en fonction de l'activité réalisée, relevant d'une logique de parcours.

Ce chantier aura également permis aux établissements souhaitant impulser une logique inclusive de s'appuyer sur un outil technique qu'est le guide des nomenclatures des besoins et des prestations<sup>67</sup>. Ce dernier favorise un vocabulaire partagé autour des 3 domaines suivants :

- **La santé** : santé somatique et psychique, les besoins en lien avec la déficience de la personne, une maladie ou tout autre problème de santé lié ou non à sa déficience.
- **L'autonomie** : les activités de la vie quotidienne (entretien personnel), la communication et la prise de décision, la mobilité.
- **La participation sociale** : l'implication des personnes dans des situations de vie réelle, notamment l'école, l'université, le travail, le logement, la gestion des ressources.

#### 2.2.4 Le Processus de Production du Handicap

Dans la recherche d'outils pratiques pour répondre au plus près des besoins et demandes de la personne dans son milieu, la Fondation s'est intéressée à la classification québécoise « Processus de Production du Handicap (PPH) » développée par Patrick Fougeyrollas depuis 1988, modèle novateur qui prend en compte le handicap avec l'environnement de

---

<sup>66</sup> Étude nationale des coûts sanitaires menée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

<sup>67</sup> Nomenclature des besoins et des prestation SERAFIN PH en Annexe IV.

la personne. Ce modèle québécois répond aussi à nos attentes, grâce à un référentiel avec des outils d'accompagnement pour nous professionnels et les personnes accompagnées. Il est représenté comme le produit ou le résultat dynamique d'interactions entre facteurs personnels (intégrité des systèmes organiques et aptitudes) et facteurs environnementaux (sociaux et physiques) et les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux).<sup>68</sup>

Le PPH se définit comme la pleine réalisation des « habitudes de vie » de la personne, ce qui fait référence à la réalisation d'activités courantes (se nourrir, se déplacer, se loger, communiquer avec les autres), et à l'exercice de rôles sociaux (étudier, travailler, pratiquer des loisirs, s'impliquer dans des partis politiques, des clubs, des organismes communautaires). Elle est évaluée grâce à la MHAVIE (Mesure des habitudes de vie) qui s'intéresse au niveau de réalisation des habitudes de vie, au type d'aide requis et au niveau de satisfaction de la personne. Cette évaluation est complétée par la MQE (Mesure de la qualité de l'environnement) qui vise à évaluer l'influence des facteurs environnementaux sur la réalisation des activités, tout en tenant compte de leurs capacités et de leurs limites personnelles.

Une pleine participation sociale suppose aussi que les personnes puissent vivre dans leur famille ou leur environnement et qu'elles interagissent avec les autres personnes dans ces milieux. Cette approche insiste également sur le respect des choix de la personne et elle prend en compte son identité socioculturelle.

Aussi, la participation sociale se veut le résultat des influences multiples entre les caractéristiques d'une personne et les éléments de l'environnement physique et social. Elle porte une attention particulière sur la qualité de ses conditions, dans une perspective d'égalité avec les autres membres de la société. Selon ce modèle, une personne peut être en situation de participation sociale dans un domaine de sa vie, les loisirs par exemple, mais en situation de handicap au travail. On ne peut donc pas considérer la situation de participation sociale ou de handicap comme une condition immuable touchant tous les aspects de la vie d'une personne tout au long de son existence. La situation d'une personne peut changer au cours de sa vie et être variable selon les activités ou les rôles sociaux qu'elle exerce. Les actions à entreprendre doivent donc tenir compte de ces différents aspects. Enfin, la situation dans un domaine de la vie influence les autres aspects de la situation de la personne. Par exemple, des contraintes dans les déplacements influencent la participation au marché du travail ou, encore, la réalisation d'activités de formation.

Les facteurs de risques, personnels et environnementaux, le projet, les potentiels, les forces, les compétences et le rôle social de la personne fragile sont pleinement pris en compte dans l'élaboration du projet, valorisés et définis comme un objectif. Le travail

---

<sup>68</sup> Schéma du modèle PPH en Annexe V.



d'accompagnement consiste à répondre aux besoins de l'usager, afin de favoriser au maximum son inclusion intégrale dans la société.

Les évaluations de la situation de la personne (grâce à la grille des aptitudes) permettent de repérer le potentiel des personnes, pour chacun des éléments considérés. Par exemple, on peut identifier l'intégrité de certains systèmes organiques, noter les capacités de la personne, repérer les éléments facilitateurs de son environnement et statuer sur sa participation sociale. Cette unité de mesure permet aussi d'évaluer les déficiences et les incapacités de la personne, de même que les obstacles de son environnement, tout en identifiant les circonstances où la personne est en situation de handicap.

Ce concept, par son approche novatrice de la définition du handicap et sa visée inclusive, a été choisi par la fondation pour une expérimentation auprès de certains établissements et services (MAS-FAM- foyer de vie et SAVS-SAMSAH). Des professionnels de ces établissements ayant souhaité s'inscrire dans cette démarche ont suivi une formation intensive avec l'équipe de Patrick Fougeyrollas pour obtenir la certification PPH leur permettant maintenant de déployer les outils sur leurs établissements et de former les professionnels volontaires à la démarche PPH. Le SAVS-SAMSAH Sud Seine et Marne, inscrit dans l'expérimentation, met dorénavant en œuvre les outils du modèle, notamment la MHAVIE, la MQE et la grille d'aptitude et peut proposer aux personnes accueillies de construire leur PAI modèle PPH.

## **2.3 Vers de nouvelles pratiques professionnelles**

### **2.3.1 La prise de risque**

Dans la logique d'inclusion, la prise de risque peut s'entendre à plusieurs niveaux et être atténuée par certains leviers.

#### **A) La prise de risque dans la relation d'aide**

Tout d'abord en lien avec le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et la participation sociale, le professionnel doit favoriser l'échange et la compréhension de l'autre afin de lui donner une nouvelle place. Cette évolution des postures vise une « alliance » entre le professionnel et l'usager, définie comme « un nécessaire accord entre les personnes, professionnels et usagers », permettant une cohérence entre la ou les demandes, exprimées ou implicites des usagers, et les possibilités de réponses des professionnels. Ceci en évitant complicité, connivence, fusion, ...tout autant que domination, soumission,

dépendance ». Les travailleurs sociaux doivent donc accepter « d'abandonner un peu de pouvoir, et de prendre des risques pour laisser la place à ceux qui sont accompagnés ». <sup>69</sup> Au foyer, cette démarche a réellement été initiée avec la nouvelle méthodologie de construction des PAI et rencontre des résistances du côté de certains professionnels. Ces derniers ont des difficultés à s'exprimer lors des réunions de PAI en présence de l'utilisateur ou n'arrivent pas à réellement associer les résidents aux prises de décisions. Lors d'échanges préparatoires au projet, j'ai également pu constater que certains professionnels orientent les résidents dans leurs réponses, notamment dans l'évaluation des capacités, ne laissant pas le résident maître de son auto-évaluation. Cette nouvelle posture du « faire avec » plutôt que du « faire pour » semble encore hésitante chez les professionnels qui ont l'impression d'être dépossédés de leurs missions.

## B) La prise de risque liée au parcours

Quand on entreprend une démarche inclusive, on ne peut contourner la prise de risque liée au parcours de la personne.

Si nous suivons Alain Ghersen <sup>70</sup>, nous considérons que « *le risque est contenu dans le présent, en état de puissance, c'est-à-dire qu'il reste une possibilité parmi d'autres possibles. Le risque est partie prenante de l'incertitude. Dans un monde parfaitement déterminé, le risque n'aurait pas sa place* ». <sup>71</sup> Ainsi, le risque n'est pas à considérer exclusivement comme un danger mais aussi comme une opportunité rendant possible le parcours. La prise de risque fait partie intégrante de la vie, est inhérente à la notion même « d'humain ».

Les professionnels du secteur sont sur cette ligne de crête : celui de protéger la personne vulnérable tout en recherchant à favoriser son autonomie.

Conformément à la loi 2002-2, le Code d'Action Sociale et des Familles précise l'attendu suivant : « L'action sociale et médicosociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté ; à prévenir les exclusions, et à en corriger les effets... » <sup>72</sup>. Nous pouvons considérer que du côté de la protection se trouve une dimension de gestion de risque, de sécurité et que du côté de l'autonomie se retrouve la notion de prise de risque, d'autodétermination, de choix de vie.

---

<sup>69</sup> États généraux du travail social, La place de l'utilisateur, janvier 2015, p.10  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Placedesusagers.pdf>

<sup>70</sup> Alain GHERSEN est alpiniste, professeur à l'école nationale du ski et de l'alpinisme.

<sup>71</sup> GHERSEN. A., extrait d'une conférence organisée par la délégation thématique Inclusion sociale à la Fondation des amis de l'Atelier.

<sup>72</sup> Extrait de l'article L116-1 du CASF.

Pour illustrer cette conception du risque au foyer, j'ai élaboré un questionnaire soumis à des professionnels<sup>73</sup>. Il en ressort pour exemple que pour prévenir l'exclusion sociale, l'équipe appréhende d'accompagner une personne vers un logement autonome parce qu'elle a déjà connu dans son histoire des périodes d'errance. Cela a notamment été le cas pour un résident sorti précipitamment du foyer car l'équipe n'a pas accédé à sa demande de logement. Les professionnels expriment leur insatisfaction à cette situation mais disent qu'ils n'avaient pas de solutions adaptées pour sécuriser ce projet.

Autre exemple : dans l'idée de protéger la personne du risque éventuel de se perdre lors d'une sortie seule à l'extérieur, les professionnels hésitent et se trouvent en difficulté pour accompagner la demande d'autonomie.

Ainsi, pour les professionnels, la notion de risque, lorsqu'elle n'est qu'associée à la notion de danger peut générer de la crainte, de l'insatisfaction. Cette mise en tension entre protection et autonomie corrobore le risque comme étant le plus souvent conçu comme un frein plutôt qu'une composante de l'action.

Dans ce contexte, tout en tenant compte de la dimension juridique du risque, le directeur d'établissement doit créer les conditions facilitant la réflexion la plus ouverte possible et la prise de décision en fonction de chaque situation, afin que le projet ou l'action ne soit pas « à priori impossible ».

Cette philosophie du risque comme un élément des possibles offre l'occasion à la personne d'expérimenter ses choix, d'ouvrir les portes du réalisable, et nécessite donc un changement des pratiques professionnelles.

### C) La prise de risque partagée

L'adhésion des proches de la personne semble également participer aux éléments facilitateurs permettant d'oser la prise de risque inhérente à tout choix de vie. Comme me l'a précisé M. G, référent d'un résident sorti en logement autonome, « *nous avons pu accompagner F car nous avons le soutien de sa famille... ils se sont toujours montrés présents et ont soutenu le projet...* ».

Cette « validation » du projet par les proches semble importante pour éloigner les professionnels d'une crainte de plainte ou d'insatisfaction en cas de difficultés rencontrées ou d'échec du projet. Plus généralement, l'implication de l'environnement doit être recherchée et entretenue afin d'optimiser la réussite du processus d'inclusion. Ces acteurs de l'environnement de proximité (les voisins, commerçants, ...) et institutionnels de droit commun (association d'aide à domicile, médecin, IDE, ...) doivent travailler en réseau dans une logique de coresponsabilité.

---

<sup>73</sup> Questionnaire en Annexe VI.

La connaissance fine des moyens disponibles dans l'environnement de la personne est indispensable. Il ne s'agit plus de « faire avec » mais de « faire ensemble » dans une logique de coopération et ainsi d'atténuation du risque.

Ainsi, il apparaît capital de travailler dans les structures et dispositifs d'accompagnements et avec l'environnement de la personne, un autre rapport au risque. Celui-ci n'est plus vu uniquement comme une menace, mais comme une opportunité faisant partie intégrante du changement. Il s'agit d'accompagner, en préparant les conditions de redonner à la prise de risque cette dimension positive inhérente au choix. Cela envisage l'accompagnement comme facteur propice à l'inclusion et évite la standardisation de la réponse (même si elle a tendance à sécuriser).

Même si ce changement de culture, de modèle d'accompagnement peut être déstabilisant et générer des craintes pour les professionnels qui peuvent se sentir dépossédés de leurs rôles initiaux, ce n'est plus le risque qui doit être considéré comme le facteur déterminant, mais les moyens mis en œuvre pour favoriser la mise en action des choix de la personne. Cette posture participe à un changement des cultures professionnelles.

### **2.3.2 L'ouverture de l'établissement.**

L'avènement des droits fondamentaux de la personne en situation de handicap et notamment le principe de non-discrimination ont sous-tendu une critique des formes de prises en charge médico-sociales spécialisées. Les politiques sociales des années cinquante avaient promu les placements des publics handicapés dans des établissements conçus pour assurer la totalité des prestations et services rendus nécessaires par leur état d'inadaptation. Les nouvelles normes et représentations collectives ont au contraire imposé l'idée que ces modalités de prise en charge étaient de nature ségrégative et attentaient à la liberté de choisir son mode et lieu de vie ainsi que celle d'aller et venir. De là, de nouvelles pratiques professionnelles consistant à accompagner ces publics vers des organisations de droit commun voient le jour, notamment dans le domaine du logement.

Ces principes d'accès aux droits communs pour tous, y compris les personnes connaissant d'importants troubles psychiques, nous conduisent à des réaménagements organisationnels d'ampleur.

