



**CONTRIBUER AU RETABLISSEMENT DES PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE EN FOYER DE VIE**

Nathalie GUILLAUD

2023

cafedes

Remerciements

Je tiens à remercier :

Charline Blanzat, responsable de la filière, qui nous a accompagnés tout au long de ces deux années. Je la remercie vivement pour son investissement, son soutien, sa disponibilité dans les moments difficiles, ses encouragements.

Christian Clément, mon conseiller mémoire, qui a su me guider, m'amener plus loin dans mes réflexions, m'apporté de nombreux conseils. Je lui adresse toute ma reconnaissance pour son implication, sa grande compétence et son humanité. Merci d'avoir été exigeant, patient, bienveillant.

Nadège et Mathieu de m'avoir accueillie en stage et fait partager leurs connaissances.

L'ensemble de la promo D40. Et plus particulièrement ceux avec qui j'ai partagé des moments studieux, constructifs, agréables, soutenant.

Cyril, mon compagnon, pour ses encouragements répétés, pour m'avoir coacher.

Adrian, Romain et Amélia, mes enfants, pour leur soutien, leur compréhension, pour avoir accepté mes nombreuses indisponibilités.

Louis pour ses relectures attentives, ses remarques constructives, ses encouragements.

Mes parents, pour leur confiance, leur soutien inconditionné, leur implication dans la tâche de relecture, les temps de réflexion et de partage de savoir.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CENTRE DE COTAGON, UN FOYER DE VIE POUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	3
1.1 VIVRE EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	3
1.1.1 <i>Caractéristiques du handicap psychique</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Les besoins des personnes en situation de handicap psychique.....</i>	<i>6</i>
1.1.3 <i>Les personnes accueillies au sein du Centre de Cotagon</i>	<i>7</i>
1.2 LE CHANGEMENT DE REGARD SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE.....	8
1.2.1 <i>Du statut d'aliéné au statut de personne en situation de handicap psychique ..</i>	<i>8</i>
1.2.2 <i>Les contributions européennes</i>	<i>10</i>
1.2.3 <i>De l'insertion à l'inclusion</i>	<i>12</i>
1.3 LE RETABLISSEMENT	14
1.3.1 <i>Les éléments favorisant le rétablissement de la personne</i>	<i>15</i>
1.3.2 <i>La réadaptation et la réhabilitation psychosociale</i>	<i>16</i>
1.3.3 <i>L'entraide entre pairs</i>	<i>18</i>
1.3.4 <i>"Empowerment" ou pouvoir d'agir</i>	<i>19</i>
1.4 UN ETABLISSEMENT POUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE ET LA REINSERTION SOCIALE DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	21
1.4.1 <i>L'association gestionnaire de l'établissement</i>	<i>21</i>
1.4.2 <i>Un foyer de vie au réseau dynamique</i>	<i>23</i>
1.4.3 <i>L'offre d'accompagnement du foyer de vie</i>	<i>27</i>
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	28
2 DES DIFFICULTES POUR ACCOMPAGNER LA PERSONNE VERS SON RETABLISSEMENT, MALGRE DES RESSOURCES ADEQUATES.....	31
2.1 LE PROJET PERSONNALISE	31
2.1.1 <i>Un recueil des attentes dès le début de séjour.....</i>	<i>32</i>
2.1.2 <i>L'évolution de l'évaluation des besoins</i>	<i>33</i>
2.1.3 <i>Construction du projet personnalisé du résident.....</i>	<i>34</i>
2.1.4 <i>Les objectifs des projets personnalisés</i>	<i>36</i>
2.1.5 <i>Le suivi des objectifs</i>	<i>37</i>

2.2	DES ENTITES D'ACCOMPAGNEMENT, COMPLEMENTAIRES, MANAGEES	
	PATERNELLEMENT, EN DIFFICULTE POUR SE COORDONNER	39
2.2.1	<i>Trois entités : trois points de vue différents</i>	39
2.2.2	<i>Harmonisation délicates entre les entités</i>	42
2.2.3	<i>D'autres freins au rétablissement des personnes accompagnées</i>	44
2.3	NECESSITE D'UTILISER, MALGRE DES MENACES, LES LEVIERS BENEFIQUES A LA	
	CONTRIBUTION DU RETABLISSEMENT	48
2.3.1	<i>Risques engendrés par l'absence de la notion de rétablissement du résident</i>	48
2.3.2	<i>Une résistance au changement prévisible</i>	50
2.3.3	<i>Vers le rétablissement des résidents</i>	51
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	57
3	CONTRIBUTION AU RETABLISSEMENT DES RESIDENTS	59
3.1	DEVELOPPER LA MONTEE EN COMPETENCE DES PROFESSIONNELS	59
3.1.1	<i>Un groupe de pilotage uni pour modifier la culture du centre et la propager</i> ...	59
3.1.2	<i>Conception d'une formation pour l'ensemble des professionnels</i>	61
3.1.3	<i>Montée des compétences collectives sur le rétablissement</i>	65
3.2	UNE ORGANISATION PROPICE AU RETABLISSEMENT DU RESIDENT	66
3.2.1	<i>Un projet personnalisé visant le rétablissement de la personne</i>	66
3.2.2	<i>Adapter l'offre d'accompagnement du pôle activité de jour</i>	69
3.2.3	<i>Intégrer le service de réadaptation psychosociale dans l'établissement</i>	72
3.3	ACCOMPAGNER LES RESIDENTS VERS LEUR RETABLISSEMENT	75
3.3.1	<i>Etablir les règles en concertation avec les résidents</i>	75
3.3.2	<i>Agir sur l'environnement du résident</i>	75
3.3.3	<i>Des Pairs-aidants pour guider les résidents dans leur rétablissement</i>	77
	CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	77
	CONCLUSION	79
	BIBLIOGRAPHIE	81
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AES	Accompagnant Éducatif et Social
AGAPsy	Association Générale d'Aide et d'accompagnement pour handicapés Psychiques
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AURA	Auvergne-Rhône-Alpes
CA	Conseil d'Administration
CAT	Centres d'Aide par le Travail
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CHAI	Centre Hospitalier Alpes Isère
C3R	Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive-Isère
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} révision
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNUDPH	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFIL	Comité de pilotage
CRP	Centre de Réadaptation Professionnelle
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSE	Comité Social Économique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DEAc	Dispositifs d'Emploi Accompagné
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DUD	Document Unique de Délégation
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Équivalent Temps Plein
EUFAMI	European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FNAPSY	Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry

GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
IME	Instituts Médico-Éducatifs
IMPro	Instituts Médico-Professionnel
ITEP	Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCO	Opérateur de compétences
PPSM	Plan Psychiatrie et Santé Mentale
PSSM	Premiers Secours en Santé Mentale
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RéHPsy	Réseau Handicap Psychique
ROCS	Référentiel d'Observation des Compétences Sociales
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SISM	Semaines d'Information sur la Santé Mentale
TAD	Théorie de l'autodétermination
UNAFAM	Union Nationale des Amis et des FAmilles de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

A partir des années 50-60, en psychiatrie, l'apparition de la chimiothérapie moderne, la politique de sectorisation, l'influence de la Fédération Croix Marine,¹ de l'UNAFAM, entraînent un mouvement de lutte contre la chronicisation² des malades dans les hôpitaux psychiatriques. La personne en situation de handicap psychique peut enfin sortir de l'enfermement psychiatrique avec un traitement qui la stabilise. L'hôpital psychiatrique n'est plus son lieu de vie. Lui aussi sort de ses murs en s'externalisant. La personne peut vivre à son domicile, dans son environnement, faire un projet de vie.

Mais beaucoup de ces personnes sorties ne peuvent se maintenir dans la société. Elles n'ont plus leurs repères structurants, le cadre de leur vie. Elles rechutent. Leurs difficultés les amènent à une nouvelle hospitalisation.

Une transition apparaît nécessaire pour permettre de s'entraîner à une vie la plus autonome possible. Des établissements sociaux et médico-sociaux se développent. La psychiatrie s'ouvre à la psychiatrie sociale.

En août 1977, le Centre de Cotagon ouvre avec un statut de centre expérimental. Financé par l'Aide Sociale, il est un espace de transition entre les soins psychiatriques hospitaliers et l'insertion sociale et professionnelle. Il offre des soins psychiatriques, un hébergement, propose des mises en situation de travail. Il répond à l'article 46 de la loi n° 75-534 de 1975 ; « Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».

Puis le financement de l'établissement est confié au Conseil Général du département d'origine des résidents par les lois de décentralisation.

En 2016, le Conseil Départemental (anciennement Conseil Général) retire le titre « expérimental » de l'établissement et ne finance plus le médical et le paramédical qui n'est pas de son ressort. Et pourtant, l'établissement continue d'accueillir des personnes en grande souffrance psychique.

L'établissement met alors en place un partenariat avec l'hôpital spécialisé de secteur qui accepte de reprendre le personnel paramédical de l'établissement. Ce personnel est rattaché au centre de réhabilitation psychosociale de l'hôpital psychiatrique. Leurs contrats de travail sont transférés, sous forme contractuel, passant du privé au public.

¹ La Fédération Croix Marine a vu le jour en 1952 sous l'impulsion de médecins psychiatres des hôpitaux œuvrant pour une psychiatrie sociale à dimension humaniste

² Pour un malade, être installé dans une maladie de longue durée sans espoir d'amélioration (Larousse)

La mission de l'équipe soignante du Centre se transforme et évolue vers la réhabilitation psychosociale. Cette transformation se met en place progressivement. Le service médical, devient le service de réhabilitation psychosociale.

La réhabilitation psychosociale est un ensemble d'outils de soin destinés au rétablissement des personnes en situation de handicap psychique, en favorisant leur inclusion sociale et leur qualité de vie.

L'article L 3221-1 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 définit que « la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale », elle définit la réhabilitation psychosociale comme faisant partie de la politique de santé mentale.

Les besoins des personnes accueillies évoluent. Elles aspirent à une vie la plus « normale » possible tout en maîtrisant les symptômes de leur pathologie. Leurs familles les soutiennent dans cette volonté. L'établissement se met en adéquation avec leurs souhaits, les politiques publiques et son besoin de modernisation, en développant l'habitat inclusif. Ces transformations induisent des difficultés organisationnelles.

Le rétablissement est un processus individuel fondé sur l'idée que la personne souffrant de troubles psychiques sévères peut récupérer de son pouvoir d'agir et reprendre le contrôle de sa propre vie. La personne maîtrise mieux les symptômes liés à son trouble en développant des stratégies personnelles. Elle se concentre sur ses compétences, ses capacités, ses forces et son bien-être pour se réinsérer socialement. C'est une démarche personnelle de réappropriation du pouvoir d'agir. La société a également sa part du travail en améliorant l'inclusion et la déstigmatisation.

De ma fonction de directrice, promouvoir le rétablissement des personnes accueillies m'apparaît comme un projet porteur de sens qui permettra d'unifier les différents services de l'établissement.

Pour cela, je développe en première partie ce qu'est le handicap psychique, l'évolution du regard porté à ces personnes par la société. Ensuite, je présente le rétablissement, puis la structure.

Dans une seconde partie, j'effectue le diagnostic de l'établissement en déterminant les éléments forts et ceux à améliorer, les risques de l'immobilisme face au rétablissement et les leviers pour le mettre en place.

Dans la troisième partie, j'expose mon plan d'action à mettre en place pour développer le pouvoir d'agir des personnes accueillies en augmentant le savoir des professionnels, en agissant sur l'organisation du centre et sur l'environnement des résidents.

1 Le Centre de Cotagon, un foyer de vie pour des personnes en situation de handicap psychique

Depuis 45 ans, le Centre de Cotagon accueille des personnes en situation de handicap psychique, orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et bénéficiant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). Le centre leur propose, un accompagnement médicosocial adapté, améliorant leur bien-être, les conduisant vers des perspectives d'inclusion sociale voire professionnelle.

Dans cette première partie, je présente ce que signifie vivre avec un handicap psychique (1.1). Dans un second temps, nous étudierons le changement de regard sur le handicap psychique (1.2), les principaux concepts qui en découlent (1.2) puis la notion de rétablissement et les moyens pour la développer (1.3). En dernier lieu, nous découvrirons l'établissement et ses orientations (1.4).

1.1 Vivre en situation de handicap psychique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser son potentiel, de bien apprendre, de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté ». « Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. » Citons les états dépressifs, la maladie bipolaire, la schizophrénie.

Les troubles psychiques modifient le comportement, la perception et le jugement de la personne entraînant une situation de handicap aux conséquences sociales. La classification de Wood³ définit ce handicap « par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles.». Comprendre ce que signifie vivre en situation de handicap psychique, me conduit à caractériser les troubles psychiques (1.1.1), à définir les besoins associés (1.1.2), je termine en présentant la population accueillie au sein du foyer de vie (1.1.3).

1.1.1 Caractéristiques du handicap psychique

Une pathologie mentale peut entraîner un handicap psychique. Il est défini par une déficience psychique conduisant à l'altération de la pensée, de l'humeur, du

³ Philip Wood a mis au point pour l'OMS « un manuel de classification des conséquences des maladies ». Il définit le handicap en trois points généraux : la déficience, l'incapacité, le désavantage.

comportement. Les capacités intellectuelles restent souvent vives. L'origine peut être biologique, psychologique ou sociale. Parmi les pathologies psychiques, je m'intéresserai aux troubles dont souffre la population accueillie au sein du foyer de vie. C'est-à-dire, suivant la Classification Internationale des Maladies⁴ : ceux A) de la schizophrénie, B) de la personnalité borderline et C) des troubles du développement de l'enfance.

A) Troubles schizophréniques

La prévalence mondiale de la schizophrénie varie beaucoup d'un lieu à un autre. Les chiffres « les plus bas ont été constatés aux États Unis au sein de la secte amish (0,3%), au Ghana (0,6 %) » Les chiffres « les plus élevés sont observés dans un isolat géographique de Suède septentrionale (17%), en Finlande (15%) ». Ces différences sont expliquées, en partie, par des critères de diagnostic qui ne sont pas les mêmes, il existe plus de 15 échelles différentes (d'Amato, Dalery, 1995 : 21-23). En France, les personnes souffrant de schizophrénie représente entre 1% de la population (Vidon, 2000). Les difficultés, variables d'une personne à l'autre, peuvent être combinées avec une intensité changeante et évolutive. Les symptômes sont classés en trois catégories.

- Les « positifs » qui se manifestent par des hallucinations auditives et visuelles, des idées délirantes de contrôle, d'influence, de persécution,
- Les « négatifs » qui « touchent essentiellement le domaine des émotions, de la volonté, de la motivation. La personne peut avoir une très grande pauvreté d'initiative, que ce soit dans son discours spontané ou dans ses activités qui sont très limitées. La dépendance par rapport aux stimulations de son entourage est alors majeure » (CNSA, 2017),
- Les symptômes « dissociatifs » sont caractérisés par une désorganisation ou interruption du cours de la pensée, du discours, une incohérence. Il existe des difficultés à s'engager, à réaliser des actions (exemple : les soins corporels), une résistance à toute suggestion ou sollicitation et des troubles cognitifs : « l'attention, la mémoire, les capacités visio-spatiales [...], la capacité à comprendre les émotions de l'autre (cognition sociale), les fonctions exécutives telles que la planification des actions quotidiennes [...]. L'altération de ces fonctions entraîne un déficit fonctionnel et constitue un obstacle à l'insertion sociale. » (Romnia, 2021).

Souvent une personne présente cette symptomatologie simultanément ou successivement avec plus ou moins d'intensité.

B) Troubles de la personnalité (borderline)

En France, le trouble de la personnalité touche environ 2% de la population avec un ratio de deux à trois femmes pour un homme (Allilaire, 2012).

⁴ CIM- 10 / ICD-100 M.S. Genève

Ce trouble comportemental se caractérise par plusieurs symptômes.

Les personnes atteintes rencontrent des difficultés émotionnelles. Elles peuvent-être rapidement submergées par leurs émotions. Leur état émotionnel est souvent intense, incontrôlable et changeant. Elles éprouvent un immense sentiment de vide intérieur qui doit constamment être alimenté par des sollicitations positives (Estellon, 2013).

Elles agissent de manière impulsive, elles peuvent faire des crises d'hyperphagie, être victimes d'addiction, avoir des comportements suicidaire, des gestes auto-agressifs.

Sur le plan cognitif, elles peuvent présenter, de façon périodique ou continue, des épisodes paranoïaques, de brèves hallucinations, ou un sentiment d'irréalité, de détachement par rapport à leur corps, leur environnement ou à leurs pensées. L'automutilation permet en ce cas de raviver leur capacité à se sentir exister.

La relation à l'autre est faite d'efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires. Chez les personnes souffrant de ces troubles, des mécanismes de défense, clivage ou déni, apparaissent (Estellon, 2013).

Ce trouble peut trouver son origine dans un stress intense, déclenché par des actes de maltraitance subis ou dont la personne a été témoin pendant son enfance.

C) Troubles du développement de l'enfance

La CIM-10 distingue deux grands troubles spécifiques à l'enfance et à l'adolescence :

- troubles du développement psychologique, caractérisés par des perturbations dans l'acquisition, l'expression d'habiletés développementales. Ce sont l'autisme (0,05% de la population), le syndrome d'Asperger (0,3%), le déficit attentionnel (3,5 à 5,6 %), l'hyperactivité (1%).
- troubles du comportement et émotionnels. « Le taux d'enfants scolarisés souffrant de troubles émotionnels et comportementaux, est de 12,4 % » (Lamboy, 2005).

Ces troubles se manifestent chez l'enfant par des difficultés de comportement, d'adaptation, qui perturbent son évolution et induisent des déficits cognitifs et relationnels. Cette classification est du ressort de la psychiatrie.

Victimes de stigmatisation et de rejet, les personnes souffrant de troubles psychiques sont vulnérables. « La personne vulnérable est celle qui n'est pas en mesure d'exercer les attributs de la personnalité juridique. Empêtrée dans une situation pathologique, elle reste en deçà du standard du bon père de famille. Droits et libertés ne sont pour elle que des mots. En pratique, elle ne sait pas ce que c'est » (Lagarde, 2009, 59).

Ces personnes présentent des difficultés dans leurs interactions sociales. Souvent dans l'incapacité à demander de l'aide, leurs difficultés sont sous-estimées. L'acceptation de l'existence des troubles est parfois difficile pour la personne et son environnement.

1.1.2 Les besoins des personnes en situation de handicap psychique

Pourtois et Desmet définissent les besoins non matériels en 4 dimensions : affective, sociale, cognitive et idéologique. Parmi elles, les dimensions sociales et cognitives regroupent les besoins les plus fréquents chez ces personnes (Pourtois, Desmet, 2012).

A) Besoins sociaux

Selon Ey, la maladie mentale est une maladie de l'adaptation sociale risquant d'entraîner l'exclusion sociale (Ey, 1966). Le handicap est la conséquence de la maladie sur la vie sociale. Les personnes sont en difficulté pour accepter l'aide, adapter leur comportement, mettre en œuvre leurs capacités de jugement. Les besoins sociaux se déclinent en :

➤ Besoins de communication

Le besoin de communication est indispensable. C'est l'un des 14 besoins fondamentaux selon V. Henderson. Parmi les personnes souffrant de troubles du développement de l'enfance, certains ont du mal à mettre des mots sur leurs douleurs ou leurs frustrations (Pellissier, 2006).

➤ Besoins de considération

Malgré son isolement apparent, la personne souffrant de troubles schizophréniques a besoin de contact avec les autres. Le lien « est ce qui est en mesure de rendre vivable la douleur d'exister » (Grimaud, 2003). Ainsi, elle appréciera d'être incluse au sein d'un groupe tout en gardant sa liberté de choix.

Les personnes en situation de handicap psychique manquent fréquemment de confiance en elles-mêmes. Elles ont besoin de la valorisation de leur savoir-faire et de leur savoir être. Le sentiment d'être utile contribue à répondre à ce besoin de considération.

➤ Besoins de structure

Le besoin de structure passe par le rythme biologique, souvent difficile à accepter et à acquérir pour ces personnes. Elles ont tendance à avoir un sommeil difficile, parfois dû à des angoisses. Leur cycle nyctéméral est souvent inversé. Les conséquences de la schizophrénie et de son traitement rendent la personne sujette à une grande fatigue. Le besoin de structure renvoie à un besoin de repères et de stabilité.

B) Besoins cognitifs

La stimulation, les apprentissages, et le renforcement des connaissances permettent de diminuer ces déficits. L'accompagnement passe par l'éveil de la motivation. Pour qu'un comportement change ou apparaisse, il faut encourager l'humain à agir sans le contraindre. Le stimuler lui permettra de sortir de ses ruminations et l'incitera à développer ses contacts sociaux. (Abidli, Piette, Casini, 2015).

C) Besoin de suivi médical régulier

D'une manière plus générale, les personnes souffrant de troubles psychiques ont besoin d'un suivi médical régulier, elles ont des difficultés à prendre leur traitement, à prendre soin de leur santé, à aller consulter le généraliste ou le dentiste.. Beaucoup n'ont pas une bonne hygiène alimentaire. De plus, certains médicaments entraînent une prise de poids. Ainsi, les problèmes somatiques⁵ sont fréquents.

Les besoins, variables d'une personne à l'autre, le caractère changeant et évolutif de la pathologie, obligent à prévoir :

- un projet de vie personnalisé et évolutif pour chacun,
- la mise en œuvre d'un accompagnement souple et adaptable en permanence.

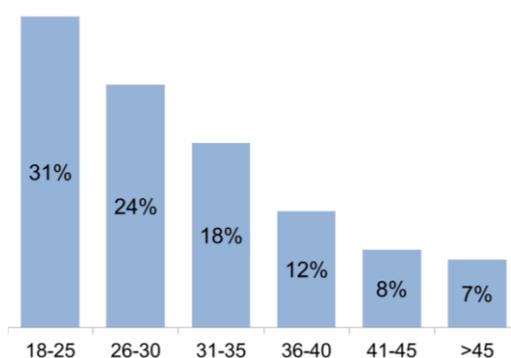
1.1.3 Les personnes accueillies au sein du Centre de Cotagon

La répartition des troubles psychiques dans la population accueillie est la suivante :

- Troubles schizophréniques : 60 %
- Troubles de la personnalité (borderline) : 10 %
- Troubles du développement de l'enfance : 30 %

Aujourd'hui, 85% de la population accueillie provient des départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Parmi eux, 25% sont originaires de l'Isère. Les 15 % restant proviennent de la région parisienne, du grand Est, de la Bourgogne-France-Comté.

Depuis 2018, le nombre de résidents provenant de ces régions a diminué de 10%. Ce choix résulte d'un partenariat hospitalier qui s'avère délicat lorsque la personne « décompense », nécessitant des moyens humains et financiers importants.



Age de la population accueillie en 2022

La première tranche est plus large que les autres. Elle comprend les [18-20] et les [20-25] ans.

La tranche d'âge 18-25 ans représente 30 % de la population accueillie. La forme de l'histogramme avec une prépondérance des tranches d'âge 18-25 et 26-30 reste

⁵ Qui concerne le corps (opposé à psychique)

inchangée au cours des 10 dernières années. L'âge médian⁶ de la population oscille entre 27 et 29 ans sur les cinq dernières années. Les résidents sont jeunes, souvent, ils n'ont pas eu l'occasion de travailler. Parfois même, ils n'ont pas eu la possibilité d'apprendre un métier. La population féminine fluctue entre 20 et 25%.

La structure dispose de 90 places. Sur une année, le nombre total de personnes qui y sont accueillies, varie entre 105 et 120⁷. Les demandes d'admission proviennent des MDPH, des structures hospitalières, de CMP, d'établissements médico-sociaux (IME, ITEP) et plus rarement de familles.

En moyenne, les personnes accueillies restent deux ans et demi dans l'établissement.

1.2 Le changement de regard sur le handicap psychique

De longue date, les troubles psychiques sont difficilement acceptés par la société. Cependant, elle prend peu à peu conscience que les personnes qui en souffrent ont besoin d'aide. Pour y répondre des politiques publiques sont adoptées. Cette partie présente, à travers l'histoire de la psychiatrie, l'évolution des politiques publiques en France (1.2.1), en Europe (1.2.2), l'amorce du changement de la société grâce à la lutte européenne contre la stigmatisation (1.2.2), les concepts d'insertion et d'inclusion (1.2.3).

1.2.1 Du statut d'aliéné au statut de personne en situation de handicap psychique

Pendant longtemps, les personnes malades mentales étaient prises en charge par leurs proches ou accueillies au sein d'institutions religieuses. Souvent exclues de la société, elles représentaient une menace pour l'ordre social.

En 1792, Philippe Pinel, psychiatre, abolit les chaînes qui entravent et animalisent les malades des asiles. Il instaure un « traitement moral » fait de fermeté et « respectant les droits sacrés de l'humanité », et montre que la folie n'est jamais complète.

Jean Esquirol poursuit et prolonge l'œuvre de Pinel. Il inspire la loi d'assistance de juin 1838 : « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés » (Collée, Quételet, 1999).

A partir des années 1950, la psychiatrie connaît une véritable révolution thérapeutique avec l'apparition de la chimiothérapie qui, associée à la psychothérapie institutionnelle, permet d'envisager la sortie d'un certain nombre de malades des établissements spécialisés. La psychiatrie s'ouvre aux sciences humaines (Goffman, 1968).

La circulaire du 15 mars 1960 préconise l'organisation des soins psychiatriques : création

⁶ L'âge médian est l'âge qui divise une population en deux groupes de nombre identique : la moitié est plus jeune et l'autre moitié est plus âgée que cet âge.

⁷ Sur les cinq dernières années

de dispensaires, de centres de jour, de foyers de post-cure, d'ateliers protégés. Elle conseille le découpage des départements en secteurs géographiques dans chacun desquels une équipe médico-sociale doit assurer la prévention, le suivi et la réinsertion des malades mentaux ressortissant du secteur. (Massé, Jacquard, Ciardi, 1987). Les concepts d'insertion et de réinsertion apparaissent avec la psychiatrie sociale.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 s'adresse aux mineurs et aux adultes handicapés physiques, sensoriels ou mentaux (au sens de la déficience intellectuelle). Elle ne fait pas allusion aux personnes handicapées psychiques. Cette loi a permis un développement conséquent de l'action sociale et de l'aide en faveur des handicapés.

Puis, la représentation du handicap évolue. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, tend :

- à la reconnaissance des droits des usagers à travers la mise en œuvre de divers instruments (livret d'accueil, Charte des droits et liberté de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, Conseil de la Vie Sociale, projet d'établissement,
- au renforcement des outils de pilotage à la disposition des décideurs publics et au recadrage budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- à la mise en place d'une évaluation liée au développement de la qualité des prestations.

