



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Brigitte ROOS

**DEVELOPPER L'ACCUEIL DE PERSONNES
MALADES MENTALES STABILISEES
DANS UNE STRUCTURE D'HEBERGEMENT
MEDICO-SOCIALE**

UNE NECESSAIRE ARTICULATION ENTRE TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE

Sommaire

PAGES

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION	1
1 - DE LA DISTINCTION AU RAPPROCHEMENT	6
1.1 SANTE MENTALE & TRAVAIL SOCIAL : DEUX CHAMPS HISTORIQUEMENT DISTINCTS	6
1.1.1 Le champ de la santé mentale	6
▪ DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE	
▪ LA SITUATION ACTUELLE	
▪ LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE : TOUJOURS UN PRINCIPE DE BASE EN 2002	
1.1.2 Le champ social & médico-social	9
▪ POSITIONNEMENT DANS L'HISTOIRE	
▪ VERS LA SITUATION ACTUELLE : AU FIL DE L'HISTOIRE DU HANDICAP, SA GESTION SOCIALE	
▪ CADRES LEGISLATIFS	
<i>ANALYSE DE CE QUI SEPRE LES DEUX SECTEURS</i>	12
1.2 TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : DEUX CHAMPS EN VOIE DE RAPPROCHEMENT	13
1.2.1 Sur le plan européen et national	13
▪ LE POSITIONNEMENT DE L'EUROPE	
▪ LA LOI N° 2002 du 02.01.2002	
▪ LE RAPPORT PIEL-ROELAND, LE PLAN DE SANTE MENTALE	
1.2.2 Sur le plan local	14
▪ SCHEMA REGIONAL ILE DE FRANCE (<i>DRASSIF</i>)	
▪ SCHEMA DEPARTEMENTAL DU VAL DE MARNE (<i>DIPAS</i>)	
<i>ANALYSE DES ENJEUX ACTUELS</i>	16
1.3 A LA RENCONTRE DES PERSONNES : ENTRE MALADIE ET HANDICAP	16
1.3.1 Des définitions plurielles	16
▪ HANDICAP MENTAL ET MALADIE MENTALE	
▪ UNE NOUVELLE DEFINITION : LE <i>HANDICAP PSYCHIQUE</i>	
▪ LA NOTION DE STABILITE ET L'INSERTION DES MALADES MENTAUX	
1.3.2 L'adulte handicapé hébergé à DOMUS	20
▪ QUATRE RECITS DE VIE	
▪ DEFICIENTS INTELLECTUELS, MALADES MENTAUX: DES PERSONNES AVANT TOUT	
▪ S'OUVRIR VERS UN PUBLIC PLUS LARGE	
<i>SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE</i>	26

2 - PRATIQUES PROFESSIONNELLES : CROISER LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL	28
2.1 PRESENTATION GENERALE	28
2.1.1 L'Association gestionnaire	28
▪ LES GRANDES DATES	
2.1.2 L'ensemble DOMUS	29
▪ LES DATES QUI ONT MARQUE L'ENSEMBLE DOMUS	
<i>ANALYSE D'ENSEMBLE : APPROCHES DIAGNOSTIQUES</i>	30
2.2 PRATIQUES SOCIALES ET NATURE DES PRISES EN CHARGE	31
2.2.1 Dans l'ensemble DOMUS	31
2.2.2 Dans l'Etablissement des APPARTEMENTS	31
▪ LE PERSONNEL	
▪ LES METHODES DE TRAVAIL	
2.2.3 Approches conceptuelles	34
▪ ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, AUTONOMIE, INTEGRATION, INSERTION	
▪ LES LIMITES DE L'INSERTION INSTITUTIONNELLE	
2.3 ANALYSE DE L'ORGANISATION D'ENSEMBLE - ETUDE SUR LA FAISABILITE DU PROJET : FAIBLESSES & ATOUTS	38
2.3.1 Les faiblesses ou la nécessité d'adapter l'accompagnement : se préparer au changement	38
▪ EN INTERNE	
▪ MIXAGE DES HANDICAPS : UN PROBLEME ?	
▪ EN EXTERNE	
2.3.3 Les atouts ou s'appuyer sur le dispositif existant : peaufiner le changement	41
▪ EN INTERNE	
▪ EN EXTERNE	
2.4 OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES : RECHERCHER DES OUTILS POUR FAVORISER L'ARTICULATION	43
2.4.1 La démarche de partenariat et de réseaux	43
▪ TROIS SITUATIONS RENCONTREES DANS L'ETABLISSEMENT	
▪ PARTENARIAT - RESEAUX	
▪ RESEAUX DE SOINS ET RESEAUX SOCIAUX	
▪ LES CONVENTIONS	
▪ PRIMAUTE DE L'USAGER	
2.4.2 Vers des recherches de partenariats croisés	49
▪ EXPERIENCE EN SEINE & MARNE	
▪ UN DOUBLE FINANCEMENT : L'EXEMPLE DES ANCIENS FDT	
<i>SYNTHESE DE LA DEUXIEME PARTIE</i>	51

3 - FAIRE VIVRE L'ARTICULATION ENTRE TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : L'EXTENSION DE L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS

PREAMBULE 53

3.1 RESSOURCES HUMAINES ET FONCTION DE DIRECTION : PROMOUVOIR LE CHANGEMENT

3.1.1 Rappels théoriques 53

- APPROCHE DU MANAGEMENT SELON CROZIER & FRIEDBERG
- ANGLE DE VUE PAR LA PENSEE COMPLEXE
- APPROCHE DU MANAGEMENT PARTICIPATIF

3.1.2 Communication et management 56

- EN INTERNE : RECHERCHER L'ADHESION D'ENSEMBLE
 - ⇒ ASSOCIATION, PERSONNEL,USAGERS, IRP
 - ⇒ ANTICIPER LES MOYENS TECHNIQUES
- EN EXTERNE : SE TOURNER VERS LE PARTENAIRE
 - ⇒ HOPITAUX PSYCHIATRIQUES ET CMP
 - ⇒ POUVOIRS PUBLICS : DIPAS ET DDASS

ANALYSE D'ENSEMBLE 66

3.2 LE DIRECTEUR CONDUCTEUR DU PROJET : PRINCIPES ET MOYENS POUR LA MISE EN ŒUVRE 66

3.2.1 Nouvelles caractéristiques de l'Établissement 66

LES PRINCIPES

- DEROULEMENT DU PROJET
- DEFINITION
- LE PUBLIC CONCERNE
- LES FINALITES

LES MOYENS

- L'ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN
- L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE
- L'IMPLANTATION DU BUREAU D'ACCUEIL

3.2.2 Nouvelles procédures techniques 71

- REPENSER LES COMMISSIONS D'ADMISSION
- BATIR UNE GRILLE DU PROFIL DES PERSONNES A ACCUEILLIR
- LE CONCEPT DE PROJET INDIVIDUALISE A DOUBLE ENTREE
- ARTICULER ET FIABILISER LES PARTENARIATS : BATIR DES CONVENTIONS, EVALUER ENSEMBLE

3.3 AUTRES OUTILS TECHNIQUES : FONCTIONNEMENT & CHOIX STRATEGIQUES 74

3.3.1 Moyens administratifs, techniques et humains 74

- AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES
- PERSONNEL D'ANIMATION, TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF
- SIMULATION AUTOUR D'UN NOUVEL ORGANIGRAMME

3.3.2 Moyens matériels et financiers	76
▪ PRESENTATION DES COMPTES DE CLASSE 6	
▪ COMMENTAIRES ET ANALYSE	
3.3.3 La nécessité de s'adapter pour faire vivre le projet	79
▪ REBONDISSEMENTS	
▪ PROPOSER DES SOLUTIONS IMMEDIATES	
▪ VIVRE COMME TOUT LE MONDE	
<i>SYNTHESE DE LA TROISIEME PARTIE</i>	83
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

ADAPEI	: Association Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
AFASER	: Association de Familles et Amis pour l'Accueil, les Soutiens, l'Education et la Recherche en faveur des personnes handicapées mentales
APAJH	: Association Pour l'Accueil des Jeunes Adultes Handicapés
ARH	: Agence Régionale d'Hospitalisation
CATeB	: Centre d'Accueil et de Thérapies Brèves
CATTP	: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT	: Centre d'Aide par le Travail
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CCNT	: Convention Collective Nationale du Travail
CDES	: Comité Départemental d'Education Spécialisée
CESF	: Conseiller/Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CH	: Centre Hospitalier
CIF	: Classification Internationale du Fonctionnement
CIH	: Classification Internationale des Handicaps
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CMP	: Centre Médico-Psychologique
CNOSS	: Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale
COTOREP	: Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CRAMIF	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie Ile de France
CROSS	: Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
CTNERHI	: Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DAP	: Dotation aux Amortissements et aux Provisions
DDASS	: Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale
DiPAS	: Direction de la Prévention et de l'Action Sociale
DRASSIF	: Direction Régionale d'Action Sanitaire et Sociale Ile de France

EPS : **E**tablishement **P**ublic **H**ospitalier
ETP : **E**quivalent **T**emps **P**lein
FAM : **F**oyer d'**A**ccueil **M**édicalisé
FDT : **F**oyer à **D**ouble **T**arifcation
HLM : **H**abitation à **L**oyer **M**odéré
IME : **I**nstitut **M**édico-**E**ducatif
IMPro : **I**nstitut **M**édico-**P**rofessionnel
MAS : **M**aison d'**A**ccueil **S**pécialisé
OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté
OPAC : **O**ffice **P**ublic d'**A**ménagement et de **C**onstruction
RTT : **R**éduction du **T**emps de **T**ravail
SARL : **S**ociété **A**nonyme à **R**esponsabilité **L**imitée
UNAFAM : **U**nion **N**ationale des **A**mis et des **F**amilles de **M**alades mentaux
UNAPEI : **U**nion **N**ationale des **A**ssociations de **P**arents d'**E**nfants **I**nadaptés

INTRODUCTION

Mes motivations pour m'engager dans ce travail de mémoire sont liées à ma pratique professionnelle. Elles découlent de mon observation de terrain, trouvent leurs racines dans des histoires de personnes, des parcours de vie de femmes et d'hommes en difficulté, rencontrés tout au long de ces dernières années.

L'Etablissement¹ dans lequel j'exerce mon activité professionnelle est une structure d'hébergement (« APPARTEMENTS ») pour adultes handicapés mentaux légers et moyens orientés par la COTOREP². Il est géré par une association de parents (*loi 1901*), financée par le Conseil Général.

L'objectif de l'Etablissement tend vers l'insertion sociale, l'autonomie des personnes, le maintien de leurs acquis, l'évolution de leurs capacités.

Le public reçu dans l'Etablissement ne relève pas entièrement de la **déficiences intellectuelle légère et moyenne**. En effet, quelques personnes **malades mentales**, issues du secteur psychiatrique, en sont également usagers.

Leur nombre reste volontairement peu important car les prises en charge sont plus complexes. Les troubles psychiques nécessitent des réponses spécifiques que la structure des APPARTEMENTS ne possède pas. Elles impliquent notamment des partenariats étroits avec des professionnels et des dispositifs de santé (*infirmiers, médecins psychiatres, CMP, hôpitaux de jour, ...*) mais surtout des réponses thérapeutiques adaptées lors des moments de crises aigus.

L'Etablissement, dans sa **vocation d'hébergement à caractère médico-social**³, n'est pas équipé pour cela.

Sur les dix dernières années, environ cinquante personnes relevant de maladies mentales, ont cependant pu être accompagnées par des professionnels de DOMUS. La réussite de ces prises en charge relève de rencontres, d'opportunités, de contextes favorables à un moment donné.

¹ **ETABLISSEMENTS & SERVICE DOMUS** (*du grec DOMA et emprunté au latin DOMUS : la maison*). Sous le vocable DOMUS se déclinent :
- l'établissement des **FOYERS**, composé de trois pavillons et accueillant 28 personnes
- l'établissement des **APPARTEMENTS**, composé de seize logements et accueillant 32 personnes
- le **SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL** auprès de 36 locataires en titre

² **COTOREP** : organisme départemental créé par la loi n° 75-534 du 30.06.1975 et organisé dans le cadre du Code du Travail (*articles L323-11 et ses textes d'application*). Sous compétence de l'Etat (*autorité du Préfet*), une double tutelle est exercée par les administrations du Travail et des Affaires Sociales. La COTOREP est divisée en deux sections spécialisées : la **première section**, « *outil des politiques de l'emploi* », se prononce sur toutes les mesures relatives à l'orientation et au reclassement professionnel du travailleur handicapé (*décret n° 95-642 du 06.05.1995*). La **deuxième section**, « *outil des politiques sociales* », est chargée d'évaluer si l'état de la personne justifie le versement d'allocations spécifiques.