Publiée par l'ANESM<sup>74</sup> en décembre 2008, la recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sur « l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement » nous accompagne dans la problématique de l'ouverture tant au niveau stratégique que technique. En préambule, la recommandation nous rappelle que la stratégie d'ouverture

---

<sup>74</sup> ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, l'ANESM a rejoint la Haute Autorité de Santé.

des établissements relève du compromis entre les ressources du territoire, les caractéristiques des situations des publics et les missions de l'établissement. Il convient donc d'analyser et d'agir sur l'ensemble de ces éléments relevant du territoire (travail avec les acteurs locaux, étude des opportunités) et de l'interne (soutenir les professionnels dans leur positionnement, analyser l'impact de l'ouverture sur les fonctions, repérer les compétences spécifiques, favoriser les rencontres entre professionnels). La RBPP souligne, comme nous l'avons déjà constaté, qu'il est indispensable de s'arrêter sur la notion de prise de risque résultant de la tension entre autonomie et protection des personnes vulnérables. Certes, l'ouverture favorise la participation sociale de la personne mais elle crée de nouveaux écueils comme se perdre sur son chemin, développer des angoisses face aux situations nouvelles... Ainsi les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être particulièrement angoissées par tout type de changement, il convient donc d'anticiper les difficultés et d'adapter l'accompagnement en conséquence.

Sur le foyer, cette ouverture s'est progressivement mise en œuvre autour de situations de résidents en accueil de jour mais elle doit se généraliser et se pérenniser car la recherche de solutions de droit commun n'est pas un réflexe pour les professionnels. Ces derniers disent facilement que cela n'est pas encore dans leurs habitudes professionnelles et qu'ils n'en ont pas forcément les compétences. Par ailleurs, la recherche de solutions en interne semble être priorisée car facilitant l'organisation de l'institution et plus rapide à mettre en œuvre.

### **2.3.3 La coordination comme levier de la logique de parcours**

La notion de parcours traduit l'enjeu de l'approche globale des situations. L'espace de prise en charge n'est plus pensé uniquement au niveau de l'établissement et peut amener une perte de culture institutionnelle ayant pour conséquence la création des valeurs communes. L'accompagnement peut associer différents professionnels, différents services ou dispositifs et fait émerger ainsi la notion de réseau d'accompagnement, nécessitant de fait une coordination. Cette dernière est garante de la fluidité des transitions entre structures et évite l'approche segmentée. Par ailleurs, l'émergence de nouveaux besoins (ou la complexité de certaines situations) requiert d'expérimenter de nouvelles modalités d'accueil nécessitant l'amélioration de la mise en cohérence des acteurs.

A ce gain de cohérence, d'efficacité, s'ajoute la plus-value économique et humaine de la coordination puisqu'elle tend à éviter les doublons, ruptures et la fragmentation.

Pour y parvenir, il faut que tous les acteurs soient coordonnés, même s'ils gardent leurs missions propres à leurs fonctions, ils doivent travailler de manière collaborative et ne pas s'enfermer dans des conflits de valeurs. Pour ce faire, il faut comprendre, dans la pluralité

des acteurs, quelle est la logique de chacun, son intérêt organisationnel et structurel propre à sa pratique, sa culture afin de percevoir ses priorités et imaginer les compromis.

De nouvelles fonctions professionnelles apparaissent alors :

- le coordinateur qui a la faculté de combiner harmonieusement des éléments séparés pour constituer un ensemble cohérent a pour vocation d'accompagner des acteurs dans leur structuration ou restructuration ;
- le coordonnateur qui a une légitimité d'autorité, celui qui ordonne, qui donne des ordres a pour vocation d'accompagner des acteurs dans leur structuration ou restructuration ;
- le référent de parcours qui est un coordinateur dont la stratégie de coordination est centrée sur la personne accompagnée, fait appel aux services gravitant autour de la personne (et non sur les organisations qui les délivrent). C'est un facilitateur de liens entre tous les partenaires ;
- le gestionnaire de cas qui est un professionnel dont l'action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe.

#### Résumé Partie 2 :

Ouvert depuis sept ans, le FAM de Villemer a su remplir sa mission spécifique de passerelle vers l'insertion professionnelle des jeunes résidents souffrant de troubles psychiques avec un taux de réorientation vers le travail (protégé) très convenable.

Cependant le foyer se retrouve face à l'émergence de nouveaux besoins des résidents auxquels il ne sait répondre. En effet, la nouvelle direction ayant mis en œuvre une dynamique de changement a introduit des méthodes de travail plus inclusives, telles que la co-construction du PAI, les formations à l'autodétermination, les missions de bénévolat.

Ces pratiques ont ainsi fait émerger un nouveau désir pour certains résidents : Vivre dans un logement !

Or, même si le logement est un droit fondamental pour tous, les obstacles à sa mise en œuvre sont nombreux et rares sont les sorties des résidents du FAM vers un appartement autonome.

Pour répondre au mieux à ce nouveau besoin, le foyer doit adapter ses prestations, fluidifier les parcours et s'ouvrir à son environnement tout en accompagnant les équipes dans ce changement.

Je vais donc élaborer un projet en partenariat avec le SAMSAH Sud Seine-et-Marne dans le but de créer un dispositif modulaire d'accompagnement au logement.

Après avoir présenté les détails du projet, je développerai les principales stratégies de direction à mettre en œuvre ainsi que l'échéancier et l'évaluation du dispositif.

### **3 OFFRIR UN CHEZ SOI ACCOMPAGNÉ À DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE**

Cette 3<sup>ème</sup> partie est consacrée à la présentation du dispositif modulaire de logement accompagné, et à sa déclinaison stratégique et opérationnelle. Aussi dans un premier temps, je vous exposerai les modalités de mise en œuvre de ce dispositif inter-établissements. Dans la deuxième partie, je reviendrai sur la stratégie de direction à développer pour conclure sur une troisième partie vous exposant ma conception de l'évaluation du dispositif.

#### **3.1 La présentation du dispositif modulaire**

Le projet de dispositif modulaire a été construit dans le cadre de l'AMI Handicap organisé par l'ARS Île-de-France.

En lien avec la directrice départementale de la Fondation, ma collègue directrice du SAMSAH et avec l'appui des directions fonctionnelles du siège et des équipes d'encadrement, nous avons souhaité créer une nouvelle offre de service inclusive par le logement sur le territoire du Sud Seine-et-Marne, maillon manquant à l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Cette proposition modulaire visant à favoriser la fluidité des parcours et à répondre de manière personnalisée aux besoins des personnes se décline sous la forme suivante :

- La création d'un appartement d'évaluation ;
- L'extension de 4 places de FAM « Hors les Murs » avec la transformation de 2 places d'hébergement du FAM en accueil temporaire ;
- La création de 2 logements de transition.

Une des particularités de ce projet réside également dans le partage des prestations de compensation entre le SAMSAH et le FAM comme un premier pas vers le décroisement des réponses. Validé par l'ARS Ile de France en mars 2019, je vous présente le dispositif dont le déploiement opérationnel est prévu pour le dernier trimestre 2019 avec les premiers accueils en janvier 2020.

##### **3.1.1 La création d'un appartement d'évaluation**

Le logement d'évaluation permettra de proposer un essai de deux mois renouvelables une fois dans un appartement pour des personnes qui souhaitent vivre en autonomie mais pour lesquelles les capacités et besoins n'ont pas été suffisamment évalués au FAM ou pour lesquelles une expérimentation « réelle » viendra confirmer ou infirmer le projet d'autonomie. Ce projet sera géré par le SAMSAH qui accompagnera les stagiaires dans le

cadre du dispositif « sans notification »<sup>75</sup> et gèrera le planning d'occupation de l'appartement.

#### A) Les bénéficiaires

Ce projet s'adresse dans un premier temps aux résidents du FAM (mais pourra être à moyen terme accessible à toutes les personnes du département de Seine et Marne accueillies en ESMS) qui souhaitent s'inscrire dans un processus d'accès au logement autonome mais pour lesquelles les troubles psychiques amènent des fluctuations de leur comportement. Ces particularités nécessitent une bonne évaluation de leurs besoins avec des réponses d'accompagnement fluides, réactives et individualisées en milieu « réel » de vie. Cette proposition s'appuie sur le concept d'autodétermination<sup>76</sup> et plus particulièrement sur sa composante expérientielle par laquelle la personne est susceptible de tirer des enseignements de ses expériences de vie. Pour cela, le SAMSAH utilisera une grille d'évaluation partagée avec la personne et ses référents du FAM pour suivre le parcours d'autonomie et mettra en place un accompagnement temporaire et adapté à ses besoins.

#### B) Le logement et les conditions d'accès

Le logement d'évaluation est un studio situé dans un pavillon de 110 m<sup>2</sup> appartenant à la FAA et implanté sur la commune de Nemours dans un quartier résidentiel. Ce pavillon individuel, en bon état, est composé de parties communes équipées : salon, salle à manger, cuisine et buanderie au rez-de-chaussée ainsi que de parties privatives : 3 chambres de 12 m<sup>2</sup> avec salle de douche et des toilettes indépendantes au 1<sup>er</sup> étage, également meublées. Le pavillon accueillera également les 2 appartements dits de transition du dispositif, ce qui vise une intégration facilitée pour les personnes qui vivront pendant un mois en présence de locataires pérennes du logement.

La procédure de mise en œuvre du stage :



<sup>75</sup> Ibid. P.37

<sup>76</sup> Ibid. p.44



### Le déroulement du stage :

Un planning prévisionnel de début de stage fixe l'entrée dans les lieux et les interventions individuelles du SAMSAH tout au long du stage pour aider à la prise de repères temporels des résidents. En fonction de son projet, le stagiaire se rendra en journée au FAM soit par une navette de l'établissement soit par les transports en commun ou éventuellement en stage à l'ESAT de Nemours. Si le stagiaire rencontre des difficultés, une interruption de la période est envisageable, à sa demande ou à la demande de la FAA par l'intermédiaire de la direction du SAMSAH et le résident réintègrera sa place au foyer.

A la fin de la période, un bilan de stage est effectué afin de rendre compte de l'évaluation des capacités et fixer les éventuels objectifs à travailler pour la poursuite du parcours d'insertion vers le logement.

#### C) Un accompagnement spécifique

Ce projet d'appartement d'évaluation vise plusieurs objectifs pour lesquels un accompagnement spécifique sera mis en œuvre par l'équipe du SAMSAH.

Objectif général	Objectif spécifique	Moyens
<b>Évaluation des capacités à vivre dans un logement</b>	Dans le domaine de l'hygiène, la santé, la vie quotidienne, la mobilité, la communication, la gestion administrative et financière	- VAD, accompagnements extérieurs... -Objectivation de l'évaluation par la grille parcours logement
<b>Aide et la sécurisation à l'expérimentation d'un mode de vie hors institution</b>	-Expérimenter la vie dans un logement « semi collectif », - Rassurer les proches du stagiaire. - Identifier les prestations d'accompagnement ou de compensation à mettre en place.	- VAD - Astreinte si urgence - Rendez-vous avec les proches - Bilan avec les référents du foyer
<b>Poursuite des apprentissages</b>	- Mettre en œuvre réellement les apprentissages initiés au foyer - Poursuivre l'autonomisation dans la vie quotidienne	- VAD, accompagnements extérieurs... -Objectivation de l'apprentissage avec la grille parcours logement
<b>Préconisation d'un parcours</b>	- Permettre au résident de s'inscrire dans un parcours d'inclusion qu'il doit définir avec les professionnels l'entourant	- À la fin du stage, un bilan pourra préconiser un parcours pour favoriser l'accès à un logement autonome.

## D) Le financement

Ce projet qui ne fait l'objet d'aucune participation financière supplémentaire des résidents sera financé par le CD de Seine et Marne sous la forme d'une dotation globale de 4 200 € (correspondant au loyer annuel de l'appartement, charges comprises) fixée dans le cadre d'une convention cadre FAA-CD 77. Un budget pour les achats alimentaires sera accordé par le FAM au résident pour la durée de son stage, puisque financé dans le cadre du prix de journée du FAM.

### 3.1.2 L'extension de 4 places FAM « Hors les murs »

Les personnes visées dans le cadre de ces places « Hors les murs » sont des adultes orientés par la CDAPH vers un FAM, qui souhaitent accéder au logement de droit commun tout en bénéficiant d'un accompagnement sécurisant pour favoriser la transition. Ils peuvent ainsi s'installer de manière plus pérenne dans leur logement avec un dispositif d'accompagnement modulé en fonction de leurs besoins. Nous avons fait le choix d'une extension minimale de 4 places car cette expérimentation implique de nombreux changements culturels et organisationnels impactant personnes accompagnées et professionnels. Dans un premier temps, nous envisageons que seules des personnes déjà accueillies sur le FAM puissent accéder à ce mode d'accompagnement. Ces personnes auront été identifiées et choisies par l'équipe pluridisciplinaire du FAM à la suite de l'évaluation de leurs besoins et de leurs aptitudes. Pour ce faire, j'ai demandé à des professionnels du FAM et du SAMSAH d'élaborer une grille d'évaluation commune<sup>77</sup> sous la responsabilité des chefs de services.

Nous appuyant sur l'expertise du SAMSAH dans l'accompagnement à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques et sur leurs connaissances des acteurs locaux du droit commun, il est convenu qu'une convention cadre nous lie dans la mise en œuvre de ce projet inclusif. Cette convention fixe le partenariat stratégique et opérationnel entre le FAM et le SAMSAH et prévoit notamment la mise à disposition d'un ETP d'aide-soignant financé par l'ARS77 dans le cadre de l'AMI. Cela viendra renforcer le SAMSAH qui assurera ainsi des interventions matins et soirs auprès des locataires. La direction du service m'a indiqué qu'elle confiera ces missions à 4 professionnels de l'équipe<sup>78</sup> de manière à faciliter l'intervention auprès des locataires et la communication entre professionnels du dispositif. Ce projet d'extension des 4 places « Hors les murs » implique également une transformation de 2 places d'hébergement du FAM de Villemer en places d'accueil temporaire.

---

<sup>77</sup> Grille d'évaluation « Parcours logement » en Annexe VII.