Suite à cette loi, l'UNAFAM⁸ et la FNAPSY⁹ militent pour la reconnaissance des problèmes de handicap dus aux troubles psychiques, conséquence de la maladie et de l'environnement dans lequel se trouve la personne.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition du handicap qui reconnaît le handicap psychique :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » L'approche inclusive préconisée par cette loi met l'accent sur la situation de la personne en employant le terme « personne en situation de handicap ». Cette loi donne naissance au concept d'inclusion.

En 2014, Le rapport Piveteau fonde les bases de la continuité des accompagnements pour éviter les ruptures de parcours entraînant marginalisation voire exclusion des

⁸ Union Nationale des Amis et Familles de personnes Malades

⁹ Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie

personnes. L'accompagnement se travaille dans la continuité, en liant les projets, en développant une transversalité nécessitant de la coordination.

Parallèlement l'ANESM¹⁰ élabore des recommandations pour aider les établissements médico-sociaux à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. Elle publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles « spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques ». Le « programme pluriannuel - psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » prévoit la création de « recommandations de bonnes pratiques relatives aux interventions et aux techniques visant les fonctions cognitives des personnes avec des troubles psychiques ». Elles renforceront les compétences en matière d'accompagnement, amélioreront les pratiques, créeront une culture commune. Elles seront basées sur le concept de l'estime de soi et mettront l'accent sur les capacités de la personne. (Haute Autorité de Santé, 2020).

Malgré les lois, la société reste peu sensible. Elle est en difficulté pour intégrer les personnes qui ont été confrontées à un trouble psychique. Le taux de chômage de ces personnes est de 24 % (Agapsy-Galaxie, 2013). Et pourtant, le travail est un constituant de la reconnaissance sociale favorisant la réadaptation et l'inclusion sociale. L'amélioration des conditions de vie, de l'accompagnement vers et dans l'emploi, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique sont des axes de la « feuille de route santé mentale 2018-2023 ».

Pour une meilleure efficacité, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes souhaite rendre la personne actrice de sa prise en charge. A travers le Projet régional de santé 2018-2028, elle prône l'amélioration de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction. Elle favorise le travail en réseau entre le sanitaire et les structures d'hébergement. Elle permet le maintien des personnes souffrant d'addictions dans ces structures grâce à des formations pour les professionnels sur la prise en charge des addictions.

1.2.2 Les contributions européennes

A) Fédération européenne des familles de personnes atteintes de maladie mentale

Au niveau européen, l'UNAFAM a son équivalent : l'association EUFAMI (Union européenne des familles de malades psychiques), fondée en 1992. Comme l'UNAFAM au niveau de la France, l'EUFAMI exerce un lobbying actif pour obtenir des législations équitables à travers l'Europe qui soient au bénéfice des personnes concernées, de leurs accompagnants et des équipes médico-sociales. Enregistrée en Belgique en tant qu'organisation internationale à but non lucratif, elle représente des millions d'européens.

¹⁰ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'EUFAMI s'engage à améliorer les soins et le bien-être des personnes atteintes de maladie mentale. Elle permet à ses organisations membres de combiner leurs efforts et de partager leur expérience.

B) Lutte européenne contre la discrimination

En 1997, le traité d'Amsterdam, oriente la politique européenne en faveur des personnes handicapées vers le refus de toutes les discriminations. La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne interdit toute discrimination fondée sur le handicap (article 21), reconnaît le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté (article 26).

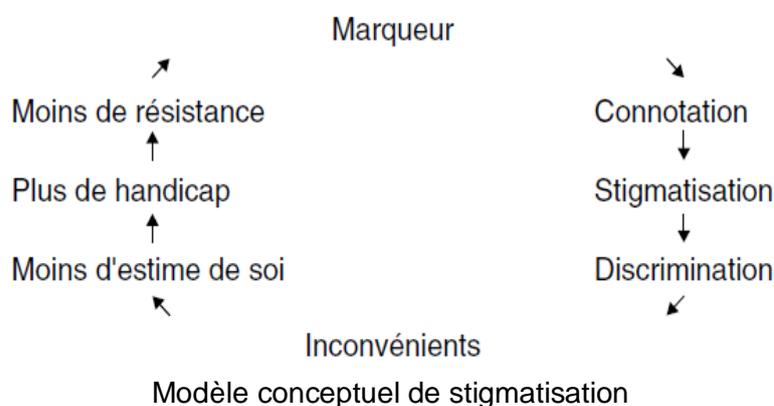
L'Union européenne lance un plan d'action intitulé "Égalité des chances pour les personnes handicapées" sur la période 2004-2010 qui est renouvelé la décennie suivante. En 2011, l'Union européenne ratifie la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH). Elle fixe des normes pour garantir leurs droits.

Trois grands thèmes structurent la stratégie décennale actuelle :

- le droit de s'installer dans un autre pays et de participer à la vie politique,
- le droit de choisir avec qui et dans quel lieu elles veulent vivre,
- la non-discrimination et l'égalité des chances.

Norman Sartorius, du département de psychiatrie de Genève initie un programme nommé « Schizophrenia –open the doors » Ce programme international contre la stigmatisation et la discrimination liées à la schizophrénie a été mené pendant 10 années dans 19 pays.

Des recherches ont permis de conceptualiser le processus impliqué dans la stigmatisation et la discrimination. Ce processus implique qu'un marqueur (une anomalie visible ou une étiquette) est une caractéristique qui évoque des sentiments négatifs. Le marqueur ainsi connoté devient un stigmate qui conduit à la discrimination de la personne. Celle-ci aggrave l'état de la personne stigmatisée. Elle entraîne des échecs due à la diminution de l'estime de soi. Le marqueur va alors s'amplifier, développant encore plus la stigmatisation.



Il est cependant possible d'arrêter ce cercle vicieux. Les interventions du programme sont adaptées à chaque pays. Sa durée est importante, permettant une meilleure efficacité qu'une simple campagne. L'implication active des personnes concernées améliore leur estime de soi. Ces équipes pluridisciplinaires alliant les personnes qui ont eu l'expérience de la schizophrénie et leurs familles mettent à disposition leurs outils créés. (Sartorius, 2007 : 788-792).

1.2.3 De l'insertion à l'inclusion

En France, c'est dans les années 60 que la question de l'insertion dans la société des personnes souffrant de handicap psychique chronique commence à être posée. Selon le petit Larousse, insérer c'est « mettre dedans », c'est trouver sa place dans un ensemble. Cette notion sous-entend que les personnes doivent s'adapter à la société pour être acceptées. L'insertion est le résultat de deux efforts : celui de la société, pour accueillir et celui de l'individu pour s'adapter. La société s'organise pour accueillir les personnes qui ne peuvent a priori rentrer dans « une norme qu'elle a elle-même définie ». L'insertion est liée à la manière avec laquelle la société, accepte, rejette ou ignore les personnes en situation de handicap (Jolivet, 1995 : 99-102).

Pour P. Nasse, l'insertion sociale, cherche à rétablir le lien social du sujet en offrant à la personne en situation de handicap, la possibilité :

- « de développer, malgré ses particularités négatives, une image valorisée de soi, »,
- de « se sentir partie prenante d'un sous-système d'appartenance »,
- d'établir un « lien sociétaire qui permet à chaque individu de se sentir citoyen »,
- de rétablir « le lien communautaire ». (Nasse, de Foucauld, 1992).

L'insertion est considérée comme une étape initiale vers une participation à la vie sociale et professionnelle. Elle est une occasion de retrouver des relations sociales, de se reconstruire une identité, de recréer du lien social. Son objectif est de fournir aux personnes les moyens de s'adapter, de s'intégrer à leur environnement afin qu'elles puissent participer aux activités de la vie quotidienne.

L'insertion sociale nécessite un soutien continu car la personne peut avoir des périodes de délire, de pensée désorganisée, de comportement étrange, qui peuvent rendre difficile sa participation à des activités sociales ou professionnelles. L'insertion ne peut se réaliser qu'en ayant conscience que les troubles mentaux seront toujours présents et peuvent évoluer, ce qui implique une prise en charge constante. Celle-ci consiste à être à l'affût des évolutions de la personne afin de l'accompagner sur « un chemin à découvrir ». L'insertion est fragile, rien n'est joué d'avance. (Arveiller et Bonnet, 1994).

Lorsqu'il y a eu insertion antérieure, le terme réinsertion est plus adéquat. C'est le cas pour les personnes présentant des troubles psychiques dont la pathologie ne s'est pas

installée dans l'enfance. L'insertion familiale, sociale, scolaire de ces personnes a existé. Même lorsque la maladie est stabilisée, le sujet n'est plus tout à fait comme avant. Selon Jolivet, la personne choisit le moment de se réinsérer lorsqu'elle bénéficie d'un minimum de liberté, avec les capacités qu'elle a, là où elle se trouve. Il n'est pas possible de décider à la place de la personne. Si elle ne veut pas, ne se sent pas prête, les efforts seront vains. En premier lieu, la personne doit trouver une motivation suffisamment solide et durable. A un moment donné, cette réinsertion peut se réaliser, provoquant parfois un effet de surprise heureux sans que l'on puisse toujours comprendre comment cela a pu se produire. Il n'y a donc pas lieu d'être défaitiste. (Jolivet, 1995 : 102-106).

La loi n°2005-102 demande de reconsidérer la place des personnes en situation de handicap au sein de la société. Elles doivent y être incluses. Le mot « inclusion » qui signifie « état de quelque chose qui est inclus dans un tout, un ensemble », vient du latin *inclusio* : emprisonnement, terme qui peut sous-entendre une privation de liberté. (Rey, cité dans Bouquet, 2015).

L'inclusion assure que les personnes en situation de handicap puissent participer activement et pleinement à tous les aspects de la vie. Elle vise à créer une société qui reconnaît la diversité des individus et encourage la participation de tous. Elle implique l'élimination de la stigmatisation des personnes en situation de handicap psychique.

L'inclusion est un objectif ambitieux et complexe à atteindre, qui implique de repenser de nombreux aspects de la société, attitudes, pratiques, de mettre en place des politiques et des pratiques inclusives. Elle nécessite un changement de mentalité, de culture pour reconnaître et valoriser la diversité des individus. L'inclusion est un processus continu d'amélioration de la société (Bouquet, 2015).

Ce changement culturel se fait par le biais de campagnes de sensibilisation, par des programmes de formation dans les domaines de la vie sociale et professionnelle. Cependant, les changements de comportement et d'attitudes sont difficiles à réaliser, car :

- les préjugés et les stéréotypes sont profondément ancrés,
- l'accès à l'emploi est souvent difficile,
- les inégalités sociales restent très présentes,
- les politiques publiques sont encore insuffisantes,
- la participation des personnes concernées parfois défailante.

Le souhait d'accéder à un emploi, constituant un élément de reconnaissance sociale, est fort parmi les personnes en situation de handicap psychique. Depuis la loi du 8 août 2016 relative au travail, La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), pilote le dispositif d'emploi accompagné (DEAc) qui combine un accompagnement médico-social et une insertion professionnelle des travailleurs handicapés. L'amélioration de l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi est une des actions du « plan de Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 ».

L'accès au logement facilite également l'inclusion de la personne. Ainsi le programme « un chez soi d'abord », initié en 2011, se développe dans les grandes villes. Le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné constitue un autre axe du « plan de Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 ».

L'inclusion nécessite d'agir sur la société afin que tous les individus y trouvent leur place. Pour sensibiliser le grand public et lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, des campagnes nationales de communication et de prévention ont été mises en place depuis 2021. Ainsi, des formations de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) se développent ; une semaine par an est consacrée à la santé mentale.

En conclusion, l'insertion met l'accent sur l'adaptation des individus à la société, tandis que l'inclusion met l'accent sur l'ouverture et l'adaptation de la société pour accueillir la diversité. Sous l'impulsion européenne, la lutte contre la stigmatisation devient la préoccupation des politiques publiques. L'évolution des notions d'insertion vers celles d'inclusion reflète cette prise de conscience. Tous les individus d'une société juste et équitable doivent pouvoir y participer pleinement quelles que soient leurs différences.

Le concept d'inclusion nécessite des changements dans les pratiques existantes et une remise en question des inégalités qui contribuent souvent à l'exclusion et à la marginalisation des personnes en situation de handicap psychique.

Aujourd'hui, les politiques publiques requièrent de faire de l'inclusion. L'établissement évolue en ce sens. En tant que directrice, ma mission consiste à poursuivre vers cet objectif. J'ai à encourager les professionnels à prendre en compte les besoins de la personne accueillie et à respecter ses droits. Je dois également les guider vers l'acceptation de sa différence, la prise en compte de sa particularité, en considérant sa volonté. Le concept d'inclusion invite mes équipes à relever le défi d'adapter l'établissement à chaque personne accueillie.

1.3 Le rétablissement

Le terme « rétablissement », « recovery » en anglais, est issu des Etats-Unis où d'anciens buveurs se réunissaient pour se soutenir dans leur démarche d'abstinence. Ils se sentaient en « rétablissement » lorsque, abstinent, ils redonnaient du sens à leur vie.

En santé mentale, ce sont les personnes souffrant de handicap psychique qui impulsent la notion de rétablissement, distinguant leur avenir et leur maladie (Farkas, 2007).

Le rétablissement repose sur l'amélioration du bien-être, de la qualité de vie, de l'augmentation du pouvoir d'agir. « C'est un « aller mieux » dans le cadre d'un trouble psychique que l'on ne peut pas guérir » (Demailly, Garnoussi, 2016). Il « implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on

dépasse les catastrophes de la maladie mentale » (Pachoud, 2012). C'est « une transformation de soi liée au fait d'accepter ses limites et de se découvrir d'autres possibilités » (Martin et Franck, 2013).

Le rétablissement est un cheminement personnel, autour du narcissisme, où chacun devient acteur de son parcours. Il appartient à celui qui le vit d'en rester maître. Ce concept entraîne une évolution des pratiques des professionnels (Pachoud, 2012). Leur place est interrogée. Ils ne peuvent pas faire du rétablissement, mais le faciliter ou l'entraver (Boardman, Shepherd, cité dans Jouet, Greacen, 2012).

Après cette description de la notion de rétablissement, j'aborde les éléments qui la favorisent (1.3.1), certains moyens qui la soutiennent issus de la psychiatrie sociale : la réadaptation et la réhabilitation psycho-sociale (1.3.2), l'entraide entre pairs (1.3.3) et l'"empowerment" (1.3.4).

1.3.1 Les éléments favorisant le rétablissement de la personne

Les éléments favorisant le rétablissement sont l'espoir, l'autodétermination, l'engagement, et l'inclusion.

A) Susciter l'espoir

L'espoir sera apporté par le professionnel en :

- aidant la personne à s'adapter,
- identifiant ses forces, valorisant ses compétences,
- partant de ses envies,
- étant attentif à ses objectifs,
- l'aidant à trouver des opportunités pour atteindre des buts positifs,
- lui donnant l'envie de changement,
- l'amenant à une réflexion sur elle-même.

B) Favoriser l'autodétermination et l'engagement

Le professionnel :

- reconnaîtra ses rêves et ses objectifs,
- l'incitera à se remettre en question,
- l'aidera à prendre des décisions dans la perspective de son évolution,
- la fera sortir de sa zone de confort en la laissant prendre des risques,
- aura une attitude respectueuse et travaillera d'égal à égal,
- aura des attentes positives.

C) Promouvoir l'inclusion sociale

Le professionnel l'aidera à :

- s'engager dans la vie sociale,

- surmonter les discriminations,
- prendre de la distance quant aux stigmatisations,
- agir sur l'environnement.

Ce changement d'approche implique une évolution des institutions avec de profonds changements de croyances et de postures, l'établissement d'une relation basée sur le partenariat (Surber, cité dans Jouet, Greacen, 2012). Certaines techniques favorisent le rétablissement : la réadaptation et la réhabilitation psycho-sociale, l'entraide entre pairs, l'"empowerment" ou pouvoir d'agir.

1.3.2 La réadaptation et la réhabilitation psychosociale

A partir des années 50, le milieu soignant prend conscience que les aspirations des patients ne sont pas considérées et leur marginalisation est de moins en moins acceptée par les familles (Massé, 2006 : 291-296). C'est dans ce contexte qu'apparaissent les concepts de réadaptation à partir de 1960 puis de réhabilitation dans les années 1990.

Le terme de « réadaptation » se définit par « ajuster de nouveau, rajuster à de nouvelles conditions »¹¹. En anglais, il se dit « réhabilitation ». En français, le terme « réhabilitation » signifie l'action de « rétablir les droits d'une personne condamnée, faire recouvrer son estime dans l'opinion ».¹²

La réadaptation et la réhabilitation sont deux approches -dont les limites sont assez imprécises- aidant la personne en situation de handicap psychique à améliorer son fonctionnement social et sa qualité de vie. Ces concepts prennent en compte la personne et son environnement. Ils visent à abolir les barrières artificielles, néfastes, érigées entre elle et la société. (Bonnet, Arveiller, 2012 : 179-196).

A) La réadaptation

La réadaptation propose à la personne un travail sur ses aspects individuels (a)) et sur son environnement (b)) avec, pour support, des mises en situation de travail.

a) *Aspects individuels*

La réadaptation est une stimulation dynamique des capacités sociales, émotionnelles, cognitives, d'apprentissage. Elle passe par l'apprentissage d'automatismes de base : vêtue de travail, respect des horaires, formation aux gestes techniques, rythme de travail (Rousset, 1969). Outre d'apprendre au résident, son but est également « de le confronter à une situation d'engagement, de comprendre ce qui fait blocage, de trouver avec lui des solutions possibles et surtout le possible d'une action réussie dans la maîtrise, même

¹¹ Définition du Petit Robert

¹² Définition du Larousse

partielle, d'un objet indispensable au renforcement narcissique. » (Arveiller, Bonnet, 1994 : 72).

La réadaptation professionnelle mène progressivement la personne à un travail rentable, lui permettant de prendre conscience de son utilité pour la société et d'entrevoir ses possibilités de redevenir un citoyen autonome et respectable (Doublet, 1967).

Les facteurs favorisant la réadaptation sont :

- L'intérêt suscité et son maintien,
- Des activités progressives, profitables à la communauté, dans laquelle la personne peut s'épanouir,
- Des buts adaptés et accessibles,
- La valorisation des réussites (Doublet, 1967).

b) Environnement

L'action sur la personne ne représente qu'une partie du concept de réadaptation. Il faut également agir sur son environnement. Par exemple, une action directe sur la famille, sur le futur employeur pour faire évoluer leur compréhension de la maladie mentale peut être entreprise. Leur collaboration est très importante (Rousset, 1969).

B) La réhabilitation psychosociale

Utilisé dans le domaine médical, le terme réhabilitation qualifie le processus qui vise à amener la personne à l'état le plus proche possible de celui qui était le sien avant la maladie.

Le terme de réhabilitation est défini par Arveiller et Bonnet, comme « un retour à la vie sociale correspondant aux capacités réelles existantes, restantes de l'individu » (Arveiller, Bonnet, 1994 : 81-89). L'OMS, en 2001, le définit comme la « possibilité d'acquérir ou de recouvrer les compétences pratiques nécessaires à la vie en communauté ».

La réhabilitation psychosociale devient un ensemble de pratiques ayant pour objectif de redonner sa place dans notre société aux personnes ayant une maladie psychique. Elle se concentre sur la restauration des fonctions psychologiques et sociales altérées. Les programmes de réhabilitation aident les personnes à améliorer leurs capacités cognitives, émotionnelles, sociales, à gérer leur maladie et à en réduire les symptômes.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe les priorités du projet territorial de santé mentale sur les soins de réhabilitation psychosociale. Des centres de réhabilitation psychosociale sont développés sur chaque département.

1.3.3 L'entraide entre pairs

Le concept de pair-aidance se retrouve dans les contextes de certaines maladies (cancer, alcoolisme). Il repose sur l'idée qu'en ayant vécu les mêmes fragilités, les mêmes rechutes, les mêmes souffrances et les même doutes, la personne qui a réussi à gérer au mieux sa maladie peut accompagner une autre personne qui n'en est pas au même stade. Le pair-aidant souffrant de troubles psychiques a été lui-même hospitalisé. Il apporte son aide, grâce à son expérience, aux personnes en situation de handicap psychique.

Ces médiateurs-pairs, « disposent d'une expertise d'expérience liée à leur parcours de soin au sein de l'institution et face à la maladie ». Ils sont dans un processus de rétablissement avancé. Ayant trouvé leur stratégie d'adaptation, le chemin vers leur mieux-être, ils sont les témoins entre la théorie du rétablissement et la mise en pratique. (Roucou, 2008).

La personne aidée s'identifie au pair-aidant, figure d'espoir pour lui. Tous deux ont un vécu proche, ils échangent sans préjugés ni stigmatisation. L'aidé se projette, sort de son isolement ; son regard sur lui-même change, stimulant le déclic vers son rétablissement.

Le médiateur fait preuve d'une qualité d'empathie, d'écoute active, facilite la restauration de l'estime de soi, le développement du pouvoir d'agir du pair-aidé. Il l'influence sur son changement sans imposer sa vision des choses, l'encourage à « dépasser les étiquettes, à sortir du cadre établi, de manière sécurisée » (Niard, Maugiron, Franck, 2020).

Dans sa pratique, le pair-aidant recherche l'horizontalité de la relation pour faire naître l'espoir et le pouvoir d'agir. Il transmet ses astuces personnelles développées pour vivre avec le handicap psychique (Niard, Maugiron, Franck, 2020). De ce fait, il remet en question la frontière symbolique : celle qui sépare « sachants et profanes », ou « travailleurs sociaux et personnes accompagnées. » (Schweitzer, 2020).

Au-delà du partage d'expérience, le médiateur pair a le désir de se sentir utile. En aidant, en contribuant au rétablissement de la personne qu'il accompagne, il développe son estime de soi, l'entraînant un peu plus vers son propre rétablissement.

En 2011, l'OMS crée le premier programme expérimental de recrutement et de formation de « médiateurs de santé-pair » au sein des hôpitaux spécialisés.

Ce « savoir expérientiel » fait l'objet d'une formation, d'une supervision afin d'être utilisé avec prudence et discernement. Ce nouveau type de savoir est soutenu par l'approche orientée vers le rétablissement (Le Cardinal et al, 2013).

Les intervenants médico-sociaux appréhendent les travailleurs pairs. En effet, ceux-ci posent un regard critique sur les pratiques classiques et remettent en question l'asymétrie

de la relation. Ainsi, les équipes manifestent de fortes résistances à l'arrivée de ces nouveaux professionnels, perçus comme une menace et jugés incompetents qui sont alors mis dans une position paradoxale. Ils ne se sentent ni légitimes auprès de leurs collègues professionnels, ni pour les personnes accompagnées. (Schweitzer, 2020).

Pour que l'intégration de pair-aidant dans une équipe fonctionne, le soutien du Conseil d'Administration me sera nécessaire. Pour cela ses membres reconnaîtront les savoirs issus de l'expérience comme légitimes et utiles.

La préparation des équipes à la venue éventuelle de médiateur-pair est indispensable afin qu'une culture commune puisse émerger. « Le statut des pairs-aidants doit être clairement établi et compris par les équipes pour éviter la confusion des rôles et les critères de sélection doivent être suffisamment exigeants pour que les pairs-aidants puissent remplir leur rôle dans de bonnes conditions » (Roucou, 2008). Il est donc nécessaire de bien préparer l'équipe à leur venue. Lorsque l'équipe comprend le sens d'un accompagnement des personnes vers leur rétablissement, le « médiateur de santé-pair » y est bien intégré (Le Cardinal et al, 2013). Pour cela, il me semble important que l'équipe de cadre soit impliquée dans son recrutement, puis il sera intégré dans une équipe et accompagné.

Le médiateur santé-pair favorisera la compréhension des besoins des personnes accueillies. Il sera le vecteur de la transformation de l'établissement. Il amènera des pratiques nouvelles aux équipes, une remise en question.

1.3.4 "Empowerment" ou pouvoir d'agir

Le concept d'"empowerment" est issu du mouvement de protestation pour l'égalité des droits civiques et la lutte contre la pauvreté aux États-Unis. En 1995, l'Organisation des Nations Unies déclare que « les personnes doivent participer pleinement aux décisions et aux processus qui décident du cours de leur vie ».

Selon l'OMS, « La clé de l'"empowerment" est la suppression des barrières formelles ou informelles et la transformation des relations de pouvoir entre individus, groupes sociaux, services et gouvernements. Le pouvoir est au cœur de l'idée d'"empowerment" ».

Dans le domaine de l'accompagnement en santé mentale, l'"empowerment" renvoie au niveau de choix, d'influence et de contrôle que la personne exerce sur les événements de sa vie : c'est un voyage continu avec de nombreuses étapes (Jouet et Greacen, 2012). Il induit « des résultats positifs en termes de santé, et notamment un meilleur bien-être émotionnel, une plus grande autonomie, une motivation à participer, et des capacités d'adaptation plus efficaces ». Selon Rowlands, le pouvoir d'agir implique un changement

dans la relation entre le professionnel et la personne accompagnée qui devient collaboratrice (Rowlands cité dans Ryan et Al, 2012).

En français, la notion « d'"empowerment" », fait référence au développement du pouvoir et à la capacité d'agir. Le Bossé la traduit par « Pouvoir d'agir » et la définit comme « la capacité pour les personnes de maîtriser ce qui est important pour elles, leurs proches, la collectivité à laquelle elles s'identifient ». Pour amener la personne vers son pouvoir d'agir, il propose de s'interroger avec la personne sur les obstacles l'empêchant d'avancer dans le sens de ce qui est important pour elle ; de l'impliquer dans les partages de point de vue, de prendre en compte le sien ; de rechercher avec elle des solutions en prenant en compte son environnement, son histoire (Moodstep, 2015).

Ainsi, l'approche du pouvoir d'agir, consiste à aider la personne à identifier ses difficultés, à puiser en elle ses propres ressources. Le développement du pouvoir d'agir est propre à chacun et s'inspire du vécu de la personne. Il entraîne la personne vers plus d'autonomie. Pour cela, donner l'espoir et du respect à la personne est essentiel. (Jouet et Greacen 2012).

La notion de rétablissement a émergé avec un certain succès dans la politique de santé mentale en France. C'est un concept-clé appartenant à la personne en situation de handicap psychique.

Il est de mon ressort de mettre un cadre, une ligne directrice à l'établissement afin que les pratiques s'alignent avec l'orientation politique de santé mentale. L'enjeu est fort, avec le risque que le mot « rétablissement » fasse uniquement partie du langage, tandis que la structure continue à jouer un rôle dominant, nécessitant que la personne s'adapte à elle.

Nous avons vu (paragraphe 1.2.2. B) que la lutte contre la discrimination est efficace lorsque les personnes concernées sont impliquées activement. Je dois mettre en œuvre la promotion du rétablissement, en toute transparence, avec la participation active des résidents. Cette transition pourra être longue, en reflet du temps nécessaire pour passer à une société plus inclusive.

Le rétablissement est favorisé par l'espoir, l'autodétermination, l'engagement, et l'inclusion.