³ Au sens des Articles L116-1, L311-1 et L312-1 insérés dans le CASF par la loi n° 2002-2 du 02.01.2002 : «... *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets ... Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leur établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'Article L311.1* ».

«... *Sont des institutions sociales et médico-sociales, au sens du présent Code, les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et mentionnés à L312.1* ».

Pourtant, de plus en plus, ce nouveau profil de personnes se présente dans l'Etablissement à travers les commissions d'admission.

Faut-il répondre à ces nouvelles demandes ? Et comment ?

Ces constats effectués, l'objectif, ici, consiste en une volonté de développer ces accueils « *circonstanciels* », de les optimiser, les transformer en projet construit et, ce, au service des personnes.

Le secteur « *personnes handicapées* » au sein duquel je travaille est porteur de l'idée qu'un nombre important de personnes sur le profil de la maladie mentale doit bénéficier de prises en charges très spécialisées. Je ne partage pas ce courant de pensée.

En ce sens, je proposerai une approche « *différente* », se voulant innovante, impliquant des réponses croisées, en m'appuyant notamment sur l'outil législatif en vigueur.

La problématique est complexe, les enjeux multiples. Nous posons ici la question de la prise en charge de la santé mentale, de la souffrance psychique et de l'articulation entre santé mentale et secteur médico-social.

« La question de la coopération entre les institutions sociales et médico-sociales et les structures sanitaires fait partie des véritables serpents de mer du secteur. La scission entre social et sanitaire qu'a instauré la loi du 30 juin 1975 et, parallèlement la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, ont laissé "en plan" une catégorie de personnes que le social et la psychiatrie se renvoient comme "patates chaudes". Sans suivi ni soins réellement adaptés, cumulant les troubles, ces publics n'ont finalement leur place nulle part. »⁴

Formaliser l'accueil de malades mentaux dans un établissement médico-social me positionne au carrefour de la psychiatrie et du travail social.

Comment penser aujourd'hui, pour un directeur d'établissement, une articulation opérationnelle entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? Comment développer du lien et rapprocher ces deux entités historiquement si différentes ?

D'autre part, l'ouverture de ma structure vers une recherche de partenariats avec la psychiatrie publique ne va-t-elle pas générer un déséquilibre ? Ne faudra-t-il pas craindre l'emprise d'un centre hospitalier sur un établissement de taille plus modeste, géré par une petite association locale ? Comment, s'ils existent, limiter de tels risques et s'orienter vers une relation égalitaire ? Enfin, comment persuader les financeurs de la pertinence de ma démarche ?

Comme l'écrit M. JAEGER : « *l'un des enjeux des changements à l'œuvre dans le secteur social et médico-social est la prise en compte de la complexité des problèmes de toute personne en*

⁴ LARMIGNAT V. – « POUR UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE » - ASH n° 2215 - 18.05.2001

*difficulté. Cette complexité justifie la transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions et des formations. »*⁵

Je partage cet avis : il relève de ma responsabilité de laisser place à une dynamique pluridirectionnelle. La recherche de solutions pour une continuité entre les institutions et le milieu social ordinaire s'impose désormais.

En externe, la mise en œuvre du présent projet ne manquera pas de se heurter ou de se trouver interrogée par des législations séparées, des cultures différentes, des financements distincts.

En interne, au niveau même des personnes accueillies, de leurs familles, je devrai réfléchir à la "**mixité des handicaps**" au sein d'un même établissement. Je pourrai témoigner que l'accueil de personnes malades mentales parmi les autres, s'il n'est pas facile, est réalisable.

Au-delà de l'Association qui m'emploie mais aussi des professionnels de mon équipe, j'aurai également à convaincre tout un ensemble d'acteurs. Quel intérêt en effet, pour une petite association locale affiliée à l'ADAPEI, de s'ouvrir à la maladie mentale ? Du point de vue des professionnels, pourquoi recevoir en nombre plus important un public plus « *difficile* », aux comportements inquiétants de surcroît ?

Il me faudra militer en interne dans le sens de l'utilité sociale d'un tel projet, convaincre des retombées positives : pratiques innovantes, reconnaissance, réputation, apport de financements nouveaux, Sans cesse, je « *naviguerai* » du particulier au général, de l'interne à l'externe, dans le but de donner du sens au changement.

Mener ce projet, c'est me situer au carrefour de tout cet ensemble multidimensionnel, c'est également impulser du changement dans mon établissement, rechercher l'adhésion des personnels, des familles, des associations qui les représentent, pour une meilleure adéquation des pratiques, une recherche de la qualité dans les prestations rendues.

S'adapter aux besoins des personnes en difficulté, répondre au plus près à leurs besoins : c'est participer à la mise en œuvre des politiques sociales.

Pour répondre à la problématique posée et à l'ensemble des questions qui en découle, je propose cette étude en trois parties dans lesquelles, de ma place actuelle de chef de service, je me projeterai dans la fonction de direction.

Dans un premier temps, j'ai fait le choix de partir du général en positionnant les deux champs, celui de la santé mentale et celui du médico-social. J'expliquerai leur différence mais également leur volonté de rapprochement. Au centre des questionnements, et qui fera lien dans mon approche, sera la personne. La variété des besoins et des attentes nécessite des réponses croisées et une complémentarité des actions.

⁵ M. JAEGER - « SANITAIRE & SOCIAL, DES FILIERES AUX RESEAUX » - Page 1 - ECRITS DE BUC RESSOURCES - DECEMBRE 1999

Je repérerai ensuite les besoins en hébergement non satisfaits dans le Val de Marne puis les demandes croissantes observées au niveau de l'Établissement.

Dans un second temps, après avoir déterminé les missions associatives, son contexte et celui des ETABLISSEMENTS & SERVICES DOMUS, je développerai valeurs et pratiques professionnelles qui fondent mon action et celles que j'impulse auprès de mon équipe. L'accueil de personnes malades mentales stabilisées en nombre plus important est réalisable mais va entraîner des adaptations nécessaires impliquant des moyens organisationnels, financiers et juridiques que j'explicitierai.

Dans un troisième temps, je définirai les supports théoriques sur lesquels j'appuie mon action de responsable d'établissement.

Faire vivre l'articulation entre travail social et santé mentale à travers l'extension de la structure des APPARTEMENTS sera l'objectif que je poursuivrai. La mise en œuvre du projet développée dans toutes ses composantes (*professionnels, usagers, OPAC, DiPAS, DDASS*) se trouvera freinée par des réponses que je ne peux actuellement obtenir. Une adaptation du projet permettra cependant une amorce de sa concrétisation.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL

LA DISTINCTION AU RAPPROCHEMENT

1.1 TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : DEUX CHAMPS HISTORIQUEMENT DISTINCTS

1.2 TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : DEUX CHAMPS EN VOIE DE RAPPROCHEMENT

1.3 A LA RENCONTRE DES PERSONNES : ENTRE MALADIE & HANDICAP

“ LA VALEUR D’UNE SOCIETE SE MESURE LARGEMENT A LA PLACE QUE CELLE-CI RESERVE AUX PERSONNES HANDICAPEES.

QU’ELLE PREFERE LES REJETER, QU’ELLE SE CONTENTE DE LES ASSISTER OU QU’ELLE VEUILLE LES INTEGRER, C’EST LA NATURE PREMIERE DU PACTE SOCIAL QU’ELLE EXHIBE C’EST LA FORCE DES LIENS QUI UNISSENT LES MEMBRES D’UNE COMMUNAUTE QU’ELLE EPROUVE. »

SIMONE WEIL

PREFACE DU LIVRE DE PATRICK RISSELIN « HANDICAP & CITOYENNETE AU SEUIL DE L’AN 2000 / VINGT ANS DE POLITIQUES SOCIALES DU HANDICAP EN FRANCE : BILAN & PERSPECTIVES » - ODAS EDITEUR – PARIS 1998

1 - DE LA DISTINCTION AU RAPPROCHEMENT

1.1 SANTE MENTALE & TRAVAIL SOCIAL : DEUX CHAMPS HISTORIQUEMENT DISTINCTS

Dans cette première partie, ma réflexion s'appuie sur une approche historique positionnant la maladie mentale dans la société. Je reprends ainsi l'hypothèse selon laquelle la maladie mentale et le handicap mental sont en lien avec deux secteurs anciens : le secteur médical et le secteur de l'enfance inadaptée.

1.1.1 LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

De la psychiatrie à la santé mentale

L'approche historique proposée dans les travaux du philosophe Michel FOUCAULT⁶ montre une évolution autour du concept de maladie mentale, tout d'abord appelée folie, puis de la prise en charge de cette maladie par la société.

A partir du ^{xiv}^{ème} siècle, l'éradication de la lèpre incitera le pouvoir politique de l'époque à utiliser les établissements vidés de leurs occupants en y installant tous les indésirables de la société d'alors : les prostituées, les délinquants, les opposants politiques et les fous.⁷ La peur, phénomène essentiel de cette époque, incite à l'enfermement qui devient le moyen de maintenir la paix et le contrôle social.

C'est l'époque du « *grand renfermement hors de la ville* », prémices à la création des asiles psychiatriques décrits par FOUCAULT.

Au milieu du ^{xvii}^{ème} siècle, un décret royal fonde l'hôpital général. La *SALPETRIERE* et *BICETRE* sont créés. Y sont enfermés les mendiants, les indigents ainsi que ceux qui ne travaillent pas. C'est l'époque du « *grand renfermement dans la ville* ». Ce mouvement participe à l'exclusion sociale de toutes les personnes jugées nuisibles pour la société, notamment les fous que rien ne distingue des miséreux et dont la folie fait l'objet du même traitement social que celui appliqué aux déviants en général.

La Révolution Française va marquer une rupture avec les siècles antérieurs. De par la DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN, tout homme est, de droit, un citoyen à part entière ; nul n'est extérieur à la société. Construction idéologique, cette nouvelle conception ne restera pas sans effet : Philippe PINEL (1745/1826) « *libère les aliénés de leurs chaînes* », geste symbolique signifiant que le fou est aussi un homme qui a droit au respect et à la dignité. Pour mieux protéger ceux qu'ils considèrent comme malades, PINEL et son élève ESQUIROL (1722/1840) rédigent une classification des désordres mentaux ainsi que les

⁶ MICHEL FOUCAULT - *HISTOIRE DE LA FOLIE A L'AGE CLASSIQUE* - PARIS - GALLIMARD - 1976

⁷ « *L'idée d'assimiler la folie à une maladie - à une maladie mentale est une idée qui ne débouchera qu'au ^{xix}^{ème} siècle. Jusqu'au ^{xvii}^{ème}, la folie est, pour l'essentiel, éprouvée à l'état libre ; elle circule, elle fait partie du décor et du langage commun ; le fou lui-même n'a droit à aucune considération particulière, il est le simple porteur d'une énigme redoutable autant que fascinante.* » - *LA FOLIE* - ROLAND JACCARD - PARIS - PUF - 1987 - Page 17

moyens de les traiter. C'est le début d'une **conception humaniste et scientifique de la folie**.

Une loi, celle du 30 juin 1838, vient ensuite protéger les malades mais également la société. Elle régleme nte l'internement des aliénés dans un établissement créé par cette même loi : L'ASILE DEPARTEMENTAL (*devenu hôpital psychiatrique puis centre hospitalier spécialisé*).

A l'issue de la dernière guerre mondiale, naît le courant de la **psychothérapie institutionnelle**. Un groupe de médecins (BONNAFÉ, TOSQUELLES, ...) cherche à transformer les asiles en structures de soins au sein desquelles les relations sociales deviennent primordiales. Dans le même temps, se fait jour la prise de conscience de l'aliénation des malades mentaux mais également de l'isolement asilaire du personnel de l'institution psychiatrique⁸. Par ailleurs, l'essor des chimiothérapies psychiatriques (Henri LABORIT / 1952) modifie, par l'introduction des neuroleptiques, le traitement des malades mentaux. Ces médicaments apaisent l'agitation et la souffrance psychique tout en favorisant la réorganisation de la personnalité et la réouverture au monde. On passe alors « *d'un concept d'isolement - enfermement dans des asiles éloignés des villes - à un concept d'ouverture/intégration dans la cité* »⁹.