<sup>78</sup> Ces 4 professionnels seront nommés « équipe SAMSAH » dans l'écrit.

## A) Les logements

Afin qu'elle soit la plus inclusive possible, il est prévu que cette extension de places du FAM de Villemer « Hors les murs » se réalise dans 4 logements diffus sur la ville de Nemours. Nous avons fait ce choix d'implantation pour des raisons à la fois stratégiques (fort partenariat avec les acteurs locaux dans le secteur social, médico-social et sanitaire) et opérationnelles (grande proximité du SAMSAH, du GEM et déplacements vers le FAM facilités par une ligne de transport en commun).

Ainsi, avec le soutien de la directrice départementale, j'ai rencontré la directrice clientèle d'un bailleur social partenaire intervenant principalement sur le Sud Seine-et-Marne : Val du Loing Habitat. Très réceptif à ce projet, le bailleur social propose la mise en place de baux glissants<sup>79</sup> pour ces 4 logements favorisant la pérennité du logement pour les personnes et « la sécurisation » du bailleur grâce à l'accompagnement social qui y est corrélé.

L'attribution du logement de type F1 ou F2 se fera dans les conditions légales d'obtention appliquées par le bailleur :

- proposition des disponibilités d'appartements envoyés au FAM ;
- visite du logement par la personne et son référent de parcours ;
- validation de la commission d'attribution logement (CAL)<sup>80</sup>.

Une fois l'attribution validée, une rencontre devra être organisée pour la signature de la convention tripartite, en vue du glissement du bail, entre Val Du loing Habitat, la FAA et le futur locataire (éventuellement assisté de son représentant légal). Cette convention précisera les conditions à réunir pour un glissement de bail et il y sera stipulé que le glissement de bail peut s'opérer au bénéfice de la personne si elle remplit ses obligations locatives (respect des conditions d'accès au logement social, paiement régulier des loyers et charges, entretien courant du logement, souscription de l'assurance habitation et jouissance paisible des locaux privatifs et utilisation normale des parties communes).

La convention indiquera par ailleurs les termes de l'accompagnement social lié au logement qui sera exercé par les professionnels du dispositif en lien avec le chargé d'insertion du bailleur. Deux rencontres annuelles avec la chargée d'insertion permettront d'évaluer si la

---

<sup>79</sup> Le bail glissant est une pratique locative qui permet d'accompagner un public défavorisé vers un logement autonome. C'est un système transitoire entre le statut de sous-locataire et celui de locataire, une démarche d'insertion dans le logement. L'article L301-1 du Code de la construction et de l'habitation précise d'ailleurs que « *Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir.* »

<sup>80</sup> La CAL de Val du Loing est composée de 7 membres dont un représentant des locataires, les maires des communes concernées ou leur représentant, qui ont tous voix délibérative. La décision est prise à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage égal des voix, la voix du maire est prépondérante

personne respecte les contraintes financières liées à la location, si elle a des relations de voisinage paisibles et si elle sait entretenir son logement.

Pendant la durée du bail glissant, le FAM paiera le loyer au bailleur et la personne remboursera l'établissement, déduction faite du droit à l'allocation logement consentie par la Caisse d'Allocations Familiales.

Si toutes les conditions sont réunies, les professionnels du dispositif accompagneront la personne pour instruire une demande de logement social à laquelle un bilan confirmant ses aptitudes à assumer ses obligations locatives sera joint. Le bailleur présentera le dossier lors d'une CAL et si toutes les parties en sont d'accord, le glissement du bail sera effectif.

Si certaines conditions ne sont pas réunies au terme d'une année, le bail glissant peut être renouvelé pour un an dans l'objectif que le locataire acquiert les capacités d'accès au bail classique.

Par ailleurs, si de graves difficultés sont rencontrées pendant la durée du bail glissant, ce dernier peut être rompu à la demande de la personne, de la FAA ou du bailleur. Une solution d'accompagnement plus adaptée sera alors présentée à la personne.

#### B) Une prise en charge adaptée aux besoins

A l'entrée dans le dispositif, un contrat de séjour spécifique FAM « Hors les murs » sera signé avec la personne et fixera les conditions d'accompagnement par le dispositif modulaire, chargé de l'accompagnement au logement, et par le FAM assurant l'accompagnement médico-social en journée. Ce contrat intégrera la possibilité d'un retour en accueil temporaire au FAM :

- en cas de résiliation du bail soit à l'origine du locataire, soit à l'origine du responsable du dispositif, soit à l'origine du bailleur social.
- en cas de difficultés temporaires rencontrées par le locataire (angoisses, isolement, décompensation...)

Sur le plan opérationnel, en lien avec les chefs de services, je souhaite impulser la réflexion sur l'élaboration d'un PAI unique regroupant l'ensemble des projets de la personne et les moyens mis en œuvre par les acteurs pour y parvenir.

De ce PAI, se déclineront des prestations<sup>81</sup> d'accompagnement issues des nomenclatures SERAFIN PH et basées sur les besoins et capacités des personnes, évalués en amont de l'arrivée sur le dispositif modulaire.

L'altération de la motivation et la fatigabilité se traduisant par le manque d'initiative, la difficulté à se projeter dans le temps sont à prendre en compte dans l'élaboration du plan d'accompagnement car elle requiert une stimulation régulière.

---

<sup>81</sup> Développées ultérieurement.

Par ailleurs, les troubles psychiques générant des angoisses importantes dans les moments de changement, il sera important que l'équipe paramédicale les anticipe et travaille conjointement avec l'ensemble des acteurs pour repérer les premiers signes et agir rapidement.

Toutes ces prestations seront coordonnées par les deux chefs de service du FAM et du SAMSAH qui animeront conjointement des réunions de coordination avec les référents éducatifs et paramédicaux du dispositif.

#### C) La passerelle vers le foyer

Les spécificités du handicap psychique, notamment la fluctuation des troubles et leur imprévisibilité nous conduisent à sécuriser l'expérimentation en transformant 2 places d'hébergement en accueil temporaire. Ces places favoriseront un aller-retour entre le foyer et le logement si cela s'avère nécessaire et pourront ainsi éviter des hospitalisations voire même un échec du projet. En accord avec les financeurs, elles seront donc prioritairement réservées aux résidents du FAM « hors les murs ».

Cette passerelle permettra à certains résidents angoissés par le changement de mode de vie de faire une transition progressive vers leur logement en instaurant un planning alliant des temps sur l'accueil temporaire et des temps dans le logement. La passerelle sera également proposée aux personnes souhaitant bénéficier d'un étayage plus important les week-ends.

Cette modalité amenant de la souplesse à la notion plus rigide de place vise également à accueillir des personnes sans solution et ainsi confirmer l'engagement du foyer dans la démarche RAPT. Le planning prévisionnel de l'accueil temporaire sera géré par le chef de service du FAM qui sera vigilant à ces différentes exigences.

#### D) Le budget

L'autorisation d'extension du FAM dans le cadre du dispositif modulaire a fait l'objet d'une concertation avec les financeurs qui se concrétisera au dernier trimestre 2019 par la signature d'une convention tripartite CD77-ARS77-FAA et le financement d'une mesure nouvelle. Dès 2020, le budget du dispositif sera intégré au budget du foyer dans l'attente à moyen terme de la mise en œuvre du CPOM<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> L'arrêté N° 2017-435 de l'ARS Île de France avait prévu une signature de CPOM pour les établissements FAA de Seine-et-Marne soumis à double autorisation (CD et ARS) en 2020. Cette signature pourrait être retardée à 2021.

## Les ressources :

Le budget accordé<sup>83</sup> prévoit un forfait soins de 30 266 euros versés en dotation globale par l'ARS77 et un financement de 38 246 euros du CD77 par dotation globale.

En effet, plutôt qu'une facturation classique de prix de journée hébergement, une dotation globale est plus adaptée à ce type de dispositif (pas de règlement d'aide sociale hébergement pour faciliter l'autonomie de la personne). La personne ne verse donc pas de contribution d'hébergement.

Budget Départemental		Budget ARS		Budget GLOBAL	
<b>GROUPE 1</b>		<b>GROUPE 1</b>		<b>GROUPE 1</b>	
Achats	2 000 €	Ahats	0 €	Ahats	2 000 €
Vie sociale	500 €	Vie sociale	0 €	Vie sociale	500 €
Prestations médico-sociales	0 €	Prestations médico-sociales	0 €	Prestations médico-sociales	0 €
Missions réception	0 €	Missions réception	0 €	Missions réception	0 €
Frais postaux et télécom	0 €	Frais postaux et télécom	0 €	Frais postaux et télécom	0 €
Alimentation extérieure	0 €	Alimentation extérieure	0 €	Alimentation extérieure	0 €
Nettoyage	0 €	Nettoyage	0 €	Nettoyage	0 €
Cotisations	0 €	Cotisations	0 €	Cotisations	0 €
<b>TOTAL I</b>	<b>2 500 €</b>	<b>TOTAL I</b>	<b>0 €</b>	<b>TOTAL I</b>	<b>2 500 €</b>
<b>GROUPE 2</b>		<b>GROUPE 2</b>		<b>GROUPE 2</b>	
Personnel extérieur	0 €	Personnel extérieur	0 €	Personnel extérieur	0 €
Charges de personnel	30 266 €	Charges de personnel	30 266 €	Charges de personnel	64 301 €
Autres charges de personnel	0 €	Autres charges de personnel	0 €	Autres charges de personnel	0 €
<b>TOTAL II</b>	<b>30 266 €</b>	<b>TOTAL II</b>	<b>30 266 €</b>	<b>TOTAL II</b>	<b>60 532 €</b>
<b>GROUPE 3</b>		<b>GROUPE 3</b>		<b>GROUPE 3</b>	
Locations immobilières	0 €	Locations immobilières	0 €	Locations immobilières	0 €
Entretien	500 €	Entretien	0 €	Entretien	500 €
Maintenance	0 €	Maintenance	0 €	Maintenance	0 €
Assurance	1 000 €	Assurance	0 €	Assurance	1 000 €
Documentation	0 €	Documentation	0 €	Documentation	0 €
Frais de siège	1 980 €	Frais de siège	0 €	Frais de siège	1 980 €
Dotation aux amortissements	2 000 €	Dotation aux amortissements	0 €	Dotation aux amortissements	2 000 €
<b>TOTAL III</b>	<b>5 480 €</b>	<b>TOTAL III</b>	<b>0 €</b>	<b>TOTAL III</b>	<b>5 480 €</b>
<b>TOTAL I-II-III</b>	<b>38 246 €</b>	<b>TOTAL I-II-III</b>	<b>30 266 €</b>	<b>TOTAL I-II-III</b>	<b>68 512 €</b>

Pour les logements, aucun budget supplémentaire n'a été sollicité pour l'aménagement des quatre appartements. En effet, afin que les personnes puissent s'y sentir chez elles, nous convenons que l'aménagement du logement soit personnalisé et donc financé par les locataires.

Pendant la durée du bail glissant, les loyers seront payés par le FAM de Villemer, les personnes en sous location, rembourseront ce loyer directement avec leurs ressources propres (AAH) et une APL.

Les personnes accompagnées dans le FAM « Hors les murs » ouvriront droit à l'aide sociale accueil de jour du règlement départemental du CD 77 pour le temps passé en journée au foyer.

<sup>83</sup> Calculs détaillés en Annexe VIII

### Les dépenses :

Ce budget prévoit principalement des dépenses dans le groupe 2 correspondant à la création de 2 ETP<sup>84</sup> :

- 1 ETP d'accompagnant éducatif et social, financé par le CD.
- 1 ETP d'aide-soignant, financé par l'ARS et par convention cadre, reversé au SAMSAH dans le cadre des prestations d'accompagnement mises en œuvre pour les 4 personnes du dispositif.

Dans le groupe 1, nous prévoyons l'achat de 2 tablettes portables favorisant la communication des professionnels ainsi que l'achat de matériel domotique dans un but de téléassistance disponible dans chaque appartement.

Les charges du groupe 3 correspondent à l'augmentation des dépenses liées aux 4 places supplémentaires ainsi qu'aux amortissements.

### **3.1.3 La création de 2 logements de transition**

Ces 2 logements de transition viennent compléter l'offre inclusive du dispositif modulaire par la proposition d'une passerelle pendant laquelle les locataires prennent le temps nécessaire pour accéder à un logement de droit commun.

#### A) Les bénéficiaires

Les bénéficiaires sont des personnes adultes en situation de handicap qui disposent d'une autonomie suffisante pour accéder au logement de droit commun à moyen terme et ne nécessitant pas une prise en charge en établissement.

Les personnes particulièrement visées par ce projet sont les résidents du FAM ayant formulé un désir de logement autonome avec un besoin d'accompagnement sécurisant ou d'un mode de vie semi-collectif sans un étayage médico-social très renforcé.

Si on schématisait le parcours de logement inclusif, on pourrait dire que cette modalité correspond à l'avant-dernière étape avant l'accès au logement autonome.

#### B) Le logement et les conditions d'accès

Les 2 logements dédiés à cette modalité sont les 2 chambres du pavillon<sup>85</sup> appartenant à la FAA qui accueillera également le logement d'évaluation. Chaque logement sera loué dans le cadre d'un bail de droit commun, dit bail 1989<sup>86</sup>, par la Fondation directement à la personne, sans limitation de temps, même si l'objectif est de permettre aux locataires

---

<sup>84</sup> Détails en annexe VIII.

<sup>85</sup> Ibid. p58.

<sup>86</sup> La loi n°89-462 du 6 juillet 1989 est d'ordre public et a pour enjeu de rendre meilleures les conditions de location immobilière pour la population française. Cette loi s'applique pour les résidences principales, c'est à dire le lieu où le locataire réside au moins 8 mois par an.

d'accéder à moyen terme à un logement autonome. Comme pour tout logement, les personnes pourront bénéficier de prestation d'APL en fonction de leurs ressources.