Pour permettre le rétablissement des personnes accueillies, il m'incombe de veiller à ce que les professionnels renforcent leur espoir en les guidant vers l'auto-questionnement de leurs pratiques, à travers d'outils comme la Checklist de l'Étoile du rétablissement¹³ (Glover, cité dans Jouet, Greacen, 2012, 48-50). Cet outil permet de vérifier que les

¹³ Les 5 branches de l'étoile du rétablissement sont la conscience active de soi, l'espoir, la capacité à agir à maîtriser une situation, la connexion et la découverte.

conditions d'accompagnement mises en œuvre favorisent le développement des potentialités des personnes.

Ce concept implique également que j'accompagne l'évolution de la relation entre le professionnel et le résident vers une alliance égalitaire.

1.4 Un établissement pour la réadaptation professionnelle et la réinsertion sociale de personnes en situation de handicap psychique

1.4.1 L'association gestionnaire de l'établissement

A) Historique

Monsieur Maurice Dailly, père de 4 fils, demeure dans le département. L'un de ses enfants, âgé de 20 ans entre brutalement dans la maladie psychique. Celle-ci, prenant rapidement de l'intensité, il est hospitalisé. « Nous étions devenus parents de malade mental et, comme tant d'autres, nous pensions être les seuls » disait-il. Il apprend que vient de se créer dans le Rhône, une section d'une association de parents (le début de l'UNAFAM).

Ce père de famille, touché par la maladie de son fils milite pour lui offrir un meilleur avenir que celui que lui réserve l'hôpital psychiatrique. Il fonde la section UNAFAM de l'Isère.

En 1969, se rendant au congrès de l'UNAFAM, il y sympathise avec le Docteur Lamarche. Ce dernier a créé, en 1962 le Centre de Post-cure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest avec le concours de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), à Billiers dans le Morbihan. Il témoigne de l'amélioration du comportement d'un bon nombre de malades grâce aux vertus de la vie rurale, de l'accompagnement à la vie sociale et du travail. Il développe la psychiatrie sociale favorisant l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

Le Docteur Lamarche guide et épaula M. Dailly pour créer en Isère, ce qu'il a réalisé en Bretagne.

Le combat de Monsieur Dailly est d'apporter un nouvel espoir pour son fils, ainsi il entreprend de créer un établissement ayant des compétences psychiatrique et sociale.

Il reçoit un accueil bienveillant du Président du Conseil Général de l'Isère.

En octobre 1971, l'Association pour la réadaptation professionnelle et la réinsertion sociale de Cotagon (nom du lieu-dit), à but non lucratif est créée conformément aux dispositions de la loi de 1901. Elle réunit dix membres. Monsieur Dailly en devient le Président. (Raffaelli, 2012 :60-63).

En 1977, cette association fonde le Centre de Cotagon en le pensant comme un Centre de postcure. Sa mission vise la réadaptation professionnelle d'adultes en situation de handicap psychique et leur réinsertion sociale. Le Docteur Lamarche en devient le

conseiller technique. L'établissement est accepté par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS), avec un Statut de « Centre expérimental ». Il dispose de 90 places réparties en trois unités et dix lits d'infirmier, permettant d'introduire une équipe médicale. Sa mission répondait pleinement aux besoins précisés par l'article 47 de la loi du 30 juin 1975, article abrogé par la suite.

B) L'association aujourd'hui

Aujourd'hui, les membres de l'association sont des :

- personnes physiques qui partagent et soutiennent la mission de l'Association,
- personnes morales appartenant à l'Économie sociale et solidaire, dont l'UNAFAM,
- gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux ou médicosociaux.

Pour mieux répondre aux politiques publiques, aux attentes du territoire, pour s'adapter aux évolutions du public, l'association a fait évoluer son projet associatif vers des valeurs plus centrées sur les attentes de la personne. Elles sont :

- La promotion du mieux-être : physique, psychique et social,
- La valorisation de la personne,
- L'inclusion,
- Le respect de l'intimité,
- L'accessibilité à la citoyenneté,
- La lutte contre la stigmatisation.

L'association est gérée par trois organes : l'Assemblée générale, le Conseil d'Administration et le bureau. L'assemblée générale a lieu une fois par an. Le Conseil d'Administration est composé de vingt personnes qui se réunissent quatre fois par an. Elles sont : membres du conseil municipal du village, membre de l'UNAFAM, anciens professionnels de structures médico-sociales. Huit personnes constituent le bureau.

Je rencontre régulièrement les membres du bureau. Les compétences et missions qui m'ont été confiées par délégation sont consignées dans le document unique de délégation (DUD), que j'ai présenté au CVS lors de notre première réunion.

Les autorités de contrôle et de tarification incitent les établissements à se regrouper en fusion d'associations ou en groupement de coopération sociale et médico-sociale. L'association ne dirigeant qu'un seul établissement, n'a jamais prospecté dans le sens d'un groupement. De ce fait, son pouvoir de négociation et sa force de proposition sont faibles au niveau du Conseil Départemental.

1.4.2 Un foyer de vie au réseau dynamique

A) Evolution et diversification du foyer de vie

Le Centre de réadaptation professionnelle et de réinsertion sociale de Cotagon, ouvre au mois d'août 1977. Il est habilité à recevoir des personnes adultes handicapées psychiques. Il comporte de l'hébergement, un pôle soignant pour la surveillance médicale encore nécessaire et des ateliers variés d'activité professionnelle pour permettre aux personnes hospitalisées depuis longtemps de quitter le milieu hospitalier, de tenter une resocialisation et, si possible un retour dans la cité.

En 2000, une nouvelle convention qualifie le Centre de foyer de vie.

Pendant quatre décennies, l'établissement a accueilli une population constituée de 80% de personnes souffrant de schizophrénie et 20% d'« état limite ». A partir de 2015, il s'ouvre à une population souffrant de troubles du développement de l'enfance. Pour répondre à leurs besoins, le management se tourne vers une prise en charge plus éducative, avec la transformation de divers postes¹⁴ -après accord du Conseil Départemental- en postes d'Educateur Spécialisé, d'AMP et de veilleur de nuit.

Parallèlement le financement de l'équipe médicale par le Conseil Départemental, accordé jusque-là à titre expérimental, est retiré. Un partenariat entre l'établissement et le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI), hôpital spécialisé du département est conclu. L'équipe médicale est transférée au Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (C3R) du CHAI. Elle est mise à disposition du Centre de Cotagon selon les modalités actée dans une convention signée en 2016. La mission des infirmières change : de l'accompagnement aux soins, elle se transforme en soins de réhabilitation psychosociale.

L'accompagnement aux soins est alors pris en charge par le personnel éducatif dont l'effectif continue d'augmenter. Le suivi médical des résidents se poursuit grâce à l'augmentation des partenariats.

Depuis 2018, l'hébergement se diversifie. Jusqu'alors, le résident logeait dans une chambre, sur l'un des trois pavillons de 30 lits, avec douches et toilettes communes. Aujourd'hui il a la possibilité de vivre dans une chambre individuelle avec sanitaire au sein d'une unité de 20 places, de vivre en colocation à 4 dans une maisonnette in-situ ou d'habiter au village en appartement, seul ou à plusieurs.

B) Inscription dans le territoire régional

Disposant de 90 places en internat, l'établissement est autorisé comme foyer de vie par le Conseil Départemental de l'Isère. Il est désigné par les articles L312-1 et L344-5 du Code

¹⁴ Deux postes de moniteur, trois postes d'animateur, et le poste du médecin psychiatre

de l'Action Sociale et des Familles, comme un établissement qui accueille et accompagne des personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie, leur assurant un soutien médico-social et éducatif permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social. Selon Jaeger, un foyer de vie est « destiné à des adultes en situation de handicap, à l'autonomie réduite, ne pouvant pas travailler, mais qui pour autant ne nécessite pas de surveillance » (Jaeger, 2014 : 57).

Dans son schéma départemental (2022-2026) le Conseil départemental de l'Isère affiche la volonté de « changer les représentations, donner du pouvoir d'agir aux personnes et à leurs proches aidants ; d'innover et de proposer des solutions adaptées à chaque étape du parcours de vie et de soutenir et valoriser les acteurs de l'autonomie au profit de la qualité de l'offre de service ».

L'établissement est financé au titre de l'aide sociale. Chaque année, le Président du Conseil Général de l'Isère approuve les dépenses aux niveaux des groupes fonctionnels transmis par le rapport budgétaire et fixe le prix de journée. Il est de 124,04€ à compter du 1er juillet 2022. Ce prix de journée est en dessous de la moyenne à la place qui est actuellement de 131€ (<https://www.cnsa.fr> consulté le 23 mai 2023). Effectivement, le prix de journée est faible, mais la comparaison n'est pas simple, certains foyers de vie accueillent des personnes ayant un fort niveau de dépendance, d'autres amortissent des constructions récentes. Cependant, cela interroge, serait-ce dû à la spécificité mono-établissement de l'association ?

Le département de l'Isère fixe le prix de journée. Mais, il n'est concerné qu'à 25 % de la facturation globale. En effet, (voir 1.1.3), seulement 25% des résidents sont issus du département et c'est le département d'origine de la personne qui verse son prix de journée.

Ainsi, le Centre de Cotagon s'inscrit dans le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes en accueillant des adultes en situation de handicap psychique, orientés par les CDAPH de leur département d'origine.

C) Acteur économique local

Le foyer de vie est situé en Isère, à Saint Geoire en Valdaine, commune de 2 500 habitants, sur une superficie de 30 hectares. L'implantation géographique est due aux vertus de la vie rurale et des travaux agricoles pour des personnes en situation de handicap psychique et a été voulue par les fondateurs. Dans ce cadre, les personnes peuvent s'extérioriser sans gêner autrui, ou se mettre en retrait sur les 30 hectares de nature. La campagne, les animaux sont des attraits souvent exprimés par les candidats lors de leur entretien d'admission.

L'établissement emploie 60 ETP, ce qui en fait le 2^{ème} acteur économique du village après l'EHPAD. La commune dispose de services, de commerces de proximité nécessaires à la

vie quotidienne, de cabinet médical et paramédical. Les résidents et parfois leurs familles sont clients de ces lieux. La commune est située entre Lyon, Grenoble et Chambéry.

La communauté de communes a mis en place un service de transport dédié reliant sa plus grande ville à l'établissement. Ce service, en place depuis 2014, est utile pour les temps libres des résidents, pour se rendre au domicile de leurs proches. Il contribue à l'acquisition de l'autonomie dans les déplacements et dans l'utilisation des transports.

D) Partenariat et travail en réseau pour une meilleure réponse sur le territoire

Dumont distingue trois types de partenariat :

- « partenariat par charte : Il engage les structures vers une coopération, une collaboration, une coordination, une mutualisation en faveur de valeurs partagées.
- partenariat conventionnel : Il précise de manière opérationnelle les modalités de coopération, de collaboration, de mutualisation ou de coordination que chaque structure s'engage à mettre en œuvre. Généralement complété par une charte, ce partenariat engage les structures dans une collaboration formalisée, contractualisée et détaillée dans les termes de la convention qu'elles ont signée entre elles.
- partenariat de dispositif : Il formalise et impose aux structures concernées, par les textes législatifs qui définissent le dispositif, la coopération, la coordination et la mutualisation qui doivent être mises en œuvre. Il engage les structures et institutions dans une coopération formalisée, officialisée par les missions qui leur sont attribuées dans les textes réglementaires qui régissent le dispositif dans lequel elles évoluent. »
(Dumont, 2020 : 9)

a) *Avec le CHAI, hôpital spécialisé du département*

N'ayant plus les financements du service paramédical, l'association s'est tournée vers Centre Hospitalier spécialisé du département, le Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI). Un partenariat conventionnel a été établi entre les deux structures. Les contrats de travail des salariés paramédicaux ont été transférés, sous forme contractuel.

Ce partenariat répond pleinement aux recommandations de l'ARS, qui à travers son Projet régional de santé, 2018-2028 prône le travail en réseau entre le sanitaire et les structures d'hébergement. Ainsi, ce partenariat permet la reconnaissance de l'établissement par l'ARS, bonifie son offre d'accompagnement par de la réhabilitation psychosociale, renforce sa stabilité et sa notoriété. Véritable atout, de communication, afficher ce partenariat avec cette structure experte contribue à la reconnaissance du foyer de vie.

b) *Autour de la personne accueillie*

L'implication de la famille dans l'accompagnement du résident, est maintenue tout au long de son séjour avec son accord préalable. Il en est de même pour les services

mandataires judiciaires avec lesquels l'établissement tisse un lien étroit.

Le lien avec les équipes qui suivaient précédemment la personne est également primordial pour garantir la continuité des soins et la fluidité des parcours.

c) Dans le champ du handicap psychique

Sur le département une autre association est spécialisée dans le champ du handicap psychique. Elle résulte de la fusion de deux associations dont l'une était gestionnaire d'un foyer de vie et de réadaptation socioprofessionnelle et l'autre d'un service d'accompagnement. Cette association développe des SAMSAH sur les grandes villes du département.

Avec cette association, résidents et professionnels de l'établissement participent au Conseil de Santé Mentale (CLSM)¹⁵ de la communauté de communes autour de divers évènements : semaine de la santé mentale, journée de la schizophrénie.

Depuis 2014, l'association fait partie des « couleurs de l'accompagnement », partenariat réunissant dix associations intervenant dans le domaine du handicap psychique, en Auvergne-Rhône-Alpes. Elles ont toutes une expérience de plusieurs décennies dans l'accueil, l'accompagnement, le soutien de personnes en situation de handicap psychique. Ensemble, elles organisent des campagnes pour sensibiliser et lutter contre la stigmatisation liée à la maladie mentale. Par exemple, des professionnels et des résidents ont participé à la campagne « Et Alors ! » :

- En 2014, réalisation d'affiches diffusées dans des grandes villes : une affiche montre une photo avec résident et professionnel prise sur le centre,
- En 2017, la campagne se décline à travers une série de vidéos : des résidents et des professionnels sont filmés dans les transports en commun. Les clips sont accessibles sur Internet,
- En 2020, une exposition virtuelle est lancée, elle permet de découvrir des œuvres de personnes en situation de handicap psychique. Des œuvres de résidents du Centre y figurent.

Ces campagnes répondent à l'article Art. R. 3224-3 du décret 2017-1200 de 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

L'établissement entretient des relations privilégiées avec les associations de la région gestionnaire de foyer de vie, FAM, ESAT pour des personnes en situation de handicap psychique. Elles permettent une continuité dans l'offre d'accompagnement au service du parcours du résident (voir 1.4.3 D).

¹⁵ La loi 2016 de modernisation du système de santé vise la généralisation des CLSM qui favorisent une politique locale en santé mentale. Ils améliorent la prise en charge des personnes en coordonnant les acteurs sanitaires et sociaux.

1.4.3 L'offre d'accompagnement du foyer de vie

Le foyer de vie est structuré en quatre services, appelés pôles : *administratif*, *logistique*, *habitat* et *activités de jour* (voir annexe 1 p II). Ces deux derniers sont les plus importants en nombre de postes.

Le pôle habitat, le pôle activité de jour et le service de réhabilitation accompagnent les résidents.

A) Le pôle habitat

Le pôle habitat propose des accompagnements de la vie quotidienne : éducation aux soins corporels, entretien de l'espace personnel, du linge, des espaces communs, composition et préparation des repas du soir et des week-ends, l'accompagnement aux courses, activités sur les temps de week-end.

Cet accompagnement permet d'améliorer l'autonomie sociale à travers la mise à disposition d'une chambre individuelle soit dans un hébergement collectif, soit en colocation en maison sur le domaine ou en appartement dans le village. Le résident est sollicité pour soigner sa présentation, assurer l'entretien de sa chambre, de son linge, des espaces communs...

Des activités sur les temps libres enrichissent sa vie sociale et culturelle. Elles permettent son inclusion dans la société. Ainsi comme tout un chacun, les résidents ont la possibilité de participer aux animations du territoire.

B) Le pôle activités de jour

Le pôle *activités de jour* propose des activités sportives, de loisir, de détente, d'accompagnement spécifique (code de la route, rendu de monnaie,...). Il propose également des mises en situation de travail dans des ateliers réparties en trois secteurs : restauration (service de salle et cuisine), technique (métallerie, menuiserie, multiservice, confection, bureautique, informatique) et nature (soins aux animaux, horticulture, maraichage, espaces verts). Ces ateliers sont animés par des professionnels du métier. Le résident a la possibilité d'avoir une activité d'atelier toute la journée, juste le matin ou de ne pas participer.

C) Le service de réhabilitation psychosociale

L'équipe du CHAI, composée de 3 infirmières, d'une aide-soignante et d'une psychologue, propose aux résidents qui le souhaitent :

- une évaluation fonctionnelle intégrant une évaluation neuropsychologique,
- de la psychoéducation : connaissance de la pathologie, des traitements, gestion des symptômes,
- un entraînement aux compétences sociales,
- de la remédiation cognitive : mémoire, attention, fonctions exécutives,

- de la cognition sociale,¹⁶
- des ressources personnelles (Estime de soi, Gestion du stress),
- des ateliers d'acquisition et/ou de renforcement des habiletés de la vie quotidienne,
- Des accompagnements aux soins d'hygiène, aux prises de rendez-vous,
- Suivi psychologique.

D) Un espace de transition

Le foyer de vie offre aux personnes accueillies, la possibilité de développer leurs potentialités latentes et leur autonomie. Pour certains, il devient un espace de transition en vue d'une intégration en Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT), en Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), en appartement...

Dans le tableau suivant sont répertoriés les lieux intégrés par les anciens résidents de l'établissement au cours des cinq dernières années. La durée des séjours au Centre de Cotagon varie suivant le projet de la personne. Ces durées dépendent du temps nécessaire à chaque résident pour murir son projet de vie personnel, à son évolution pour pouvoir le concrétiser. Elles sont également tributaires des listes d'attente pour les ESAT, les foyers de vie et les FAM.

	2018	2019	2020	2021	2022	Durée moyenne du séjour
Appart et travail en Milieu ordinaire	1	4	1			2 ans
Appart	3	3	2	1		3,5 ans
CRP	1					3 ans
ESAT	8	6	8	5	3	4 ans
Foyer de vie / FAM	3	1	1	3	2	5 ans
Total	16	14	12	9	5	

Conclusion de la première partie

Dans cette première partie, nous avons observé l'évolution du statut de la personne lié à la souffrance mentale. La personne aliénée est devenue personne en situation de handicap psychique. L'étude des troubles psychiques a mis en évidence que ces personnes ont des besoins sociaux, cognitifs et médicaux. Ces besoins individuels, changeants et évolutifs confirment la complexité de l'accompagnement qui nécessite personnalisation, souplesse, adaptation.

¹⁶ Conscience des états mentaux d'autrui et de soi-même

Les politiques publiques ont fait de la personne en situation de handicap psychique un sujet de droits. Elle a le droit de contribuer à la vie en société, de choisir son lieu de vie, d'agir pour son propre bien, de faire des choix. Malgré ses droits, la place de cette personne dans la société reste difficile à acquérir. La stigmatisation est encore présente. L'inclusion devient un défi sociétal.

Pour qu'il y ait rétablissement, le handicap doit être consécutif à une maladie. Le rétablissement vise à améliorer la vie de la personne et par conséquent sa santé. L'accompagnement au rétablissement doit insuffler l'espoir, favoriser l'autodétermination, l'engagement de la personne, son inclusion.

Cette première partie présente également l'établissement et la population qu'elle accueille. Héritier de la psychiatrie sociale, le Centre de Cotagon propose un hébergement, des mises en situation de travail, des loisirs culturels et sportifs, de la réhabilitation psychosociale. Il a évolué pour répondre aux politiques publiques, à l'évolution des besoins de ses résidents.

Il promeut l'inclusion sociale en offrant un hébergement allant du collectif à l'appartement individuel. Il lutte contre les discriminations, en participant à des campagnes de destigmatisation. Pour favoriser l'inclusion, il mène des partenariats avec des associations locales et développe l'habitat inclusif.

2 Des difficultés pour accompagner la personne vers son rétablissement, malgré des ressources adéquates

Dans la première partie j'ai expliqué comment l'établissement s'est adapté à l'évolution du public, les moyens qu'il a développés pour soutenir l'inclusion sociale. Je propose maintenant, un diagnostic de l'offre d'accompagnement permettant de constater si elle est en adéquation avec les politiques publiques, et si elle favorise le rétablissement des personnes accueillies.

Défini par la loi n°2002-2, l'accompagnement permet à la personne accueillie d'être protégée, d'acquérir de l'autonomie, de devenir acteur de sa vie, d'accéder à la citoyenneté et d'avoir une vie sociale. Il doit être élaboré en fonction de ses besoins, de ses attentes dans son projet personnalisé qui en devient le fil conducteur. Ainsi, j'analyse les forces et les faiblesses de l'accompagnement proposé par l'établissement, au travers de cet outil qui me paraît essentiel et transversal. (2.1). Puis, je poursuis l'analyse à travers les particularités des trois entités d'accompagnement, et je complète par d'autres freins au rétablissement (2.2). Je poursuis avec les risques éventuels engendrés par l'absence de cette notion dans l'accompagnement, les obstacles et les freins à sa mise en œuvre et les leviers possibles (2.3).

2.1 Le projet personnalisé

Généré par la loi n°2002-2, le projet d'établissement est le document de référence de la structure. Il définit ses objectifs, ses modalités de fonctionnement, ses formes de coordination, de coopération. Il garantit le respect des droits des personnes accueillies. Outil de contrôle pour les autorités, il permet également de fédérer les professionnels vers les mêmes objectifs (Roland, Matho, 2013).

La RBPP « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* » indique que « le projet d'établissement intègre la démarche de projet personnalisé, en définit les principes et les modalités de mise en place » (ANESM, 2010, 34).

La RBPP « *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* » conseille de « co-construire avec la personne, les modalités de mises en œuvre des différentes étapes de son projet personnalisé, en tenant compte de son rythme », en étant à l'écoute de ses attentes. (ANESM, 2016).

« La démarche d'un projet personnalisé, respectueux des attentes de la personne, nécessite plusieurs phases :

- premiers contacts et premier recueil des attentes de la personne,
- analyse de la situation avec objectivation des éléments d'analyse,

- co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes,
- décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations, moyens alloués au projet,
- mise en œuvre, bilan intermédiaire et ajustements pour répondre aux évolutions,
- évaluation pour procéder à une réactualisation du projet personnalisé.».

(ANESM « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* », 2008 : 20).

Dans le projet d'établissement actuel du Centre, il n'y a pas de rubrique stricto sensu sur le projet personnalisé, il est cité dans les parties « le référent et le rapport d'observation » et « le référent et le rapport d'évolution » (Projet personnalisé du Centre de Cotagon, 2019 : 75-79).

La référence est réalisée par un éducateur spécialisé ou un moniteur éducateur du pôle *habitat* et supervisée par l'un des chefs de service. Sept référents se répartissent les 90 résidents de manière équilibrée. Le référent est désigné par le chef du pôle habitat en fonction de l'hébergement et du nombre de résidents déjà suivi par chaque référent. Le résident change de référent uniquement s'il change de résidence.

Le référent est en lien avec l'équipe d'origine, la famille et les partenaires médicaux.

Je constate, qu'au-delà d'être conforme aux politiques publiques, le projet personnalisé est une pratique bien ancrée, faisant sens. En effet tous les résidents présents dans la structure depuis plus de cinq mois ont un projet personnalisé, cependant, 4% des projets de plus d'un an n'ont pas été réactualisés, ce sont ceux de résidents ayant été hospitalisés au cours de l'année.

2.1.1 Un recueil des attentes dès le début de séjour

Le projet d'établissement de la structure est décrit « centré sur les besoins et les attentes de la personne accueillie ». Avant l'admission d'un futur résident, je réalise, avec un des chefs de service, un entretien avec la personne, son équipe précédente et éventuellement sa famille. Nous récoltons différents éléments : l'histoire familiale, les caractéristiques des troubles, les centres d'intérêt, les besoins et les attentes de la future personne accueillie.

Dès son arrivée, en journée, le résident est accueilli dans le « dispositif ETAP¹⁷ » du pôle *activité de jour* qui « réalise une évaluation de ses capacités, de ses potentialités, favorise l'expression de ses besoins. ». (Projet personnalisé du Centre de Cotagon, 2019 : 11).

Ces éléments sont consignés dans un cahier, appelé « *passport* » qui devient le relais

¹⁷ Évaluation Transition Accompagnement Personnalisé

entre les différents professionnels qui l'accompagnent. C'est un outil d'aide à son intégration et à l'expression de ses attentes.

Au bout de 3 à 5 mois de séjour, le process du projet personnalisé est mis en place. Au cours de l'entretien de préparation, le référent consigne les attentes du résident, dans la grille de recueil. Les référents ont suivi des formations sur l'écoute active, notion indispensable pour le recueil de la parole des résidents. En observant l'ensemble des projets personnalisés, je constate que la mission de consigner les attentes dans le support du projet personnalisé est toujours remplie mais certains résidents n'en expriment aucune.

« L'une des spécificités du handicap psychique peut être une difficulté à avoir des attentes [...] Les personnes peuvent être dans l'absence de demande explicite » (ANESM « *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* », 2016 : 17).

Cela peut être dû à la difficulté de se projeter, d'envisager de nouvelles perspectives.

« Pour pouvoir s'affranchir d'une difficulté, il faut pouvoir être actif » (Le Bossé, 2012).

J'observe que tout au long du séjour, le principe de soutien à la réflexion du résident sur ses souhaits et ses attentes est bien identifié.

2.1.2 L'évolution de l'évaluation des besoins

Dans le projet d'établissement, il est indiqué, que « le référentiel d'observation des compétences sociales (grille ROCS) constitue l'outil de base d'évaluation de l'institution » (Projet d'établissement du Centre de Cotagon, 2019, 60). Les éléments de ce référentiel ont été travaillés en équipe de direction en 2017. Puis, les professionnels y ont été formés, et il a été mis en place en début d'année 2019. Ce changement de support d'évaluation a été difficile pour les professionnels (moniteurs d'atelier, maitresses de pavillon, AMP, éducateurs spécialisés). Ils utilisaient jusqu'alors un outil réalisé par leurs soins, reconnu par les partenaires. En effet, les évaluations étaient adressées aux équipes hospitalières.

Peu à peu, les professionnels s'approprient le nouvel outil. Il est utilisé par les référents et l'ensemble des professionnels accompagnant le résident. Il apporte une observation étayée, partagée entre les professionnels. Ceux-ci apprécient son interface qui facilite la saisie, mais ne le trouvent pas parfaitement adapté. Ainsi, des professionnels du pôle « *activité de jour* » proposent un ajustement de l'outil au directeur en place à ce moment-là. Ce dernier n'en tient pas compte car, parallèlement, il a lui-même réalisé son outil qu'il met en place en début d'année 2021. Sa grille d'évaluation comporte cinq rubriques : gestion du quotidien, gestion du logement, gestion administrative et financière, gestion psycho-affective et mobilisation-activités. Cela a entraîné une perte de motivation, d'adhésion au projet personnalisé du résident de la part du service « *activité de jour* ».