Dans les années 1960, un courant italien, porté par Franco BASAGLIA, prône la désinstitutionalisation par la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Mais il ne suffit pas de « *remettre les fous dans la société pour que celle-ci les accepte* ». Influencée par ce « *mouvement anti-psychiatrique* », la France ne se livre pas à « *la fermeture de lits d'hôpitaux mais introduit le **concept de secteur** qui va conjuguer les soins en milieu hospitalier avec les prises en charge ambulatoires dans le milieu social du malade* »¹⁰. C'est dans ce contexte d'évolution, à la fois idéologique et thérapeutique, qu'est née la circulaire du 15 mars 1960. Ce texte pose trois grands principes :

- ↳ séparer le moins possible le malade de son environnement,
- ↳ développer l'approche médico-sociale du malade en mettant l'accent sur la réadaptation sociale,
- ↳ mettre en place des équipes médico-sociales à visée préventive, en vue d'assurer les soins entre l'hôpital et le milieu social.

La loi du 25 juillet 1985 viendra reconnaître l'identité du secteur psychiatrique. C'est sur ce socle législatif que se fondent toujours les soins aux malades mentaux.

⁸ ISOY MADIAMA - AVEC UN CHS, CREER ET DEVELOPPER UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT POUR MALADES MENTAUX STABILISES - ENSP - CAFDES - 2000 - Page 15

⁹ OP. CIT. - Page 16

¹⁰ O. GERET - L'IDENTITE SOCIO-EDUCATIVE EN PSYCHIATRIE, ENJEUX ET PERSPECTIVES - MEMOIRE DSTS - SESSION 2001 - Page 32

De nos jours, les modes de prise en charge sont très diversifiés (*psychanalyse, psychothérapie, ergothérapie, art thérapie, réadaptation, aide médico-sociale*). Les neuroleptiques ont eux-mêmes fait l'objet de beaucoup de progrès ces dernières années. L'hospitalisation de longue durée a tendance à se réduire ¹¹, les traitements s'effectuent dans des structures d'accueil plus légères ou dans le milieu ordinaire de la personne.

L'histoire de la folie et du champ de la psychiatrie montre donc que le fou est successivement passé d'une situation d'enfermement au statut de malade avant d'être reconnu comme citoyen dont la place est au sein de la société.

La situation actuelle

Pendant de nombreuses années, la psychiatrie s'est structurée autour des pathologies, de la lutte contre les maladies mentales. Aujourd'hui, la situation a beaucoup changé.

Dans la seconde moitié du ^{xx}^{ème} siècle, les sciences humaines permettent aux psychiatres de prendre conscience de l'importance des facteurs sociaux dans la genèse des maladies mentales. Cela les a conduit à considérer que le traitement des troubles psychiques est indissociable du milieu familial et de l'environnement social dans lequel évolue la personne.

La psychiatrie est maintenant fondée sur la distinction entre les pathologies mentales avérées et une souffrance existentielle plus diffuse.¹²

Au-delà de la prise en charge de la folie, la santé mentale, dans un sens plus large, vise à promouvoir une prise en compte du mal-être des personnes, tant au niveau de l'individu que de la famille et du groupe social. Si l'on admet que la psychiatrie n'est pas seulement « *la science des maladies mentales mais une médecine du sujet souffrant* », son avenir est sans doute dans l'approfondissement de cette réflexion.¹³

Pendant deux siècles, les « *médecins des âmes* » se sont enfermés avec leurs « *fous* » dans les asiles. Il s'agit maintenant de rendre possible « *le dernier acte de la fin de l'exil des fous et de l'enfermement, de permettre l'aboutissement de la politique de sectorisation et son ouverture à la population, à la société ... de réimplanter fortement le dispositif de*

¹¹ Le nombre de lits d'hospitalisation complète, dans le cadre du service public, a fortement chuté : 27 000 lits ont été supprimés pour l'année 1997, soit 3,8 % des places. Le nombre des visites à domicile a, quant à lui, augmenté de 10 % - MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ / DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION & DES STATISTIQUES (DRESS) - ÉTUDES & RESULTATS - N° 24 - JUILLET 1999

¹² « *Les troubles mentaux représentent la deuxième cause d'arrêts de travail pour affections de longue durée ayant exigé des soins de plus de six mois. ... Les malades névrotiques ou fonctionnels fournissent 25 % des consultants des hôpitaux, 35 % de la pratique des généralistes. Il peut s'agir de troubles dépressifs, de troubles liés à une anxiété associés à des maladies somatiques* » - OP. CIT. 11 - Ibid

¹³ E. ZARIFAN - *LE PRIX DU BIEN-ÊTRE, PSYCHOTROPES & SOCIÉTÉS* - PARIS - ODILE JACOB - 1996 - DANS *ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL* - MARCEL JAEGGER - PARIS - DUNOD - 2000 - Page 58

*santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soins dans la proximité et le partenariat avec les acteurs sociaux et les élus locaux.*¹⁴ »

La sectorisation psychiatrique : toujours un principe de base en 2002

L'organisation du dispositif psychiatrique participant au service public¹⁵ repose sur la sectorisation psychiatrique. Fondée, nous l'avons vu, sur des notions d'accessibilité et de continuité des soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins, sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients.

Les secteurs psychiatriques¹⁶ ont développé une gamme de modalités d'interventions et de soins destinés à répondre aux besoins en santé mentale des personnes adultes, enfants et adolescents, dans un territoire géographique¹⁷ donné. Les structures alternatives se sont ainsi développées. A côté de l'hospitalisation classique à plein temps et de l'hospitalisation de jour, un ensemble de prises en charge est désormais offert en ambulatoire (*consultation, visite à domicile*) ou par des soins de prises en charge spécifiques à temps partiel (*centre d'accueil thérapeutique*) ou à temps complet (*accueil familial, appartement thérapeutique*).

En 1999, si plus d'un million de personnes ont été suivies par les secteurs de psychiatrie générale, la grande majorité l'a été en ambulatoire : 86 % des adultes et 97 % des enfants ou adolescents.¹⁸

Au sein des différentes structures de prises en charge, le suivi en centre médico-psychologique (*CMP*) est le plus usuel, 73 % des adultes.

En ce sens, l'évolution de la psychiatrie vers la communauté, la société, s'exprime aujourd'hui, accentuée par une politique de désinstitutionnalisation.¹⁹

La sectorisation des soins en psychiatrie a permis aux soignants de sortir des « *murs de l'asile* » et de favoriser des interactions avec les travailleurs sociaux du champ social.

1.1.2 LE CHAMP SOCIAL & MEDICO-SOCIAL

Positionnement dans l'histoire

¹⁴ DE LA PSYCHIATRIE VERS LA SANTE MENTALE - RAPPORT DE MISSION - JUILLET 2001 - Dr ERIC PIEL & Dr JEAN-LUC ROELANDT
MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE - MINISTERE DELEGUE A LA SANTE

¹⁵ En psychiatrie, le secteur public occupe une place prépondérante : il détient plus de 70 % des lits et places dans 81 départements dont 23 disposent d'une offre exclusivement publique - OP. CIT. 14

¹⁶ Chaque département est découpé en un certain nombre de secteurs au sein desquels intervient une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un psychiatre hospitalier.

¹⁷ Ou aire géographique : elle est appelée à répondre aux besoins d'une population totale, de l'ordre de 70 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie générale - CIRCULAIRE DU 14.03.1960 RELATIVE AUX ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE . Pour le département du VAL DE MARNE, Cf. ANNEXE N° 10

¹⁸ L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE : DES « MODELES » DIFFERENTS SELON LES DEPARTEMENTS - ETUDES & RESULTATS - N° 48 - JANVIER 2000

¹⁹ Les services sont passés de 150/200 lits à 50 en moyenne - OP. CIT. 14

« Pendant très longtemps, la folie a été considérée comme une perversion du sens moral de l'homme. A ce titre, il était impossible de concevoir que l'enfant puisse être **aliéné**. »²⁰

La psychiatrie du XIX^{ème} siècle ignore les troubles mentaux de l'enfant auquel elle ne reconnaissait que le droit d'être normal ou idiot congénital. « L'idiot, heureusement, parvient rarement à l'âge adulte : la tuberculose, une infection aiguë, l'épilepsie, mettent un terme à sa lamentable existence. »²¹

A ce désintérêt des psychiatres pour cette catégorie de la population correspondait une carence de l'Etat qui s'exprimait de surcroît par le refus de l'Education Nationale de s'occuper des enfants dépourvus d'intelligence et ne répondant pas aux critères de l'école.²² Un vide médical et éducatif a été comblé progressivement à l'initiative des parents, amis, bénévoles regroupés en associations et œuvres charitables. L'objectif était de promouvoir des institutions où les enfants pouvaient s'épanouir au mieux de leurs capacités dans un cadre approprié, en dehors de l'école et de l'hôpital psychiatrique.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, le phénomène associatif²³ va se développer de manière rapide impulsant ainsi des initiatives privées.

Il faut noter par ailleurs des avancées psycho-pédagogiques. Les domaines de la prévention et la prise en compte des difficultés scolaires seront alors privilégiés. De même, naissent de ce courant des lieux de vie, des pratiques originales d'éveil, impulsés par des pédagogues tels que C. FREINET.²⁴

L'assistance aux enfants « *anormaux* » ou « *inadaptés* » trouve alors du lien avec le domaine (ré)éducatif. Dans ce contexte, apparaissent des besoins de soins mais aussi d'actes éducatifs favorisant la socialisation.

Peu à peu, une répartition des missions commence à se dessiner : d'un côté la psychiatrie publique à laquelle sont confiés les malades mentaux adultes, de l'autre côté, des associations et des organismes de l'enfance inadaptée qui revendiquent la prise en charge des enfants exclus du système scolaire. La CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960, officiellement fondatrice de la sectorisation psychiatrique, n'envisage la question des enfants que sous l'angle de l'hospitalisation.

²⁰ « HANDICAP & MALADIE MENTALE » - R. LIBERMAN - PUF - VENDOME - MARS 1999 - Page 16

²¹ Conclusion d'un paragraphe réservé à l'arriération mentale dans « PRECIS DE PSYCHIATRIE » daté de 1948 et rédigé par le DR LEVY VALENSI - tiré du livre « HANDICAP & MALADIE MENTALE » - OP. CIT. 20 - Page 17

²² En 1904, le Ministre de l'Instruction Publique nomme une commission dont fait partie Alfred BINET. Ce dernier va se préoccuper de définir et d'évaluer l'intelligence. Ainsi, avec la notion « *d'âge mental* », naît l'échelle métrique de l'intelligence. L'instrument de tri étant disponible, les classes de perfectionnement, destinées à accueillir les enfants « *arriérés* » ainsi mis en évidence, sont créées en 1909. « RETARDS ET TROUBLES DE L'INTELLIGENCE DE L'ENFANT » - R. MISES / R. PERON / R. SALBREUX - ESF EDITEUR - COLLECTION LA VIE DE L'ENFANT - PARIS - 1994 - Pages 15/16 et 17

²³ Loi du 01.07.1901 relative aux contrats d'associations - JOURNAL OFFICIEL du 02.07.1901

²⁴ Pédagogue français - 1896/1966

En 1963 seulement, R. MISES ²⁵ proposera la création des secteurs de neuro-psychiatrie infantile. Il faudra ensuite attendre 1972 et 1974 pour voir apparaître les bases juridiques de la sectorisation infanto-juvénile indépendamment de celle de l'adulte.

²⁵ Professeur à la Faculté de Médecine de Paris Bicêtre. Médecin des hôpitaux. Centre de psychiatrie infantile. Fondation Vallée

Il faut noter encore un ressenti général dans la société de l'époque²⁶ (1960) à l'égard de la folie : une crainte instinctive qui pousse à rejeter les psychiatres. Pour une part importante, cette angoisse de la folie, la peur de la psychiatrie médicale ont aidé au développement du champ social et médico-social.

La prise en charge des enfants et des adolescents dans ce contexte d'évolution et de pensée va peu à peu s'organiser ; prémices à l'idéologie des deux grandes lois d'orientation de 1975, portant création d'une nouvelle donne sociale organisée autour de la notion de handicap.

A partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, maladies mentales et déficiences intellectuelles ne sont plus confondues et font l'objet d'interventions de spécialistes distincts.

Vers la situation actuelle : au fil de l'histoire du handicap, sa gestion sociale

Jusqu'à dans les années 1950, la personne porteuse de déficits est un « *infirmes* » avec une forte connotation d'incapacité et d'invalidité.