La gestion locative (dossiers de candidature, baux, facturation, état des lieux, suivi maintenance, travaux etc...) sera réalisée par la Direction Générale de la FAA, propriétaire des lieux.

### **3.1.4 Les prestations d'accompagnement du dispositif modulaire**

Comme j'ai pu le préciser le dispositif modulaire souhaite répondre au mieux aux besoins et capacités des personnes à vivre à l'extérieur du foyer. Pour cela, j'ai piloté un groupe de travail composé des 2 chefs de services du FAM et du SAMSAH, d'un chef d'équipe et de professionnels du FAM et du SAMSAH afin d'élaborer une grille de prestations directes<sup>87</sup>. Celle-ci n'est pas exhaustive mais permet de différencier les interventions en fonction de chaque modalité et donne de la clarté aux missions des professionnels. Par ailleurs, ce travail collaboratif a permis de poursuivre l'objectif managérial de changement de culture professionnelle.

Cette grille s'appuyant, comme nous l'avons défini, sur la nomenclature SERAFIN PH facilitera la saisie des actes professionnels sur le dossier unique de l'utilisateur informatisé de la FAA que le foyer et le SAMSAH utilisent depuis plus de 2 ans.

L'ensemble des prestations évoquées seront mises en œuvre par les 2 chefs de service dans le cadre d'une collaboration et coordination renforcée entre les professionnels du FAM et du SAMSAH intervenant sur le dispositif modulaire.

## **3.2 La mise en œuvre des axes stratégiques**

En cohérence avec l'évolution des politiques publiques, le projet explicité supra nous a démontré son ambition de répondre au mieux aux besoins d'inclusion des résidents du FAM. Il m'appartient maintenant de vous exposer les différents axes de la stratégie de direction indispensables à la réussite du dispositif.

Mais avant tout, il m'apparaît primordial de vous présenter le programme de communication interne que je souhaite développer ainsi que le rétro-planning du projet.

En effet, la réussite du développement du dispositif tient en grande partie à l'adhésion et à la participation active des professionnels ; il convient dès lors de communiquer sur le projet pour rassurer et fédérer.

---

<sup>87</sup> Grille des prestations d'accompagnement en Annexe IX.



### **3.2.1 Communiquer et planifier**

#### A) La communication

##### a) *Après des professionnels*

Favoriser l'adhésion des acteurs renforce incontestablement la crédibilité d'un projet et permet d'atteindre sa visée. L'enjeu est donc pour moi de communiquer rapidement auprès des équipes pour donner des éléments de contextualisation (évolution des politiques sociales, attentes des personnes accompagnées) permettant de donner du sens au projet, de sécuriser et de fédérer. Cette communication se fera sous plusieurs formes :

##### - Un séminaire FAM / SAMSAH :

Une première étape dans mon plan de communication consistera à animer, en partenariat avec ma collègue directrice du SAMSAH et la directrice départementale, un séminaire institutionnel d'une journée regroupant l'ensemble des salariés du foyer et du SAMSAH.

Un des premiers objectifs de cette action étant que les professionnels aient une meilleure compréhension des mutations du secteur, j'y convierai un acteur du monde médico-social qui viendra renforcer leurs connaissances et apporter du sens à ces changements.

Son intervention pourrait se faire sur la matinée du séminaire et se terminerait par une séance interactive de questions/réponses laissant aux professionnels une libre expression de leur ressenti. L'après-midi serait consacrée à la présentation du dispositif d'inclusion par le logement avec un focus particulier sur l'enjeu partenarial et de coordination. Cette intervention collégiale se fera avec la directrice départementale et ma collègue directrice du SAMSAH.

Les chefs de service et un chargé de mission de la communication de la FFA se joindront à nous pour préparer ce séminaire.

##### -Des réunions institutionnelles :

La réunion institutionnelle est un moment d'échanges avec l'ensemble des professionnels et pas seulement un lieu où l'information est descendante. Aussi, je souhaite leur redonner une dynamique où chacun a sa place. Après un temps d'informations étayé par le rétro-planning des projets de l'établissement, je demanderai aux pilotes de différents projets internes à l'établissement de venir faire un point d'étape. Ces réunions seront organisées trimestriellement.

##### - Des rencontres individuelles :

La communication ne devant pas être uniquement descendante, je serai vigilante à la disponibilité du chef de service pour répondre individuellement aux questions des professionnels sur le projet et apaiser les inquiétudes. Je me montrerai également très à

l'écoute des équipes tout au long de la mise en œuvre du projet et participerai en fin d'année 2019 aux entretiens annuels afin de favoriser un espace de parole supplémentaire.

*b) Auprès des représentants du Conseil Social et Économique (CSE)*

En amont de sa mise en œuvre, je dois présenter le dispositif au CSE d'établissements<sup>88</sup> pour avis consultatif puisqu'il modifie l'organisation du foyer de manière collective et vient compléter notre projet d'établissement. Cette présentation s'appuiera sur la projection d'un « PowerPoint » reprenant synthétiquement le contexte du projet, sa déclinaison opérationnelle et les impacts sur notre organisation. Par ailleurs, je rencontrerai individuellement le représentant de proximité<sup>89</sup> du foyer (pour expliciter plus en détail les changements organisationnels impactés par le dispositif modulaire et répondre aux éventuelles questions des salariés) et lui proposerai la visite d'un premier logement.

En plus de ces temps de réunions, je resterai bien sûr à l'écoute des représentants du personnel et professionnels afin qu'ils restent impliqués et informés.

*c) Auprès des résidents et de leurs proches*

En dehors des enjeux managériaux, la communication d'un tel projet auprès des personnes et de leur entourage est un enjeu primordial. Cette communication a un double objectif :

- donner de l'information et donc favoriser un accès aux droits, voire « même ouvrir des possibles » pour que les personnes accèdent à leurs rôles sociaux et puissent faire des choix ;

- rassurer sur cette ouverture vers l'extérieur et ces expérimentations d'inclusion. Nos différents échanges avec les résidents et leurs proches montrent une inquiétude dans cette autonomisation qu'il convient d'apaiser. Cela permettra de conforter une prise de risque partagée et d'introduire une forme de coresponsabilité dans le projet ;

Ces communications collectives pourront se faire à l'occasion du CVS et d'une réunion de présentation du projet en présence des résidents, de leurs familles et des mandataires judiciaires.

Sur un plan individuel, le chef de service recevra également en amont de chaque mise en œuvre de projet individuel, les proches des résidents entrant dans le dispositif.

---

<sup>88</sup> À la FAA, les élections des représentants du personnel ont été organisées en juin 2019 à la suite d'un protocole pré-électoral signé en mars 2019 s'intégrant dans la mise en place des ordonnances du 22 septembre 2017. Il a été décidé que les établissements et services d'un territoire défini sont regroupés pour former un CSE-Établissements. Dans notre situation, le CSE-E regroupe 3 foyers, 1 MAS, le pôle d'accompagnement Sud Seine et Marne.

<sup>89</sup> Afin de maintenir un dialogue de proximité, des représentants de proximité, chargés de faire remonter les demandes des salariés de l'établissement, les dysfonctionnements éventuels (comme pouvaient le faire les délégués du personnel auparavant) sont mis en place. Ils jouent un rôle d'observateur du terrain et de relais auprès du CSE-E. ils ont été désignés par les élus du CSE-E et sont prioritairement des membres suppléants.

d) *Auprès des acteurs locaux*

La réussite du projet tiendra également à l'implication des partenaires locaux au service de l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi qu'à l'articulation de leurs interventions. La mise en action rapide du partenariat nécessite une phase d'information préalable cruciale qui sera confiée au chef de service avec l'association du chef de service du SAMSAH pour sa connaissance des acteurs de terrain (principe validé par la direction du service). Cette mission fera l'objet d'échanges réguliers lors des prochaines réunions de direction (Codir)<sup>90</sup> afin que j'apporte un éventuel soutien à la démarche.

e) *Auprès des partenaires institutionnels*

Sur un plan stratégique, initier un dispositif inclusif dans une logique de parcours sans rupture nécessite une implication forte du directeur qui se doit de rechercher des partenariats, négocier des conventions, renforcer la collaboration avec la MDPH... Devant l'ampleur et l'enjeu de cette mission, j'entends solliciter le soutien de la direction de la communication de la Fondation. Celle-ci gère la communication externe de la fondation en lien avec son projet stratégique (internet- lettres d'information- réseaux sociaux...) et intervient comme support auprès des directeurs.

Dans un second temps, et suite aux premières évaluations du dispositif, je communiquerai auprès des autorités financières pour faire reconnaître les bienfaits d'un tel dispositif inclusif et décloisonnant et soutenir le développement de formes d'accueil modulaires.

B) La planification<sup>91</sup>

a) *Fin 2018- Début 2019*

Depuis le début de la conception du projet et pendant le premier semestre 2019, le directeur départemental, ma collègue du SAMSAH et moi-même avons régulièrement échangé avec le Directeur du Développement et de l'Innovation (DDI) et la Directrice Générale de la FAA. Ces échanges nous ont permis de définir le cadre et les missions du projet en adéquation avec les nouveaux besoins des résidents et les attendus du projet stratégique de la Fondation.

La rédaction du dossier AMI s'est faite avec le support du chargé de mission de la DDI et en concertation avec Val de Loing Habitat qui a établi une lettre d'intention de partenariat.

---

<sup>90</sup> Codir : Comité de direction regroupant l'équipe de direction du foyer.

<sup>91</sup> Planification complète du projet en Annexe X

En mars 2019, le projet ayant été validé par l'ARS Île-de-France, nous avons organisé de nombreux temps de travail de direction pour affiner sa mise en œuvre et son déploiement. Un temps de concertation avec les financeurs a également abouti à l'écriture du convention tripartite (ARS-CD77-FAA) fixant les objectifs et les moyens du dispositif. Cette convention doit maintenant obtenir la signature du Président du Conseil Départemental lors d'une prochaine assemblée délibérante prévue en Octobre 2019.

*b) 2<sup>ème</sup> semestre 2019*

Pour le second trimestre 2019, j'identifie le planning suivant :

<b>ACTIONS</b>	<b>ACTEURS CONCERNÉS</b>	<b>DATES</b>
Séminaire FAM-SAMSAH	Directrice départementale, Direction FAM et SAMSAH Professionnels FAM et SAMSAH	09/2019
Rencontre Financeurs	Directrice départementale Directrices FAM et SAMSAH ARS et CD	10/2019
Construction du nouveau budget 2020	Directrice Validation par la DAF	10/2019
Présentation dispositif à la CAL de Val de Loing Habitat	Directrice Val de Loing habitat	11/2019
Travail sur les fiches de poste	Directrices Chefs de service	11/2019
Présentation au CSE	Directrice IRP	11/2019
Élaboration et signature de la convention FAM-SAMSAH	Directrice FAM -SAMSAH Directrice départementale	11/2019
Recrutement des 2 ETP	Chef de service Directrice	11/2019
Organisation du dispositif (identification des professionnels, constitution groupe de pilotage, 1 <sup>ere</sup> réunion de travail)	Directrices Chefs de services Équipe	12/2019
Étude et sélection des candidatures pour les différentes modalités	Chef de service Équipe	12/2019
Passage en CAL des candidatures FAM « Hors les Murs »	Val de Loing habitat	12/ 2019

*c) 1<sup>er</sup> semestre 2020*

Si le déroulé du projet ne prend pas de retard, l'ouverture des quatre nouvelles places externalisées et l'arrivée des locataires dans les logements de transition auront lieu en janvier 2020. L'accueil du 1<sup>er</sup> stagiaire est prévu pour février 2020, afin de ne pas complexifier l'investissement du pavillon.

Ainsi je propose le rétro-planning suivant :

ACTIONS	ACTEURS CONCERNÉS	DATES
Arrivée des locataires pour les logements de transition	Chef de service SAMSAH Équipe et Partenaires	01/2020
Ouverture de l'extension des 4 places « Hors les murs »	Directrice Générale (signature convention cadre Bailleur/ FAA) Directrice - Chefs de services Équipe du dispositif	01/2020
Intégration progressive des résidents FAM « Hors les Murs »	Chef de service Équipe	Janvier à Mars 2020
Accueil du 1 <sup>er</sup> stagiaire dans l'appartement d'évaluation	Chef de service Équipe SAMSAH Référént FAM du résident	02/2020
Formations diverses Réunions de coordination Réunions d'équipe	Chefs de services Équipe du dispositif	A partir du 1 <sup>er</sup> semestre 2020
Évaluation des impacts du dispositif	Directrice	A partir de fin 2020

### 3.2.2 Accompagner au changement de culture

Entreprendre un projet comme celui du dispositif modulaire implique de changer nos pratiques professionnelles. Celles-ci regroupent l'ensemble des actions menées par chaque professionnel auprès des personnes mais également tous les espaces temps durant lesquels le professionnel peut formaliser son action, la penser, l'analyser et prendre du recul. Alors faire évoluer ces pratiques prend du temps et nécessite un management adapté puisqu'il s'agit de *permettre des transitions, des améliorations et peut-être même d'engager des ruptures dans les mentalités, les comportements, et de rompre avec les habitudes*<sup>92</sup>.

A) Des préalables à la conduite du changement

a) *Consolider l'équipe de direction*

Les changements attendus ne pourront s'opérer qu'à partir d'une équipe de direction convaincue et cohérente qui permettra de fixer un cap et de donner une direction.

<sup>92</sup> LEFEVRE P., *Guide du directeur*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 2016. PP 277-325

En effet, il me paraît « nécessaire de penser le pouvoir non plus en termes individuels mais collectifs car les espaces de compétences du métier de directeur se sont complexifiés et élargis et le statut des cadres intermédiaires a évolué et les positionne clairement dans les métiers de direction. <sup>93</sup>».