Le support du projet personnalisé est placé sous la responsabilité du référent qui le remplit en concertation avec l'équipe d'hébergement. Dans une seconde étape, il rencontre, en présence du résident, le ou les moniteurs l'ayant accompagné. Puis, il réalise une synthèse de l'échange. Enfin, il récupère les observations transmises par les autres professionnels intervenant plus ponctuellement, retranscrit ces éléments et les porte à la connaissance du résident. Ainsi, le résident participe à son évaluation.

Cependant sa participation « n'est pas synonyme d'autonomie, d'expression de soi. Elle peut cacher une soumission au désir de l'autre, une simple adaptation à une demande institutionnelle, et finalement constituer une dépendance plus qu'une manifestation d'autonomie. » (ANESM Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008 : 16).

Il faut noter que lors du dernier changement de grille d'évaluation, ni l'équipe de direction, ni les acteurs de terrain n'ont participé à son élaboration. Suivant Miramon, je peux supposer la loyauté et l'obéissance des professionnels. Ils « n'ont pas la possibilité de refuser, de remettre en cause le changement ni de contrer l'action ». L'avantage est que le nouveau support a été « mis en pratique dans des délais très courts », en moins de trois mois, contre deux années lors du premier changement. Mais il a entraîné la passivité des professionnels qui adhèrent « au changement par simple docilité, sans conviction personnelle » (Miramon, 2001 ; 90-91). Je souligne également que l'évaluation du résident par les moniteurs repose maintenant uniquement, sur le référent.

2.1.3 Construction du projet personnalisé du résident

Le livret d'accueil évoque que le projet personnalisé « est co-construit entre le responsable de parcours et le référent de projet avec la contribution des autres professionnels. »¹⁸, mais sans le résident, ce qui va à l'encontre de son rétablissement. Cette co-construction se fait au cours d'une réunion pluridisciplinaire animée par le responsable de parcours. Sont invités :

- Les professionnels ayant le plus participé à l'accompagnement du résident,
- Les membres de l'équipe de réhabilitation psychosociale si le résident en a bénéficié,
- L'équipe médicale partenaire, l'établissement précédent,
- le mandataire judiciaire, le cas échéant.

Les résidents ne sont pas invités à participer à cette réunion. Une enquête que je réalise auprès d'eux m'indique que 72% le souhaiteraient. Pour certains, leur absence entraîne un sentiment de persécution.

¹⁸ Livret d'accueil p 6 Le responsable de parcours est le chef de service, le référent de projet est l'éducateur ou le moniteur-éducateur

Au cours de cette réunion, le référent lit les informations préalablement écrites par ses soins dans un support informatisé déjà mis à disposition de tous, sauf des personnes extérieures à l'établissement. L'animateur donne la parole, à tour de rôle. Si le professionnel est présent, il lui la laisse pour qu'il lise la partie concernant son accompagnement. Le service de réhabilitation psychosociale apporte une évaluation fonctionnelle intégrant une évaluation neuropsychologique et des ressources préservées. Les équipes partenaires apportent leur connaissance de la personne, et permettent d'affiner l'évaluation.

Au cours des dix dernières minutes de réunion, les professionnels évaluent le bien fondé des requêtes formulées par le résident, en tenant compte de ses capacités. Les objectifs et les axes d'accompagnement sont définis, sans véritable débat. Il s'agit plutôt, d'une discussion entre le responsable de parcours et le référent de projet.

« Je me demande si c'est bien d'accepter qu'elle aille en maisonnette, je pense que cette demande c'est plutôt pour être moins surveillée pour l'entretien de sa chambre » déclare l'un d'eux à propos d'une résidente qui souhaite intégrer une collocation.

La fameuse hypothèse, évoquée par Le Bossé : « si on laisse faire une personne, elle va tricher pour en faire le moins possible » apparaît parfois dans le discours de certains professionnels. Cela entraîne la nécessité de contrôler les personnes accueillies pour qu'elles soient actives plutôt que passives. Mais c'est le rapport à l'action qui a été détruit par la maladie et non, une volonté de tricher (Le Bossé, 2012).

Parfois, dans leur discours, certains professionnels estiment que le résident ne devrait pas penser comme il pense, vouloir ce qu'il veut. Il devrait vouloir son bien-être tel que, eux le définissent avec leur idéalisation, cliché, projection, ils orientent les axes d'accompagnement en fonction de ce qu'ils pensent être bien pour l'avenir du résident.

Je répertorie ces axes en cinq catégories : vie quotidienne, relations sociales, compétences intellectuelles, rapport au corps et à la santé, projet de sortie.

Ces échanges et apports des uns et des autres sont riches, intéressants, éclairants, surtout lorsque les partenaires sont présents. Mais, il y a confusion entre réunion de projet et discussion clinique.

Les professionnels manquent de connaissance sur le rétablissement, et pensent bien faire en décidant pour le résident comme en témoigne l'extrait d'une conclusion de synthèse : « Il est important qu'il avance progressivement dans ses projets et qu'ils mettent en application nos conseils afin d'avoir des bases solides ».

« Il s'avère être difficile pour de nombreux professionnels et structures de prise en charge de renoncer à leur rôle de spécialiste de la vie d'autrui. » (Jouet, Greacen, 2012). « Des solutions créent des prothèses plus ou moins adaptés qui n'obéissent qu'aux besoins sans tenir compte de la volonté du sujet. » (Jolivet, 1995). Absent. à la « co-construction »

du projet personnalisé, la personne n'a aucun moyen de contribuer à un pouvoir d'agir car elle est exclue du problème (Le Bossé dans Conférence [vidéo]. 2015).

Ces observations traduisent plusieurs nécessités :

- Une réunion clinique en présence des partenaires,
- Définir clairement l'objectif et les attendus de la réunion de co-construction de projet,
- Impliquer les participants en exigeant une préparation, avec en préalable la lecture des diverses évaluations,
- Accompagner les équipes vers un débat sur la pertinence et la réalisation des axes d'accompagnement.

2.1.4 Les objectifs des projets personnalisés

« La présence d'objectifs permettant de restaurer l'estime de soi, centrale pour beaucoup de personnes, sera priorisée. L'intimité des personnes est à respecter et privilégier : les professionnels veilleront à ce que les objectifs soient en harmonie avec ce principe ». (ANESM Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008 ; 26-27).

A la suite de la réunion pluridisciplinaire, les référents (parcours et projet) reçoivent le résident et lui exposent les axes d'accompagnement définis. La famille est systématiquement invitée à la restitution sauf si le résident s'y oppose. Le résident et sa famille s'expriment et peuvent faire part de leurs réticences, le cas échéant.

Des fiches actions découlent des objectifs fixés. Cependant, elles sont rédigées, par le référent, à la première personne du singulier, comme si c'était le résident, lui-même, qui les écrivait. Pensant le placer ainsi, au centre de l'action, voire responsable de son accompagnement, il le prive de son pouvoir d'agir. Quelquefois, les termes employés ressemblent à une injonction où la prestation de l'établissement n'apparaît pas : « Poursuivre les consultations mensuelles au CSAPA, en autonomie », trahissant une confusion entre projet personnel et projet personnalisé.

« Le projet personnel appartient à la personne considérée. Le projet personnalisé est le fait d'un tiers qui réalise un projet pour quelqu'un d'autre. Le projet personnel vient d'une personne, le projet personnalisé est destiné à une personne. » (Loubat, 2002, 210).

Les objectifs définis sont relativement simples, positifs et clairs, mais manque d'indicateurs. Ils ne sont pas toujours réalisables et pertinents pour le résident, du fait de leur pathologie¹⁹. Sur un fiche action d'un résident, dans le suivi de l'action « Je range et fait le tri dans mes placards une fois par mois », le référent note plusieurs fois que le résident « n'est pas dans cet objectif, qu'il n'en voit pas la nécessité ». L'action serait à réadapter, mais ni le référent, ni le responsable ne la rectifie.

¹⁹ Par exemple : fréquence de la douche, du changement de vêtement

Jean René Loubat évoque que l'« on entend encore fréquemment des professionnels déclarer que le résultat est difficile à mesurer dans les secteurs de l'action sociale et médico-sociale », alors qu'il existe « une foule d'indicateurs et de système d'évaluation » et que « si l'objectif s'avère flou, le système de mesure ne peut déterminer d'indicateurs pertinents » (Loubat, 2013 : 183-208).

Il y a peu de répartition des prestations car plus de 65% sont attribuées au référent. Cependant, il « n'est pas celui qui a la seule responsabilité de l'accompagnement d'une personne désignée mais celui qui a le souci de son suivi » (Gaberan, 2007 : 120).

Il y a un flou dans l'objectif du projet personnalisé. Il apparaît comme un ensemble d'objectifs fixés aux résidents, ne supposant pas nécessairement une prestation de la part de l'établissement. Repositionner l'objectif du projet personnalisé est nécessaire.

2.1.5 Le suivi des objectifs

« La mise en œuvre du projet personnalisé sera suivie, c'est-à-dire que les principales parties prenantes vérifieront l'avancée des objectifs et la cohérence de l'accompagnement et des prestations avec l'évolution de la situation. Les modalités de suivi du projet personnalisé sont prévues dès sa mise en place, et les entretiens de suivi programmés ». (ANESM Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008 ; 29).

Le projet d'établissement stipule que les « fiches actions » sont suivies tous les 3 mois par le référent avec le résident, supervisé par le chef de service. Sur cette année, je constate que trois pour cent des projets personnalisés n'ont pas été suivis, celui de résidents ayant vécu une hospitalisation au cours de l'année. 60% ont un suivi au moins trimestriel et 37%, tous les 6 mois.

Le suivi, même s'il est relativement bien soutenu par les référents, reste assez vague du fait du manque d'indicateurs. La progression n'est pas visible. Souvent basée sur les « dires » du résident, la recherche d'informations auprès du professionnel ayant réalisé l'accompagnement n'est pas toujours faite. Il n'y a pas de coévaluation²⁰. Parfois, je trouve noté dans le suivi : « point à faire », « pas de retour d'info », « à vérifier », sans pour autant que le suivi suivant fasse état d'un retour, d'une rencontre avec le professionnel concerné. Sur l'année, pour les actions engageant le pôle activité de jour, à peine 30 % des suivis ont donné lieu à une rencontre avec le professionnel du pôle.

En m'entretenant avec les moniteurs d'atelier, je m'aperçois que la majeure partie n'a pas connaissance des objectifs du projet personnalisé des résidents qu'ils encadrent.

²⁰ La coévaluation serait l'évaluation par le résident et le professionnel chargé de l'action

Un moniteur accueille au sein de son équipe, un résident, depuis deux mois. Le projet de ce résident personnalisé précise qu'un « point hebdomadaire de dix minutes » doit être réalisé pour identifier des mini objectifs à travailler sur la semaine. Le moniteur ne le réalise pas car il n'en a pas l'information. Sur la fiche de suivi, le résident a noté « pas de retour d'info ». Je prends conscience que les actions ne sont donc pas relayées, la communication n'est pas assurée, l'action est suivie mais pas interrogée.

Une résidente a comme objectif de « gagner en compétence dans ses relations aux autres », une des actions retenue est la « mise en place de période de travail en binôme ». Dans le suivi, il est noté que « cet accompagnement n'est pas mis en place à ce jour, le moniteur est en difficulté pour mettre en place cette action ». Le moniteur n'a pas pris en compte cette consigne ; de ce fait, la résidente n'a pas bénéficié de cette opportunité pour progresser.

L'état actuel de l'accompagnement ne correspond pas, selon moi à un suivi correct. Il me paraît nécessaire que, lors de sa supervision, le chef de service soutienne le référent, prenne son relais, analyse les difficultés et mette en place des actions pour y remédier.

En effet « Le coordinateur de projets ne possède pas de statut hiérarchique ; cela signifie qu'il n'exerce pas de mission de contrôle de l'exercice des autres professionnels et que ses relations avec les divers partenaires sont des relations de collégialité, de quête d'information dans l'intérêt des bénéficiaires dont il coordonne le projet personnalisé. Si naturellement, il rencontre une obstruction dans le cadre de sa fonction, il devrait en référer à la hiérarchie dont il dépend. Celle-ci a tout intérêt d'ailleurs à faire régulièrement le point avec les coordinateurs de projet quant au bon exercice de leur fonction. » (Loubat, 2013 : 183-208).

En conclusion, je constate que la construction de la relation entre les professionnels et le résident peut l'amener à exprimer ses choix. Cependant le but, l'intérêt du projet personnalisé reste assez vague pour l'ensemble des professionnels. Les référents de projet et de parcours n'ont pas réellement intégré leur mission. Ils ont besoin d'un cadre construit auxquels ils adhèrent. L'absence du résident à l'élaboration de son projet ne favorise pas son rétablissement.

Les professionnels requièrent des temps d'échange, d'être impliqués, des connaissances sur le rétablissement. Entre les référents et le pôle *d'activités de jour* les actions ne sont pas coordonnées, et souffrent d'un manque de communication.

En tant que chef d'établissement, je suis garante du projet personnalisé de chaque résident. Ma mission sera d'en faire le fil conducteur et le levier de l'accompagnement de chacun vers son rétablissement. Il sera un vecteur de communication et de coordination entre les professionnels, avec les partenaires et la famille. L'autodétermination en sera le cœur et rendra la personne actrice réelle de son parcours. Les professionnels ont tous le

même objectif : améliorer le bien-être du résident, ses fonctions cognitives, ses compétences, son inclusion sociale, son autonomie. Il me semble évident qu'ils doivent également partager le même projet, celui du résident.

2.2 Des entités d'accompagnement, complémentaires, managées paternellement, en difficulté pour se coordonner

Dans cette sous-partie, j'apporte une compréhension des discordances qui se jouent entre le pôle d'activités de jour, le pôle habitat et le service de réhabilitation psychosociale, les trois entités accompagnant les résidents tout au long de leur séjour (voir annexe 2 page III). Puis je complète l'analyse par d'autres éléments organisationnels, managériaux qui sont des freins au rétablissement des personnes accompagnées.

2.2.1 Trois entités : trois points de vue différents

A) Des services de culture différente

Chacun des trois services, de par les membres qui la composent, ont des cultures professionnelles différentes :

- Le pôle *habitat* composé d'AES, d'AMP, de maitresses de maison, de moniteurs-éducateurs, d'éducateurs spécialisés a une culture médico-sociale,
- Le pôle *activité de jour*, composé de moniteurs d'atelier ayant une culture artisanale et agricole avec des compétences en menuiserie, mécanique, métallerie, confection, métiers du bâtiment, bureautique, informatique, élevage, espaces verts, horticulture, maraîchage, floriculture, cuisine et service en salle.
- Le service de réhabilitation doté de trois infirmières, d'une aide-soignante et d'une psychologue a une culture sanitaire.

Chaque service propose une approche différente. Les moniteurs dispensent aux résidents, des connaissances relatives à leur métier, développent leurs compétences techniques. Les professionnels de l'éducatif les accompagnent dans la vie quotidienne. Les soignants leur apportent des outils de réhabilitation psychosociale qui visent à apprendre aux personnes à gérer leur maladie. Les trois entités se partagent l'accompagnement du résident en apportant chacun sa contribution. Tous visent à améliorer sa fonction cognitive, ses compétences, son inclusion sociale, le respect de lui-même et d'autrui, sa progression dans son autonomie.

B) Des services d'histoire différente

Même si elles sont nées à la création de l'établissement, ces trois entités n'ont pas vécu la même histoire.

En 2016, le Conseil Départemental ne reconduit pas le financement du service paramédical, accordé jusque-là à titre expérimental. Les professionnelles de ce service étaient embauchées dans le Centre depuis cinq années en moyenne avant la reprise de leur contrat de travail par Centre Hospitalier Spécialisé (CHAI). Elles exercent sur le même lieu de travail, mais n'ont plus le même employeur. Leur nouvel employeur leur demande de changer leur mission auprès des résidents. Elles pratiquent aujourd'hui la réhabilitation psychosociale auprès d'une partie des résidents du Centre. Cependant, le personnel du Centre continue à attendre de ce service, les mêmes interventions qu'auparavant. Le besoin d'accompagnement médical des résidents existe toujours. Leur nouvelle mission n'a été ni expliquée et ni comprise.

Progressivement, le pôle habitat prend en charge l'accompagnement au soin, construit une aide éducative, développe une offre d'hébergement variée. Ces mutations répondent à l'évolution des besoins du public accueilli. Ces nouvelles missions nécessitent le recrutement de nouveaux professionnels, l'effectif du pôle double. La plus grande ancienneté dans ce service est de neuf ans pour deux personnes, la moyenne du reste des employés est de deux ans. Ce service a un turn-over important (21% en 2021).

Depuis 2016, le pôle activité de jour s'est réduit de deux postes. L'atelier peinture a fermé et les activités métallerie et mécanique ont fusionné. L'ancienneté moyenne des professionnels de ce pôle est de seize ans. Certains moniteurs sont présents depuis trente ans.

Progressivement, le clivage entre le service de réhabilitation psychosociale et les autres services, déjà latent, se renforce. Des tensions institutionnelles apparaissent.

Le bâtiment qui accueillait l'ancienne infirmerie est transformé en habitation. Le service de réhabilitation psychosociale se retrouve placardisé dans un ancien appartement de fonction, à l'extrémité du bâtiment administratif, accessible de l'extérieur par un escalier assez raide.

C) Des missions et des rôles bouleversés

Les moniteurs présents depuis longtemps, ont vu leur relation avec les autres services profondément évoluer. Ils n'ont pas la culture médico-sociale. Ils ont peu conscience de la fonction éducative de leur mission. Ce sentiment est d'autant plus accentué que, pour eux, la mission du pôle hébergement répond dorénavant à cette fonction.

Leur vision est différente de celle des référents. Par exemple : pour le moniteur, le résident n'est pas prêt à aller en stage en ESAT. De son côté la référente, pense qu'il faut pousser le résident à se tester. L'écart d'appréciation provient en partie du fait que ces

deux professionnels n'en ont pas discuté ensemble. La plupart du temps le jugement du moniteur est fondé sur sa connaissance du monde du travail, sur les compétences techniques requises dans son métier. Un autre point ne favorisant pas les échanges réside dans la différence d'âge entre le moniteur (55 ans) et la référente (25 ans). Dans ce cadre la référente, de formation moniteur-éducateur, s'est donnée pour mission d'accompagner le résident dans ses recherches et démarches de stage. Cette décision est appliquée sans prendre conseil auprès du moniteur. Sur ce point, comme l'indique les fiches de suivi, elle est l'unique interlocutrice du résident. En entretien professionnel, certains moniteurs se plaignent de l'absence de prise en compte de leur avis. Le résident passant la majeure partie de son temps avec son moniteur, celui-ci estime être le professionnel qui le connaît le mieux. Il ne comprend pas pourquoi « les décisions sont prises par le référent qui a beaucoup moins d'interaction avec le résident ». Mais cette demande de stage peut être à l'initiative du résident et résulter de son pouvoir d'agir !

Lorsque le résident va moins bien, le moniteur est tenté de demander de l'aide au service médical, comme il le faisait auparavant. Mais cela ne fait plus partie de ses attributions. Sans le soutien des infirmières, le moniteur doit alors intervenir auprès du résident, le mettre à l'écart, discuter avec lui pour faire diminuer ses angoisses, ce en quoi il n'est pas toujours très à l'aise. Si l'angoisse ne passe pas, il fait appel au pôle hébergement pour une médication. Dans cette situation, le moniteur a le sentiment de ne plus être soutenu et n'obtenant pas d'aide, il ne voit plus l'intérêt de la présence du personnel paramédical. Il faut comprendre qu'en situation de crise d'un résident, les moniteurs peuvent être déstabilisés, désemparés, adopter des comportements inappropriés car ils ignorent les approches médicales adaptés aux symptômes (angoisses, hallucination, agitation, persécution).

Le personnel du pôle habitat est très peu en lien avec le service de réhabilitation. Les professionnels, embauchés pour la plupart après la transformation du service médical, n'ont pas connu le fonctionnement antérieur. Ils ne se connaissent pas, n'ont que très rarement l'occasion d'échanger et de ce fait ne cherchent pas à harmoniser leurs pratiques.

Le service de réhabilitation psychosociale a une bonne connaissance du handicap psychique et du rétablissement. Il organise de manière individuelle ou groupale, de la psychoéducation, de la remédiation cognitive, un entraînement aux Habiletés Sociales, du photolangage à destination des résidents. Il travaille également sur l'estime de soi et la gestion du stress. Les seuls temps partagés avec les professionnels de l'établissement sont les réunions pluridisciplinaires de projet.

La réhabilitation psychosociale est proposée au résident en fonction de sa pathologie. L'adhésion à ce programme lui appartient. Ainsi c'est 60% des résidents qui sont accompagnés dans différents programmes.

Les infirmières et la psychologue du service propose au résident un plan de suivi individualisé. Il consiste en une évaluation qualitative des besoins, attentes, ressources et freins de la personne. Basé sur une démarche éducative, il vise à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »²¹. Cette évaluation est d'une telle richesse qu'elle sert parfois de base pour proposer un accompagnement personnalisé. Mais cela alimente la tension institutionnelle, certains y voyant une priorisation de l'évaluation des infirmières.

La transformation de l'équipe paramédicale en service de réhabilitation, a été subie plutôt qu'acceptée. Et pourtant, la réhabilitation psychosociale, apportée par ce nouveau partenariat avec l'hôpital spécialisé du département, offre l'opportunité de contribuer au rétablissement des résidents.

Les professionnels de l'établissement ont peu de connaissances sur cette notion. Le service de réhabilitation psychosociale sera mon appui pour promouvoir le rétablissement des personnes accueillies.

A travers cette analyse, je diagnostique la nécessité de réduire les tensions institutionnelles en repositionnant le service réhabilitation dans les échanges, en insufflant de la collaboration. Des besoins d'accompagnement des moniteurs et des référents se font ressentir.

2.2.2 Harmonisation délicates entre les entités

A) L'équipe de direction

Je reprends le rythme des réunions avec l'équipe de direction avec la même régularité que mon prédécesseur : deux heures par semaine. Elle est composée de trois chefs de service : le responsable du pôle habitat, celui du pôle activité de jour, et celui du pôle logistique et sécurité. Au cours de ces réunions, j'observe qu'il y a très peu d'interaction entre les chefs de service du pôle habitat et du pôle activité de jour.

Le chef de service du pôle habitat fait souvent remonter les plaintes des référents sur le fait que certains moniteurs ne répondent jamais aux mails. La différence d'âge entre référents et moniteurs est en moyenne d'une vingtaine années. Ces derniers sont moins à l'aise avec cet outil de communication.

²¹ Selon l'Organisation mondiale de la Santé

Certains moniteurs sont parfois désespérés face, à l'agitation des résidents, à la manifestation de leurs angoisses, ou à leur instabilité lorsqu'ils quittent leur poste de travail. Ils s'imaginent parfois qu'ils le font exprès. Leur chef de service, issu du monde industriel, m'interpelle, pensant que ces résidents n'ont pas leur place au centre. Mais, je rappelle les politiques publiques : l'établissement est un foyer de vie destiné à des personnes handicapées adultes à l'autonomie réduite, ne pouvant pas travailler. Les résidents accueillis ont bien, tous, leur place au sein de l'établissement.

Là où les chefs de service des pôles habitat et activité de jour, sont en accord, c'est pour dire que les difficultés de communication de leur équipe respective sont dues à un manque de temps. Les moniteurs priorisent l'entretien des espaces et des bâtiments, le soin aux animaux, la préparation des repas ; les référents, eux priorisent l'accompagnement quotidien du résident, la relation avec ses partenaires médicaux, les contacts avec sa famille.

Il n'y a pas de désaccord apparent entre les deux chefs de service, mais je sens un conflit larvé qui se traduit par des oublis de transmission, une quasi absence de connivence et peu de contact entre-deux en dehors des réunions. Clot recommande de « permettre les disputes », pour faire éclater les conflits larvés. (Clot, 2015)

B) Un management transverse difficile lié à des difficultés de communication

Selon Mintzberg, « Toute activité humaine organisée (...) doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires: la division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement du travail. » (Mintzberg, cité dans Gangloff-Ziegler, 2009, 96). La coordination renvoie à la notion de mise en ordre, en cohérence, à l'articulation des différentes actions.

Le référent assure la fonction de coordinateur. Il a donc un rôle de manager transverse qui le conduit à s'impliquer dans le projet personnalisé du résident. Cependant, tous les référents n'ont pas bénéficié de formation de coordinateur.

Le manager transverse « est le capitaine d'une équipe missionnée pour atteindre collectivement un résultat ». Son objectif est de favoriser la coordination et la collaboration. C'est un manager non hiérarchique. Il a la responsabilité de mobiliser ses collaborateurs.

Les professionnels n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, le manager transverse recherche l'ajustement mutuel, levier de coordination favorisant la communication et l'interaction. Ensemble, ils construisent un cadre relationnel favorable à une cohésion. « Par définition, la mission transverse n'est pas un territoire mais un flux d'énergies à manager pour atteindre un objectif commun. » (Dicecca, de Buchet, 2013 : 27-40).

Le référent n'a pas la connaissance de toutes les missions de son rôle. N'ayant pas de relation hiérarchique avec ses collaborateurs il doit être plus soutenu par le responsable

de parcours. Ce dernier, en tant que chef de service, a plus d'influence en cas de difficultés. Je favoriserai le management transverse qui contribue à l'émancipation des personnes accompagnées.

C) Des frontières entre les services

Berne définit une organisation comme « un agencement organisé et interdépendant d'individus » Chaque organisation a un leader. Les individus sont regroupés en sous-groupe à l'intérieur de l'organisation. (Berne, 2005)

Je ne suis pas l'employeur des salariés du service de réhabilitation psychosociale mais la convention avec le CHAI implique que j'en ai la responsabilité. Ainsi tous les membres des trois entités ont le même leader. Ceci nécessite d'être réaffirmé car l'organigramme actuel laisse un flou.

Entre les sous-groupes, Berne identifie des frontières. Celles-ci, non réelles, sont des constructions sociales.

Dans l'institution chaque sous-groupe est un pôle ou un service qui possède sa culture, son histoire, ses missions, ses fonctions, ses règles. Entre les sous-groupes apparaissent des difficultés d'ordre générationnelle, de vécu dans l'établissement, de profils, de termes employés, de compétence par rapport au handicap psychique. Mon rôle, en tant que manager, pour favoriser la coopération et la collaboration, sera de gommer, autant que faire se peut, ces frontières internes entre les sous-groupes.

« Pour créer un environnement propice à la coopération, le manager doit pratiquer un véritable lâcher-prise. Il faut laisser les professionnels trouver la solution. Ils adopteront le comportement attendu. Le manager ne doit pas s'intéresser au "*comment*", même s'il en définit les limites, mais au résultat. » (Dupuy, 1977).