La loi de 1949²⁷, dite « *CORDONNIER* », va développer l'assistance financière pour des populations incapables d'avoir un travail et de subvenir à leurs besoins essentiels par leurs propres moyens. Les lois de 1957²⁸ et 1963²⁹ vont également s'inscrire dans le champ de l'assistance. Elles sont relatives aux travailleurs handicapés (1957) et aux mineurs infirmes (1963). Elles participent à la modification de la représentation de ces personnes, insistant sur les aptitudes à développer leurs possibilités d'accès et d'adaptation, dans le milieu scolaire pour les mineurs et dans le domaine professionnel pour les adultes. Le terme **handicapé** apparaît alors pour la première fois dans la législation française.

Par ailleurs, dans les années 1970, avec la construction du travail social, de nouvelles catégories professionnelles émergent (comme celle d'éducateur spécialisé en 1967). Une différenciation s'opère entre les spécialistes médicaux et sociaux.

Les années 1970 voient se développer des idées comme celles de l'insertion, de l'affirmation des compétences, de la reconnaissance des droits des handicapés et des devoirs de la société à leur égard. La solidarité devient une logique sociale et non plus seulement médicale.

CADRES LEGISLATIFS

La loi d'orientation (n° 75-534 du 30.06.1975) en faveur des personnes handicapées va s'appuyer sur l'ensemble de ces idées mais également s'inspirer de la loi hospitalière qui,

²⁶ Epoque de la sectorisation qui pousse la psychiatrie « *hors des murs* »

²⁷ Loi du 05.08.1949 consacrée aux aveugles et aux grands infirmes

²⁸ Loi n° 57-1223 du 23.11.1957 portant sur le reclassement des travailleurs handicapés, soulignait alors l'existence du handicap physique et mental dans le champ de la société civile.

²⁹ Loi du 31.07.1963 relative aux mineurs infirmes : création de l'allocation aux mineurs handicapés

cinq ans auparavant, avait défini le champ d'application du secteur médical hospitalier.

La loi (n° 75-535 du 30.06.1975) sur les institutions sociales et médico-sociales (*actualisée par la loi « particulière » n° 86-17 du 06.01.1986 consécutive à la décentralisation de l'aide sociale*) va baliser l'action en faveur des personnes handicapées. Elle va sérier l'hébergement, les soins, les garanties de ressources et l'aide au travail. Elle va également dissocier les notions de handicap, vieillesse et maladie mentale mais, encore, organiser les établissements.

Les lois jumelles de 1975 constituent la pierre angulaire de la législation actuelle de l'aide aux personnes handicapées. Complétées par celle de 1987 (n° 87-517 du 10.07.1987) pour l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ces deux lois régissent actuellement l'ensemble des problèmes relatifs aux personnes handicapées en France.

En 1990, cet ensemble législatif a été renforcée par la promulgation de la loi (n° 90-602 du 12.07.1990) relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé et de leur handicap.

ANALYSE DE CE QUI SEPRE LES DEUX SECTEURS

Résumer en quelques pages une histoire aussi longue et aussi complexe est nécessairement très insatisfaisant. Si superficiel et critiquable soit-il, ce bref rappel m'est apparu nécessaire en ce début de mémoire pour montrer comment s'est construit notre système actuel de prise en charge des personnes malades mentales et handicapées.

La loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées a organisé le secteur du handicap. Le handicap mental s'y inscrit comme « *un concept unificateur et réducteur* ». ³⁰

Selon R. LIBERMAN, cette approche tend « *à déculpabiliser et débarrasser la population de son angoisse millénaire de la folie.* » ³¹ L'évolution des pensées et des mentalités (*de la charité à la solidarité*) concernant l'aliénation par maladie mentale puis le concept d'infirme et de handicapé ont abouti progressivement à un glissement substituant le concept de handicap mental à celui de maladie mentale : la conséquence sociale (*le handicap*) étant prise pour la cause (*la pathologie*). De même, les querelles d'écoles ont appuyé ces différences opposant la maladie mentale (*appréhendée comme curable donc temporaire*) au handicap mental (*défini comme stable donc permanent*).

Issue de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, la loi n° 75-535 du 30.06.1975 consacrera la séparation entre le sanitaire et le social, c'est-à-dire la maladie et le handicap. Dès lors, une notion nouvelle est introduite : celle de médico-social. ³²

³⁰ OP. CIT. 20 - Page 36

³¹ OP. CIT. 20 - Page 122

³² L'Annexe n° 1 donne une perspective du paysage législatif dans les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Les lois de décentralisation de 1982 et 1983, partageant les compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, ont ensuite participé à séparer encore les deux secteurs. La distinction entre les personnes qui ont besoin d'une aide pour leur insertion sociale et/ou professionnelle (*financée par l'aide sociale de l'Etat ou des collectivités locales*) et celles qui ont besoin de soins (*financée par la Sécurité Sociale*) s'est ainsi effectuée :

- ↳ d'un côté, les personnes handicapées : la loi de 1975 impulsant une philosophie d'intégration dont l'objectif, à travers établissements et services spécialisés, vise à la rééducation, le soin ou la réadaptation des adultes reconnus handicapés par la COTOREP.
- ↳ De l'autre, des malades mentaux soignés et accueillis dans des filières de soins psychiatriques, hôpitaux, centres de jour, appartements thérapeutiques, ... et pouvant difficilement avoir accès aux lieux de prise en charge des personnes reconnues handicapées mentales.

La gestion associative d'aide aux malades et handicapés mentaux marquent encore davantage les différences entre ces deux secteurs. L'UNAFAM s'efforce principalement d'œuvrer dans le sens de la réinsertion des patients présentant des troubles psychotiques, usagers des structures psychiatriques. D'autres associations, telles l'APAJH ou l'UNAPEI, gèrent des structures de type médico-pédagogique ou médico-professionnel, foyers, centres d'aide par le travail, ... destinées à accueillir et prendre en charge adultes ou mineurs en situation de handicap.

Pourtant, des volontés politiques européennes aux préoccupations locales départementales, la recherche de rapprochement entre le sanitaire et le social est désormais manifeste. La période actuelle est particulièrement favorable à une évolution des idées et à un rapprochement des pratiques en raisons de dynamiques qui se cherchent et semblent vouloir se conjuguer. De ce fait, s'ouvrent de nouvelles perspectives.

1.2 SANTE MENTALE & TRAVAIL SOCIAL : DEUX CHAMPS EN VOIE DE RAPPROCHEMENT

1.2.1 SUR LE PLAN EUROPEEN & NATIONAL

Le positionnement de l'Europe

Il n'y a pas de texte spécifique sur le thème de l'articulation entre les deux secteurs. Cependant, depuis deux ans, l'UNION EUROPEENNE a placé la santé mentale au rang des priorités du secteur de la santé.

D'autre part, l'année 2003 sera déclarée « *année européenne des personnes handicapées* ». Une volonté d'actions et de coordination est exprimée. De même, une recommandation du CONSEIL DE L'EUROPE³³ incite à placer « *la personne au centre du dispositif* ».

³³Recommandation du 23.02.1999

La loi n° 2002 du 02.01.2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale offre un cadre d'innovations³⁴. Elle facilite notamment le développement de services d'accompagnement, de structures d'accueil et de soins destinés aux adultes souffrant de troubles mentaux, articulés avec le dispositif de soins.

La rédaction de la nouvelle loi appelle à la coopération, à la coordination et à la complémentarité des moyens. Elle facilite la mise en place de conventions entre des établissements et services sociaux ou entre ceux-ci et des établissements de santé.³⁵

Le RAPPORT PIEL-ROELANDT, demandé par la Ministre de la Santé, a été rendu public en juin 2001. Les auteurs y défendent leur position quant à la nécessité « *d'en finir* » avec les concentrations hospitalières en psychiatrie. Ils proposent une « *organisation territoriale en réseau* » qui permettra de réaliser l'articulation qui fait défaut entre la psychiatrie et la communauté. Il faut noter encore qu'une nouvelle mission a été confiée au Dr ROELANDT sur la mise en place de réseaux de santé mentale et la place des usagers. Les premières conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2002.

Le « plan de santé mentale », intitulé « *l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover* », a été présenté en novembre 2001 par B. KOUCHNER, alors Ministre de la Santé. Parmi les orientations de ce plan, je relèverai celle de « *développer le partenariat entre acteurs de santé mentale (articulation Santé/Education nationale & Santé/Justice ; articulation entre décideurs institutionnels ; articulation des acteurs du champ sanitaire et du champ social)* ».

Ce plan devrait déboucher sur une future « *loi-cadre* » sur la santé mentale en 2002/2003. L'actualité politique ne permet pas de savoir si cette loi se concrétisera.

1.2.2 SUR LE PLAN LOCAL

Le schéma régional ILE DE FRANCE³⁶ (DRASSIF)

Dans sa dernière version, datant de février 2001, la prise en charge des personnes malades mentales stabilisées fait partie des « *préoccupations émergentes* ».

L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) d'ILE DE FRANCE analyse ainsi le phénomène « *... toutes les études ponctuelles menées sur les populations accueillies dans les services de psychiatrie montrent qu'un certain nombre de patients hospitalisés sont parfois depuis*

³⁴ Cette réforme a plusieurs objectifs dont

- renforcer la place de l'utilisateur,	- étendre le champ d'application de la loi,
- coordonner les moyens,	- harmoniser les procédures,
- planifier en renforçant les schémas d'organisation.	

³⁵ Articles 20 & 21, Section 4 de la loi du 02.01.02 intitulée : « *DE LA COORDINATION A LA COOPERATION* » - Articles L312.6 & L312.7 insérés dans le CASF.

³⁶ Lettre du Directeur de L'ARH au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales - Schéma Régional et Interdépartemental en Faveur des Adultes Handicapés - Préfecture de la région Ile de France - Direction Régionale des Affaires Sanitaires & Sociales - Février 2001

plusieurs années pris en charge dans des unités qui ne répondent que partiellement à leurs besoins ». ³⁷

Un « *grave déficit de places dans le secteur médico-social en ILE DE FRANCE* » est également évoqué. La traduction de ces préoccupations s'effectue par la création de structures spécifiques au sein desquelles se distinguent deux courants :

- l'un consiste en la création de structures par un établissement sanitaire spécialisé (*Maison d'Accueil spécialis (MAS)*) ³⁸
- l'autre vise à développer l'offre médico-sociale pour des malades mentaux, indépendamment du secteur sanitaire (*Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) anciens Foyers à Double tarification (FDT)*) ³⁹.

Le schéma régional regrette tout de même l'émergence de ces deux réponses seulement. Aussi est-il suggéré de penser à d'autres types de structures et, notamment, pour des publics moins lourdement handicapés. Le CROSS ILE DE FRANCE étudie, en ce sens, les projets associatifs.

Le schéma départemental du VAL DE MARNE ⁴⁰ (*DIPAS*)

Il accorde une place significative à notre problématique, faisant de la prise en charge des malades mentaux stabilisés une priorité. Le constat suivant y est posé : « *certaines personnes sont atteintes de troubles graves du psychisme et leur prise en charge est le plus souvent assurée par les secteurs psychiatriques.* » Il est relevé :

↳ d'une part, une multiplicité des problèmes auxquels est confronté ce type de public,

↳ d'autre part, des réponses institutionnelles ou des dispositifs d'aide encore trop partiels, segmentés, voire insuffisants.

L'Assemblée Départementale s'est engagée, pour les années à venir (2002/2007), à développer l'offre d'accueil en structures relevant de sa compétence. De plus, l'articulation entre le secteur sanitaire, les services sociaux et médico-sociaux est analysée comme défailante. Le schéma préconise la mise en œuvre de conventions de partenariat permettant à chacun (*Département, Etat*) d'intervenir dans son champ de compétence.

³⁷ OP. CIT. 36. Ibid

³⁸ Le projet présenté par le CHS DES MURETS, situé dans le VAL DE MARNE, aboutira à la création d'une MAS en 2004. La création de cette MAS constituera l'une des priorités retenues par la DDASS dans son schéma départemental. Plusieurs autres projets sont en cours de réalisation dans le VAL DE MARNE autour du CHS de MAISONS MAISON BLANCHE, du CHS PAUL GUIRAUD, du CHS de VILLE EVRARD

³⁹ La Région dispose de trois FDT (*Foyer à Double Tarification*) : PLAISIR (78), BAGNEUX (92) et GUIGNES (77). Récemment autorisées, ces structures traduisent une prise de conscience récente du problème.

⁴⁰ Deuxième schéma pour une politique en faveur des personnes handicapées - RAPPORT AU CONSEIL CONSULTATIF - 29.04.2001

ANALYSE DES ENJEUX ACTUELS

La recherche d'un rapprochement entre le champ de la santé mentale et celui du médico-social est une réalité. Des contraintes économiques fortes qui influent sur le discours politique ambiant, une vision nouvelle de la personne handicapée ont fait évoluer les mentalités.