Dans cette perspective, j'envisage de nombreux échanges (à l'occasion des Codir et autres réunions spécifiques) avec la chef de service pour favoriser une réflexion en commun même si les décisions finales me reviennent. Ces échanges nous permettront, tout le long du déroulé du projet, de réajuster les actions à mettre en œuvre et/ ou qui lui seront déléguées. J'attends par ailleurs qu'elle fonctionne ainsi avec les deux chefs d'équipes afin que la communication soit la plus fluide possible entre l'équipe de terrain et la direction.

Toutefois cette condition ne suffit pas à conduire le changement. Comme le dit François Noble<sup>94</sup> : « *On peut considérer que la fonction première de la direction consiste à fixer le cap mais le management, lui, revient à construire avec les acteurs un chemin.* »

*b) Affirmer un mode de management situationnel*

La conduite de changement nécessite d'affirmer un management élaboré à partir de la prise en compte du contexte interne, du projet mais aussi du « *style de management privilégié du directeur qui dépend de sa personnalité, de sa formation et de sa culture*<sup>95</sup> ».

Le diagnostic réalisé dans le cadre de ce projet ainsi que les entretiens annuels d'évaluation réalisés début 2019, m'ont permis de constater que les professionnels n'ont pas tous les mêmes motivations, les mêmes compréhensions, les mêmes réticences, ni les mêmes identités professionnelles, il est donc indispensable que je puisse adapter mon propre style de management (participatif) à un management situationnel.

Paul Hersey et Kenneth Blanchard (experts en management) ont développé la théorie dite du management situationnel, selon laquelle il n'existe pas de « bon » style de management : un « leader » doit adopter le style le plus adapté à la situation.

D'après eux, « *l'objectif d'un leader consiste à accroître progressivement le niveau de maturité de ses collaborateurs afin de développer leur autonomie dans le travail.*

---

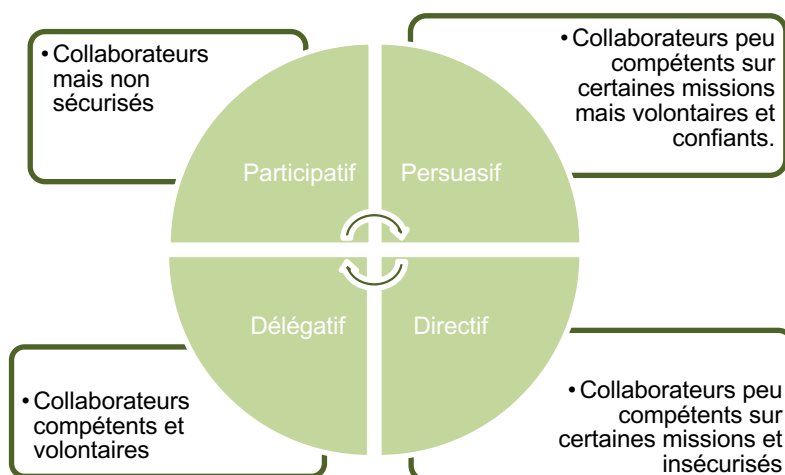
<sup>93</sup> MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Seli Arslan, pp. 154-155.

<sup>94</sup> François Noble, directeur ANDESI, intervenant promotion CAFDES XI à l'ARIF-ETSUP dans le cadre du DF1.

<sup>95</sup> Jean Marie Pujol, Directeur Général d'association et maître de conférence, intervenant promotion CAFDES XI à l'ARIF ETSUP dans le cadre du DF 2

L'autonomie s'entend ici comme le croisement de la compétence (le collaborateur sait ou ne sait pas faire) et de la motivation (le collaborateur veut ou ne veut pas faire) <sup>96</sup>».

Jean-Marie Poujol<sup>97</sup> nous présente les quatre styles principaux de management situationnel :



Aussi, dans un objectif de conduite du changement et tout au long du déploiement du dispositif, je veillerai à analyser le contexte et à adapter mon management en fonction de la situation ou du professionnel avec lequel je serai en interaction. L'enjeu est pour moi que l'ensemble des professionnels puissent trouver un sens à leur travail et leur place dans ces nouvelles pratiques inclusives.

## B) Développer une organisation apprenante

La réussite d'un projet ne peut se faire sans les compétences des professionnels, aussi je souhaite définir une politique valorisant le développement des compétences (budget formation, entretiens d'évaluation, Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences...).

Aussi, je construirai un plan de formations de l'établissement grâce au Plan de Développement des Compétences (PDC) et aux crédits non renouvelables (CNR) obtenus de l'ARS pour 2019. Les formations déjà initiées (autodétermination, crise suicidaire, gestion douce de l'agressivité.) seront poursuivies pour l'ensemble des professionnels.

---

<sup>96</sup>TISSIER D., *Management situationnel, vers l'autonomie et la responsabilisation*, 2018, groupes Eyrolles. pp 16-24.

<sup>97</sup>POUJOL J.-M., 2014, *Les cadres face au management des richesses humaines*, in DELALOY M. et al., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*, Dunod « Guides santé social », pp 57-80.

En 2020, de nouvelles formations seront également mises en œuvre, telle que « la connaissance du handicap psychique » et « la prévention des conduites à risques », « la liberté d'aller et venir » afin d'améliorer les compétences des professionnels qui rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques.

Par ailleurs, je souhaite que le foyer s'inscrive dans l'expérimentation du modèle de Processus de Production du Handicap « PPH » dans le cadre d'une formation déployée par les professionnels certifiés du SAMSAH pour les salariés volontaires du FAM. Je pense effectivement que cette sensibilisation au PPH doit se faire auprès de personnes motivées par cette démarche. Je demanderai donc au chef de service de recenser, dans le cadre des entretiens annuels d'évaluations, les professionnels désirant se former à cette nouvelle approche de l'accompagnement.

Ces formations seront complétées par l'analyse des pratiques professionnelles déjà mise en œuvre sur l'établissement, à raison d'une séance toutes les six semaines. A moyen terme, je pense qu'il serait intéressant de la faire évoluer vers une analyse de pratique mutualisée avec d'autres ESMS du territoire. Cela permettrait à la fois le regard croisé, une meilleure connaissance des contraintes de chacun et favoriserait ainsi le développement d'une culture commune.

Je souhaite également m'appuyer sur un support de la direction des ressources humaines (DRH) que sont les « périodes de découverte »<sup>98</sup>. Ces expériences favorisent une meilleure connaissance des dispositifs, une découverte d'autres méthodes d'accompagnement et des liens entre professionnels.

Plus globalement, je poursuivrai la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) mise en œuvre dans l'établissement et impulsée par la DRH de la Fondation pour anticiper et se préparer aux changements. J'encouragerai donc les salariés à s'engager dans des formations certifiantes et qualifiantes pour dynamiser leur parcours professionnel. Chaque demande de formation sera inscrite soit dans le cadre du plan annuel de développement des compétences de la Fondation soit dans le budget propre de l'établissement.

### C) Recruter de nouveaux professionnels

La mise en œuvre du projet nécessite, nous l'avons vu, la création de 2 ETP dont un mis à disposition du SAMSAH dans le cadre de l'accompagnement à domicile.

---

<sup>98</sup> Dispositif RH ouvert aux professionnels en contrat à durée indéterminée leur permettant de réaliser 15 jours de période de découverte dans un autre établissement de la Fondation.



Des fiches de fonctions spécifiques devront être établies pour que les professionnels comprennent la finalité de leurs missions et leur périmètre d'action dans le but de faciliter ce travail transversal avec l'équipe du SAMSAH et ouvert sur l'extérieur. Ce travail d'élaboration sera confié aux chefs de service du foyer et du SAMSAH.

Le recrutement sera dans un premier temps ouvert aux candidatures internes à l'établissement pour les professionnels motivés pour s'investir dans le dispositif.

Pour ce qui concerne le recrutement de l'aide-soignant mis à disposition du SAMSAH, je prévois qu'il soit fait en lien avec ma collègue directrice du service.

#### D) Préserver la qualité de vie au travail

Dans ce contexte de grande mouvance, les professionnels peuvent rapidement se sentir en difficulté, en instabilité et ainsi développer un sentiment de mal-être voire de souffrance au travail. Je tiens donc à apporter une attention particulière au sentiment de remise en cause de l'identité professionnelle et plus largement à la qualité de vie au travail (QVT). Cette politique de prévention est en effet particulièrement attendue dans le secteur médico-social (touché par un nombre croissant d'arrêts de travail, d'invalidité et burn-out) avec l'avenant 347 du 21 septembre 2018 relatif au régime de prévoyance de la Convention collective 66. Ce dernier instaure l'obligation de consacrer un budget minimal à des actions réservées à la prévention des risques et à l'amélioration de la santé et de la QVT.

Cet axe du plan d'actions donnera une place importante à mes relations avec les nouveaux représentants du personnel élus au CSE et plus particulièrement avec le représentant de proximité du foyer et la commission de sécurité (CSSCT). Je les rencontrerai avant de construire le plan de formation pour connaître leurs propositions dans ce domaine.

Par ailleurs, les outils institutionnels tels que les analyses de pratiques, les réunions de services, les échanges entre pairs seront poursuivis pour accompagner paisiblement cette évolution (prendre de la distance, questionner ses représentations...)

### 3.2.3 Organiser structurellement le dispositif

#### A) Le Comité de pilotage

Ce nouveau dispositif inter-établissements, bougeant les lignes habituelles de nos organisations, doit être piloté de manière innovante. Ainsi, je propose la création d'un COPIL du « pôle logement ». À l'image des pôles d'établissements qui regroupent plusieurs structures, exerçant un ensemble de prestations de services, le pôle logement favoriserait l'unité et la cohérence, la coopération et le décloisonnement. En effet, « le pôle permet de penser des innovations et il est un espace de régulation des fonctionnements et des dynamiques d'établissements et service [...] il invite à la dynamique de l'équipe de direction

qui assure les liens et les interfaces nécessaires à une culture de mission et à une communication efficace. <sup>99</sup>»

Aussi, une fois que les professionnels du dispositif seront clairement identifiés, un groupe-pilote sera constitué pour conduire la création du dispositif, sous ma responsabilité. Ce groupe accueillera bien sûr les professionnels intervenant directement dans le dispositif (l'AES de l'accueil de journée au FAM, les professionnels du SAMSAH référents du dispositif, les IDE du foyer) mais aussi les autres professionnels (toutes catégories confondues) souhaitant d'investir sur le projet.

L'enjeu est alors ici d'impliquer les équipes du foyer et du SAMSAH à travailler ensemble pour favoriser leur appropriation du projet et s'enrichir mutuellement. La réflexion commune devra identifier les valeurs soutenues par le dispositif pour ensuite finaliser son intégration dans le projet d'établissement (modification obligatoire liée à la visite de conformité ARS77/CD77 prévue pour l'ouverture de l'extension « hors les murs »).

En accompagnant la conception de leurs propres outils de travail, je compte fluidifier leurs mises en œuvre et faciliter leurs utilisations.

Par ailleurs le comité de pilotage intégrera un représentant des usagers élu au CVS, dans l'objectif de participation sociale des personnes accompagnées.

## B) La mise en œuvre de la coordination

Une des nouveautés impulsées par le dispositif est le travail complémentaire entre le FAM et l'équipe SAMSAH autour des personnes accompagnées par le dispositif. Pour répondre de manière cohérente aux besoins des résidents, il faudra que tous les acteurs soient coordonnés. Plutôt que d'être cantonnés à leur rôle et au lieu de s'enfermer dans des conflits de valeurs (propre à chaque acteur) les professionnels devront travailler collectivement pour chercher des solutions concrètes, satisfaisantes et les mettre en œuvre.

Cette action de coordination nécessite que chaque professionnel du dispositif comprenne la logique de chacun, son intérêt, sa culture afin de percevoir ses priorités et imaginer les compromis, les ajustements nécessaires.

La responsabilité et l'animation de cette coordination reviendra à la chef de service du SAMSAH dont c'est l'une des missions réglementaires, dans l'attente de la prise de fonction d'un éducateur du SAMSAH qui a entrepris la formation de coordonnateur de parcours.

Sa formalisation se fera par une convention cadre entre le FAM et le SAMSAH qui prévoira le partage d'informations entre les professionnels en vue d'améliorer l'accompagnement et de construire le projet de la personne.

---

<sup>99</sup> LEFEVRE P., *Guide du directeur*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 2016. PP 277-325

Progressivement, soutenues par une hiérarchie investie, les professionnels en charge d'accompagner les mêmes personnes, apprendront à travailler ensemble sur le terrain. C'est pourquoi j'imagine, à moyen terme, l'intégration de professionnels de santé libéraux, des CMP, de l'aide à domicile et du secteur social dans certaines réunions du dispositif. L'enjeu est de permettre une compréhension mutuelle des impératifs de chacun afin de contribuer à la fluidité des parcours des résidents.

### **3.3 L'évaluation du dispositif**

Le projet présenté ci-dessus a pour objectif de développer une offre de services nouvelle en adéquation avec les besoins d'inclusion par le logement des résidents souffrant de troubles psychiques. Il repose sur l'extension de l'offre existante mais aussi sur des modalités d'accompagnement innovantes et qui répondent aux évolutions des politiques publiques et mutations sociales. Ce projet doit voir le jour au premier trimestre 2020, mais des actions préalables sont déjà en cours.

Le coût financier est relativement réduit mais l'investissement humain est d'autant plus conséquent qu'il engage une profonde mutation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, il est de ma responsabilité de garantir un accompagnement de qualité auprès des usagers et de veiller à la qualité de vie au travail des professionnels.

#### **3.3.1 La construction de l'évaluation**

##### **A) Les objectifs de l'évaluation**

La finalité de l'évaluation du dispositif est d'éclairer le pilotage de l'activité afin de l'adapter. Je dois donc mesurer son impact pour les personnes accompagnées et les professionnels.