Je vais devoir attiser les disputes entre les chefs de service pour trouver une atmosphère sereine permettant la collaboration. Je pense qu'il est nécessaire de valoriser le management transverse, de créer une culture commune.

2.2.3 D'autres freins au rétablissement des personnes accompagnées

A) Une offre de prestation entravée sur certains ateliers

Le développement de l'offre du pôle habitat a entraîné une forte augmentation de l'activité de maintenance et d'entretien des bâtiments. Le pôle habitat, favorisant l'autonomie, a développé des maisonnettes in-situ et des appartements au village, destinés à former les résidents aux tâches du quotidien. Ces hébergements sont équipés de chauffe-eau, lave-linge, électroménager, mobilier et parfois d'un terrain. L'accroissement du parc immobilier demande de plus en plus d'entretien et aucun recrutement d'agent n'a été effectué pour le

faire. Les ressources mobilisées sont donc les moniteurs. Ceux-ci s'en plaignent. Leurs interventions sont, de fait, peu adaptées aux capacités des résidents qui sont alors observateurs ou porteurs d'outils.²² De plus, l'équipe composée de six à sept résidents se retrouve trop nombreuse sur un lieu de travail souvent exigü. Ces moniteurs regrettent de ne pas avoir la possibilité d'offrir les apprentissages nécessaires aux jeunes qui découvrent le monde du travail. Ainsi les activités de certains ateliers ne permettent plus d'offrir aux personnes un développement suffisant de leurs potentialités, priorité étant donnée à l'intendance. L'absence d'activité stimulante entraîne une démotivation des résidents.

B) Des règles limitant le rétablissement

Lorsque le résident intègre l'établissement, il commence son activité au sein du dispositif ETAP où il alterne évaluation à travers la réalisation d'objets en bois et découverte des ateliers. Il consigne dans son « passeport »²³, l'intérêt qu'il porte pour chaque atelier. Le moniteur de l'atelier correspondant y fait son évaluation, en notant les capacités de la personne et les points qui pourraient être à travailler.

Cette étape terminée, le résident est affecté à trois ateliers différents, successifs, dont obligatoirement un au pôle nature, un au pôle technique, au choix pour le troisième, pendant une durée minimum de un mois pour chaque atelier. Cette règle historique est propre au pôle. Elle n'a pas été réétudiée suite à la mise en place du dispositif ETAP. Elle ne figure nulle part : ni dans le projet d'établissement, ni dans le livret d'accueil. Les référents du pôle habitat n'en ont pas tous connaissance, et peuvent de ce fait proposer des actions non cohérentes²⁴.

Au pôle habitat, le logement n'est pas progressif : le résident intègre le logement de son choix, en fonction des places disponibles. Il a la possibilité de changer quand il le souhaite et que cela est possible. Par exemple : un résident intègre le Centre en logeant dans un appartement au village. La solitude lui pesant trop, il demande à intégrer une collocation sur le Centre. Cette souplesse permet d'aller dans le sens de son rétablissement.

Cependant, en maisonnette in-situ, le règlement ne permet pas au résident le choix de ses colocataires. Pour la préparation des repas, la règle prévoit que chaque résident de la maisonnette, cuisine le soir, à tour de rôle, pour ses colocataires et qu'ils dînent ensemble. Evidemment, lorsque ce ne sont pas eux qui cuisinent, certains résidents dérogent à la règle, préférant manger au self avec leurs amis.

²² Par exemple le changement d'une ampoule, du fusible d'un chauffe-eau qui nécessite une habilitation électrique, ne peut pas être confié au résident.

²³ Voir paragraphe 2.1.1.

²⁴ Une décision proposée de maintenir une personne en atelier confection pour renforcer sa stabilité. Elle ne put se mettre en place car elle dut être accueillie en floriculture le mois suivant, n'ayant pas encore fait ses trois ateliers obligatoires.

Deci et Ryan ont développé la théorie de l'autodétermination (TAD). Elle part du principe que tout un chacun possède trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, l'appartenance sociale et le sentiment de compétence. En fonction de la satisfaction de ces trois besoins fondamentaux, la motivation croît et pousse la personne à exercer du contrôle sur sa vie. « L'environnement qui entrave la satisfaction de l'un de ces besoins fondamentaux engendre habituellement une plus grande passivité, aliénation et mal-être » (Deci et Ryan, cité dans Lachapelle et Al, 2022 : 28).

Ainsi, la règle du pôle activité de jour retarde parfois le sentiment de compétence comme peuvent l'exprimer certains résidents²⁵. Toutefois cette règle peut convenir à certains qui découvrent le monde du travail. Je pense qu'il convient de transformer cette règle en moyen d'accompagnement lorsque nécessaire. De même, le règlement de la collocation me paraît aller à l'encontre du sentiment d'appartenance sociale.

Le règlement de fonctionnement mentionne qu'« aucune personne extérieure à l'établissement ne peut pénétrer dans les chambre sans autorisation. Les visites doivent être prévues avec l'équipe éducative ». Or, sur les hébergements collectifs aucun lieu n'est à disposition pour permettre aux résidents de recevoir quelqu'un. Il est à rappeler que leur chambre est leur lieu de vie personnel, leur « chez eux ». Pour moi, c'est à eux de définir les règles qui y prévalent. En interdisant, les rapports de pouvoir inégaux entre l'accompagnant et la personne accompagnée se renforcent et l'infantilisent.

Les résidents doivent suivre des règles, qu'ils n'ont pas approuvées, auxquelles ils n'ont pas leur mot à dire, auxquelles ils doivent s'adapter. Ces règles établies à l'intérieur des pôles, ne favorisant pas toujours les besoins psychologiques fondamentaux, ne sont pas propices au rétablissement des résidents.

C) Le Conseil de la Vie Sociale

Les outils de la loi 2002-2 sont bien en place. Sur les deux dernières années, trois réunions du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ont eu lieu. Selon l'article D311-16 du décret issu de la loi 2002, le conseil est tenu de se réunir au moins trois fois par an. Je constate que mon prédécesseur n'a opéré que trois réunions au lieu de six. Moins d'un tiers des demandes validées du CVS, ont été mises en place. L'insuffisance des réunions, le manque d'aboutissement des demandes peut évoquer l'inutilité de leur action aux résidents élus. Dès ma première réunion de CVS, Ils m'expriment qu'ils ne souhaitent plus s'impliquer du fait du manque de considération de leurs demandes.

²⁵ Extrait de la rubrique « les recueils de la parole des résidents » du projet, personnalisé « trop de temps à attendre que cet atelier se termine », « Le rythme est frustrant. Trois semaines de découverte, cinq semaines en informatique, cinq semaines en menuiserie et cinq semaines en floriculture, c'est long car je sais dans quel atelier je veux aller. »

D'autre part, je remarque qu'il n'y a pas d'enquête de satisfaction proposée au CVS, au résident au cours de son séjour ni à l'occasion de son départ.

D) Un management paternaliste

En 1967, Likert construit une théorie sur la manière d'exercer le pouvoir et d'établir les relations avec ses subordonnés. Il distingue quatre styles de management :

- « Le management autoritaire : l'autorité du dirigeant est fondée sur la crainte et le respect des ordres reçus. Le dirigeant prend les décisions et les annonce ensuite aux membres de l'entreprise. Il ne laisse aucune initiative à ses subordonnés, utilise les menaces et les sanctions.

- Le management paternaliste : le dirigeant dispose d'une autorité incontestée, entretient des relations de proximité avec ses subordonnés. Il prend autoritairement les décisions. Il utilise un système de récompenses et de sanctions comme moyen de motivation. Le bien-être des salariés est pris en compte.

- Le management consultatif: le dirigeant entretient des rapports de confiance avec ses subordonnés qui sont consultés avant la prise de décision finale. Le dirigeant encourage le travail en équipe et utilise les récompenses comme système de motivation.

- Le management participatif : il s'agit ici de permettre aux salariés de participer réellement à la gestion de l'entreprise. La prise de certaines décisions est décentralisée. La motivation des salariés est basée sur la participation et sur l'intéressement aux résultats. » (Likert cité dans Plane, 2015 : 47-71)

L'analyse du processus de construction du projet personnalisé a laissé entrevoir un certain autoritarisme de la part de mon prédécesseur. Décrit comme peu communicatif, souvent dans l'immédiateté, bienveillant avec l'ensemble des salariés et des résidents, il délégait peu aux chefs de service. Très engagé, il restreignait souvent l'autonomie de ses collaborateurs. Les salariés pouvaient exprimer des suggestions, mais elles avaient peu d'importance pour lui. Il prenait toujours les décisions importantes et les professionnels s'y soumettaient. Il maintenait une forte culture de la structure, renforçant le sentiment d'appartenance. Il avait la confiance des salariés. Mais ces derniers ne pouvaient faire part de demande car la communication ascendante était limitée. Ainsi, selon la théorie sur les styles de management, je peux définir que son management était paternaliste.

« Le directeur devient autocratique lorsqu'il hiérarchise les facteurs en accordant la prévalence à ceux qu'il estime déterminants sans considérer les compétences de ses collaborateurs, pourtant plus à même de définir la valeur de certains facteurs. Cela vaut par ailleurs pour chaque professionnel dans son rapport avec l'utilisateur et ses collègues de travail. On supposera donc l'importance des attitudes du directeur en la matière, car elles

induisent peu ou prou de mêmes attitudes chez les acteurs de l'organisation de travail. Rapport de domination, exigence de soumission, l'autoritarisme se transmet au long de la chaîne hiérarchique jusqu'à l'utilisateur » (Dubreuil, 2014 : 321).

De cette analyse, il ressort que les ateliers ont besoin de soutien pour proposer des prestations attrayantes. Veiller à la socialisation, au maintien du lien avec la famille est primordial. Ainsi, que chacun puisse accueillir ses proches dans l'intimité est légitime. Pour favoriser le rétablissement des personnes accueillies il est nécessaire d'améliorer les règlements, de valoriser la participation du CVS. Le management, jusqu'alors paternaliste, entraîne, par transmission, un rapport de dominance, entre le professionnel et l'utilisateur, pas du tout approprié à son rétablissement.

2.3 Nécessité d'utiliser, malgré des menaces, les leviers bénéfiques à la contribution du rétablissement

J'expose dans cette sous partie, les risques éventuels engendrés par l'absence de la notion de rétablissement dans l'accompagnement, les freins à sa mise en œuvre et les leviers d'action possibles.

2.3.1 Risques engendrés par l'absence de la notion de rétablissement du résident

A) Au niveau du partenaire

Le CHAI met à disposition de l'établissement, l'ancien personnel paramédical du Centre. Les résidents et les professionnels le connaissent bien. Cependant le CHAI peut très bien intégrer ce personnel dans l'équipe mobile de la Communauté de Communes. Ainsi, il pourrait successivement intervenir dans les différents CMP, sur le Centre. Cela multiplierait le nombre d'intervenants auprès des résidents et éloignerait la possibilité d'un travail collectif.

Le CHAI pourrait également ne pas renouveler notre contrat, car le Centre ne soutenant pas le rétablissement des personnes accueillies, générerait le travail de leur équipe.

B) Au niveau des professionnels

L'ancienneté des moniteurs étant importante, ils risqueraient de s'enliser dans la routine. Peu à peu, ils se désengageraient, prétextant que les résidents ne sont pas motivés.

L'absence de projet porteur de sens démotiverait les professionnels entraînant un accroissement du turn-over. Le risque de dégradation du climat social est important, amplifiant les conflits sous-jacents et nuisant au bien-être des salariés.

C) Du sentiment d'impuissance des résidents à leur chronicisation²⁶

Certains résidents subiront de plus en plus les activités, fuiront les accompagnements. Les professionnels décideront toujours en fonction des besoins estimés des résidents.

Dinet et Thierry²⁷ notent que « dans leur formation et dans leurs institutions, les professionnels intériorisent le plus souvent qu'ils savent ce dont les personnes ont besoin, qu'ils connaissent la solution. Ils ont appris à être dans une logique prescriptive. C'est cette position haute des « sachants », insupportable pour les personnes, qui fait que souvent elles se ferment et se protègent contre tout risque d'intrusion » (Dinet, Thierry, cité dans Bouquet, Jaeger, 2012 : 5).

« Je n'ai pas réussi à faire ce que M. X m'avait dit, je suis toujours au point 0 ». Cette parole de détresse d'une résidente, suite à son suivi de projet personnalisé m'avait interpellée. M. X, est son référent de parcours. A travers cette expression, au-delà du fait que l'objectif posé n'est pas du tout autodéterminé, j'entends un sentiment d'impuissance.

Ce sentiment d'impuissance, opposé à l'autodétermination, c'est sentir que nous ne pouvons rien faire, rien changer, autour de nous ou en nous. Quoi que nous fassions cela ne va jamais dans un sens satisfaisant. Selon Le Bossé, le sentiment d'impuissance met la personne dans une situation qu'elle voudrait fuir, mais, n'ayant pas les moyens de se battre, elle est menée à l'autodestruction. (Chaillou, Mullenheim, 2018 : 68-73).

Ainsi ce sentiment d'impuissance pourrait entraîner la chronicisation des résidents. Pour Jolivet, la chronicisation c'est lorsque la personne peut coller, se dissoudre même, dans le lieu qui l'accueille au point d'y perdre son identité.

D) Des départs sans projet soutenu par les équipes

J'ai abordé, dans la première partie, le cas des résidents qui quittent le Centre pour continuer leur parcours vers d'autres lieux de vie. Chaque année, il y a également une dizaine de résidents qui partent sans avoir mené un projet construit avec le Centre.

	Nombre de résidents sortis sans projet soutenu par la structure				
Durée de séjour	2018	2019	2020	2021	2022
inférieure à 6 mois	10	2	2	4	1
De 6 à 12 mois	2	2	3		2
Supérieur à 1 an	1	2	3	7	6
Total	13	6	9	11	9

La durée moyenne d'un séjour, tous motifs de sortie confondus, est de deux ans et demi.

²⁶ Pour un malade, être installé dans une maladie de longue durée sans espoir d'amélioration (Larousse)

²⁷ Dans leur groupe de travail sur la gouvernance des politiques de solidarité

Parfois, le résident n'arrive pas à s'adapter à sa nouvelle vie sur le Centre et le quitte dans les six mois. Plusieurs raisons à cela sont exprimées par les professionnels : l'éloignement de la famille qui est trop pesant, le séjour qui n'est pas décidé par la personne elle-même, un séjour insuffisamment préparé par l'équipe partenaire.

Un projet accompagné par le Centre vers l'inclusion sociale et/ou professionnelle nécessite un minimum d'une année de séjour. Certains quittent l'établissement avant un an. Dans ces cas, l'équipe partenaire encore bien présente, soutient la personne et garde les liens avec elle évitant, ainsi les ruptures de parcours et de soin.

Des résidents partent après deux, trois années, voire plus sans être accompagnés par la structure. Les explications apportées sont :

- Le résident souhaite un projet qui n'est pas soutenu par l'équipe, celle-ci le considérant « pas prêt », ou le projet ne lui paraît pas convenable. Ainsi, certains ont quitté l'établissement pour des modes de vie communautaire, prendre un appartement, ou s'engager dans une formation.
- Le résident s'est désinvesti, aucune activité ne correspond à ses désirs. Il ne voit pas l'intérêt de poursuivre son séjour. Ce phénomène apparaît à partir de 2021. Les chiffres du tableau confirment l'analyse faite au paragraphe (2-2-3A) : certaines activités des ateliers ne permettent plus d'offrir aux personnes le développement de leurs potentialités.
- La famille ou une relation sentimentale le convainc de partir.

Pour moi, à partir du moment où le résident confirme son projet, l'équipe doit tout faire pour l'accompagner même si elle ne partage pas son point de vue. L'absence de soutien de l'établissement ne promeut pas son autodétermination. Il me semble que les départs de plein gré, après une année de séjour, pour les deux premiers motifs cités pourraient être évités. Ces chiffres m'apparaissent comme un repère de base à la mise en place du projet que je souhaite mené, mon objectif étant de les diminuer.

Les risques à ne pas contribuer au rétablissement des résidents accueillis sont de perdre le partenaire, démotiver les salariés et dégrader leurs conditions de travail, chroniciser les résidents, augmenter les départs sans projet construit après un an de séjour.

2.3.2 Une résistance au changement prévisible

J'ai conscience que le changement de direction est une difficulté non négligeable pour les professionnels. En effet, loyaux, et confiants envers mon prédécesseur, je devrais asseoir ma légitimité. Le passage d'un style de management à un autre sera une difficulté non négligeable pour le personnel. Je vais devoir agir en leader. Pour cela, j'irai à la rencontre

de chacun. Je tiendrai un cadre clair, écouterai et encouragerai le personnel, leur donnerai les outils nécessaires et insufflerai leur motivation.

Pour la sociologie des organisations, le changement concerne autant la modification des règles que la transformation des comportements au travail. L'accompagnement des résidents vers leur rétablissement nécessite une transformation des attitudes de la part des professionnels. Je dois être l'auteur et l'acteur de ce changement. Selon Miramon, le changement débute en se centrant « sur la vision, les buts et les résultats de sa mission ». Puis la « tâche consiste à valoriser les potentiels du personnel et à faciliter leur capacité à s'adapter. [...] Il s'agira également de favoriser le travail en équipe en distribuant clairement les délégations. » (Miramon, 2001 : 92-93).

Je rencontrerai des résistances, elles font partie du processus. Soparnot identifie six facteurs de résistance au changement dont les caractéristiques sont regroupées dans le tableau suivant :

Facteurs de résistance au changement	Caractéristiques
Psychologique : Anxiété	Le changement est un puissant anxiogène qui provoque un état de déséquilibre psychologique
Identitaire : Relation à l'entreprise	Le changement provoque une remise en cause de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation
Politique : Jeux de pouvoir	Le changement est une menace lorsqu'il met en cause les conditions des jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action
Résistance collective : Influence du groupe	Le changement peut briser l'équilibre créé par les normes de groupes
Résistance culturelle : Culture d'entreprise	Le changement peut véhiculer des valeurs qui divergent avec celles de l'organisation
Résistance cognitive : Connaissances et compétences des individus	Le changement impose l'apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles

(Soparnot, 2013 : 30)

2.3.3 Vers le rétablissement des résidents

C'est en mettant en place une culture commune favorisant le rétablissement des résidents et en favorisant le développement de l'autodétermination des professionnels que nous contribuerons au rétablissement des personnes accueillies.

A) Le rétablissement des résidents rendu possible...

Considérer la personne porteuse d'une expertise légitime, modifie les modes de relation dans le travail social. Promouvoir le rétablissement est un changement de regard et de posture des professionnels vis-à-vis des résidents. Ce sont les conditions pour que son pouvoir d'agir existe, et qu'il l'exerce (Demoustier, 2021 : 19-28). L'accompagnement le plus approprié est celui qui fait de l'accompagné un « être actif libre de prendre des initiatives et des risques » (Not, 1991).

Mon défi est d'amener les professionnels à tendre vers cette approche. En m'appuyant sur le service de réhabilitation psychosociale, je maintiendrai un cadre construit « pour permettre à la personne de développer ses compétences pour apprendre à s'autodéterminer, pour apprendre certains comportements ». L'autodétermination s'appuie sur des aides, s'apprend en s'adaptant aux contraintes. (Pluss, 2016 : 21 à 24). Il ne s'agira pas de dire à la personne accompagnée qu'elle peut réussir mais de la mettre en situation pour qu'elle réussisse. Ainsi elle ne pourra pas nier sa réussite.

Les personnes accompagnées ont « besoin de se sentir compétentes lorsqu'elles doivent s'engager dans de nouveaux comportements. ».²⁸ « L'enjeu consiste à créer un contexte permettant à la personne de percevoir que les décisions de changement viennent d'elle-même, plutôt que de l'extérieur » (Lachapelle et Al, 2022 : 28).

Pour accompagner le résident vers son rétablissement, l'activité doit présenter un intérêt réel, ne pas être factice. Mettre des challenges peut s'avérer stimulant. La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan énonce l'influence de l'entourage comme premier facteur influençant la motivation, la modification des valeurs et des comportements d'un individu. « Si des personnes significatives incitent une personne à pratiquer une activité qui ne l'intéresse pas initialement, elle peut tendre, dans certaines circonstances, à intérioriser et à s'approprier les valeurs et le comportement correspondants. Lorsque cela se produit, elle se perçoit alors comme la cause de son comportement qui devient donc, ainsi, autodéterminé. » (Lachapelle et Al, 2022 : 28). Le nouveau résident qui n'a pas encore d'attrait pour les activités proposées dans l'atelier, va, sous l'influence du moniteur et des autres résidents se les approprier. Fier de se présenter sous la dénomination du secteur métier concerné (exemple : « je suis maraîcher »), il développe un comportement autodéterminé.

En encourageant le rétablissement, les professionnels se retrouveront face à des dilemmes comme celui de soutenir l'autonomie, responsabiliser et celui de protéger. Pour l'illustrer, je reprends l'exemple du stage en ESAT. Une discussion entre le moniteur et la référente devrait amener la réflexion vers ce dilemme : laisser la personne réaliser son

²⁸ Selon La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan

souhait malgré la forte probabilité de rechute et de ce fait respecter son autodétermination ou bien la protéger en la gardant un peu plus longtemps dans l'établissement. Il est nécessaire de vérifier que l'autodétermination ne cache pas, en réalité, des angoisses ou une autodestruction. La capacité la plus importante « pour le professionnel qui souhaite accompagner la personne vers son rétablissement » sera celle « à s'auto-frustrer, à accepter les choix et solutions choisis par la personne, quand ceux-ci ne correspondent pas » à « l'analyse ou l'évaluation notamment vis-à-vis des risques encourus » faite par ce professionnel. (Pluss, 2016 : 21-24).

S'occuper du rétablissement, c'est prendre en compte les objectifs propres de la personne, ses ressources pour les atteindre, la croyance ou l'espoir qu'un tel rétablissement soit possible. C'est souvent « un changement de regard de la personne sur sa situation de handicap qui initie ce processus. Un changement par lequel, dans un même mouvement, elle accepte les limitations imposées par le handicap et découvre qu'il persiste des possibles, des voies de développement et d'accomplissement de soi. » (Pierrefeu, Pachoud, 2014 : 183-190).

B) ...Grâce à une culture commune...

Pour favoriser le rétablissement, je dois créer les conditions pour le mettre en pratique. Pour ce faire, il est nécessaire que la culture institutionnelle évolue et qu'elle unifie les salariés. En effet, « il est déontologiquement impossible de chercher à intervenir sur le système des valeurs d'une personne. A l'action portant sur les individus, on préférera donc celle portant sur le groupe auquel ils appartiennent. D'une manière générale, plus le changement concerne des phénomènes psychologiques profondément enracinés, plus il conviendra d'agir sur le groupe et non sur les individus. En d'autres termes, certains types de changement concernent davantage le facteur « savoir » et donc plus directement les individus ; d'autres portent de façon prépondérante sur le facteur « valeur », et donc sur le groupe. » (Miramon, 2001 : 89).

La culture est un système de représentations partagées par les membres d'une même organisation. Elle relève de la compréhension collective de règles régissant les relations sociales, de croyances, de valeurs, qui sont transmises aux nouveaux salariés du groupe. (Pohl, Battistelli, 2016, 138-142).

E. Schein distingue trois niveaux de culture organisationnelle :

- Celui des artefacts²⁹ observables. Ce sont des productions symboliques : architectures des locaux, vêtements, styles de langage, symboles et rituels.

²⁹ Produit ayant subi une transformation par l'homme, se distinguant d'un autre provoqué par un phénomène naturel

- Celui des valeurs déclarées. Elles sont faciles à rechercher mais difficiles à décrypter : stratégies, objectifs, visions, normes, principes, valeurs, philosophie de l'entreprise.
- Celui des principes de base. Ils sont l'essence de la culture organisationnelle, souvent tacites et inconscients, ils se révèlent dans les comportements : évidences partagées, climat d'entreprise, capacités cognitives présumées.

Selon Peters et Waterman il n'y a pas de performance sans une forte culture unificatrice; la culture de l'entreprise est une des composantes sur laquelle un manager se doit d'intervenir. (Godelier, 2006 : 7-23).

Pour Miramon, « l'institution doit ouvrir des perspectives, tracer des pistes, affirmer des valeurs. Tous ces éléments sont autant de points d'ancrage pour l'avenir, mais aussi de références immédiates pour fédérer et harmoniser au quotidien le fonctionnement des équipes. » (Miramon, 2001 : 41).

C) ... et au développement de l'autodétermination des professionnels

« Pour que le professionnel puisse favoriser la personne qu'il accompagne dans son autonomisation, il est nécessaire qu'il soit lui-même autonome dans sa fonction et donc que l'institution favorise l'autonomie et l'auto-détermination de ses collaborateurs. Le professionnel ne peut promouvoir une valeur qu'il ne peut s'appliquer à lui-même ! Cela signifie que le management de l'institution doit inclure dans ses missions et ses pratiques des objectifs clairs de participation. » (Pluss, 2016 : 21-24).

« Management ouvert, exigeant, rigoureux, il doit tendre vers l'exploitation des ressources individuelles de chacun et une mobilisation collective au service d'un projet qui en est le fédérateur. C'est l'humain qui produit la qualité, à condition qu'il soit reconnu, accompagné, valorisé. » (Miramon, 2010 : 59-74).

Il est nécessaire de guider les accompagnants, en valorisant leur travail, en « leur apportant les conditions cohérentes pour qu'ils puissent faire vivre, avec discernement, les principes du rétablissement. Cela implique qu'ils soient eux-mêmes traités dans le respect de ces principes : autodétermination, responsabilité, "empowerment". » (Worms, cité dans de Pierrefeu, Pachoud, 2014).

a) *La symétrie des attentions*

La « symétrie des attentions » pose comme principe à l'employeur de se mettre au service de ses équipes comme il attend que ses équipes le soient auprès de ses clients. Le rôle d'encadrement hiérarchique du manager se conjugue avec l'attention qu'il porte à ses collaborateurs. Elle nécessite de s'interroger sur sa relation avec eux, de se remettre en question. Elle est à considérer d'une manière systémique et dans la durée. Elle s'incarne dans les processus de l'entreprise, et se concrétise par des engagements

précis. Elle nécessite une méthode, une incarnation au travers de postures. Porteur de sens, de cohérence, d'exigence, elle devient un puissant levier dans les démarches de changement. (Ditandy, Meyronin, 2014 : 10-17).