A ma place de responsable dans un établissement médico-social, ce contexte nouveau m'amène à *re-penser* l'accueil de personnes malades mentales avec un dispositif nouveau. Mais, à ce niveau de ma réflexion, plusieurs questions m'interpellent :

- ↳ en quoi la déssectorisation psychiatrique ne va-t-elle pas engager le médico-social dans des dépenses qui ne lui incombent pas ?
- ↳ Comment, en tant que responsable d'établissement, concrétiser des volontés politiques et donner vie à une articulation efficace ?

« *Mettre la personne handicapée au cœur du dispositif* », comme l'impulse la loi du 02.01.2002, m'oblige à rechercher des moyens organisationnels, financiers, et à tenir compte d'un public nouveau mais déjà présent dans l'Etablissement.

Il convient, à ce stade du mémoire, de laisser place aux personnes handicapées et malades mentales, d'aller à leur rencontre.

1.3. A LA RENCONTRE DES PERSONNES : ENTRE MALADIE & HANDICAP

Comme nous l'avons vu, la séparation entre les deux secteurs est source permanente d'opposition, c'est pourquoi il est important que les définitions et les différences entre maladie mentale et handicap mental soient clairement définies.

Dans le but d'une meilleure compréhension de son profil psychologique, l'adulte handicapé mental retiendra maintenant toute notre attention. C'est à partir de lui, sujet, que les structures de DOMUS se sont créées et se sont adaptées tout au long de ces dernières années. Nous définirons la notion de handicap sous différents angles de vue puis nous donnerons le profil de la population accueillie aux APPARTEMENTS DOMUS.

La description de quatre situations viendra éclairer cette approche théorique complétée par un tableau synthétique reprenant les caractéristiques majeures des "deux" populations.

1.3.1 DES DEFINITIONS "PLURIELLES"

Du point de vue du législateur, le handicap n'est défini par aucun texte en France. Ni la loi d'orientation de 1975 ni celle, plus récente, du 2 janvier 2002 ne précisent ce que recouvre le terme. Ceci laisse alors à **l'administration**, comme les COTOREP, le soin de décider, de classer les personnes en fonction de critères qui leur sont propres.

Du point de vue médical, les travaux réalisés par P. WOOD nous éclairent autrement. En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une classification internationale

des handicaps ⁴¹ faisant apparaître un modèle d'analyse de toute situation de handicap, classiquement attribué à P. WOOD.

Son approche a permis de clarifier et structurer la pensée sur la question du handicap. Il le définit comme la conséquence de la maladie sur la personne. En France, ce modèle a inspiré la réglementation sur l'évolution du handicap. ⁴²

Cette approche distingue la notion de déficience (*désordre anatomique ou fonctionnel*), d'incapacité (*retentissement dans la vie de tous les jours*) et de désavantage (*qui ne peut s'acquitter de ses fonctions ou obligations courantes*) subi par la personne qui ne peut remplir son rôle habituel dans la société.

LE PROCESSUS DU HANDICAP SELON PHILIPPE WOOD ⁴³

	PLAN ❶	PLAN ❷	PLAN ❸	PLAN ❹
SITUATION	MALADIE INTRINSEQUE	DEFICIENCE EXTERIORISEE	INCAPACITE OBJECTIVEE	DESAVANTAGE SOCIALISE
EXEMPLE 1	Accident vasculaire cérébral entraînant une hémiplégie gauche	Baisse de la force musculaire des membres gauches et limitation de la mobilité	Difficultés à monter les marches d'une hauteur supérieure à 30 cm	Impossibilité de prendre le bus donc de se rendre à son travail
EXEMPLE 2	Psychose infantile	Troubles de la communication, du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle	Difficultés dans la vie quotidienne au niveau de l'hygiène, des courses, des déplacements, ...	Impossibilité dans la vie sociale et professionnelle

Dans l'approche médicale, cette classification est fondée sur la causalité linéaire :

MALADIE ⇨ DEFICIENCE ⇨ INCAPACITE ⇨ DESAVANTAGE.

En France, le terme handicap s'applique communément tant au désavantage social qu'à l'ensemble du processus décrit ci-dessus.

Du point de vue social

Des auteurs comme S. EBERSOLD proposent d'élargir la conception médicalisée. Il suggère de prendre en compte l'individu dans ses habitudes de vie, considérant l'avantage ou le désavantage social « *comme la résultante complexe d'actions inter-individuelles (liées à un ni-*

⁴¹ Cf. Annexe 2

⁴² Guide barème sur lequel s'appuie la COTOREP mis en place par la circulaire n° 93-36 du 23.11.193 d'application du décret n° 93-1216 du 04.11.93 relative au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, toujours en vigueur en 2002.

⁴³ Tiré et adapté du livre *LE HANDICAP MENTAL CHEZ L'ENFANT, UNE SYNTHÈSE NEUVE POUR COMPRENDRE, AGIR, DECIDER* F. CHAPIREAU / J. CONSTANT / B. DURAND - ESF EDITEUR - COLLECTION LA VIE DE L'ENFANT - PARIS - 1997 - Pages 99 à 110 - Chap. 6 « PLUS QU'UNE CLASSIFICATION : LA CLARIFICATION DE WOOD »

veau de potentialité, de déficience, de capacité, d'incapacité et d'habitude de vie) et d'actions instituées collectivement que sont les lois, les normes, les usages, les interdictions, etc ».⁴⁴

S. EBERSOLD reprend ensuite le schéma proposé par P. WOOD en considérant qu'en amont de la maladie se situent des éléments individuels et des éléments sociaux qui peuvent avoir une influence sur la maladie.

Le schéma linéaire de causalité devient alors le suivant : facteurs individuels + facteurs sociaux ⇒ maladie ⇒ déficience ⇒ incapacité ⇒ handicap.

Mon expérience professionnelle m'a montré qu'à déficience identique, les personnes peuvent être désavantagées socialement de façon très différente et n'ont donc besoin ni du même soutien ni de la même aide au quotidien.

En effet, j'ai constaté qu'en fonction d'éléments comme leur histoire familiale, leur situation économique, l'éducation reçue ou le contexte dans lequel elles ont évolué, le désavantage qui en découle, à déficience égale, est très différent.

Handicap mental et maladie mentale

Le fauteuil roulant, la canne blanche représentent souvent le handicap comme un attribut fixe et matérialisé de la personne. Ces représentations figées et tenaces symbolisent, pour le grand public, les handicaps « *visibles* ». Les handicaps « *invisibles* » restent très méconnus et, de plus, un amalgame s'établit très souvent entre les expressions « *handicapé mental* » et « *malade mental* ».

En France, l'usage réserve le terme de **handicap mental** aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle.⁴⁵ La notion de déficience est à rattacher à celle de faiblesse, d'insuffisance ou de débilité, positionnant ce terme dans la sphère du médical. L'UNAPEI définit le « *handicap mental* » comme « *une réduction plus ou moins importante de la capacité de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision* ». Ce handicap mental, ainsi défini, correspond à une notion de « *déficience* » accompagnée de difficultés comportementales. Souvent assez vite détecté et relativement stabilisé, il doit, précise l'UNAPEI, être « *compensé* » socialement dans le cadre d'un accompagnement adapté au cas de chaque personne.

⁴⁴ L'INVENTION DU HANDICAP : LA NORMALISATION DE L'INFIRME - S. EBERSOLD - CTNERHI - Deuxième édition - PARIS - 1997

⁴⁵ Selon les différentes approches théoriques, l'étiologie des déficiences mentales est surtout **génétique** (*aberrations chromosomiques*) ou **biologiques** (*agressions prénatales, périnatales ou postnatales*). Pour d'autres, essentiellement **psychologiques** (*blocages mentaux provoqués par l'hospitalisme, la perturbation des premiers liens avec la mère, ...*) ou encore **écologiques** (*milieu socio-culturel frustré, carences de stimulations intellectuelles, mauvaises conditions de vie, d'alimentation, de sommeil, ...*). Les déficiences mentales sont hiérarchisées en fonction de leur gravité à partir de tests mentaux : **l'arriération mentale ou arriération profonde, les déficiences ou insuffisances mentales**, divisées elles-mêmes en trois sous groupes : déficiences profondes, déficiences moyennes et déficiences légères, définies également par des tests mentaux. - « *DICTIONNAIRE DU HANDICAP* » - G. ZRIBI / D. POUPEE FONTAINE - EDITIONS ENSP - RENNES - 1996 (PREMIERE EDITION) - Page 151

La notion de **maladie mentale** est à rattacher à celle de la déraison, de la folie et relève du domaine médical psychiatrique. Pour décrire les troubles mentaux, la clinique psychiatrique a défini des terminologies.

Il est classique de diviser les maladies mentales en deux groupes : les **névroses**⁴⁶ et les **psychoses**.⁴⁷

La vie des personnes est alors rendue difficile du fait des conséquences de ces maladies. « *Ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elles suscitent dans la vie quotidienne.* »⁴⁸

L'UNAFAM indique dans ses publications que les maladies mentales « *provoquent des troubles psychiques et perturbent le comportement d'une manière inégalement grave et de façon momentanée ou durable.* » Ces maladies empêchent le plus souvent de vivre selon les normes habituelles. Il en résulte, pour les personnes concernées, un handicap qui est souvent plus comportemental qu'intellectuel dans la mesure où les possibilités de l'intelligence peuvent, à un moment donné, ne pas être altérées.⁴⁹

Une nouvelle définition : le handicap psychique

Pour désigner les déficiences des fonctions psychiques⁵⁰, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades proposent le terme de « *handicap psychique* ».

L'expression « *psychique* » n'est pas, en soi, plus claire que celle de « *mental* », elle présente surtout l'intérêt de fixer une norme au niveau du handicap. Elle permet aux professionnels de faire exister « *administrativement* » la personne, autorisant de ce fait des actions d'accompagnement de type « *médico-social* ». Le terme de « *handicap psychique* » a un lien étroit avec la psychiatrie. Contesté parmi les professionnels de la santé, il est cependant reconnu dans les instances européennes.

⁴⁶ Les névroses sont des affections de la personnalité dans lesquelles les problèmes affectifs prennent une importance majeure. Elles n'altèrent pas fondamentalement le contact avec la réalité. Les troubles du comportement qu'elles déterminent sont en général mineurs. Ils peuvent se traduire par des affections physiques dont il n'est jamais facile de dire si elles sont la cause ou l'effet des névroses. - Source : « *LES MALADIES MENTALES AUJOURD'HUI* » - DOCUMENT UNAFAM - DECEMBRE 1998

⁴⁷ Les psychoses sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délires et, éventuellement, d'hallucinations et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie. Les psychoses sont essentiellement caractérisées par la perte de contact avec le réel. - Source : « *POUR MIEUX IDENTIFIER LES DIFFICULTES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - DU FAIT DE TROUBLES PSYCHIQUES - ET LES MOYENS D'AMELIORER LEUR VIE ET CELLE DE LEURS PROCHES* » - RAPPORT CHARZAT/PARLEMENTAIRE EN MISSION A MME S ROYAL/MINISTRE DELEGUE A LA FAMILLE, A L'ENFANCE ET AUX PERSONNES HANDICAPEES - MARS 2002

La psychose est une maladie caractérisée, à un moment donné de son évolution, par une activité délirante. On oppose sur ce point névrose et psychose. Il n'y a jamais de délire dans les névroses, c'est-à-dire que les personnes ont conscience de leurs troubles, expriment leur souffrance et demandent à être aidées. - « *LES JARDINIERS DE LA FOLIE* » - E. ZARIFIAN - EDITIONS ODILE JACOB - PARIS - 1994

⁴⁸ Source : « *DEFICIENCE PSYCHIQUE DE L'ADULTE* » - GUIDE BAREME - CHAPITRE II - SECTION 2

⁴⁹ « *MALADIE/HANDICAP* » - J. CANNEVA - DOSSIER UNAFAM - SEPTEMBRE 1999

La notion de stabilité et l'insertion des malades mentaux

La stabilité des malades mentaux va permettre, ou non, d'envisager l'insertion dans la cité. Dans de nombreux cas, les traitements médicamenteux (*neuroleptiques*)⁵¹ vont permettre une réduction des symptômes jusqu'à rendre tolérable la présence de la personne dans la société. Ainsi stabilisée, elle est en mesure de reprendre une occupation ordinaire sans toutefois vivre de la même manière qu'autrefois et avec des risques possibles de rechute. L'aide relationnelle et institutionnelle participe également à la stabilisation des personnes. Ainsi, AUX APPARTEMENTS DOMUS, constate-t-on une diversité de situations renvoyant à des réalités cliniques différentes qui aboutissent au même statut d'handicapé mental.