##### **a) Les indicateurs**

La conception, le suivi et la communication des indicateurs doivent faire l'objet d'une véritable méthodologie, il ne s'agit pas d'une démarche empirique.

Schématiquement, il existe deux types d'indicateurs :

- les indicateurs de fonctionnement qui permettent de suivre la réalisation d'une activité ou d'un produit. Il permet de savoir si quelque chose a été fait ou non, sans évaluer sa qualité.

L'ANESM (nouvellement HAS) qualifie ces indicateurs d'« *indicateurs de conduite de l'action mise en œuvre, processus, moyens, réalisations* »<sup>100</sup> ;

- les indicateurs de performance qui éclairent l'efficacité et l'efficience<sup>101</sup> d'une activité. La performance peut se définir comme la capacité à atteindre un objectif.

Ces indicateurs satisferont « [...] *aux conditions suivantes* :

- *la simplicité et l'acceptabilité* : les indicateurs doivent être faciles à élaborer, à recueillir et à calculer ;

- *la validité et la pertinence* : ils fournissent des repères nécessaires à l'appréciation de l'évolution de ce que l'on veut mesurer ;

- *la fiabilité* : ils sont aptes à effectuer une mesure précise et reproductible ;

- *la sensibilité et la spécificité* : ils varient dès que le phénomène étudié est modifié. »<sup>102</sup>

Par ailleurs, en cohérence avec les préconisations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'indicateur doit être « nécessairement chiffre, facile à utiliser et produit à un intervalle régulier qui permet à une structure de suivre/piloter sa performance en répondant à une question clé (ex : atteinte d'un objectif, d'une niveau d'activité, réalisation d'une mission,...).»<sup>103</sup>

Les indicateurs choisis réunissent donc les aspects du fonctionnement et ceux de la performance en lien avec le dispositif modulaire et l'accompagnement au changement de culture professionnelle.

### **3.3.2 L'évaluation en lien avec les personnes accompagnées**

Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité des prestations, l'évaluation doit vérifier que le dispositif répond au désir d'inclusion par le logement des résidents du FAM et propose des actions et prestations de qualité.

L'évaluation<sup>104</sup> visera à confirmer si le dispositif a favorisé :

- le développement de l'autodétermination chez les résidents ;

---

<sup>100</sup> ANESM, 2016, ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations, Paris : ANESM, p. 37.

<sup>101</sup> L'ANESM distingue l'efficacité : « les résultats obtenus sont [...] conformes aux objectifs retenus, aux besoins identifiés » et l'efficience : « les résultats sont [...] à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ». ANESM : *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris. 76p.

<sup>102</sup> Avis scientifique du conseil de l'ANESM N°2015-79 : Élaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne.

<sup>103</sup> ANAP 2019, *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : guide des indicateurs*, Paris : ANAP, p. 15.

<sup>104</sup> Évaluation développée en Annexe XI.

- une réponse au désir d'inclusion ;
- la continuité de l'accompagnement ;
- la modularité des prestations et l'individualisation de l'accompagnement ;
- l'inclusion sociale.

### 3.3.3 L'évaluation en lien avec les professionnels

Dans le cadre de l'accompagnement au changement de culture, l'évaluation devra mesurer l'impact que le projet a eu sur l'engagement des professionnels, le sens accordé aux mutations du secteur et donc sur leurs pratiques professionnelles.

L'évaluation <sup>105</sup> viendra vérifier l'impact du dispositif sur :

- l'évolution du rôle d'accompagnement ;
- le changement de culture professionnelle ;
- l'ouverture de l'établissement ;
- la qualité de vie au travail ;
- l'engagement des professionnels.

#### Résumé Partie 3 :

Le projet de dispositif modulaire développé dans cette 3<sup>ème</sup> partie est issu du travail d'analyse du contexte national et territorial du foyer et des besoins nouveaux exprimés par les résidents.

Il vise à répondre au désir de logement de certains résidents en situation de handicap psychique tout en évitant les ruptures de parcours et en favorisant le décroisement du foyer. Ainsi, les différentes modalités du dispositif viennent apporter de nouvelles méthodes d'accompagnement, partagées entre le foyer et le SAMSAH, afin de répondre au plus près aux besoins des résidents, leur permettant de créer un « parcours logement » sécurisé et favorisant leur inclusion dans la société.

Ce projet novateur implique une profonde modification des pratiques des professionnels du foyer que je dois accompagner pour viser à la réussite du dispositif. J'ai donc établi un plan d'actions spécifique pour animer cette dynamique de projet et conduire le changement institutionnel auprès de l'ensemble des professionnels parfois réticents et inquiets.

Aussi l'évaluation du projet, conçue sur la base des recommandations de l'ANESM et de l'ANAP, s'intéresse à sa plus-value pour les résidents mais également à son impact sur les professionnels.

---

<sup>105</sup> Évaluation développée en Annexe XII.



## Conclusion

Si nous devons résumer l'histoire du handicap, nous pourrions le faire en une formule : celle d'une longue mais régulière avancée en faveur d'une reconnaissance sociale et d'une inclusion concrète dans la cité pour les personnes désignées maintenant comme en situation de handicap.

Depuis quelques années cette évolution est principalement soutenue par des textes législatifs et réglementaires traduisant une volonté politique forte de permettre le libre choix du mode et du lieu de vie des personnes en situation de handicap.

Dans les faits, ce choix est loin d'être aussi simple, notamment pour les personnes en situation de handicap psychique qui sont souvent accueillies dans des établissements médico-sociaux malgré le désir de certaines de vivre en logement.

A travers cet écrit, et l'exemple du FAM de Villemer, nous avons vu que les établissements médico-sociaux doivent s'adapter, diversifier leurs modalités d'accueil et faire évoluer les pratiques professionnelles afin de favoriser un parcours inclusif et répondre aux nouveaux besoins des résidents.

Avec ce projet de dispositif modulaire, s'inscrivant pleinement dans les attendus des politiques sociales, je propose une nouvelle offre de service décloisonnée, plus souple et quasi « faite sur mesure » afin de répondre au plus près aux besoins spécifiques des résidents. Mais cette proposition amène également une certaine prise de risque et implique de profondes mutations dans les pratiques des professionnels du foyer que je me dois d'accompagner.

En effet, en tant que directrice, mon rôle est d'amener à ces changements et de conduire la dynamique permettant les *transitions [...], les ruptures dans les mentalités, les comportements, et de rompre avec les habitudes*<sup>106</sup> ». Pour cela, j'ai tenu compte du fait que certains professionnels du foyer sont réticents à ces changements et inquiets de leurs conséquences.

Par ailleurs, ce projet inclusif en rupture avec les fonctionnements traditionnels pourrait être une première étape de la ré-institutionnalisation nécessaire des foyers comme celui de Villemer. Le travail de partenariat et de coordination avec le SAMSAH, mis en exergue dans ce dispositif doit être finement orchestré car il est amené à être modélisé pour aboutir à la mise en œuvre d'un véritable dispositif d'inclusion par le logement. Cette nouvelle modalité d'accompagnement pourrait ainsi répondre aux besoins des résidents des MAS, foyers de

---

<sup>106</sup> LEFEVRE P., Guide du directeur, 4ème édition, Paris, Dunod, 2016. p277.

vie et autres établissements du territoire et permettrait enfin d'offrir aux personnes en situation de handicap le choix d'un parcours.

En tant que directrice d'établissement médico-social, je suis convaincue que l'inclusion par le logement est un vecteur incontournable de l'accès à la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Mais je suis également persuadée que pour aboutir à une inclusion des personnes en situation de handicap et donc avancer vers une réelle égalité des chances pour tous, il faut une mobilisation et un engagement fort des professionnels du secteur, des personnes accompagnées et des pouvoirs publics.

Dans cet objectif de changement de regard sur le handicap et du vivre ensemble, je pense que les directeurs et dirigeants d'associations ont un rôle primordial et doivent relever un défi d'utilité sociale. Ce rôle militant apportera ainsi une plus-value significative à notre mission d'intérêt général.



---

## Bibliographie

---

### **- Ouvrages :**

- BUBREUIL B., JANVIER R., 2018, *Conduire le changement en action sociale : Mutation sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, ESF Editeur 2ème édition., pp. 13-46
- CHARLOT J.-L., 2016, *Le pari de l'habitat*, Paris, L'Harmattan, 140 p.
- DELHON L., 2016, *Pas si fou, quand un village accueille le handicap psychique*, Presses de l'EHESP, 168 p.
- JANVIER R., *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, L'Harmattan, 201p.
- LAPRIE B., MIÑANA. B., 2017, *Innover en institution sociale et médico-sociale*, ESF éditeur, 110 p.
- LEFÈVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4<sup>ème</sup> édition, DUNOD, 367p.
- LOUBAT J.-R., HARDY J.-P. et BLOCH M.-A., 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 376 p.
- MULLER S., 2011, *Comprendre le handicap psychique*, Champ social éditions, 201 p.
- POUJOL J.-M., 2014, *Les cadres face au management des richesses humaines*, in DELALOY M. et al., *Le mangement des chefs de service dans le secteur social et médico-social*, Dunod « Guides santé social », pp. 57-80
- TISSIER D., 2018, *Management situationnel, vers l'autonomie et la responsabilisation*, Groupes Eyrolles. pp. 16-24
- VALLERIE B., 2018, *Action sociale et empowerment*, PUG, 64p.

### **Textes législatifs et réglementaires :**

- Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Convention relative aux droits des Personnes Handicapées de l'ONU du 13 décembre 2016, art 19.
- Circulaire n° DGCS/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 RAPT, de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.
- Projet Régional de Santé 2018-2022, ARS Île-de-France.
- Schéma départemental de soutien à l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2015-2020, Seine-et-Marne.

### **Études, rapports et recommandations, articles**

- Enquête DREES, « *Maisons d'accueil spécialisé et Foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités* », octobre 2012.
- Enquête DREES, « *enquête quadriennale ES-handicap 2014* », juillet 2018/ N°28.
- Rapport CHARZAT M., « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* », remis à Mme Ségolène Royal en Mars 2002, pp. 23-64
- Rapport PIEL E., ROELANDT J-L., « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », remis à Mme Élisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, juillet 2001, 86 p.
- Revue Pratiques en santé mentale, N° 2/2019, « Santé mentale, citoyenneté et pouvoir d'agir », Champs social éditions.
- Vie Sociale, « *L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs* », Vol.1, N°1/2010, p13-23.
- Revue Santé mentale, « *Schizophrénies et clinique de l'habiter* », N° 228, mai 2018. pp. 28- 85
- Revue EMPAN, « *Adultes en situation de handicap* », N°112, décembre 2018, pp.7-88
- Revue française des affaires sociales, « *Handicap psychique et vie quotidienne* », 2009, 63<sup>ème</sup> année, pp. 25-40
- Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, CNSA, novembre 2017.

- ANESM, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement », décembre 2008.
- ANESM, Guide « ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations », Paris, 2016, p37.
- ANESM, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF », juillet 2009. 76p.
- ANESM, Avis scientifique N° 2015-79, « Élaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne », 12 mars 2015.

### **Sites internet**

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, « principaux repères sur la schizophrénie », site consulté le 8 mai 2019.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/handicap-lars-ile-de-france-lance-un-vaste-plan-pour-creer-plus-de-5-000-solutions-daccompagnement>, « lancement AMI handicap ARS Île-de-France », site consulté le 10 juillet 2018.

<https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/budget>, « budget CNSA », site consulté le 21 mai 2019.

<https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/comite-interministeriel-du-handicap-cih/le-comite-interministeriel-du-handicap/>, site consulté le 12 février 2019.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dispositifs-et-modalites-d-accompagnement-des-personnes-handicapees-dans-les-etablissements.>, site consulté le 25 mai 2019.

[www.cnle.gouv.fr/](http://www.cnle.gouv.fr/), Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, site consulté le 13 mai 2019.

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport\\_brigitte\\_bourguignon.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport_brigitte_bourguignon.pdf), « Reconnaître et valoriser le travail social », consulté le 13 juin 2019.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Placedesusagers.pdf>, « les États généraux du travail social », La place de l'utilisateur, janvier 2015, consulté le 21 juin 2019.

<https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social-kit-doutils-2019/>, ANAP 2019, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-sociale : « guide des indicateurs », consulté le 31 juillet 2019.