Ainsi, au sein de l'établissement, la qualité de la relation professionnel/résident est symétrique à la relation professionnel/manager. L'ensemble des professionnels doit bénéficier des mêmes considérations et respects, de la part de l'équipe de direction que ceux que j'attends de leur part lors qu'ils sont avec un résident. La manière dont nous agissons avec eux redescend naturellement vers les personnes accompagnées. Pour favoriser l'autodétermination des résidents, veiller à nos comportements envers les professionnels est nécessaire. Comment les professionnels pourraient-ils mettre en place, reproduire un comportement dont ils ne bénéficieraient pas ? Nécessitant l'exemplarité, la contribution au rétablissement transitera par la mise en place de la « symétrie des attentions ». C'est un challenge à mettre aussi en place dans l'équipe de direction.

b) Les styles de management

Hersey et Blanchard proposent quatre styles de management :

- « un style directif, qui se caractérise par des instructions précises, nombreuses, opérationnelles, contrôlables, par des contrôles prévus, conséquents, à échéance, et des objectifs comme diriger, organiser, planifier, évaluer les résultats, définir les rôles, décider, résoudre les problèmes.
- un style persuasif, qui se caractérise par une absence de partage des décisions, par des explications fournies autour des causes, des conséquences, des objections, de l'importance de telle action, par des encouragements et de la stimulation.
- un style participatif, qui se caractérise par un partage des décisions, un dialogue important, la collecte des informations, la recherche commune de solutions.
- un style déléguatif, qui se caractérise par un grand sens de l'organisation, le passage des informations strictement nécessaires, une confiance, des objectifs et des échéances fixés. » (cité dans Loubat, 2020 :125).

En fonction des situations, des buts à atteindre, mon style de management évoluera en adoptant l'un de ces quatre styles.

c) La conduite du changement

La conduite du changement est un levier pour amener ce nouveau concept de rétablissement. J'impulse un changement qui concerne à la fois les salariés, la structure et les modalités de prise en charge. Ces trois facteurs interagissent en permanence.

Selon Miramon, son impact sur les salariés varie selon :

- S'il touche les méthodes de travail, les modes de relations formelles entre les personnes, les fonctions,

- S'il modifie surtout le savoir et le savoir-faire,
- S'il est centré sur les personnes, s'il touche les rôles, les comportements, les valeurs, les conditions psychologiques du travail. (Miramon, 2001, 89).

Dans l'action de changement, cinq éléments sont indispensables : la vision, le savoir-faire, l'incitation / la motivation, les moyens et le plan d'action.

Soparnot définit six stratégies de changement. Il indique, pour chaque stratégie quels sont les facteurs de résistances (décrits au 2.3.2.B) atténués et ceux amplifiés que je résume dans le tableau suivant :

Stratégies de changement	Facteurs de résistance	
	atténués	amplifiés
<p>Stratégie hiérarchique</p> <p>La démarche est imposée et planifiée. Le projet est conçu par les membres de la direction, qui en ont une vision claire. Les acteurs destinataires, mettant en œuvre les nouvelles orientations, ne sont ni consultés, ni incités.</p>	Psychologique Cognitif	Identitaire Politique Culturel Collectif
<p>Stratégie de développement organisationnel</p> <p>La démarche est centrée sur l'intégration des acteurs concernés, l'information, la communication, la concertation.</p>	Psychologique Identitaire Cognitif	Politique Collectif Culturel
<p>Stratégie politique</p> <p>La démarche de changement est négociée. Le changement ne réussit que si beaucoup d'individus sont convaincus de son intérêt.</p>	Psychologique Identitaire Collectif	Politique Culturel Cognitif
<p>Stratégie historique</p> <p>La démarche de changement est incrémentielle. Le changement est ainsi toujours le produit de l'histoire de l'organisation. Né de la résolution des contraintes précédentes, il façonne d'autres contraintes qui entraîneront d'autres changements.</p>	Psychologique Identitaire Politique Collectif Culturel Cognitif	Aucun facteur
<p>Stratégie symbolique</p> <p>La démarche est centrée sur les représentations associées au changement. La mise en scène mentale s'opère et limite les interprétations. Le leader incarne le changement, diffuse une nouvelle vision de l'entreprise. En agissant sur les interprétations, il produit du sens. Il porte et assume l'évolution identitaire de l'organisation.</p>	Psychologique Identitaire Collectif Culturel	Politique Cognitif

(Soparnot, 2013)

J'adopterai la stratégie de développement organisationnel. Cette stratégie oblige à la réflexion, à la discussion et à l'analyse. Elle permet de redéfinir les missions de l'établissement et de préciser les besoins pour y arriver. Elle permet également d'établir la confiance entre les personnes, de focaliser sur les mêmes objectifs, d'intensifier la collaboration, d'accroître la participation active du personnel, son autonomie. Ces éléments amélioreront la qualité de vie des salariés. (Pesqueux, 2020)

Ainsi des facteurs de résistance seront diminués. Ceux :

- psychologique, une communication transparente diminuera l'inquiétude des salariés
- identitaire, la contribution des salariés permettra de renforcer leur sentiment d'appartenance
- cognitive, de la formation viendra renforcer les savoirs

Cependant, je risque d'être confrontée à des résistances au changement :

- culturelle, la culture de l'établissement va changer avec la mise en place du concept de rétablissement Ce changement peut déstabiliser les professionnels qui auront du mal à adhérer aux nouvelles valeurs. Un soutien à travers une écoute pourra aider.
- collective, il peut y avoir une opposition massive au projet. Une bonne communication dans les instances de CSE permettra de les entendre et de clarifiera le projet.
- politique, des divergences d'opinion, des clans et des jeux de pouvoir risquent d'apparaître. Une communication transparente sera indispensable.

Je devrai développer ma confiance envers les salariés afin de les laisser prendre des initiatives, de rechercher leur consentement plutôt que leur obéissance, de renforcer l'estime d'eux-mêmes.

Conclusion de la deuxième partie

Pour que les personnes accueillies accèdent à leur rétablissement, il est essentiel de changer la culture de la structure. Les professionnels doivent être soutenus et accompagnés. Une montée en compétence sur le rétablissement initiera le changement.

En tant que manager, je choisis d'instaurer la symétrie des attentions. Je veille à porter de l'attention à mes collaborateurs, à favoriser leur autonomie, leur auto-détermination. Ainsi, ils adapteront des postures propices au rétablissement de la personne.

Le travail en collaboration entre les professionnels, nécessaire, mérite d'être renforcé. L'intérêt de ce travail réside dans le partage d'expérience, le soutien, le besoin de reconnaissance. En tant que manager je vais instaurer des instances de débats pour réduire les tensions institutionnelles, les conflits larvés.

La famille du résident fait partie de son environnement. Pour moi, elle est à considérer comme un partenaire. Les relations entre le résident et sa famille sont à valoriser, favoriser.

Les liens avec les partenaires sont structurants pour le résident mais également pour les équipes. Les temps d'échange, entre les professionnels du Centre et les partenaires seront à poursuivre, voire renforcer.

C'est ensemble que nous pouvons contribuer au rétablissement de la personne.

3 Contribution au rétablissement des résidents

C'est en équipe que nous réussirons à contribuer au rétablissement des résidents que nous accueillons. Ensemble, nous trouverons les moyens de susciter leur espoir, de favoriser leur autodétermination et leur inclusion sociale.

Le développement d'un plan d'action permettant d'y arriver constitue deux enjeux :

- Améliorer l'offre de service apportée au résident,
- S'inscrire pleinement dans les orientations des politiques publiques.

Cela implique un profond changement de culture. La posture du professionnel évoluera vers de la collaboration avec le résident. Cette mise en œuvre passe par l'élaboration d'un plan d'action qui donne un cadre, une vision aux collaborateurs. Il est schématisé en annexe 3 (page IV).

Mon projet vise à déployer le management pour qu'il contribue à la montée en compétence des professionnels, afin de les amener doucement vers un changement de culture (3.1). Ensuite, je modifie l'aspect organisationnel de l'établissement, sous différents angles, au bénéfice du pouvoir d'agir des résidents (3.2). Puis, je mets en place des actions auprès des résidents favorisant leur rétablissement (3.3).

3.1 Développer la montée en compétence des professionnels

Après la mise en place d'un groupe de pilotage, j'amorce le projet par une montée en compétence pour l'ensemble des professionnels. Cette action portera sur deux axes : la préparation de la formation et son déroulement.

3.1.1 Un groupe de pilotage uni pour modifier la culture du centre et la propager

A) Une culture organisationnelle...

Pour créer une culture unifiée, je m'implique fortement et j'entraîne l'adhésion sans faille du Conseil d'Administration. Au cours de mes entretiens mensuels avec le Président, nous discutons sur le concept de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Il porte ensuite le débat en réunion de bureau. La nécessité d'apporter cette notion au sein de l'établissement est arduement interrogée. A la demande du Président, j'expose au Conseil d'Administration, le concept de rétablissement. Il suscite un vif débat. Après des explications détaillées et des discussions, le CA s'approprie le concept. Il est convaincu de son importance et souhaite que sa promotion fasse partie des valeurs de l'établissement. Ces valeurs deviennent : l'écoute des résidents, la recherche de leur motivation, leur rétablissement, l'espoir porté par le

personnel. Je porterai ces valeurs à travers une vision claire pour créer un esprit de corps, fédérer, mobiliser les équipes.

J'informe le Conseil d'Administration des risques de résistance engendrés par le changement et les rassure quand à mon souhait de garder le cap, de tenir l'objectif. Je leur précise que cela sera long. Je ferai preuve de beaucoup de patience pour laisser le temps nécessaire aux professionnels.

B) ... Mise en œuvre par un changement organisationnel...

Je souhaite, utiliser, autant faire se peut la stratégie de développement organisationnel pour mener le projet à bien. Favorisant l'hétérarchie³⁰, la compétence, l'interactivité, cette stratégie me fait sens. Ainsi j'aspire à faire monter en compétence les salariés, à amener une réflexion partagée avec les équipes, à développer les délégations. De ce fait, les relations entre les salariés s'ouvriront aux échanges, à la coopération, au bénéfice de leur qualité de vie au travail.

C) ...menée par un comité de pilotage uni

Afin d'unifier l'équipe de direction, je choisis qu'elle fasse partie du comité de pilotage³¹ de ce projet. Après présentation du projet aux chefs de service, je leur expose mon souhait d'intégrer la psychologue du Centre dans le COPIL. En effet, elle est la professionnelle la plus en contact avec l'équipe de réhabilitation psychosociale. Elle a des connaissances sur le rétablissement et y adhère. Elle apportera sa vision qui aidera les chefs de service à prendre du recul, à élaborer. De plus, sa personnalité empathique favorisera la cohésion du groupe de pilotage.

Les réunions du COPIL, d'une durée de deux heures, auront lieu tous les quinze jours.

Un lien de confiance, une relation de bonne qualité doivent s'établir au sein de ce comité. Il est nécessaire que l'information y circule convenablement. La communication devra être claire, régulière et constructive. Mon objectif, dans ces réunions, sera d'encourager le partage d'idées, d'opinions.

Dans ma relation avec les collaborateurs du comité, j'utiliserai la symétrie des attentions. Ma posture tendra vers une attitude bienveillante, sans emprise et confiante. Je dois croire en la capacité des managers intermédiaires à se mettre, de la même manière, au service des équipes. Cette démarche doit s'inscrire dans le long terme, devenir un usage.

Un bon développement de la symétrie des attentions se répercutera sur les résidents. L'impact pourra en être évalué par le questionnement du CVS.

Il sera également lisible à travers la baisse du turn-over des professionnels.

³⁰ Une hétérarchie qualifie ainsi une organisation qui favorise l'interrelation et la coopération entre les entités qui la composent plutôt qu'une structure hiérarchique descendante.

³¹ Appelé COPIL dans la suite du document

La grille de préparation à l'entretien annuel sera retravaillée en équipe de direction. Des thèmes comme la valorisation des métiers, l'encouragement aux initiatives, l'acceptation du droit à l'erreur seront abordés.

3.1.2 Conception d'une formation pour l'ensemble des professionnels

La formation sera orientée vers la thématique du rétablissement en santé mentale, compétence centrale et déterminante pour le projet. Elle sera dispensée de manière obligatoire à l'ensemble du personnel. Au-delà des acquis, elle créera un vocabulaire, une culture commune qui unifiera les professionnels, et réduira les tensions institutionnelles. Sa conception est schématisée à l'annexe 4 (page V).

A) Recherche des formateurs

Pour préparer la formation, j'étudie plusieurs possibilités :

- Créer un partenariat de formation avec un Centre Expert de réhabilitation psychosociale de la région.

Ce type de partenariat permettrait de créer ou renforcer le lien avec un centre de la région, autre que celui du département. Et plus particulièrement avec celui du Rhône qui dispense des formations sur la réhabilitation psychosociale. Cette formation permettrait au personnel de rencontrer des employés d'autres établissements et de pouvoir échanger sur leurs expériences, difficultés, ressources mises en place.

C'est aussi un moyen de mieux faire connaître l'établissement en dehors du département.

- Mettre en place la formation avec des organismes spécialisés.

Il s'agit de faire le point sur les centres spécialisés dans la formation avec lesquels l'établissement a l'habitude de travailler, d'analyser les évaluations de formation réalisées par les professionnels et de sélectionner les partenariats possibles.

- Confier la formation au service de réhabilitation psychosociale.

La formation par le service de réhabilitation psychosociale permettrait de valoriser l'équipe auprès de leurs collègues, de redynamiser les liens essentiels à une bonne collaboration. Il me permettrait de définir le contenu de formation le plus adéquat possible en adaptant la montée en compétence aux besoins des salariés.

Cette possibilité-là correspond à de la formation en interne. Organisée par l'établissement, elle concourt au développement des compétences des professionnels défini par l'article L6313-1³² du code du travail.

J'opte pour cette solution. Elle valorise l'expertise du service de réhabilitation psychosociale, fonde l'idée que les connaissances peuvent se partager et se transmettre au sein de l'établissement.

Pour qu'elle ne soit pas considérée comme une solution au rabais, je dois faire en sorte que la qualité y soit. J'ai à cœur de construire correctement ce projet de formation et de le porter.

B) Validation de la formation par le partenaire (CHAI)

La mise en place de cette action nécessite tout d'abord l'accord du partenaire voire une modification de notre convention.

Dès janvier 2024, je lui présenterai mon projet. La mise en place de cette formation par l'un de ses services nous permettra de répondre pleinement aux préconisations de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui prône le travail en réseau entre le sanitaire et les structures d'hébergement. Développer des formations pour les professionnels, sur l'accompagnement des résidents vers leur rétablissement, au sein des structures évite les rechutes liées à la maladie. Porteur d'un modèle original, il pourra le valoriser auprès de l'ARS régional et devenir plus influent sur la région.

S'appuyant sur ses ressources financières et ses moyens humains, il contribuera à la montée en compétence de mes équipes. Son équipe présente sur notre site dispensera la formation de rétablissement en santé mentale aux professionnels du Centre. Pour que le dispositif de formation soit de qualité, ses futurs instructeurs devront suivre une formation « de formateurs ». Celle-ci et leur gratification seront négociées.

Il conviendra également de convenir des formalités administratives et légales relatives à cette formation : déclaration à la DREETS, information de l'OPCO.

Ainsi deux salariées du service de réhabilitation psychosociale suivront la formation « de formateur », concevront un programme de formation, le dispenseront, l'évalueront.

Dans le cas où la mise en place de cette formation interne s'avèrerait irréalisable, je me tournerai vers la formation proposée par le Centre Expert de réhabilitation psychosociale du Rhône.

Elle est composée d'une partie en e-learning et d'une journée en présentielle. Le e-learning, conçu par des formateurs est proposé sur divers supports numériques. Pour

³² Les actions concourant au développement des compétences qui entrent dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle sont : les actions de formation, les bilans de compétences, les actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience, les actions de formation par apprentissage,

éviter la démotivation des salariés, je demanderai aux chefs de service de réserver des créneaux sur les plannings des professionnels pour ces temps de formation ainsi qu'une salle disposant d'ordinateurs. Pour les salariés moins aguerris à l'outil informatique, un accompagnement par leur chef de service sera fait.

C) Conception de la formation

a) *Constitution du cahier des charges pour la formation*

La grille de préparation à l'entretien annuel, travaillée en équipe de direction, sera complétée d'un recueil des attentes des professionnels vis-à-vis de la formation sur le rétablissement. Je confierai aux chefs de service, la planification et la réalisation des entretiens professionnels de leurs salariés. L'ensemble des entretiens sera à réaliser sur février et mars 2024. La synthèse des attentes des salariés par pôle sera réalisée par chaque chef de service qui me les transmettra. Je prendrai l'avis de la psychologue et je consignerai les attentes et les besoins plus précisément.

Me renseignant, je note que ce type de formation dure deux à trois jours. Je décide que les sessions seront de six séances d'une demi-journée à raison d'une par semaine. L'espacement entre les séances permettra à chacun de réfléchir sur sa posture professionnelle, d'intégrer progressivement les enjeux du changement, d'adapter sa relation avec le résident pour favoriser son rétablissement.

La programmation de sept sessions de huit à neuf personnes chacune est réalisée sur l'année 2025. Je suis consciente que l'objectif à atteindre est élevé. Correspondant à une demi-journée par semaine sur 42 semaines, il est cependant réalisable.

b) *Sélection des formateurs*

Je présente le projet de création de formation à l'équipe de réhabilitation psychosociale et les invite à poser leur candidature pour la mission de formateur. Pour les motiver, j'évoque la formation dont ils pourront bénéficier. Pour cet appel à candidatures, je présente les critères de sélection suivant :

- Bonne connaissance et adhésion au concept du rétablissement,
- Bonne capacité pédagogique,
- Agréable et souriant,
- Dynamique et bienveillant,
- Capacité à motiver.

J'impliquerai la participation des cadres intermédiaires pour la sélection des deux formateurs.

c) *Participation à la « formation de formateurs »*

La psychologue de l'établissement est d'accord pour bénéficier également de la « formation de formateurs ». Celle-ci a été ajoutée au plan de formation 2024. Coûtant environ 3000 euros hors taxe, son financement sera assuré par le Centre.

D'une période d'une semaine, elle débouche sur une certification qui attestera de la qualité des futures formations délivrées aux professionnels de l'établissement.

Avec les deux autres futurs formateurs du service de réhabilitation psychosociale, ils acquerront la posture de formateur, apprendront à construire des objectifs et une progression pédagogique, à animer, à se mettre en scène, à évaluer les formations dispensées.

d) *Préparation du contenu et budgétisation*

Formée, la psychologue de l'établissement pourra prendre le relais en cas d'empêchement de l'une ou l'autre de ses collègues. Son intervention pourra également être planifiée afin de répondre à l'objectif fixé de sept sessions sur l'année, dans la limite de douze séances.

De par sa formation, elle connaît bien la notion de rétablissement en santé mentale et y adhère pleinement. Je lui délèguerai la conception de la formation. Elle travaillera de façon participative avec les deux formateurs du service de réhabilitation psychosociale.

Pour ce faire, elle réalise un planning de réunion et de réservation de salle de travail.

En tenant compte des demandes déjà établies, la préparation portera sur :

- le contenu,
- les méthodes pédagogiques,
- les évaluations (en début, et en fin de formation) attestant de la montée en compétence,
- le questionnaire pour évaluer le programme de formation, les méthodes d'animation et la qualité globale de l'intervention,
- la conception d'une grille d'analyse de l'évolution.

Pour superviser ce travail, j'aurai un entretien mensuel avec la psychologue.

Je budgétiserai la formation à partir du coût de la formation de formateur, des temps de préparation, des temps de formation prévus, du matériel nécessaire. Ainsi, je demanderai à la psychologue de tenir à jour sur son agenda les temps dédiés à la préparation du contenu.

Afin de faire adhérer l'équipe de direction au projet, et de tester la formation, elle sera la première à être formée, au cours du dernier trimestre 2024. En fonction de nos retours, les formatrices amélioreront leur formation, adapteront leurs outils.

3.1.3 Montée des compétences collectives sur le rétablissement

La mise en œuvre de la formation est schématisée en annexe 5 (page VI).

A) Mise en place

En COPIL, nous composerons les groupes. Je veillerai à ce qu'ils soient multi-pôles, je prendrai en compte les différentes contraintes rapportées par les chefs de service. Nous établirons le calendrier prévisionnel, en tenant compte des jours de présence des salariés sur l'année 2025. L'accompagnement des résidents sur ces temps sera prévu.

B) Le management de la formation

Au cours de la réunion institutionnelle³³ de septembre 2024, je présenterai l'orientation du Centre vers le rétablissement des résidents et la formation prévue. J'expliquerai la raison des choix du Conseil d'Administration que je porterai à leur connaissance. Je donnerai des instructions précises. J'avertirai l'ensemble des salariés que je souhaite ardemment que tous y participent.

Si l'ensemble des professionnels ne peut bénéficier de la formation d'ici 2025, la suite du projet sera décalée. Ainsi l'objectif de fin de formation est fixé à décembre 2025. Toutefois, je me garde la possibilité de l'étendre sur janvier/février 2026.

C) Communication de la formation

Cette action de formation sera inscrite dans le plan de développement des compétences de 2025 qui sera présenté à la réunion de CSE prévue en septembre ou octobre 2024.

Pendant cette réunion, j'en profiterai pour affirmer mon choix d'orienter la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) vers un dispositif de formation interne. J'indiquerai au CSE que d'autres formations en interne pourront être envisagées, que toutes les propositions seront accueillies et étudiées.

J'informerai également, le CVS de la nouvelle orientation du centre et de la formation pour l'ensemble des salariés, dispensée par le service de réhabilitation psychosocial.

Sur le rapport d'activité, j'inscrirai la formation en faisant contribuer le service de réhabilitation psychosociale à la rédaction d'un article. Des photos prises -après accord des personnes- lors des séances illustreront l'article.

D) Évaluation de la formation

Les connaissances seront évaluées en début et en fin de formation à l'aide des outils conçus.

³³ Cette réunion a lieu chaque année, l'ensemble des professionnels y est convié

Je consacrerai un temps de débriefing avec les salariés formés. Chacun à son tour évaluera les formateurs. Ils rempliront le questionnaire préparé sur l'évaluation de la formation qui sera conservé. Ils se verront remettre une attestation de formation mentionnant son contenu.

Trois mois plus tard, la grille d'analyse des effets de la formation sur les pratiques sera proposée à chaque participant.

Cette formation sera également abordée par les chefs de service au cours des entretiens professionnels de l'année 2026. Ils mentionneront les éventuels besoins complémentaires.

La formation sera le levier pour enclencher le processus de changement. Cependant, le changement prendra du temps. La « symétrie des attentions » entraînera une évolution de la posture manager/managé, prouvant aux professionnels que le changement est possible. Certains passeront à l'action, d'autres appréhenderont. Le COPIL exprimera sa confiance dans la capacité des professionnels à contribuer au rétablissement du résident.

3.2 Une organisation propice au rétablissement du résident

3.2.1 Un projet personnalisé visant le rétablissement de la personne

La notion du projet personnalisé étant assez floue pour l'ensemble des salariés, il est nécessaire de définir cette notion.

A) Objectifs de la refonte du processus de conception du projet personnalisé

Le travail sur le processus de conception du projet personnalisé consiste à repenser profondément ses objectifs, ses outils, son déroulement, même si certaines étapes et outils fonctionnent bien. Il est schématisé en annexe 6 (pages VII et VIII).

L'objectif n'est pas le même pour les résidents et pour les professionnels. Pour les résidents, il s'agira de développer leur pouvoir d'agir en les faisant participer. Pour les professionnels, il s'agira de les impliquer, de les aider à s'approprier le processus.

L'objectif final de cette restructuration est d'amener les professionnels à concevoir, avec le résident, son projet personnalisé -comme cela est conseillé dans les RBPP- d'adapter pour chaque résident des prestations proposées à sa singularité. Ainsi, il répondra à ses besoins et ses souhaits, donnera le même objectif d'accompagnement pour les professionnels et aura une approche beaucoup plus transversale. Il deviendra le chemin directeur sur lequel les accompagnants s'appuieront de manière cohérente. Il favorisera la collaboration entre les professionnels.

B) Lancement de la démarche

Je souhaite mettre en place ce travail dès la fin de l'ensemble des formations sur le rétablissement, soit début 2026. J'en discuterai avec le Président qui le mettra à l'ordre du jour d'une réunion de bureau au cours du 2nd semestre 2025. Il sollicitera la participation des administrateurs à ce projet.

J'exposerai en COPIL la refonte du projet personnalisé. Après avoir ouvert la discussion je laisserai les chefs de service en débattre. En effet, responsables des projets des résidents, ils ont des façons différentes sur la manière de le conduire. Chacun a mis sa solution en place, et peut penser qu'elle est la meilleure. Cette discordance permettra la mise en commun des avis qui mènera à la conception des objectifs de refonte du projet personnalisé.

Ensemble, nous préparerons un questionnaire à visée des professionnels et un autre pour les résidents. Celui des salariés questionnera sur leur définition des objectifs du projet personnalisé, les améliorations à apporter. Celui des résidents portera sur la connaissance qu'ils ont de leur projet personnalisé, évaluera le sens qu'ils y donnent, leur participation, leurs souhaits, leurs craintes.

C) Communication sur la démarche

Ce projet aura été décrit, à l'ensemble des salariés, lors de la réunion institutionnelle de septembre 2025. Il sera détaillé au cours de la réunion de CSE prévue en fin d'année 2025. Il sera également expliqué à la réunion du CVS du dernier trimestre 2025.

Une présentation sera réalisée en janvier 2026. Elle se décomposera en trois temps :

- Un premier avec les salariés,

Cette réunion sera obligatoire et prévue sur l'emploi du temps de chacun. Une feuille d'émargement permettra de connaître le nombre de personnes présentes. Les motifs de cette refonte seront expliqués par l'équipe de direction. Nous communiquerons clairement notre vision et nos objectifs afin que tous en comprennent les raisons. Il est important que les salariés ne se contentent pas de ce qui existe mais choisissent d'améliorer les choses. Nous rappellerons que cela s'inscrit dans le cadre de la contribution au rétablissement du résident. Il s'agira de faire comprendre que ce n'est pas une perte de temps, que cela n'est pas inutile, que l'amélioration est possible. Les noms de ceux souhaitant participer au projet seront listés. Les questionnaires leur seront remis.

- Un second avec les résidents,

La démarche présentée, les noms des volontaires seront notés et le questionnaire remis. Un temps de réflexion d'une quinzaine de jours sera donné aux plus hésitants.

- Un temps festif pour tous autour d'une galette des rois.

Ce temps permettra à chacun de réfléchir sur sa participation, de retourner son questionnaire.

Les temps de communication sont également stratégiques. Ils permettront aux salariés de poser des questions, de confier leurs doutes, leurs craintes, leurs difficultés. Les comptes rendus du COPIL diffusés par mail à tous les professionnels seront discutés en réunion de service. Des temps individuels permettront à certains de solliciter de l'aide, de s'informer.

Tout au long de la démarche une communication régulière sera effectuée en réunions du CA, de CVS et de CSE afin d'en informer les membres des nouvelles orientations.

L'évolution de ce travail sera communiquée dans le « petit journal » réalisé par les résidents. Un article sera rédigé pour le rapport d'activité de 2025.