1.3.2 L'ADULTE HEBERGE AUX APPARTEMENTS DOMUS

Dans l'Etablissement, "deux" profils de personnes cohabitent :

❶ une population "dominante" stable

- Des adultes ayant fréquenté, dans leur enfance, des Etablissements d'Education Spéciale. Tout à fait hétérogène, cette population a reçu les soins et l'éducation appropriés à leurs cas dans les IME et les IMPRO relevant de leur catégorie d'incapacité (*évaluation traditionnelle des QI*).
- Des adultes d'un niveau d'intelligence subnormale jusqu'à ce que des circonstances extérieures graves (*traumatismes divers, alcoolisme, ...*) les amènent à un handicap social interdisant le retour à une vie normale.
- Des adultes à structure psychotique durable, stabilisés dans une forme chronique de la maladie mentale les rendant peu accessibles à une réinsertion sociale active.

❷ Une population "plus marginale" instable

- Des adultes psychotiques précoces traités dans des établissements de soins : services de pédopsychiatrie, hôpitaux de jour, centres privés pour psychotiques, ... Ces personnes ont bénéficié généralement de thérapies et de traitements médicamenteux appropriés qui ont évité la régression profonde et durable, sans leur donner toutefois les possibilités d'une réinsertion socio-professionnelle ordinaire.
- Des jeunes adultes psychotiques, plus tardifs, plus ou moins stabilisés après un traitement hospitalier prolongé et incapables de reprendre une vie sociale et professionnelle normale, à moyen et à long terme, et susceptibles de rechute.

⁵⁰ Les critères des déficiences psychiques sont énumérés dans le « *GUIDE BAREME POUR L'ÉVALUATION DES DÉFICIENCES & INCAPACITÉS DES PERSONNES HANDICAPÉES* » : troubles de la volition, de la pensée, de la perception, du comportement, de l'humeur, de la conscience, de la vigilance, émotionnels, affectifs, somatiques.

⁵¹ **Neuroleptiques** : se dit d'une classe de médicaments psychotropes (*substances chimiques qui agissent sur le psychisme*) utilisés dans le traitement des psychoses. (*Définition du dictionnaire LAROUSSE*)

Afin d'illustrer ces différentes approches, nous décrivons le parcours de quatre personnes hébergées aux APPARTEMENTS DOMUS puis, à l'aide d'un tableau, je mettrai en évidence les caractéristiques majeures des "deux" populations.

Quatre récits de vie

Les adultes hébergés dans la structure ont, pour la plupart, entre 25 et 40 ans.

Le plus jeune a 22 ans et **M. Jacques R...**, le plus âgé, 73 ans.

Présentons-le ainsi que **M. Dominique M...**, **M. José M...** & **Mlle Nathalie Z...**

❶ Profils d'adultes sur le versant de la déficience

- **M. Jacques R...** est arrivé dans l'Etablissement en 1981, a été admis dans un FOYER puis dans un APPARTEMENT après avoir trouvé un travail en CAT. Auparavant, il vivait chez ses parents. Son père était artisan menuisier et M. R... l'aidait dans son travail. Il a obtenu son Certificat d'Etudes et a effectué son service militaire.

M. R... a toujours été très entouré, voire même surprotégé, par sa famille. Au décès de ses parents, il n'avait pas assez de prise sur la réalité pour pouvoir vivre seul. Il avait besoin d'être encadré et demanda à être hébergé d'abord en foyer collectif puis, quelques années plus tard, en appartement communautaire. Peu à peu, il s'est considéré "*chez lui*" à DOMUS, bien intégré dans l'environnement social, aidé dans la vie quotidienne par les éducateurs.

A l'âge de la retraite, il a souhaité rester dans son lieu de vie habituel. En accord avec la COTOREP, l'Association, l'équipe des professionnels, son maintien dans l'Etablissement a été possible.

M. R... est resté très alerte et continue de participer activement à la vie de l'appartement. Il s'est attribué des responsabilités et assure le bon déroulement de la vie quotidienne.

Deux fois par semaine, il se rend au club des retraités de la commune et participe, le week-end, aux activités proposées par la paroisse. Télévision, mots croisés, visites au bureau des éducateurs, tous les vendredis occupent son temps libre. L'accompagnement au quotidien consiste ici en le maintien des acquis, contribue à développer des liens sociaux, assurant à M. R... "*une place reconnue au sein de la cité*".

- **M. Dominique M...** est âgé de 30 ans. Il est issu d'une famille "*difficile*" : des parents alcooliques qui se sont séparés lorsqu'il avait 6 ans. Il a connu un parcours classique en institution : IME puis IMPRO et CAT. Arrivé à DOMUS en 1989, M. M... a passé cinq ans sur les FOYERS et a pu intégrer le service des APPARTEMENTS en 1995 : d'abord en logement communautaire de trois personnes et, depuis octobre 2000, seul en studio.

C'est une personne qui a beaucoup évolué, qui a acquis et intégré de nombreux apprentissages. Depuis quelques années, M. M... travaille à la mairie d'une commune voi-

sine comme ouvrier municipal aux espaces verts. Ses faiblesses intellectuelles limitent sa compréhension et lui interdisent un certain nombre d'actes. Par exemple, il ne maîtrise pas la lecture et, de ce fait, ne peut envisager de passer le permis de conduire comme il le souhaiterait.

M. M... est une personne dispersée. Les relations avec les éducateurs l'aident à contenir et à maîtriser des débordements excessifs, des comportements exubérants et enfantins. Intégrant peu à peu les règles, il reste supportable dans son environnement. L'accompagnement effectué par l'équipe des professionnels de DOMUS le soutient et l'aide par des conseils, des visites régulières à son domicile. Le projet des éducateurs avec cette personne consiste à maintenir ses acquis, le guider dans sa vie quotidienne et professionnelle.

② Profils d'adultes sur le versant de la maladie mentale

- D'après les sources de son dossier médical, **M. José M...** souffre d'une psychose infantile à expression mélancolique. Il rêve d'une vie idyllique avec une compagne, une maison, des enfants, un emploi chez un vrai patron. Pour la conduite d'une voiture, il convient que son épilepsie serait un handicap mais, malgré des difficultés et une grande lenteur d'élocution, c'est la seule difficulté qu'il reconnaisse.

Il a vécu en couple avec une amie et s'est plaint assez vite d'être seul le week-end, sa compagne retournant en famille et pratiquant des activités personnelles. Il s'est mis à boire ; l'épilepsie est devenue omniprésente, relayée par un chantage au suicide : entaille des poignets, essai de défenestration qui pouvait réussir. A la suite d'un de ces épisodes, M. M... a été hospitalisé puis a tenté de se pendre dans sa chambre. Son amie l'a quitté.

Il est revenu progressivement de l'hôpital psychiatrique aux APPARTEMENTS, suivi par un médecin psychiatre ensuite relayé par le CMP du secteur. L'épilepsie a diminué, les tentatives de suicide ont disparu. Il reparle maintenant de vivre seul dans un studio. Globalement, son passage à l'acte correctement pris en charge par l'Etablissement, par l'hôpital puis relayé par le CMP, a permis son retour progressif sur son appartement. Des échanges verbaux fructueux autour d'un nouveau contrat, les liens avec l'équipe médicale ont permis une nouvelle insertion sociale dont l'équilibre reste toutefois fragile en permanence.

- **Mlle Nathalie Z...** est âgée de 35 ans. Elle est entrée aux APPARTEMENTS DOMUS au début de l'année 1988 après un long placement en hôpital psychiatrique. La pathologie diagnostiquée est une psychose de l'âge adulte avec des manifestations épileptiques et hystériques.

Une série de deuils successifs réactive sa pathologie mentale : décès d'une grand-mère en 1994, du père en 1996, d'un premier compagnon en 1996, d'un deuxième compagnon en 1998. Une période de grande instabilité s'installe alors entraînant de très nombreuses hospitalisations : les crises d'épilepsie se répètent, l'absentéisme au travail est important, les difficultés rencontrées dans la prise en charge quotidienne s'accroissent. L'accompagnement social devient peu à peu inexistant, Mlle Z... étant plus souvent en milieu hospitalier qu'en structure hébergement. Les professionnels des APPARTEMENTS doivent s'adapter à plusieurs équipes médicales, Mlle Z... ne bénéficiant pas d'un suivi spécifique par l'hôpital du secteur.

Lors d'une période de crise particulièrement difficile, nous avons dû avoir recours à un placement d'office, mesure d'urgence signée par un tiers.

Le rapprochement avec l'équipe médicale du secteur s'est peu à peu effectué. Le maintien de Mlle Z... dans notre structure a été préconisé, couplé avec une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique. Mais l'absence d'emploi, conjuguée à l'impossibilité pour notre établissement de faire face au quotidien, nous ont conduits à nous séparer de cette personne.

La décision de renvoi de la structure d'hébergement a été vécue par l'hôpital comme une décision "*facile*". Nous avons pourtant "*géré*" la situation de cette personne durant deux ans. Nous attendions de l'hôpital un relais et, autant que possible, une réduction des symptômes alarmants, la prise en charge quotidienne devenant trop lourde. Cette situation a eu pour effet de nous révéler les limites des logiques des institutions avec lesquelles nous étions en contact. L'instabilité trop importante relevée par une pathologie mentale non stabilisée a ainsi remis en question l'accompagnement de cette jeune femme. L'approche médico-sociale seule s'avérait inadaptée.

Ces différents exemples illustrent bien les différents profils de personnes accueillies dans la structure des APPARTEMENTS :

- ↳ des adultes sur le versant déficitaire, stabilisés, dont le suivi social demande un accompagnement léger, adapté à notre dispositif.
- ↳ Des adultes sur le versant de la maladie mentale, non stabilisés, plus fragiles, pour lesquels les réponses et l'accompagnement sont plus délicats, notre dispositif montrant alors des limites.

Pour clore cette approche sur la nosologie du handicap, je proposerai en annexe⁵², à l'aide d'un tableau, les caractéristiques majeures des deux populations.

⁵²Cf. ANNEXE N° 3

Déficients intellectuels, malades mentaux : des personnes avant tout

Au-delà des considérations cliniques, les professionnels de l'Etablissement considèrent avant tout chaque usager en tant que personne. Chacune d'elle, avec son histoire ses capacités, ses désirs, ses projets, nécessite une attention particulière. Ce respect, cette reconnaissance sont les bases mêmes du travail.

S'ouvrir vers un public plus large, déjà présent dans l'Etablissement

Aujourd'hui, sur les 32 personnes accueillies sur la structure des APPARTEMENTS DOMUS⁵³, six présentent un profil de maladie mentale. A partir de l'étude statistique des dossiers de personnes handicapées qui recherchent un hébergement en structure spécialisée, 50 % des demandes traitées par l'assistante sociale de l'Etablissement, sur une année, ne peuvent aboutir. Il s'agit principalement de personnes malades mentales venant de structures psychiatriques (*hôpital, centre de post-cure, ...*) ou ayant effectué un séjour récent (*moins de six mois*) en structure de soins spécialisés. L'augmentation de la demande à partir de ces données s'avère conséquente.

	1999	2000	2001	PREMIER SEMESTRE 2002
Nombre de dossiers reçus à DOMUS	30	38	50	28
Nombre de dossiers provenant de la psychiatrie	10	19	24	15

Deux raisons semblent pouvoir expliquer ce phénomène :

- ↳ la politique de "*fermeture des lits*" des hôpitaux psychiatriques provoque un transfert de la population. Des demandes nouvelles apparaissent.
- ↳ La COTOREP oriente des personnes sur le profil de la maladie mentale, vers des structures médico-sociales.

De l'état de malade, la personne glisse vers le statut de personne handicapée.

⁵³ Le profil des personnes accueillies est défini dans l'ANNEXE N° 4

Une deuxième étude statistique⁵⁴ montre, par ailleurs, un nombre de places encore insuffisant dans le Département par rapport à des besoins recensés importants.

POPULATION TOTALE DU VAL DE MARNE (1999)	POPULATION DE PERSONNES MALADES MENTALES	PLACES EN STRUCTURES SOINS		PLACES EN STRUCTURE D'HEBERGEMENT	
		HOSPITALISATION COMPLETE	STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOPITAL ⁵⁵	SANITAIRES ⁵⁶	MEDICO-SOCIALES ⁵⁷
1 227 250	12 273 (soit 1 % de la population)	997	480	207	107
		↳ 1 477		↳ 1 216	

... 13 % seulement des besoins sont satisfaits.