---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Modèle fonctionnel de l'autodétermination M. L. WEHMEYER (1998)

Annexe II : Tableau des effectifs professionnels du FAM

Annexe III : Questionnaire Résidents sur leur désir d'inclusion

Annexe IV : Nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN PH (27/04/18)

Annexe V : Schéma Modèle PPH (1998)

Annexe VI : Questionnaire professionnels sur la prise de risque

Annexe VII : Grille d'évaluation « parcours logement »

Annexe VIII : Détails Budget FAM « Hors les Murs »

Annexe IX : Grille des prestations d'accompagnement

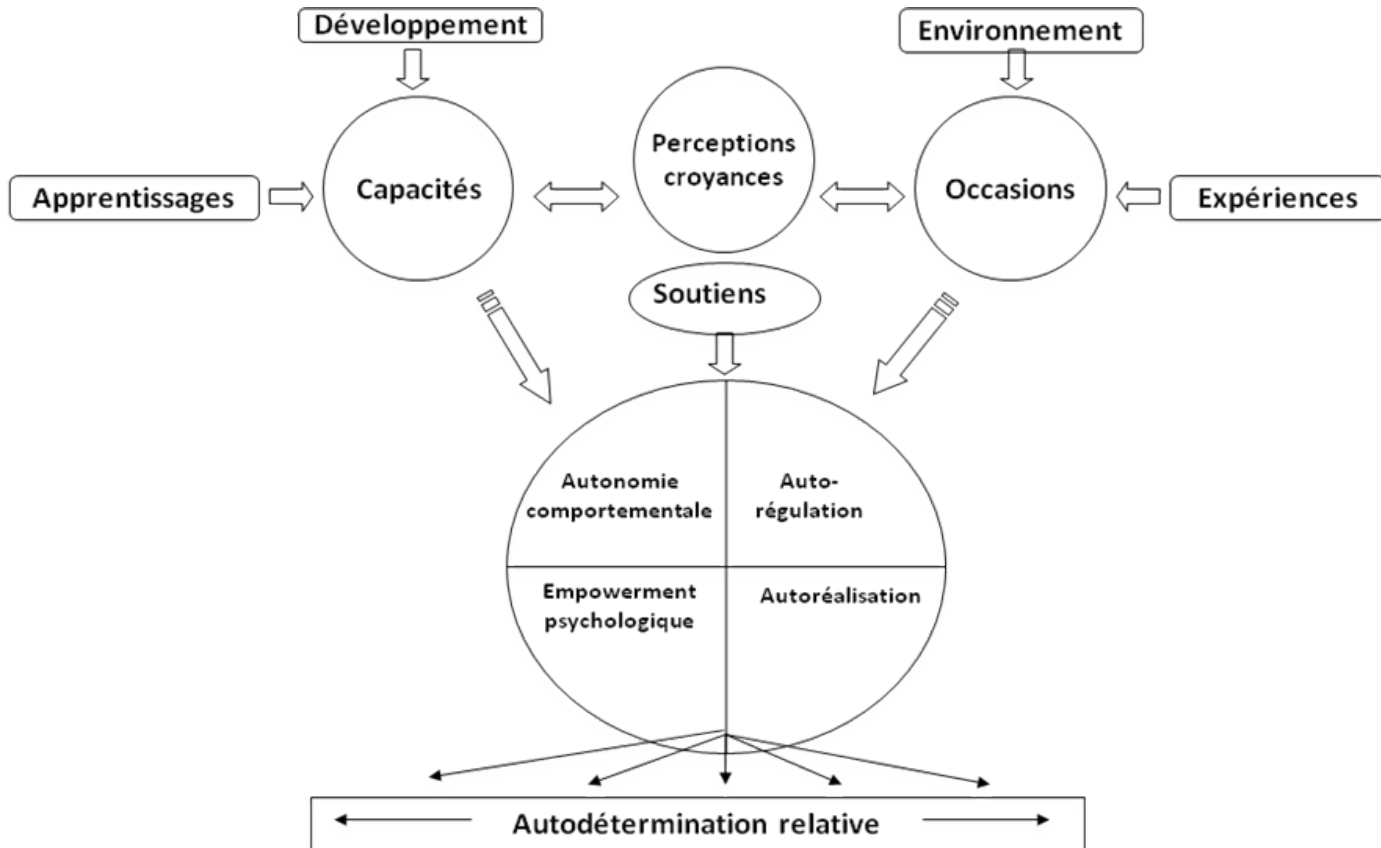
Annexe X : Retro-planning du projet

Annexe XI : Évaluation en lien avec les personnes accompagnées

Annexe XII : Évaluation en lien avec les professionnels

## ANNEXE I

### Modèle fonctionnel d'autodétermination par M. L. WEHMEYER (1998)



## ANNEXE II

**Le tableau des effectifs professionnels du FAM**

Catégorie professionnelle	Accompagnement (Financement CD) Nombre d'ETP (équivalent temps plein)	Soin (Financement ARS) Nombre d'ETP (équivalent temps plein)
Direction	1	
Encadrement (Chef de service-adjoint de direction)	1,5	
Administratif, gestion	1,5	
Services généraux	3,5	
Surveillants de nuit	5,2	
Éducatif (CESF, éducateur spécialisé moniteur-éducateur, AES, moniteur d'atelier)	18 (Dont 2 chefs d'équipe)	
Aides-soignants		6
Psychologue		1
Psychomotricien		1
Infirmiers		2,5
Médecins (Psychiatre et généraliste)		0,4
TOTAL	30,7	10,9

### ANNEXE III

#### Grille d'entretien des résidents sur leur désir d'inclusion par le logement

*« Lors de l'élaboration de votre dernier PAI, vous avez émis le désir de vivre dans un logement. Afin de vous accompagner au mieux dans ce projet, le foyer souhaite mieux appréhender votre demande. Aussi, je vais vous poser quelques questions... »*

Question 1 : Quand avez-vous intégré le Foyer de Villemer ?

Question 2 : Quel a été votre parcours scolaire ? et comment cela s'est-il passé ?

Question 3 : Avez-vous été déjà hospitalisé en psychiatrie ?

Question 4 : Quand avez-vous eu l'idée de vivre dans un logement seul ?

Question 5 : Quelles sont vos principales raisons de vouloir vivre dans un logement ?

Question 6 : Les professionnels vous entourant ont-ils été favorables à ce projet ? et vous aident-ils à le mettre en œuvre ? ou au contraire avez-vous l'impression qu'ils vous freinent dans votre projet ?

Question 7 : Vos proches sont-ils au courant de votre projet ?

Question 8 : Comment imaginez-vous votre vie à l'extérieur du foyer ?

Question 9 : Avez-vous des craintes, des inquiétudes ?

Question 10 : De quoi pensez-vous avoir besoin pour avoir de bonnes conditions de vie ?

Question 11 : Comment imaginez-vous votre vie dans quelques années ?

*Nb : La formulation des questions a été adaptée en fonction de la compréhension des résidents.*



## ANNEXE IV

### Nomenclature des besoins et des prestations SERAFIN PH (27-04-2018)

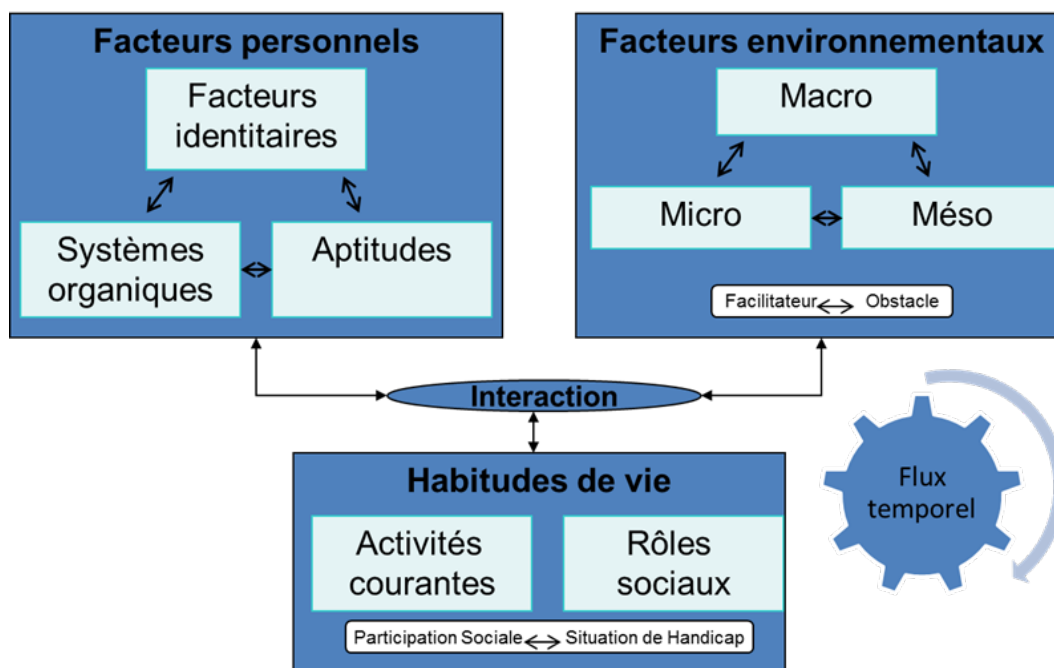
- NOMENCLATURE DES BESOINS**

<b>1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de <b>santé</b> somatique ou psychique</b>	<b>1.3 - Besoins pour la <b>participation sociale</b></b>	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3 – Besoins pour l’insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques	1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l’emploi
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l’appareil bucco-dentaire	1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement	1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d’apprentissages
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques	1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne	1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport	1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées		
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé		
<b>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d’<b>autonomie</b></b>		
1.2.1.1 - Besoins en lien avec l’entretien personnel		
1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui		
1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité		
1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité		

- **NOMENCLATURE DES PRESTATIONS SOINS ET ACCOMPAGNEMENTS**

2.3 - Prestations pour la participation sociale			2.1 – Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
<p>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnel</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p> <p>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements</p>	<p>2.3.2 – Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p> <p>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protection des adultes</p>	<p>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	
<p>2.4 et 2.4.1 Prestation de <b>coordination renforcée</b> pour la cohérence du parcours</p>	<p>2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d'<b>autonomie</b></p> <p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne</p> <p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>		<p>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués</p> <p>2.1.1.3 – Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p> <p>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéilistes</p>

**ANNEXE V**  
**Schéma Modèle PPH (1998)**



Le PPH : place la participation sociale comme la notion centrale, résultant de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.

C'est un modèle qui permet d'expliquer comment les interactions entre une personne (avec ses caractéristiques propres) et ses environnements lui permettent ou non de réaliser ses « habitudes de vie ».

## ANNEXE VI

### Questionnaire sur la prise de risque pour les professionnels

Question 1 : Selon vous, avez-vous déjà pris des risques dans l'accompagnement des résidents du foyer ?

Si oui, quels exemples pouvez-vous nous citer ? Quel était le risque ?

Quels ont été les éléments facilitateurs dans cette décision d'accompagnement ?

Question 2 : Vous est-il déjà arrivé de ne pas accéder à une demande de personne accompagnée car vous la jugiez trop risquée ?

Qu'est-ce que cela a généré ?

Que vous a-t-il manqué pour répondre favorablement ?

A posteriori, quelle analyse faites-vous de cette situation ?

Question 3 : Avez-vous déjà accompagné une personne dans un projet malgré vos craintes initiales (en termes de risque) ?

Si oui, pourquoi l'avez-vous fait ? Quel en a été le résultat ?

Question 4 : Avez-vous un temps, un espace d'échanges autour de la gestion des risques en matière d'accompagnement ?

## ANNEXE VII

### Grille d'évaluation commune « Parcours logement »



Critère accessoire



critère important



critère indispensable

Domaine d'évaluation	Activité	Réalisé avec une aide continue	Réalisé sur sollicitation Verbale	Réalisé seul	Commentaires
<b>Entretien personnel</b>	Veiller à son hygiène corporelle (douche, lavage de dents, ...)				
	Prendre soin de son apparence y compris RDV extérieurs				
	S'habiller – se déshabiller (avoir une tenue adaptée aux saisons, aux occasions...)				
	Utiliser des produits d'hygiène adaptés à ses besoins				
<b>Prendre Soins De Sa Santé</b>	Prendre un rendez-vous médical				
	Prendre son traitement				
	Avoir une bonne hygiène de vie (rythmes réguliers, activité physique, équilibre alimentaire...)				
	Utiliser les services de santé (se rendre à la pharmacie, maison de santé, Hôpital...)				
<b>Condition Physique Et Bien Etre Psychique</b>	Dormir (confort, durée, qualité du sommeil...)				
	Se repérer dans le temps				
	Pratiquer une activité physique et/ou de bien être				
<b>Vivre Dans Un Logement</b>	Aménager / investir				
	Effectuer le rangement				
	Effectuer l'entretien (aérer, nettoyer, utilisation adaptée des produits et matériel adapté, gestion des déchets...)				
	Avoir conscience du danger (électricité, objets tranchants...)				
	Savoir solliciter en cas de besoins				
<b>Accomplir Des Activités Domestiques</b>	Utiliser la machine à laver				
	Sécher son linge				
	Repasser ses vêtements				

Domaine d'évaluation	Activité	Réalisé avec une aide continue	Réalisé sur sollicitation Verbale	Réalisé seul	Commentaires
<b>Achats</b>	Préparer une liste en fonction des besoins				
	Prévoir et respecter son budget				
	Se repérer dans les rayons				
	Choisir ses produits				
<b>Nutrition</b>	Prendre ses repas (fréquence, grignotages, s'installer à table...)				
	Se préparer un repas simple (plats préparés, conserves...)				
	Cuisiner un repas				
	Respecter les règles d'hygiène et les étapes de préparation				
	Respecter les proportions				
<b>Gérer son budget</b>	Connaitre ses ressources				
	Connaitre ses charges fixes				
	Gérer ses dépenses (tenue, prioriser ses dépenses...), gérer sa monnaie				
<b>Gérer ses ressources</b>	Être à jour dans ses démarches				
	Connaitre ses droits				
	Comprendre et répondre à un courrier				
	Savoir solliciter en cas de besoin				
<b>Être mobile</b>	Se repérer dans l'espace et se repérer dans le temps				
	Respecter les règles de sécurité				
	Utiliser des moyens de locomotion, utiliser les transports en commun				
	Être capable de solliciter en cas de besoin				
<b>Com-muniquer</b>	Savoir alerter				
	Utiliser un téléphone				
	Savoir Lire et Ecrire				
	Formuler une demande				
<b>Participer à la vie sociale</b>	Aller vers les autres				
	Entretenir des relations amicales				

## ANNEXE VII

### Le budget supplémentaire

#### 3.1.2 Le projet d'extension du FAM « Hors les murs »

- Les ressources du projet :

Coût annuel à la place :  $68\,512 / 4 = 17\,128 \text{ €}$

Prix de journée :  $17\,128 / 365 = 46,93 \text{ €}$

Les charges nouvelles :

#### Groupe 1

Vie sociale : activités de socialisation et d'apprentissage pour les 4 résidents.