D) Mise en place de la démarche

Dans le questionnaire des professionnels, outre leur avis sur les améliorations possibles, celui concernant la référence leur sera demandé : à savoir, s'il n'est pas référent, s'il souhaite le devenir. La référence sera rediscutée en COPIL. Un travail collaboratif sera mis en place à partir des réponses des salariés au questionnaire. Sera-t-elle élargie au volontariat sur le pôle habitat ? Restera-t-elle attribuée aux moniteurs éducateurs et aux éducateurs spécialisés ? Sera-t-elle étendue aux moniteurs d'atelier ?

Puis, nous établirons la fiche de mission du « référent ». Des formations sur la coordination et les techniques de gestion de projet pour l'ensemble des référents seront prévues au plan de formation de 2026.

Un plan d'action pour accompagner ce projet sera mis en place par le COPIL. Plusieurs groupes de travail seront constitués avec pour objectifs le recueil des attentes des résidents, l'évaluation de leurs capacités, la co-construction, le suivi des objectifs, l'évaluation du projet personnalisé et d'autres sujets émergeant du groupe de pilotage. Chaque groupe, sera constitué d'un administrateur, de résidents, de salariés, d'une personne du service de réhabilitation psychosociale. Sa composition sera réfléchiée en termes de corps de métier afin d'avoir des collaborations pluridisciplinaires. L'éventuelle participation des partenaires et des familles sera discutée en COPIL.

D'autre part une réflexion sera menée sur la manière d'améliorer leur implication dans le projet personnalisé et dans les relations qu'ils entretiennent avec l'équipe.

Nous listerons les différentes actions, en restant concis, en fixant la période de réalisation, les exigences spécifiques. Nous ferons un support de référence pour chaque groupe et le transmettrons à chaque participant. Chaque groupe aura un responsable. Il conviendra de privilégier un collaborateur qui possède les compétences nécessaires pour chaque mission. Nous définirons les objectifs par la méthode SMART.

La méthode SMART, acronyme anglais signifiant « intelligent » permet de définir des objectifs fonctionnels. « Chaque lettre évoque une caractéristique à respecter : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et tenu dans le Temps ». (Thomas, Micheau-

Thomazeau, 2018 : 13-14).

Lorsque le travail de chaque groupe sera terminé, je finaliserai la maquette du nouveau projet personnalisé. Le travail collectif sera présenté au cours de la réunion institutionnelle à l'ensemble du personnel. L'ensemble des participants sera vivement remercié.

La nouvelle maquette sera effective dès le début d'année 2027.

E) Evaluation du projet par divers indicateurs

Un groupe de travail concevra un questionnaire sur l'accompagnement. Le résident le remplira avec le référent au moment de la préparation de sa réunion de projet. Le questionnaire évaluera si le résident connaît son projet personnalisé, le sens qu'il y met, l'importance qu'il lui accorde. Ces indicateurs seront précisés afin de fixer un objectif de progression à l'équipe. En favorisant l'autodétermination dans la construction du projet personnalisé, ces indicateurs évolueront.

J'ai abordé en 2.3.1.D, le cas de résidents qui partent de l'établissement, après plus d'un an de séjour sans que leur projet personnel de vie ne soit soutenu par les équipes. Le nombre de départs de ce type sera un autre indicateur de performance. Je placerais cet objectif à zéro dans cinq ans.

Dans le support des projets personnalisés des personnes, je regarde :

- Le contenu du recueil des attentes du résident,
- les actions : Sont-elles des prestations adaptées au résident ? sont-elles réparties entre les professionnels ? Sont-elles SMART ?
- les suivis des projets personnalisés à 3, 6 et 9 mois. Taux de suivi, taux de rencontre de suivi, taux de participation du service de réhabilitation psychosociale.

3.2.2 Adapter l'offre d'accompagnement du pôle activité de jour

L'ancienneté des moniteurs étant importante, il me faut être vigilante quant au risque de lassitude. L'offre d'accompagnement au niveau du pôle habitat a été renforcée, par la multiplication des solutions d'hébergement. Cela a entraîné une augmentation des tâches liées à l'entretien des bâtiments qui incombe aux moniteurs. Pendant qu'ils réalisent les interventions, les résidents se retrouvent très passifs, tout au plus porteurs d'outils. Ce qui n'est pas favorable à leur rétablissement.

A) Création de postes d'agent de maintenance

Ces moniteurs aimeraient être déchargés de ce type de travaux pour réaliser un meilleur accompagnement auprès des résidents. Ainsi, j'envisage de créer un à deux postes

d'agent de maintenance. Pour cela après accord du Conseil Départemental et du Conseil d'Administration, je vais transformer des postes.

Les postes administratifs sont en nombre important dans l'établissement, supérieur à la moyenne des foyers de vie de la région. Le développement des courriels, l'informatisation, a diminué la charge de travail du secrétariat. Le départ à la retraite d'une secrétaire est prévu au cours de l'année 2024. Je souhaite transformer son poste en agent de maintenance.

Pour le second poste d'agent de maintenance, j'aborderai le sujet en réunion de direction, afin que nous étudions ensemble les possibilités de mise en place en fonction des futurs départs prévus.

Les agents de maintenance seront sous la responsabilité du responsable logistique et environnement. Je lui délèguerai la création de la fiche de poste, l'offre de recrutement, la première sélection des candidats. J'en conserve la supervision.

Pour l'ensemble des recrutements je sélectionnerai les professionnels ayant des capacités d'écoute et d'empathie, à échanger dans le respect, à reconnaître et valoriser les potentialités des personnes. Pour ce faire, je demande au candidat sa manière de *gérer* une situation à forte charge émotionnelle dans le cadre de son poste, le but étant de l'inviter à réfléchir à ce qu'il ferait.

B) Redéfinition de l'offre d'accompagnement des ateliers

Après la période de formation, j'impulserai au chef de service l'accompagnement des moniteurs d'atelier vers une réflexion sur le contenu des activités proposées, sur la manière de stimuler une dynamique chez les résidents, de se mettre à leur portée. Pour le manager, il s'agit d'épauler le collaborateur pour développer des activités, des projets visant à contrer la tendance à l'immobilisme des personnes accueillies. Un travail de développement d'apprentissages pour acquérir des compétences techniques sera demandé à chaque moniteur. Il sera invité à développer des tâches attrayantes, des outils pour évaluer, renforcer ou développer les capacités des résidents.

Je délèguerai cette mission au chef de service, nous fixerons ensemble des objectifs, un échéancier précis et co-construits. En ce sens, je lui demanderai de réaliser un plan d'action que je validerai. Nous planifierons des entretiens de supervision tous les mois. Nous renégocierons les objectifs à sa demande.

Ainsi, si cela lui est nécessaire, j'assurerai avec lui, des temps d'échange avec les moniteurs de chaque secteur d'activité, pour présenter les objectifs et les attentes.

Je l'invite à mener un débat participatif pour faire évoluer les pratiques. Je le conduis à planifier des réunions pour les trois secteurs d'activité. Je définis mes directives d'élaboration :

- affecter des résidents dans les activités professionnelles en recherchant leur pouvoir d'agir, conformément au projet d'établissement.
- passer d'une logique de places dans un atelier à une logique de parcours au sein du pôle activité de jour.
- Développer l'autonomie des moniteurs qui composeront leurs équipes en fonction du travail prévu, des besoins et des souhaits d'apprentissage des résidents, de leurs projets personnalisés.

Il redéfinira la fiche de poste du moniteur d'atelier, clarifiera son rôle, ses missions, ses responsabilités.

L'action à prévoir sur une année, susceptible de démarrer en 2026, pourra être décalée en fonction de l'avancement de la reconstruction du cadre du projet personnalisé. Une veille sera à effectuer sur les années suivantes afin que les moniteurs ne s'enlisent pas dans des habitudes et gardent une dynamique propice au rétablissement des résidents.

L'observation de l'assiduité des résidents à travers la grille de présence aux ateliers, le questionnement de l'instance du CVS, et le questionnaire de satisfaction³⁴ permettront d'évaluer l'impact de la restructuration.

C) Développer les relations des moniteurs avec les ESAT partenaires

Parmi les moniteurs, souvent issus du monde artisanal ou agricole, peu ont la connaissance des exigences ou des indulgences des ESAT. Pour adapter son enseignement, avoir un avis sur les capacités à stimuler, sur les compétences à développer, le moniteur requiert des repères (ponctualité, rythme, rendement).

C'est le référent qui accompagne le résident dans les différentes démarches de son projet. Lorsque le projet du résident est d'intégrer un ESAT, il y est uniquement accompagné par son référent. Il m'apparaît inéluctable que le moniteur ait un rôle à jouer. Ce rôle devra faire partie de sa mission. Je veillerai à ce qu'il apparaisse dans le nouveau processus du projet personnalisé.

Dès à présent, les accompagnements des résidents en mises en situation professionnelle se feront conjointement par le référent et le moniteur. Leur présence commune sera également requise en bilan de fin de stage. Il en sera de même pour tout accompagnement professionnel : projet de formation, embauche.

La qualité de l'accompagnement de l'établissement est reconnue par les différents ESAT spécialisés dans le handicap psychique, de la région. Lors de recrutement de travailleurs, ils privilégient les candidats provenant du centre. Les années de travail en collaboration

³⁴ Remplit au moment de l'entretien de préparation du projet personnalisé

ont tissé des liens étroits. Pour permettre aux moniteurs de mieux cerner les demandes des ESAT, j'organiserai des mises à disposition de personnel avec ces établissements pour les moniteurs qui le souhaiteront.

Une mise à disposition temporaire de personnel nécessite l'accord écrit du salarié. L'avenant au contrat de travail du salarié volontaire précise la durée de la mise à disposition, les tâches confiées, les horaires et le lieu de travail, les caractéristiques particulières. Pendant cette mise à disposition temporaire, proposée dès 2024, le salarié conservera son contrat de travail et les bénéfices des dispositions conventionnelles. Il percevra son salaire habituel. Une convention de mise à disposition de personnel conclue entre l'ESAT et l'établissement sera signée pour chaque salarié mis à disposition. Elle mentionnera la durée de la mise à disposition, l'identité et la qualification du salarié. Le salarié bénéficiera ainsi d'une expérience, sortira de sa zone de confort, réalisera des missions dont il n'a pas l'habitude, découvrira une nouvelle manière de faire, développera son employabilité.

Avant de mettre en place l'opération, je consulterai le CSE et je l'informerai régulièrement des conventions conclues. Je délèguerai le soin de communiquer l'information auprès des moniteurs au chef de service.

La pertinence de cette mise à disposition sera vérifiée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction. Un suivi plus fin sera effectué en collectant des données sur l'année : le nombre de conventions, le nombre d'ESAT partenaires, le nombre de mises à disposition aboutie, leur durée. Cette expérience, si elle s'avère réussie, sera susceptible d'être étendue à l'ensemble des professionnels.

Ces actions permettront aux moniteurs de redonner du sens à leur mission. Ainsi, ils seront plus à même de susciter l'espoir nécessaire au rétablissement des résidents.

Ce travail sur le sens de leur mission permettra de développer le sentiment d'appartenance autour de valeurs partagées, de les fédérer autour d'une dynamique, en collaboration avec les autres professionnels.

3.2.3 Intégrer le service de réadaptation psychosociale dans l'établissement

A) Facilitation de l'accès au service de réhabilitation psychosociale

Le plan d'action est détaillé annexe 7 (page IX).

Le service de réhabilitation psychosociale est situé à l'étage, dans un ancien appartement de fonction au-dessus d'une nouvelle unité d'habitation. L'accès se fait par l'extérieur. De ce fait, le personnel du service de réhabilitation psychosociale se retrouve physiquement exclu des autres professionnels, il ne peut développer des contacts avec leurs collègues. Permettre la rencontre avec leurs collaborateurs est nécessaire. Ainsi, un accès depuis le

bâtiment administratif vers l'emplacement du service de réhabilitation psychosocial peut se faire. Il nécessite la démolition de cloisons et la suppression d'un WC.

Dès le début de l'année 2024, je missionnerai le responsable logistique et environnement pour examiner si les cloisons peuvent être abattues dans le respect des normes de constructions et des consignes de sécurité incendie. En effet, pratiquer cette ouverture, c'est créer une liaison entre le bâtiment administratif et un bâtiment d'habitation.

Si cela s'avère possible, je réaliserai le cahier des charges avec le responsable logistique et environnement. Puis je le missionnerai pour réaliser les différents devis, budgétiser les travaux.

Je présenterai le projet au Conseil d'Administration après concertation avec le Président. J'examinerai si ces travaux peuvent être envisagés avec la réserve d'investissement prévue pour l'année 2024. Sinon, je prévoirai ces travaux dans le budget 2025.

B) Intégrer le service de réhabilitation dans les temps d'échange

La RBPP sur la bientraitance recommande de mettre en place « des moments d'échanges réguliers » permettant à chacun d'échanger son analyse, « à une approche de proximité de rencontrer une approche plus distanciée, et à une collaboration pluridisciplinaire ou pluri-professionnelle de se mettre en place » (ANESM, 2008).

Nous l'avons vu dans la partie 2.1.3, ces temps d'échange n'existent actuellement que lors de la co-construction du projet personnalisé du résident. Or, cette réunion n'a pas cette vocation. Elle sert à construire des objectifs d'accompagnement. Nous avons également fait le constat que ces échanges sont riches, intéressants, éclairants, d'autant plus lors de la présence des équipes partenaires.

Dès 2024, j'instaurerai une réunion clinique hebdomadaire animée par la psychologue qui en fixera le cadre. En fonction du résident présenté, seront conviés :

- le ou les moniteurs concernés,
- l'équipe d'hébergement,
- le référent,
- l'infirmière du service réhabilitation psychosociale référente du résident,
- les équipes partenaires,
- le mandataire judiciaire.

Les temps d'échange par résident seront limités à 45 minutes. Je lui confierai la constitution d'un planning trimestriel. Ce planning permettra à chacun de s'organiser pour y assister.

De même, j'instituerai une réunion pluridisciplinaire quotidienne de 30 minutes pour qu'une bonne collaboration se mette en place. Cette réunion permettra également de faire circuler les informations rapidement. Seront présents :

- un représentant de l'équipe de direction, qui animera et réalisera le compte-rendu,

- une représentante du service de réhabilitation psychosociale,
- un représentant de chaque groupement d'hébergement,
- un représentant de chaque secteur d'activité professionnelle.

Le planning de présence des représentants des hébergements et des activités de jour sera réalisé par eux-mêmes, transmis un mois à l'avance, validé par les chefs de service. Je validerai le nôtre et celui du service de réhabilitation psychosociale.

Ces réunions feront fructifiées des instances de débats de dialogue et de controverse. Elles permettront d'apporter des solutions. Elles favoriseront la transmission d'information, la collaboration et la coordination des entités d'accompagnement au profit du rétablissement du résident.

Les moniteurs disposent d'une heure de réunion hebdomadaire animée par leur chef de service. Ils s'expriment, à tour de rôle, en se centrant plutôt sur les problématiques des résidents. Ces problèmes traduisent des difficultés rencontrées par les professionnels dans l'exercice de leur mission. La réunion ne permet pas d'apporter de solution.

Chaque équipe d'hébergement dispose de deux heures hebdomadaires durant lesquelles elle coordonne leur accompagnement et évoque également les difficultés des résidents.

Les professionnels ne sont pas « accompagnés dans leur réflexion et prise de recul sur les événements ou petits faits quotidiens qu'ils ont sous les yeux » comme le recommande la RBPP sur la bientraitance (ANESM, 2008). J'instaurerai dès le début d'année 2024, la présence d'une personne du service de réhabilitation psychosociale ou de la psychologue sur un temps défini de ces réunions. Je leur laisserai le soin d'établir leur planning de présence que je validerai.

C) Reconnaissance du rôle de soutien du service de réhabilitation psychosociale auprès des professionnels

L'accompagnement des résidents occasionne parfois des moments très difficiles pour les professionnels. Ces situations, parfois intenses et complexes, sont dues aux manifestations de leur pathologie.

Lorsqu'une telle situation apparaîtra le chef de service orientera le professionnel vers le service de réhabilitation psychosociale. Au travers d'échanges sur l'évènement vécu, le service sera un soutien pour le salarié par la parole et la réflexion.

Le nouveau professionnel qui intègrera l'établissement bénéficiera au cours de sa première année, de formations dispensées par le service de réhabilitation psychosociale.

3.3 Accompagner les résidents vers leur rétablissement

3.3.1 Etablir les règles en concertation avec les résidents

Dans la seconde partie (2.2.3.B), j'ai exposé quelques règles qui à mon sens allaient à l'encontre du rétablissement. Ces règles générales organisationnelles seront à reprendre dans le cadre de la construction du nouveau projet d'établissement. Elles seront définies avec la participation des résidents, en s'appuyant sur le CVS.

Le règlement de fonctionnement définissant les règles générales de l'établissement sera repris par l'équipe de direction et présenté au CVS. Puis, même si cela est moins pratique, chaque hébergement aura son règlement réalisé avec les résidents et révisé régulièrement. Ils ne suivront plus un règlement déjà établi mais participeront à son élaboration. En sollicitant le pouvoir d'agir des résidents, cette participation collective va dans le sens des politiques publiques.

Je délèguerai la mise en place et la supervision de la conception des règles de vie collective au chef de service du pôle habitat, à partir de 2026. La réalisation des règlements de chaque logement sera confiée aux éducateurs spécialisés qui veilleront à la participation des résidents et à la prise de décision collective. Les sanctions envisagées en cas de non-respect des règles collectives seront incluses. Ainsi, l'équipe éducative aura une certaine latitude pour sanctionner en cas de non-respect du règlement.

Je laisse le soin au chef de service de définir les objectifs, la fréquence de mise à jour, de créer les outils, d'élaborer les documents de cadrage du projet, de superviser sa bonne mise en place.

3.3.2 Agir sur l'environnement du résident

En complément des actions menées pour favoriser le rétablissement du résident dans son quotidien et ses activités, des actions auprès de sa famille et de déstigmatisation peuvent être menées.

A) Auprès des familles

La famille est essentiellement composée de parents, oncles et tantes, frères et sœurs. Quelques résidents ont des enfants mais ne sont plus en couple.

La famille a vécu des moments difficiles qui entraînent des réactions de découragement, de lassitude, de prudence, d'anxiété. Elle a sa représentation du handicap psychique. Elle devra parfois changer de comportement face à son proche.

« La transformation de la famille face à la maladie doit se faire dans un parcours aidant-aidé » (Paul, 2021 :22-23). Il existe des outils pour accompagner les familles comme ProFamille, qui est un programme psychoéducatif structuré, destiné aux proches d'un

malade souffrant de schizophrénie. Développé au Québec par le professeur Hugues Cormier en 1988, il repose sur deux principes :

- une information concernant la maladie, sa prise en charge,
- un apprentissage de techniques pour mieux soutenir son proche.

L'accompagnement de l'entourage familial étant préconisé par l'HAS, le partenaire RéHPSy³⁵ propose ce programme, sur certains départements de la Région. Ce travail améliore le fonctionnement familial, favorise le rétablissement de la personne. La famille prend conscience de l'altération des capacités de la personne.

La connaissance de ces programmes par les référents, les chefs de service est indispensable. En contact avec les familles, ils peuvent les orienter vers les antennes du RéHPSy.

Au niveau de l'établissement, nous devons aussi reconnaître le rôle des proches dans l'accompagnement vers le processus de rétablissement de la personne en leur laissant une place de collaborateur, notamment dans le projet personnalisé de la personne accompagnée. La famille apporte un autre regard, elle est source de socialisation, aidante si elle a pu se structurer de manière favorable.

Dans la partie (2.2.3B), nous avons fait le constat qu'aucun lieu n'est à disposition pour que le résident puisse accueillir des proches.

A partir de 2027, je mettrai en place un travail de réflexion sur « comment les résidents peuvent accueillir leur famille », après un état des lieux que je réaliserai :

- auprès des résidents par l'intermédiaire du CVS et en questionnant certains résidents proche de leur famille,
- auprès des familles, par l'intermédiaire d'un questionnaire conçu en COPIL et diffusé par voie postale ou mail.

Après avoir rassemblé les besoins, j'instaurerai un groupe de travail d'une dizaine de personnes, deux résidents, six professionnels et deux familles volontaires, concernés permettant un travail construit. Les réunions bimensuelles auront lieu dans la salle disposant le matériel nécessaire pour permettre aux familles de se connecter en visioconférence.

B) Poursuite des actions de destigmatisation

Depuis 2014, le Centre participe aux campagnes de lutte contre la stigmatisation « Et Alors ». Je veillerai à ce que résidents et professionnels continuent à participer aux actions proposées par « les couleurs de l'accompagnement ».

J'envisage d'organiser un projet de lutte contre la stigmatisation en créant un partenariat avec les lycées et collèges des villes voisines. Des résidents et des professionnels

³⁵ Réseau Handicap Psychique

interviendraient dans les établissements scolaires pour changer le regard des jeunes sur le handicap psychique. Ce projet pourrait voir le jour d'ici quatre à cinq ans.

3.3.3 Des Pairs-aidants pour guider les résidents dans leur rétablissement

Un projet d'intervention de pairs-aidants auprès des résidents sera envisagé dans cinq années. En effet, les professionnels auront besoin de temps pour changer leur mode d'accompagnement et accepter peu à peu un changement de posture dans leur relation avec le résident.

Ce projet sera travaillé avec le concours de tous les professionnels du Centre. Les appréhensions seront écoutées, le rôle du pair-aidant, sa mission sera expliquée et réexpliqué.

Pour démarrer ce projet d'intégration de pair-aidant dans l'accompagnement du résident, je me tournerai vers les associations de médiateurs de santé pairs. Ainsi, leur rémunération dépendra des prestations extérieures, elle n'interviendra pas sur l'enveloppe prévue pour la rémunération des salaires et charges du personnel et ne nécessitera pas l'accord du Conseil Départemental. Son cadre d'intervention sera défini en COPIL. Ce projet sera présenté au CSE, et au CVS et en réunion institutionnelle.

Si l'expérience se déroule bien, elle sera reconduite l'année suivante. Puis, il s'agira d'envisager l'embauche d'un ou deux médiateurs pairs avec l'accord du Conseil Départemental.

Conclusion de la troisième partie

Pour réussir le projet, la montée en compétence sur le rétablissement en santé mentale de tous est obligatoire. Elle nous sera une première étape qui nous apportera une vision commune, nous permettra de prendre du recul sur les pratiques, d'évoluer sur notre posture, de nous questionner sur nos missions.

Le développement des différentes actions organisationnelles réduiront les conflits institutionnels qui se transformeront en amélioration du fonctionnement du Centre. Il permettra également de nous unifier.

Le professionnel sera stimulé pour s'impliquer, pour innover. Il contribuera à travers ses idées, son avis, sa participation, à l'amélioration des prestations offertes par la structure. Son regard sur sa mission évoluera, le motivera, le dynamisera dans son nouveau rôle auprès du résident.

Ces éléments pourront contribuer à son bien-être au travail, lui permettant ainsi de contribuer au rétablissement du résident en collaborant avec lui.

Cette transformation s'inscrira dans la durée, elle nécessitera du temps et de la patience.

Conclusion

Contribuer au rétablissement des personnes en situation de handicap psychique vise à améliorer sa vie et, par conséquent, sa santé. En tant que Directrice du Centre, à la demande du Conseil d'Administration, j'impulse le changement de culture au profit du concept de rétablissement. Pour cela, je m'allie fortement avec notre partenaire, le Centre Hospitalier Spécialisé du département. Je favorise la montée en compétences des équipes. L'organisation du foyer de vie se clarifie. Les professionnels se soudent rendant l'accompagnement plus cohérent. Les liens avec les différents partenaires sont renforcés, la lutte contre la stigmatisation poursuivie.

Ce projet répond aux demandes des politiques publiques, qui aspirent à ce que la personne soit actrice de sa prise en charge, que ses conditions de vie soient améliorées. Le projet que je porte s'appuie sur un partenariat solide permettant d'allier le sanitaire et le médico-social pour contribuer à une vie plus épanouie des personnes que nous accueillons, sur un temps de leur vie, au sein de l'établissement.

Le projet contribue au rétablissement du résident en apportant une amélioration de sa vie quotidienne. Le résident maîtrise mieux sa maladie, adapte les soins qui lui sont nécessaires en utilisant les techniques de réhabilitation psychosociale. Ainsi, en gérant sa santé, il reprend confiance en lui, améliore son avenir et bâtit son destin.

Les professionnels l'aident à reprendre en main le fil de sa vie, en mettant à disposition un accompagnement adapté. Ils le stimulent, le dynamisent, recherchent sa motivation. Sa vie, plus emplie d'intérêts, d'activités, de buts et d'espoir il sera moins envahi par la maladie. Il se découvre des ressources, des potentiels l'emmenant un peu plus loin dans son rétablissement. Son pouvoir d'agir est facilité, lui évitant ainsi de se chroniciser.

Le résident collabore et adhère à son projet personnalisé qui lui permet de vivre de manière plus épanouie avec son handicap. Il se projette dans son avenir. Il est de plus en plus en mesure de faire des projets. Son projet personnel devient alors la base de son projet personnalisé. Celui-ci composé de prestations délivrées par l'établissement et ses partenaires, aboutit à la concrétisation d'un projet de vie réaliste, soutenu par les professionnels. Le Centre demeure un tremplin dans le parcours de vie du résident.

Le projet lutte contre la stigmatisation. Ainsi, Le résident augmente sa résistance, réduit son handicap, son estime de soi progresse, il se sent « comme tout le monde », il est un citoyen.

Le résident bénéficie d'un soutien plus adapté et se constitue des bases solides pour se stabiliser dans un emploi qu'il soit salarié ou protégé, lorsque cela est possible.

« Chaque personne doit vivre sa vie en étant un modèle pour les autres ». Rosa Parks

Bibliographie

OUVRAGES LUS

Arveiller, J., Bonnet, C. (1994). « *L'insertion du malade mental* », *Une place pour chacun ou chacun à sa place ?* Érès

Collée, M., Quételet, C. (1999). *Histoire des maladies mentales*. 2^e éd, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France.

D'Amato, T., Daléry, J. (1995). *La schizophrénie. Recherches actuelles et perspectives*. Elsevier Masson.

Estellon, V. (2013). *Les états-limites*. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France.

Jaeger, M. (2014). *Guide du secteur social et médico-social*. Dunod,

Jolivet, B. (1995). *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, éditions Frison-Roche.

Loubat, J. (2002). *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Dunod.

Miramon, J. (2001). *Manager le changement dans l'action sociale*. 2^e ed, ENSP.

Raffaelli, M. (2012). *Histoire du handicap psychique en Isère, Cheminement à travers les arcanes de la Psychiatrie, 1970-2005*. La Vertevelle.

OUVRAGES CONSULTÉS

Andrien, L., Sarrazin, C. (2022). *Handicap, pour une révolution participative: La nécessaire transformation du secteur médico-social*. (p. 21-50) Érès.

Bonnet, C., Arveiller, J. (2012). Dans : Kapsambelis V. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. (p. 179-196). Presses Universitaires de France.