A partir de la structure que je dirige, comment puis-je répondre à de nouvelles demandes ?
Comment dois-je équiper l'Etablissement pour s'y adapter ?

Il s'agit à présent de décrire les processus de travail aux APPARTEMENTS DOMUS.

Le dispositif adapté pour l'accueil des personnes déficientes intellectuelles devra induire les transformations suivantes :

- ↳ nous devons répondre à des individus plus fragiles, plus instables souvent, en rupture d'activité de jour.
- ↳ La dimension du soin médical, du suivi des médicaments devra être mieux pris en compte.
- ↳ Une tendance plus sensible au repli, à la solitude, avec des questions autour de la sécurité des personnes se poseront.
- ↳ La prise en charge matérielle, l'encadrement en journée mériteront des réponses encore plus adaptées.

En partant des processus de travail existants, j'effectuerai un "*inventaire*" des pratiques que nous pourrions conserver, de celles qu'il faudra améliorer et créer.

C'est cette approche que je propose maintenant de découvrir. Je ferai préalablement une présentation de l'Association gestionnaire ENTRE MARNE & BRIE puis des ETABLISSEMENTS ET SERVICES DOMUS en tenant compte de ses valeurs, de ses missions et de ses orientations.

Je situerai ensuite la structure des APPARTEMENTS dans l'ensemble DOMUS, mettant en avant méthodes mais aussi conceptions d'aide et de soutien.

⁵⁴ Etude réalisée à partir de trois documents : schéma départemental/personnes handicapées, schéma d'organisation de la psychiatrie, UNAFAM VAL DE MARNE 21.03.2002, dont les références sont précisées dans la bibliographie, page 5.

⁵⁵ Hôpital de jour, hôpital de nuit, centre de crise, centre de post-cure.

⁵⁶ SANITAIRES : appartements thérapeutiques, appartements associatifs, appartements communautaires, accueil familial thérapeutique.

⁵⁷ MEDICO-SOCIALES : foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, foyers de vie, foyers à double tarification, maisons d'accueil spécialisé.

Note : je propose en ANNEXE N° 5 un récapitulatif des modes de prises en charge et d'accueil pour adultes.

SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE

Après avoir évolué de façon cloisonnée, le secteur social et médico-social et le secteur sanitaire développent une volonté de créer des passerelles entre eux.

Les orientations de l'Union Européenne, la récente loi du 02.01.2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le rapport PIEL & ROELAND, le plan de rénovation de santé mentale présenté en 2001, l'ordonnance du 24.04.1996 portant réforme hospitalière publique et privée, œuvrent en ce sens.

Sur un plan local, le schéma régional ILE DE FRANCE, ainsi que celui du Département du VAL DE MARNE, sont des repères supplémentaires allant dans le sens d'une recherche de coopération.

Dans cette conjoncture, une collaboration est nécessaire entre structures médico-sociales et structures sanitaires. L'outil juridique pertinent dans cette recherche d'articulation est étudié à partir des Articles 20 & 21 de la loi du 02.01.2002, intitulés : « *de la coordination à la coopération* ». Ces textes favorisent en effet le décroisement des champs sanitaires et médico-sociaux par le biais de conventions. (*Je réserverai un développement particulier à cet outil juridique dans la deuxième partie du mémoire*). Il sera en effet un moyen déterminant dans la mise en œuvre du présent projet.

L'étude du public "*adultes handicapés mentaux*" amène à différencier déficients intellectuels et personnes dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante, ces dernières étant à la fois malades et handicapées.

Les adultes malades mentaux stabilisés ont besoin de trouver leur place dans la société : « *ballottés entre réseaux de soins, réseaux sociaux et médico-sociaux, ils n'ont au final leur place nulle part.* »⁵⁸

L'étude des besoins non satisfaits dans le VAL DE MARNE, complétée par une approche statistique réalisée à partir des dossiers reçus dans l'Etablissement, mettent en lumière des manques sérieux.

La structure des APPARTEMENTS DOMUS est une réponse possible.

Poursuivant sa mission d'accueil de personnes adultes handicapées et de quelques personnes malades mentales stabilisées, l'Association ENTRE MARNE & BRIE est ouverte pour développer la structure des APPARTEMENTS à des malades mentaux reconnus handicapés.

En janvier 2001, à la demande de l'Association, j'entreprends une étude de faisabilité, *dans toutes ses composantes*, en vue d'une concrétisation du projet à moyen terme.

⁵⁸ « *DES FILIERES AU TRAVAIL EN RESEAUX* » - M. JAEGGER - ECRITS DE BUC - SANITAIRE SOCIAL DES FILIERES AUX RESEAUX - DECEMBRE 1999 - Pages 1 à 8

DEUXIEME PARTIE : CONTEXTE INSTITUTIONNEL

PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

CROISER LE SANITAIRE & LE MEDICO SOCIAL

2.1 PRESENTATION GENERALE

2.2 PRATIQUES SOCIALES & NATURE DES PRISE EN CHARGE

2.3 ANALYSE DE L'ORGANISATION D'ENSEMBLE - ETUDE SUR LA FAISABILITE DU PROJET :
FAIBLESSES & ATOUTS

2.4 OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES : RECHERCHER DES *OUTILS* POUR
FAVORISER L'ARTICULATION

“ IL N’EST PAS QUESTION DE FUSIONNER CES DEUX SECTEURS, LEURS LOGIQUES SONT DIFFERENTES MEME SI, NOUS LE SAVONS, ILS DOIVENT TRAVAILLER DE MANIERE PLUS COMPLEMENTAIRE, POUR UNE RAISON D’AILLEURS SIMPLE, C’EST QU’UN CERTAIN NOMBRE D’USAGERS OU DE PATIENTS PEUVENT PASSER DE L’UN A L’AUTRE. DONC, CHACUN SA LOGIQUE ; ELLE DOIT ETRE MAINTENUE MAIS NOUS DEVONS FAIRE EN SORTE DE SORTIR D’UN FACE A FACE POUR TRAVAILLER COTE A COTE. C’EST DE CELA DONT ONT BESOIN PRINCIPALEMENT LES PERSONNES HANDICAPEES. »

MARTINE AUBRY

*ALORS MINISTRE DE L’EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE
LORS DE SON INTERVENTION AU CONGRES DE L’UNAPEI,
LE 06.06.1998 A TOULOUSE*

2 - PRATIQUES PROFESSIONNELLES : CROISER LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

2.1 PRESENTATION GENERALE

En tant que responsable de la structure des APPARTEMENTS DOMUS, je me trouve à l'interface⁵⁹ d'un établissement et d'une association. Il m'apparaît donc indispensable de préciser tout d'abord le sens des valeurs associatives.

A la place que j'occupe, je suis, en effet, courroie de transmission de ces valeurs, missions et objectifs, un maillon du dispositif d'ensemble. Comme le disent très justement MM. MIRAMONT, COUET & PATURET : « *il appartient aux dépositaires du pouvoir politique de déterminer les objectifs, concevoir les projets, contrôler et évaluer les actions entreprises. Au bénéficiaire de la délégation technique échoit la responsabilité de la mise en œuvre, de la gestion des projets.* »⁶⁰

2.1.1 L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE, l'APEI ENTRE MARNE & BRIE⁶¹ a été créée en 1965 par un groupe de parents d'enfants inadaptés. Elle est née dans le courant social laïque des années 1960/1970 porteur de valeurs de solidarité, d'entraide et d'intégration. Association locale de type loi 1901, elle est implantée dans le sud du VAL DE MARNE.

Les grandes dates

Entre 1965 et 1970. L'Association aide localement les parents dont les enfants souffrent d'un handicap (*garderies bénévoles d'enfants polyhandicapés, déplacement et aide aux loisirs d'enfants paraplégiques, handicapés sensoriels et moteurs*). A partir de 1971, elle va créer plusieurs structures dont un Centre d'Aide par le Travail (CAT), et un externat pour enfants polyhandicapés.

En 1976, c'est l'ouverture d'un pavillon de huit places qui accueille des travailleurs du CAT (*premier établissement de DOMUS*). Initialement, ce premier FOYER portera le nom de l'Association : "FOYER ENTRE MARNE & BRIE".

Un développement s'effectue ensuite, entre 1983 et 1993. Les structures évoluent : le CAT crée un atelier protégé de 24 places, l'hébergement se développe (*de huit places en 1976, la structure va porter sa capacité d'accueil à soixante places*).

En 1989, l'Association fait le choix de tendre davantage vers l'économie sociale. En ce sens, elle autorise la création d'une SARL à partir du CAT. Mal préparée à la gestion d'entreprise, cette orientation fragilise l'Association et la déstabilise fortement.

Un externat pour adultes polyhandicapés ouvre en 1990.

⁵⁹ Interface : « *limite commune à deux systèmes permettant des échanges entre ceux-ci* ». Définition du dictionnaire LAROUSSE

⁶⁰ LE METIER DE DIRECTEUR, TECHNIQUES & FICTIONS - JM. MIRAMONT / D. COUET / JB. PATURET - ENSP - RENNES - 1992 - Page 99

⁶¹ Cf. ANNEXE 6 & 6bis

La consolidation, mais également les premières turbulences, apparaissent entre **1993** et **1999**. Tout d'abord, l'Association se mobilise autour de nouveaux projets et les concrétise. Ils concernent l'ouverture d'un externat pour adultes polyhandicapés puis celle d'un FOYER DE JOUR pour les adultes handicapés ayant perdu leur place en CAT. Enfin, sont envisagées la construction d'une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et l'extension de l'externat pour adultes polyhandicapés.

Dans ce contexte, il est à noter, en 1999, d'importantes difficultés de gestion relative au CAT. C'est alors une période d'incertitude qui s'installe. Les difficultés financières relevées au CAT ne se résolvent pas. Au contraire, elles pèsent et mettent à mal l'Association. Le CAT est cédé à une autre association gestionnaire en janvier 2002. L'ouverture de la MAS est repoussée à juillet 2002 puis finalement cédée à une seconde association.

Cette présentation de l'Association gestionnaire effectuée, nous allons poursuivre notre démarche en direction des ETABLISSEMENTS & SERVICE DOMUS.

2.1.2 L'ENSEMBLE DOMUS

Sa mission est d'héberger, d'effectuer un accompagnement éducatif et social d'adultes handicapés mentaux, suivant les dispositions générales définies par les textes de loi. Elle consiste à offrir aux personnes handicapées des conditions de logement décentes et, par la mise en œuvre de projets institutionnels adaptés, à :

- maintenir les acquis de base de la personne antérieurs à son admission (hygiène, vie sociale, liens familiaux, ...).
- Favoriser, développer leur épanouissement, leur autonomie, leur insertion sociale et professionnelle, autant que leurs possibilités le permettent.
- Contribuer à un meilleur équilibre personnel et à un bien-être de vie.

L'ensemble DOMUS accueille des adultes, hommes et femmes, atteints d'un handicap mental léger et moyen. Ces personnes présentent des déficiences intellectuelles et/ou maladies mentales stabilisées avec, éventuellement, des troubles associés : épilepsie, troubles sensoriels ou moteurs peu importants.

Les personnes accueillies ont fait l'objet d'une orientation COTOREP et détiennent une activité de jour, rémunérée ou non (*milieu ordinaire, CAT, hôpital de jour, ...*).

Les dates qui ont marqué l'ensemble DOMUS

Sa création a lieu en **1976**. L'Association ENTRE MARNE & BRIE loue un premier pavillon pour huit personnes dans le but de rapprocher les ouvriers handicapés de leur nouveau lieu de travail.

Un essor progressif, sur cinq ans, va permettre l'accueil échelonné de trente personnes. Il correspond à une demande croissante d'hébergement.

De 1981 à 1983, la capacité d'accueil totale, FOYERS & APPARTEMENTS, est portée à soixante places, nécessitant un ensemble de location de trois pavillons et de douze logements.

Parmi les adultes hébergés, des couples se forment, d'autres aspirent à un style de vie plus indépendant.

C'est pour ces raisons qu'en 1981, des logements sont loués auprès de propriétaires privés ou d'offices d'HLM. **C'est la création de l'établissement des APPARTEMENTS DOMUS.**

Dépression et rebondissement vont alors s'enchaîner. Tout d'abord, une chute se produit en 1989. Le contexte associatif est difficile, lié notamment au CAT et son orientation « *marchande* ». Une baisse de l'activité, suivie d'une grève du personnel d'une semaine, alourdissent le climat institutionnel. A partir de là, une restructuration fonctionnelle de l'Etablissement va s'engager.