#### Groupe 2

Charges de personnels

Calcul des embauches supplémentaires de personnel socio-éducatif

1 semaine-type se décompose ainsi :

Lundi à vendredi	Samedi et dimanche
7h00 à 8h30 : 1 AS /accompagnement début de journée	9h00 à 10h30 : 1 AS/ accompagnement début de journée
9h00 à 17h00 : 1 AES /accompagnement au FAM	/
18h00 à 20h00 : 1 AS/ accompagnement début de soirée	18h00 à 20h00 : 1 AS/ accompagnement début de soirée
TOTAL heures : $5j \times (1,5+8 +2) = 57,5 \text{ heures}$	TOTAL heures : $2 j \times (1,5+2) = 7 \text{ heures}$
<b>TOTAL PAR SEMAINE : 64,5 HEURES</b>	
<b>TOTAL ANNUEL : 3354 HEURES</b>	

Sachant qu'un ETP correspond à 1607 heures, avec 3354 heures cela fera **2 ETP supplémentaires (1 ETP d'AES et 1 ETP d'AS)**

D'après la convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, le coefficient pour un AES (Ex-AMP) et un aide-soignant niveau 1 avec sujétion d'internat est de 406.

D'après l'arrêté du 12 juin 2019 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif, la valeur du point et suite à la recommandation patronale (NEXEM) du 2 mai 2019 relative à une mesure salariale, la valeur du point est de 3,80.

Le calcul du salaire est donc de  $3,80 \times 406 = 1542,80 \text{ €}$ .

Auquel s'ajoutent :

- Les charges patronales (55% du salaire brut) :  $1542,80 \times 55\% = 848,54$

- Une indemnité de sujétion spéciale (8,48% du salaire brut) :  $1542,80 \times 8,48\% = 130,83$

Donc le salaire annuel total pour un ETP (sans ancienneté) est de  $(1542,80 + 848,54 + 130,83) \times 12 = 30\,266 \text{ Euros}$ .

Aussi, le salaire annuel de 2 ETP est de **60 532** euros.

### **Groupe 3 :**

Les charges du groupe 3 correspondent à l'augmentation des dépenses liées aux 4 places supplémentaires ainsi qu'aux amortissements.



## ANNEXE IX

## Grille des prestations d'accompagnement

Prestations d'accompagnement au logement et en matière d'autonomie	Modalités du dispositif		
	App d'Évaluation	FAM « Hors les Murs »	App Transition
- évaluer les capacités à entretenir un logement	X		
- poursuivre les apprentissages, soutenir et stimuler.	X		
- accompagner aux actes de la vie quotidienne et aux activités domestiques (SAMSAH)	X	X	X
- soutenir, stimuler (faire avec et non pas à sa place) la personne dont les troubles entraînent des limitations dans la réalisation de certaines activités (SAMSAH et FAM)	X	X	
- assurer, si besoin et de manière temporaire, les soins d'hygiène, de bien-être et de confort de la personne tout en recherchant son autonomisation (SAMSAH)		X	
- aider les personnes à prendre des décisions adaptées et sécurisantes (SAMSAH et FAM)		X	X
- accompagner au projet d'insertion professionnelle par les ateliers (équipe FAM)		X	

Prestations en matière de ressources et d'autogestion	Modalités du dispositif		
	App d'Évaluation	FAM « Hors les murs »	App Transition
- Aider à la gestion du budget remis par le FAM	X		
- S'assurer de l'ouverture des droits des locataires soit directement avec eux, soit avec leurs proches ou avec les mandataires judiciaires. (SAMSAH)		X	X
- Accompagner à la gestion des ressources mensuelles ou hebdomadaires pour sécuriser le maintien dans le logement, éviter les impayés de loyers et garantir de bonnes conditions de vie.		X	X

Prestations en matière de communication	Modalités du dispositif		
	App d'Évaluation	FAM « Hors les murs »	App Transition
- Garantir la sécurité et faciliter les relations et la communication bienveillante entre locataires. Des prestations de régulation de la colocation seront organisées régulièrement	X		
- soutenir la personne dans la gestion de ses relations et de sa communication.		X	
- prévenir les éventuels troubles du comportement		X	
- Garantir la sécurité et faciliter les relations et la communication bienveillante entre locataires.			X
- soutenir la personne dans la gestion de ses relations et de sa communication.			X

Prestations en matière de ressources et d'autogestion	Modalités du dispositif		
	App d'Évaluation	FAM « Hors les murs »	App Transition
- soutenir la participation à l'accueil de jour au FAM ou au stage à l'ESAT.	X		
- Faciliter la participation sociale, l'exercice des rôles sociaux, et limiter les conséquences des troubles communicationnels et relationnels de la plupart des résidents du FAM. - par des actions individuelles pour inclure au mieux les locataires dans leur quartier et leur ville. - par des actions de socialisation de groupe organisées et animées par le service.		X	X
- accompagner vers le travail, l'emploi, la formation et les besoins transversaux d'apprentissage : - par des ateliers d'apprentissage préprofessionnels, - par des séances de formations avec deux enseignants spécialisés (sport et enseignements généraux).		X	X
- Accompagner vers l'autonomie dans les transports (SAMSAH)	X	X	
- Développer des actions de citoyenneté pour les locataires afin que ceux-ci soient inclus dans leur quartier et leur ville. (SAMSAH)		X	X
- Coordonner le parcours des personnes en veillant à leur assiduité aux accueils de jour dans les établissements et en favorisant leurs liens avec leurs collègues. (SAMSAH)			X

Prestations en matière de soins et de santé	Modalités du dispositif		
	App d'Évaluation	FAM « Hors les murs »	App Transition
- Coordonner le suivi médical pour assurer un suivi optimal et la poursuite des soins. (Équipe paramédicale du FAM et SAMSAH)	X	X	
- Gérer les situations d'urgence au travers d'accompagnements vers les hôpitaux du secteur, d'intervention de l'astreinte de nuit (SAMSAH)	X	X	X
- Accompagner la personne dans son suivi médical (préparation des piluliers, actions d'éducation thérapeutique, accompagnements médicaux, prises de rdv... si besoin, et dans un souci de sécurité, la personne peut confier son traitement pendant une période définie aux infirmiers du foyer qui en assureront une dispensation quotidienne)		X	X
- Proposer des actions de prévention collective en fonction des besoins spécifiques repérés (addictions, alimentation, troubles cardiaques...)			X

## Annexe X

### Retro-planning du projet

	juil-18	mars-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20
Consultation dossier AMI															
Réponse AMI															
Séminaire insitutionnel															
Communication aux professionnels															
Communication aux résidents															
Communication aux proches des résidents															
Rencontre financeurs															
Construction nouveau budget															
Présentation dispositif partenaires															
Travail fiches de postes															
Présentation dispositif au CSE															
Elaboration et signature convention FAM-SAMSAH															
Recrutement															
Organisation dispositif															
Sélection candidature résidents															
Passage en CAL															
Arrivée des locataires dans les logements de transition															
Ouverture de l'extension des 4 places "Hors les murs"															
Accueil du 1er stagiaire dans l'appartement d'évaluation															
Formations															
Réunions de coordination															
Réunions d'équipe															
Évaluation dispositif															

## ANNEXE XI

### Évaluation en lien avec les personnes accompagnées

Critères	Indicateurs	Outils et rythme de l'évaluation
<b>Développement de l'autodétermination</b>  La mise en place du dispositif a-t-elle favorisé le développement du pouvoir d'agir des personnes ?	- Nombre de personnes exprimant que les outils mis en œuvre avec le dispositif ont développé leur pouvoir d'agir	Questionnaire de satisfaction dès 2020
	- Nombre de personnes dont les compétences ont été renforcées	
<b>Réponse au désir d'inclusion</b>  Le dispositif répond-il aux besoins des résidents ?	- Nombre de résidents du FAM ayant exprimés la demande d'un logement de droit commun sur l'année	Analyse des PAI Annuelle
	- Nombre de personnes accompagnées par le dispositif sur l'année et pour chaque modalité	Statistiques Dossier Unique de l'Usager Dès 2020
	- Taux d'occupation des places Hors les murs	Statistiques annuelles dès fin 2020
	- Coût moyen/personne accompagnée par le dispositif	Budget fin 2020
<b>Continuité de l'accompagnement</b>  Le dispositif assure-t-il aux personnes un parcours fluide et sans ruptures ?	- Motifs des accueils temporaires du FAM	Demandes d'accueil temporaire
	- Nombre et motifs des retours en établissement (IME, FAM) pour chaque modalité	DUU Annuelle dès 2020
	- Nombre d'hospitalisations des personnes accompagnées par le dispositif (en comparaison du nombre d'hospitalisation de l'ensemble des résidents)	DUU Annuelle dès 2020
<b>Modularité des prestations et individualisation de l'accompagnement</b>  Le dispositif s'ajuste-t-il aux besoins de chacune des personnes accompagnées ?	- Nombre d'actes moyen par personne accompagnée par le dispositif modulaire sur l'année (nombre d'actes FAM et SAMSAH/modalité)	Statistiques DUU Annuelle dès 2020
	- Nombre moyen d'EIG "violence"/personne	Protocoles EIG Annuelle Dès 2020
	- Nombre d'évaluations ou réévaluations/an/personne accompagnée (2020)	Évolution PAI 2020
	- Nombres satisfaites de leur accompagnement par le dispositif	Questionnaire de satisfaction 2020
<b>Inclusion sociale</b>  Le dispositif favorise-t-il l'inclusion sociale des personnes ?	- Part des prestations d'accompagnement à la vie sociale/part des prestations d'accompagnement à la santé/part des prestations d'accompagnement à l'autonomie	Statistiques DUU 2020
	- Nombre de partenaires de la vie locale	Réunions, conventions... 2020
	- Nombre de sorties vers des logements de droits communs	Statistiques annuelles dès fin 2020

## Annexe XII

### Évaluation en lien avec les professionnels

Critères	Indicateurs	Outils et rythme de l'évaluation
<p><b>L'évolution du rôle d'accompagnement</b></p> <p>Le dispositif a -t-il un impact sur le rôle d'accompagnant des professionnels ?</p>	<p>- Nombre de professionnels estimant que la mise en œuvre du dispositif a eu un impact sur leur rôle d'accompagnant.</p>	<p>Enquête auprès des professionnels</p> <p>Annuelle</p>
<p><b>Le changement de culture professionnelle</b></p> <p>Le dispositif participe -t-il au changement de posture professionnelle ?</p>	<p>- Nombre de professionnels exprimant un changement de regard sur le handicap</p> <p>- Nombre de professionnels estimant que le dispositif a eu un impact positif sur leur pratique professionnelle</p> <p>- Nombre de professionnels évaluant positivement les formations suivies au cours de l'année</p>	<p>Enquête auprès des professionnels</p> <p>Annuelle</p>
<p><b>L'ouverture de l'établissement</b></p> <p>Le dispositif a -t-il permis l'ouverture de l'établissement sur son environnement ?</p>	<p>- Nombre de partenariats nouveaux</p> <p>- Nombre de réunions de coordination</p> <p>- Nombre de sorties ou activités collectives extérieures réalisées/ aux années précédentes ?</p>	<p>Statistiques dès fin 2020</p>
<p><b>La qualité de vie au travail</b></p> <p>La mise en œuvre du dispositif a-t-elle un effet sur les conditions de travail ?</p>	<p>-Évolution du nombre d'accidents de travail et du taux d'absentéisme</p> <p>-Résultats d'un questionnaire qualité de vie au travail</p>	<p>Bilan social 2020</p> <p>Enquête climat social réalisée par la DRH</p>
<p><b>L'engagement des professionnels</b></p> <p>Le dispositif et l'accompagnement au changement ont-ils eu un impact sur l'engagement des professionnels ?</p>	<p>- Participation aux évènements non obligatoires (en dehors du temps de travail) de l'établissement et de la fondation ?</p>	<p>Manifestations de la Fondation</p>



<b>MARCHAND PACTON</b>	<b>Stéphanie</b>	<b>Septembre 2019</b>
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b> <b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIF- PARIS</b>		
<b>RÉPONDRE AU DÉSIR D'INCLUSION PAR LE LOGEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE ACCUEILLIES EN FAM</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Quinze ans après la loi de février 2005, le droit d'habiter « chez soi » n'est pas encore une réalité pour certaines personnes en situation de handicap psychique. C'est notamment le cas de résidents au Foyer d'Accueil Médicalisé de Villemer, qui, soutenus par les politiques sociales et la dynamique inclusive de la Fondation des Amis de l'Atelier, développent leurs capacités d'autodétermination et expriment désormais leur désir d'avoir un logement.</p> <p>Cette nouvelle attente s'inscrit dans un contexte de profondes transformations du secteur médico-social caractérisé par une logique de rigueur économique et le principe d'accès aux droits des personnes bénéficiaires de la protection sociale. Le secteur est ainsi confronté à une logique de désinstitutionnalisation qui inquiète de nombreux professionnels dont les pratiques sont amenées à évoluer.</p> <p>Aussi, pour apporter des réponses efficaces, les directeurs d'établissements médico-sociaux doivent prendre en compte ces éléments de tension et innover des projets au plus près des besoins personnes en situation de handicap.</p> <p>En tant que directrice du FAM, je propose la création d'un dispositif d'habitat modulaire implanté « dans la cité », en partenariat avec le SAMSAH Sud Seine-et-Marne avec lequel les prestations d'accompagnement seront partagées et coordonnées.</p> <p>Ce dispositif décloisonné, favorisant un « parcours logement » sécurisé pour des personnes souffrant de troubles psychiques, implique un changement de culture professionnelle que je dois impulser et conduire.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  AUTODÉTERMINATION - HANDICAP PSYCHIQUE – INCLUSION PAR LE LOGEMENT – PRISE DE RISQUE – CONDUITE DU CHANGEMENT – DISPOSITIF MODULAIRE – PRATIQUES PROFESSIONNELLES -</p>		
<i>L'École des Hautes Études 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>		