Berne, E. (2005). *Structure et dynamique des organisations et des groupes*. Les Editions d'Analyse Transactionnelle.

Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.

Csillik, A., Fenouillet, F. (2019). Dans : Carré, P. *Psychologies pour la formation*. (p. 223-240). Dunod.

Demailly, L., Garnoussi, N. (Dir). (2016). *Aller mieux. Approches sociologiques*. Presses Universitaires du Septentrion

Dicecca, V., de Buchet, P. (2013). Dans CSP, *Les 5 clés du management transversal*. (p. 27-40). Dunod.

Dubreuil, B. (2014). Chapitre 15. L'autorité du directeur. Dans : Batifoulier F. *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. (p. 311-328). Dunod.

Gaberan, P. (2007). *Cent mots pour être éducateur*. (p. 120), Erès.

Godelier, É. (2006). *La culture d'entreprise* (p. 7-23), La Découverte.

Goffman, E. (1968). *Asiles Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Le sens commun, Minuit.

Janvier, R., Matho, Y. (2013) *Le droit des usagers*. (p. 5-22). Dunod.

Jouet, E., Greacen, T. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, "empowerment"*. (p. 33-59). Érès.

Lieberman, R. (1991) *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Masson.

Loubat, J. (2013). *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale* (p. 183-208). Dunod.

Loubat, J. (2020). *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. (p. 111-150). Dunod.

Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*. 1, ARDIS.

Massé, G., Jacquart, A., Ciardi, M. (1987). *Histoire illustrée de la psychiatrie. En 41 leçons et résumés*. Dunod

Marcel, J., Dupriez, V., Périsset Bagnoud, D., Tardif, M. (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer: De nouvelles pratiques enseignantes*. (p. 40-44). De Boeck Supérieur.

Massé, G. (1997). *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale: rapport au ministre de la Santé et de l'Action humanitaire*, ENSP.

Nasse, P., de Foucauld, J. (1992). *Exclus et exclusions : connaître les populations, comprendre les processus*. La documentation française.

Not, L. (1991). *L'accompagnement des adultes handicapés mentaux modérés*. Editions universitaires du Sud.

Noûs, C., ESR, R. (2021). *Lingua Novæ Universitatis: Fragments d'un discours universitaire*. (p. 16-20). Éditions du Croquant.

Plane, J. (2015) *Théories du leadership. Modèles classiques et contemporains*. (p. 47-71) Dunod.

Pohl, S., Battistelli, A. (2016). Dans : Valléry G. *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés* (p. 138-142). Dunod.

Pourtois, J. Desmet, H. (2012). *L'éducation postmoderne*. (p. 67-77). Presses Universitaires de France.

Ryan, P., Baumann, A., Griffiths, C. (2012). Dans : Jouet, E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, "empowerment"*. (p. 251-266). Érès.

Tavan, J. (2019). Dans : Batifoulier F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. (p. 433-457). Dunod.

Thomas, L., Micheau-Thomazeau, S. (2018). *La Boîte à outils de la Motivation*. (p. 12-15). Dunod.

Vidon, G. (2000) Schizophrénies en France : données actuelles. Editions Frison-Roche

ARTICLES / REVUES

Abidli, Y., Piette, D., et Casini. (2015). Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins. *Santé Publique*, 1, (HS), 31-39.

Allilaire, J. F. (2012, octobre). Troubles limites et personnalité « border-line » : comment les reconnaître et les traiter ? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196, (7), 1349-1360.

Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11, 15-25.

Bouquet, B., Jaeger, M. (2019). Introduction. *Vie sociale*, 3, (27), 7-12.

Bowlby, J. (1992). L'Avènement de la psychiatrie développementale a sonné. *Devenir*, 4, 7-31.

Bys, C. (7 mai 2019). "Coopérer n'est pas naturel", selon le sociologue François Dupuy. Usine nouvelle, <https://www.usinenouvelle.com>.

Chaillou, A., de Mullenheim, A. (2018). Le pouvoir d'agir à la rescousse, *Revue Projet*, 363, (2), 68-73

Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 24/99, (4) 37-56.

Cohu, S., Lequet-Slama, D., Velche, D. (2005). Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Grandes tendances. *Revue française des affaires sociales*, (2), 9-33.

Daumezon G. (1946-1947). L'enracinement des malades guéris à l'asile. *L'hygiène mentale*, (4), 57-71.

Demoustier, S. (2021). Les enjeux. Pouvoir d'agir et expertise d'usage : opportunités et écueils pour le travail social. *Forum*, 162, (1), 19-28.

Ditandy, C., Meyronin, B. La symétrie des attentions, ambition ou utopie ? (2014) *L'Expansion Management Review*, 154, (3), 10-17.

Dumont, R. (2020). Travailler en réseau ou en partenariat. *Cahiers de l'Actif*, 526-527, 7-28.

Ey, H. (1966). La maladie mentale, maladie de l'adaptation sociale. *Réadaptation*, 30, 8-10.

Farkas, M. (2018). L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale*, 23-24, 53-74.

Foudriat, M. (2013). Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux: Perspectives théoriques croisées. *Presses de l'EHESP*.

Gangloff-Ziegler, C. (2009). Les freins au travail collaboratif. *Marché et organisations*, 10, 95-112.

Grimaud, L. (2003). Du sensoriel au narratif. *Empan*, 49, (1), 159-163.

Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., Haelewyck, M.-C. Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. (2022). *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 2, (94), 25-42

Laloy, D., Fusulier, B. (2008). Travailler le social dans un cadre organisationnel « modulaire » : quelles implications pour l'articulation des temps de vie ? *Pensée plurielle*, 18, (2), 21-30.

Lambooy, B. (2005) La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé Publique*, 17, (4) 583-596.

Le Cardinal, P., Roelandt, J. L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., Marsili, M. (2013) Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89, (5), 365-370.

Martin, B., Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC Psychiatrie*, 10(4), 1-9.

Massé, G. (2006). Pour une réhabilitation psychosociale à la française. *L'information psychiatrique*, 82, (4), 291-296.

Miramón, J. (2010) La coordination ressources humaines organisation management : Un défi majeur pour la cohérence d'un fonctionnement institutionnel. *Vie sociale*, 1, (1), 59-74.

Niard, C., Maugiron, P., Franck, N. (2020). Le pair-aidant professionnel : un nouvel acteur pour de nouvelles réponses. *Rhizome*, 75-76, (1-2), 17-26.

- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88, 257-266.
- Paul, M. (2021). Remédiation cognitive et rétablissement : programmes et expérimentations. *Bulletin de l'UNAFAM, un autre regard*, (1), 22-23.
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, 29(118), 37-54.
- Pierrefeu, I., Pachoud, B. (2014). L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor. *L'information psychiatrique*, 90, (3) 183-190.
- Pihel, L. (2017). Les atouts d'une compréhension fondée sur le travail réel et les attentes des salariés Les « carrières immobiles » : un challenge pour le management ! *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 3, (129), 21-32.
- Pluss, M. (2016). Facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie et l'autodétermination des usagers. *Pratiques en santé mentale*, 62, (3), 21-24.
- Romnia, M. (2021). Remédiation cognitive et rétablissement : programmes et expérimentations. *Bulletin de l'UNAFAM, un autre regard*, (1), 18-19.
- Roucou, S. (2008). Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *L'information psychiatrique*, 84, (10), 913-921.
- Sartorius, N. (2007). Les leçons d'un programme mondial de 10 ans contre la stigmatisation et la discrimination liées à une maladie. *L'information psychiatrique*, 83, (10), 788-792.
- Schweitzer, L. (2020). « On est des (ex-) quelque chose »... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, 75-76, (1-2), 56-66.
- Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97, 23-43.
- Testor, G., Rioux, Y. (2021). Participation des usagers et développement du pouvoir d'agir. Quelles pratiques en pensions de famille. *Forum*, 162, (1), 49-57.
- Thiébaud, C. (2009). La patience du manager-jardinier. *L'Expansion Management Review*, 135, 114-120.
- Zaffran, J. (2005). Des principes politiques d'insertion professionnelle des personnes handicapées au contexte de l'action: Le cas des exploitations agricoles. *Revue française des affaires sociales*, 249-272.

GUIDES / RAPPORTS / RECOMMANDATIONS

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. *Projet régional de santé / 2018-2028*. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prs-schema-regional-de-sante>

ANESM. (2008). Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

ANESM. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

ANESM. (2010). Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

ANESM. (2016). Spécificité de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2017). *Dossier technique Troubles psychiques Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques*, (p 14-15). <https://www.cnsa.fr/node/2949>

Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. (2018) *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179>.

Haute Autorité de Santé. (2020). *Le « programme pluriannuel - psychiatrie et santé mentale 2018-2023 »*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf

AgaPsy-Galaxie. (2,3 juillet 2013). *journées nationales handicap psychique et emploi*.

Largarde, X. (2009). *Dans rapport annuel cour de cassation, Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation*, la documentation française

Organisation Mondiale de la Santé. (2001) *Rapport sur la santé dans le monde, La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHR_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pesqueux, Y. (2020) *Panorama des modèles du changement organisationnel*
<https://shs.hal.science/halshs-02876084/document>

DISERTATIONS DOCTORALES LUES

Doublet, J. (1967) *Rôle des milieux protégés dans la réadaptation des handicapés mentaux*

Rousset G. (1969) *Une forme originale d'assistance aux handicapés mentaux : le Centre de Post-cure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest.*

TEXTES LEGISLATIFS

Code de l'action sociale et des familles : Section 1 : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212898

Code du travail : Chapitre III : Catégories d'actions

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037385660

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006103467>

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

SITE INTERNET

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHO_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=65

<https://esperpro-mediateur.fr/sante-mentale-retablissement/>

<https://psychiatrie.crupa.asso.fr>

<https://www.cadremploi.fr/editorial/conseils/droit-du-travail/la-mise-a-disposition-temporaire-de-personnel>

<http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale>

<http://www.eufami.org>

<https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

<https://www.msmanuals.com/fr>

<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>

www.unafam.org

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/troubles-du-developpement/>

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/22059-la-politique-europeenne-legard-des-personnes-handicapees>

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

Moodstep, J. (2015). Le pouvoir d'agir [vidéo]. Youtube.

https://www.youtube.com/watch?v=Z7_IS4HSD3g

Centre hospitalier Laborit. (6 mars 2012). *Le travail à cœur* [vidéo]. Vimeo.

<https://vimeo.com/186224423>

Fédération des Centres Sociaux de France, collectif Pouvoir d'agir. (28 septembre 2015).

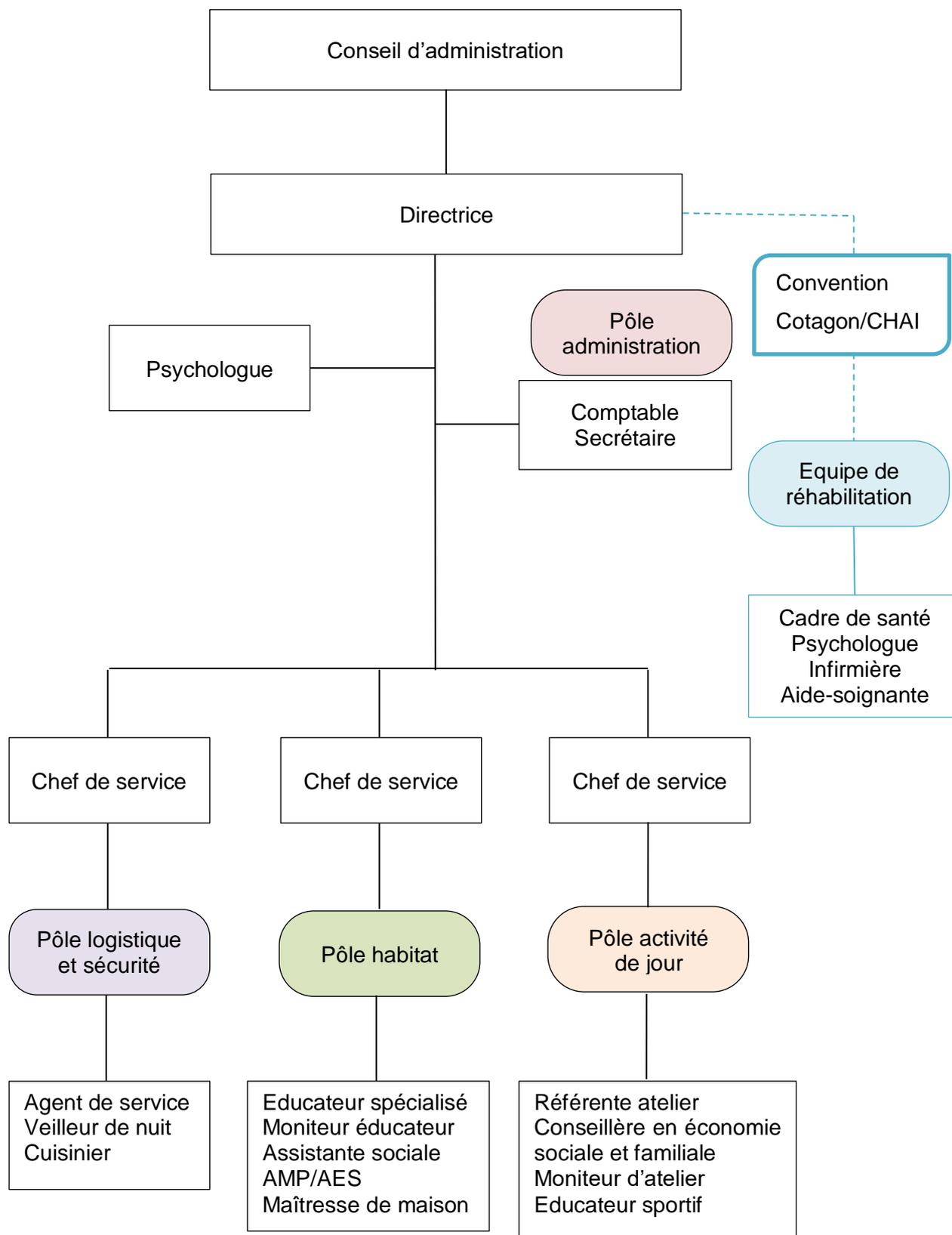
Conférence [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=f3dOEDL60P0>

Devos France (2019) *Dynamique de groupes et structuration du temps : théorie de Berne* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NML-yBkohYU>.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Organigramme du Centre de Cotagon.....	II
ANNEXE 2 : Organigramme des trois entités d'accompagnement.....	III
ANNEXE 3 : Plan d'action.....	IV
ANNEXE 4 : Conception de la formation interne	V
ANNEXE 5 : Formation « rétablissement en santé mentale »	VI
ANNEXE 6 : Remaniement du cadre du projet personnalisé	VII
ANNEXE 7 : Création d'une ouverture pour faciliter l'accès vers le service de réhabilitation psychosociale	IX
ANNEXE 8 : plan de communication.....	X

ANNEXE 1 : Organigramme du Centre de Cotagon



Dans les annexes suivantes, j'abrège le nom des pôles de cette manière :

Pôle administratif : p. adm, Pôle logistique et sécurité : p. log,

Pôle habitat : p hab, Pôle activité de jour : p actj.

ANNEXE 2 : Organigramme des trois entités d'accompagnement

Association Nationale pour la réadaptation professionnelle et la réinsertion sociale de Cotagon		Centre Hospitalier Spécialisé	
Conseil d'administration		Centre Référent Réhabilitation Psychosociale et Remédiation Cognitive	
Président			
Directrice			
Psychologue	Entité : Pôle habitat	Entité : Pôle activité de jour	Entité : Service de réhabilitation psychosociale
1 ETP	1 ETP	1 ETP	0,06 ETP
4 ETP	4 ETP	12 ETP	2,8 ETP
3 ETP	3 ETP	1 ETP	1 ETP
5 ETP	5 ETP	1 ETP	0,8 ETP
3 ETP	3 ETP		

Par soucis de simplification cet organigramme ne comprend pas les services logistiques et généraux.

ANNEXE 3 : Plan d'action

action prévue	2024												2025												2026												2027												2028											
	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	J	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d
Présentation du projet au CA	■																																																											
Préparation grille entretien annuel	■																																																											
Entretien professionnel		■	■																						■	■																								■	■									
Plan de formation																																																												
Réunion institutionnelle																																																												
Préparation de la formation	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																																	
Formation												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																					
Refonte du cadre du projet personnalisé																																																												
Recrutement agent de maintenance																								à prévoir																																				
Mise en adéquation de l'offre des ateliers avec le rétablissement																																																												
Création du passage administration / service réhab.																																																												
Réécriture du règlement de fonctionnement																																																												
Refonte du livret d'accueil																																																												
Rédaction des règlements des divers lieux de vie																																																												
Réflexion sur l'accueil des familles																																																												
Sensibilisation au handicap psychique collège/lycée																																																												
Intervention de pairs-aidants																																																												

ANNEXE 4 : Conception de la formation interne

Actions	Date	Responsable	Indicateur de suivi	Critères d'évaluation	
Proposition de la stratégie au CA	Janv 24	directrice	réunion le _____	<input type="checkbox"/> réalisé	
Négociation avec le CHAI	Janv24	directrice	réunion le _____	<input type="checkbox"/> Compte-rendu	
Entretiens professionnels : recueil des attentes de la formation	Fév / Mars 24	Chefs de service + directrice	nb d'entr. fin fév : p. adm : p. log : p hab : p actj :	nb d'entr. fin mars p. adm : p. log : p hab : p actj	Taux p. adm : p. log : p hab : p actj
synthèse des attentes spécifiques à la formation sur le rétablissement	Mars 24	directrice	p. adm : transmis le : _____ p. log : transmis le : _____ p hab : transmis le : _____ p actj : transmis le : _____		
Appel à candidature des futurs formateurs	Mars 24	directrice	réunion le _____	<input type="checkbox"/> réalisé	
Sélection des candidats	Avril 24	Equipe de direction	<input type="checkbox"/> réalisé le _____	Noms des formateurs	
Formation de « formateurs » (3 personnes)	Mai / juin 24	directrice	Formation du ____ au ____	Nb de formations réalisées :	
Préparation de la formation, réalisation d'outils, évaluation, grille d'analyse de l'évolution	Juin à oct 24	psychologue	Supervisé le _____ Supervisé le _____ Supervisé le _____ Supervisé le _____	<input type="checkbox"/> achevé le _____	
Budgétisation de la formation	Déc 24	directrice	<input type="checkbox"/> temps préparation transmis <input type="checkbox"/> matériel nécessaire transmis	Budget clôturé le _____	
Adaptation des outils	Dec 24	psychologue	Supervisé le _____		

Pôle administratif : p. adm,

Pôle logistique et sécurité : p. log,

Pôle habitat : p hab,

Pôle activité de jour : p actj.

ANNEXE 5 : Formation « rétablissement en santé mentale »

Actions	Date	Responsable	Indicateur de suivi	Critères d'évaluation
Réunion institutionnelle	Sept 24	Equipe de direction	Réunion le : _____	<input type="checkbox"/> réalisée Nb présents à la réunion
Réalisation du plan de formation	Sept / Oct 24	directrice	réunion CSE du _____	Compte-rendu
Planification - Organisation	Oct / Nov 24	COFIL	Compte-rendu Copil	<input type="checkbox"/> présenté le _____
Formation de l'équipe de direction	Oct / Nov 24	Les 2 formateurs	du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation réalisée <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing
Présentation de la formation au CVS	Dernier trim 24	directrice	Réunion le _____	Compte-rendu
Formation de l'ensemble des salariés	Janv à Dec 25	psychologue	du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
			du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Débriefing Nb de présents :
Supervision de la formation	Juin 25	psychologue		Taux de salariés formés :
	Déc 25			Taux de salariés formés :
grille d'analyse de l'évolution	Avr 26	psychologue		Nb de grilles réalisées
Entretiens professionnels : impact de la formation	Fév / Mars 27	Chefs de service + directrice		Fiche d'entretien

ANNEXE 6 : Remaniement du cadre du projet personnalisé

Actions	Date	Responsable	Indicateur de suivi	Critères d'évaluation
Sollicitation des administrateurs pour participer aux groupes de travail	Oct / Nov 25	Président	Réunion le _____ Nb de présents/réunion	Nb de participants
Définition des objectifs du remaniement	Oct / Nov 25	COPIL	réunion CODIR le _____	Compte rendu
Préparation des questionnaires	Nov / Dec 25	COPIL	réunion CODIR le _____	Compte rendu
Présentation du projet à l'ensemble des salariés et des résidents	Janv 26	COPIL	présentation le _____	Nb de présents pro présents Nb de présents rés présents
Recueil des noms des participants aux groupes de travail	Janv 26	COPIL		Nb total de participants pro Nb total de participants rés
Analyse des questionnaires	Janv / Fev 26	COPIL	réunion le _____ réunion le _____ réunion le _____	taux de questionnaires pro taux de questionnaires rés Compte rendu CODIR
Discussion en réunion de service	Fev 26	Chef de service	pôle hab. le _____	Nb présents/réu :
			pôle log.. le _____	Nb présents/réu :
			pôle actj. le _____	Nb présents/réu :
			pôle adm. le _____	Nb présents/réu :
Composition des groupes	Fev 26	COPIL		Diffusion des groupes le _____
Création des supports de référence / groupe	Mars / Avr 26	COPIL	supports réalisés le _____	<input type="checkbox"/> transmis
fiche de mission « référent »	Avr 26	COPIL	Compte-rendu COPIL	<input type="checkbox"/> réalisée
Travaux par groupes	Avr / Mai Juin / Juil26 2h/semaine	Gr 1 Supervisé le _____ par _____, le _____ par _____ le _____ par _____, le _____ par _____ Gr 2 Supervisé le _____ par _____, le _____ par _____ le _____ par _____, le _____ par _____ ...		

Actions	Date	Responsable	Indicateur de suivi	Critères d'évaluation
Discussion en réunion de service	Mai 26	Chef de service	pôle hab. le _____	Nb présents/réu :
			pôle log. le _____	Nb présents/réu :
			pôle actj. le _____	Nb présents/réu :
			pôle adm. le _____	Nb présents/réu :
Finalisation de la maquette du nouveau processus	Sept 26	Moi	Maquette validée le _____	
Réunion institutionnelle : présentation de la maquette à l'ensemble du personnel – remerciements aux participants	Sept 26	CODIR	Réunion le _____	Nb présents/réunion :
Plan de formation <i>Formation coordination</i> <i>Gestion de projet</i>	Oct 26	Directrice		<input type="checkbox"/> présenté au CSE
Présentation de la maquette au CVS	Dernier trim 26	Directrice	Réunion le _____	<input type="checkbox"/> réalisée
Mise en place de la nouvelle maquette	Janv 27	Référents	Projet personnalisé avec la nouvelle maquette le _____	

ANNEXE 7 : Création d'une ouverture pour faciliter l'accès vers le service de réhabilitation psychosociale

Actions	Date	Responsable	Indicateur de suivi
Etude architecturale - Réalisation du cahier des charges	Jan / Avr 24	RLE Directrice	Réunion le _____ Réunion le _____ Réunion le _____
Demande de devis	Avr à Mai 24	RLE	Devis complets transmis le _____
Budgétisation des travaux	Juin / sept 24	RLE	Budget présenté le _____
Etudes des possibilités financières	oct 24	Directrice	Solution :
Réalisation des travaux	nov 24 ou jan 25	RLE	travaux supervisés le _____ travaux supervisés le _____ travaux supervisés le _____

RLE : Responsable Logistique et Environnement

ANNEXE 8 : plan de communication

Cibles	Objectifs	Messages	Responsable	Outils	Date / fréquence
Interne					
Conseil d'Administration Conseil d'Administration	Validation du projet	Projet sur 5 ans	Président	Présentation oral Support : plan d'action – fiche action	En janvier 24
	Suivi du projet	Evolution des projets	Directrice	Réunion bureau	1x / trimestre
Equipe de direction	Culture commune, adhésion collaboration	Culture commune Sens du rétablissement	Directrice	Réunion CODIR	2h toutes les semaines
CSE	Information, écoute des avis, les craintes Echanges structurants	Présentation de projet, son évolution, ses effets	Directrice	Réunion CSE	1x / 2 mois
Salariés	Accompagnement au changement, réassurance, adhésion, participation	Présentation de projet - remerciement	COFIL	Réunion institutionnelle	1X / an
CVS	Information, écoute des avis, validation	Présentation de projet, son évolution, ses effets	Directrice	Réunion CVS	trimestrielle
Résidents	Leur rétablissement	valorisation Participation aux actions	Professionnel relais du « petit journal »	« petit journal »	Parution tous les 2 à 3 mois
			Educateurs	Réunion sur l'hébergement	En fonction du planning

Cibles	Objectifs	Messages	Responsable	Outils	Date / fréquence
Externe					
Conseil Départemental	Consolidation de l'image de l'établissement	Qualité d'accompagnement	Directrice	Rapport d'activité	1x/an
				Courrier, contact téléphonique	Dès nécessaire
Partenaires	Valorisation de l'établissement Maintenir les liens	Accompagnement vers le rétablissement	COFIL	Facebook, portes ouvertes	1x/mois 2x/an
Familles	Rassurer	Bien-être et rétablissement du proche	Directrice Psychologue Référents	Facebook, « petit journal » portes ouvertes	1x / mois 1x / 2 à 3 mois 2x / an
Consultants (futurs candidats)	Connaissance de l'établissement	qualité de l'accueil et des prestations		Facebook, portes ouvertes	1x/mois 2x/an
commune	Contribution au développement local	Actions réalisées		Facebook, articles de presse	

GUILLAUD

Nathalie

Novembre 2023

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ENSEIS MANAGEMENT LYON**

**CONTRIBUER AU RETABLISSEMENT DES PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE EN FOYER DE VIE**

Résumé :

Les conditions de vie des personnes en situation de handicap psychique ont évolué depuis 70 ans. Des structures sociales et médicosociales accueillent les plus en difficulté. Les besoins de ces personnes évoluent. Elles aspirent à une vie la plus « normale » possible tout en maîtrisant les symptômes de leur pathologie.

Le rétablissement, concept individuel est fondé sur l'idée que la personne souffrant de troubles psychiques, même sévères, peut reprendre le contrôle de sa propre vie.

Pour le favoriser au sein du foyer de vie, il s'agira de susciter l'espoir, de favoriser l'autodétermination de la personne, de promouvoir son inclusion sociale.

Mon projet vise à rassembler les équipes autour d'un projet commun.

Le projet personnalisé, avec en son cœur l'autodétermination deviendra le fil conducteur de l'accompagnement de chacun vers son rétablissement. Pour cela le foyer de vie développera un projet de prestations en faveur de son rétablissement.

Mots clés :

Handicap psychique – rétablissement – espoir – inclusion – pouvoir d'agir – collaboration – posture professionnel/résident – foyer de vie – réadaptation – réhabilitation psychosociale – culture institutionnelle – accompagnement – projet personnalisé – montée en compétence.

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