Un **SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT** verra le jour en 1993. **De 1993 à 1998**, les trois FOYERS et les douze APPARTEMENTS vont se consolider, les prises en charge s'améliorer. Le SERVICE DE SUITE voit sa capacité d'accueil s'accroître, de 12 à 30 personnes. Cette même année 1998, la structure « **FOYER DE JOUR** » est créée.

En suivant, l'application de la LOI AUBRY II, relative à la réduction du temps de travail, entraîne quelques turbulences dans l'ensemble des structures d'internat. Sa mise en place concrète dans l'Etablissement va s'étirer sur plusieurs mois.

Aujourd'hui, le contexte institutionnel ambiant est paisible. Les professionnels sont centrés sur leurs missions, compétents dans leur fonction.

Mais, comme nous le fait remarquer J.M. MIRAMONT : « *il faut se méfier du stable et de l'immobile, de la satisfaction et sa douceur ronronnante* » ... Il faut être vigilant lorsque « *tout va bien* »⁶².

Je fais alors le constat d'un établissement en panne de projet. Le maintien de l'existant est insuffisant et m'amène à m'interroger sur le devenir de l'entité DOMUS.

ANALYSE D'ENSEMBLE : APPROCHES DIAGNOSTIQUES

Des correspondances existent entre la courbe de vie de l'Association et celle des ETABLISSEMENTS & SERVICE DOMUS.⁶³ Aujourd'hui, les deux entités sont dans une phase que je qualifierais de latence : le contexte associatif est incertain, celui de l'Etablissement dans l'attente. C'est un moment critique et délicat, une période charnière. L'impulsion de projets, de changements s'avère capitale, seul existe celui développé dans ce mémoire.

A partir des observations issues du terrain, le projet que je propose à l'Association est accueilli plutôt favorablement. Trois membres du Conseil d'Administration, eux-mêmes parents d'adultes

⁶² MANAGER LE CHANGEMENT DANS L'ACTION SOCIALE - JM. MIRAMONT - PREFACE DE JB. PATURET - EDITIONS ENSP - RENNES - 1996 - Page 11

sur le profil de la maladie mentale, se montrent en effet particulièrement à l'écoute de mes propositions. Néanmoins, ce projet repose sur la cohérence et la qualité des pratiques et prises en charge déjà existantes au sein de DOMUS.

2.2 PRATIQUES SOCIALES ET NATURE DES PRISES EN CHARGE

2.2.1 DANS L'ENSEMBLE DOMUS, l'objectif principal est l'insertion sociale, la recherche de l'autonomie des personnes hébergées. Les modalités d'hébergement et de prise en charge sont différentes afin de mieux prendre en compte les besoins et les possibilités de chaque usager. Le principe général est le passage d'une structure à une autre (FOYERS ⇒ APPARTEMENTS ⇒ SERVICE DE SUITE) pour arriver à un hébergement indépendant (*hors structures protégées*). Après avoir acquis, ou en partie maîtrisé, les gestes de la vie quotidienne et un "*minimum de conduites sociales*" sur les FOYERS, les adultes qui le désirent et qui en ont la possibilité, peuvent obtenir un hébergement aux APPARTEMENTS. Ensuite, s'ils le souhaitent, ils peuvent s'adresser au SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT, accédant ainsi à encore davantage d'autonomie et devenant locataire en titre de leur logement.

L'ensemble DOMUS forme un tout cohérent qui permet d'accompagner les personnes dans leur évolution, en fonction de leurs capacités et leur projet de vie.

2.2.2 DANS L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS, l'idée centrale du projet est d'offrir aux usagers une vie sociale, dans et hors institution, la plus proche de la normale. L'Etablissement offre un habitat banalisé, proche des voies de communication, réparti sur deux communes (BOISSY ST LEGER & LIMEIL BREVANNES). Seize logements, du studio au F₅, sont loués auprès d'organismes publics HLM ou de propriétaires privés (34 places dont 32 occupées en permanence). Chaque personne handicapée participe à ses frais d'hébergement,⁶⁴ proportionnellement à ses revenus personnels.

Les trente deux personnes vivant aux APPARTEMENTS sont aidées, dans leur vie quotidienne, par sept animateurs auxquels l'Etablissement confie, sous la supervision du chef de service, un ensemble de responsabilités financières, administratives, éducatives et sociales en lien direct avec l'adulte handicapé. Un budget alimentation hebdomadaire de l'ensemble des APPARTEMENTS est confié aux éducateurs ainsi qu'un budget mensuel pour les loisirs.

LES APPARTEMENTS fonctionnent sur les temps hors travail des résidents (*soirée, nuit, week-end*). Les rencontres s'effectuent sous forme de rendez-vous, au domicile des personnes ou au bureau des éducateurs.

⁶³ Cf. annexe n° 7 : elle reprend ces deux courbes de vie

⁶⁴ La participation financière des résidents est basée sur ses ressources. Une personne hébergée à DOMUS perçoit généralement un revenu composé d'une Allocation Adulte Handicapé, d'une Allocation Logement et du salaire CAT. Au titre de sa participation, il reverse 1/3 de l'AAH, 90 % de l'AL et 2/3 du salaire (*décrets n° 77.1545 & 77.1548 du 31.12.1977 relatifs à la*

Ce système de délégation auprès des éducateurs et un suivi éducatif diversifié permettent aux professionnels de s'intéresser à leur travail en traitant la situation de la personne handicapée dans sa globalité. Mais également, par un phénomène de transposition, l'ensemble des responsabilités déléguées aux éducateurs les incite eux-mêmes à responsabiliser les usagers.

Les adultes handicapés prennent en charge l'ensemble des tâches liées à la vie quotidienne : courses, repas, gestion d'un budget alimentation, nettoyage des parties communes et des chambres, lavage et repassage. Les personnes ont la responsabilité du mobilier mis à leur disposition dans les logements qu'elles occupent.

Vingt résidants, sur un total de trente-deux, font l'objet d'une mesure de protection, de type curatelle ou tutelle. Auprès des douze adultes non protégés, le personnel éducatif assure un suivi administratif et financier complet en y associant la personne handicapée chaque fois que ses capacités le permettent. La gestion de l'argent constitue un axe pédagogique déterminant : elle permet de projeter des achats dans l'avenir, d'adapter les désirs aux possibilités matérielles, d'établir un budget.

Les usagers consultent, seuls ou accompagnés, auprès des médecins généralistes de quartier. En ce qui concerne le suivi psychothérapeutique, les personnes handicapées sont orientées soit vers le CMP, soit vers les médecins psychiatres de proximité.

L'accès aux loisirs, à la culture et aux sports participe au projet d'accompagnement social.

Enfin, l'expression des usagers est mise en valeur à travers le dispositif légal du CONSEIL D'ETABLISSEMENT (*décret n° 91-1415 du 31.12.1991*)⁶⁵, mais aussi au cours de réunions hebdomadaires par appartement, avec un éducateur, et de rencontres semestrielles réunissant l'ensemble des trente deux résidants, les éducateurs et le chef de service.

Le personnel

Pour l'ensemble DOMUS, le personnel est composé de 37 professionnels⁶⁶ dont 27 à temps plein et 10 à temps partiel. C'est une équipe pluridisciplinaire.

Pour l'Etablissement des APPARTEMENTS, la situation actuelle de l'équipe est présentée sous forme de tableau.⁶⁷ Il s'agit d'une équipe stable dont les membres se reconnaissent entre eux par leur sérieux et leur professionnalisme. Il y a très peu d'absentéisme. La responsa-

contribution des personnes handicapées aux frais de leur hébergement et au minimum de ressources laissé à leur disposition lorsqu'elles sont accueillies dans les établissements)

⁶⁵ Actuellement, nous sommes en attente des décrets d'application relatifs au Conseil de la Vie Sociale tel que défini par la loi du 02.01.2002 (*nouvelle appellation du Conseil d'Etablissement*) - Article L311-6 inséré dans le Code de l'Action Sociale et des Familles

⁶⁶ Cf. ANNEXE n° 8 : organigramme du personnel

⁶⁷ Cf. ANNEXE n° 9 : tableau du personnel pour l'Etablissement des APPARTEMENTS

bilité donnée aux éducateurs, la reconnaissance du travail effectué sont des moteurs très importants, nécessaires à la qualité du service rendu.

La réunion hebdomadaire d'équipe est perçue comme un outil technique susceptible d'amener chaque professionnel à plus de pertinence, plus de finesse dans sa pratique. Chaque personne trouve dans ces réunions le climat de confiance nécessaire pour développer des situations, parfois délicates, qu'elle peut rencontrer auprès des usagers. Il n'y a pas de jugement.

Le plan de formation participe également à une dynamique d'ensemble. Il est utilisé à la fois sur un plan collectif et sur un plan individuel. L'accueil de stagiaires d'écoles incite les animateurs à parler de leur pratique, à montrer ce qui se fait et, en retour, à se faire questionner.

Tels sont l'esprit et le contexte actuels de travail aux APPARTEMENTS.

Les méthodes de travail

Au cours d'une réunion du personnel, organisée en septembre, les orientations générales sont élaborées entre professionnels. Elles sont ensuite présentées au Conseil d'Administration de l'Association qui les discute, les amende et les rend exécutoires, après accord de l'organisme de tutelle, la DiPAS.

L'accueil d'une nouvelle personne handicapée se concrétise après une première rencontre entre elle, sa famille et l'équipe technique des APPARTEMENTS. Avec chaque personne, en fonction de sa personnalité, de ses difficultés, et autant que ses possibilités le permettent, il sera bâti un contrat personnalisé. Ce contrat est réactualisé annuellement.

L'objectif de cette évaluation annuelle est de vérifier l'adéquation entre le projet individuel établi au départ et sa concrétisation, avec la participation active de la personne handicapée.

Une réunion hebdomadaire a pour but de coordonner les actions, d'analyser les situations et de prendre les décisions qui conviennent, en lien avec l'assistance sociale, la psychologue, le directeur, et animée par le chef de service.

Des bilans annuels sont présentés par les éducateurs et font l'objet d'un écrit ajustant les projets de la personne handicapée ainsi que ceux de l'institution à son égard.

Pour clore cette présentation de l'Etablissement, je propose de développer quelques-uns des concepts qui fondent notre action.

2.3.2 APPROCHES CONCEPTUELLES

Accompagnement social, autonomie, insertion, intégration

Le projet met l'accent sur l'autonomie de la personne handicapée qui doit se concrétiser sous la forme d'un accompagnement dynamique et responsabilisant ⁶⁸. C'est là une de nos orientations majeures. Chaque fois que cela est possible, nous privilégions l'ouverture pour permettre à chaque adulte d'expérimenter ou de développer ses capacités dans l'espace social commun. **L'accompagnement social** est la démarche qui vise « *à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, établir entre elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide* » ⁶⁹. En ce sens, l'accompagnement m'apparaît comme une démarche transversale dans un but de recherche de cohésion sociale et de rétablissement du lien social ⁷⁰.

Il nécessite une approche individuelle et collective, fonde son efficacité sur les notions d'échange et de réciprocité. Autrement dit, l'accompagnement est une relation orientée vers *le faire ensemble*. Elle se distingue en cela d'une relation d'aide psychologique ou d'une relation thérapeutique.

Précisons maintenant le **concept d'autonomie** ⁷¹ en citant MM. G. ZRIBI & D. POUPEE FONTAINE : « *pour des personnes mentalement ou psychiquement handicapées, l'autonomie correspond, plutôt qu'à des capacités mentales, à une maîtrise de savoir-faire pratiques, d'habiletés sociales ainsi qu'à une insertion socio-relationnelle dans son environnement* » ⁷². En ce sens, nous pouvons identifier trois niveaux d'autonomie décrits par J. FERAGUS ⁷³ que nous reprenons ici à notre compte.

↳ **L'autonomie pratique** touche au développement sensorimoteur, elle renvoie aux questions intéressant l'habillement, les activités ménagères, les habiletés manuelles, l'utilisation de l'argent.

⁶⁸ Note personnelle : pris dans le sens de rompre avec des prises en charges de type assistantiel. La participation de la personne handicapée est recherchée, stimulée par l'accompagnateur.

⁶⁹ GUIDE PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL - UNIOOSS - EDITIONS SYROS - PARIS - 1995 - Page 29

⁷⁰ Le lien social peut se définir ainsi : « *ce qui lie les hommes entre eux dans un relation d'échange et de réciprocité* ». LES FONDAMENTAUX - TECHNIQUES DE SOINS ET PSYCHIATRIE - DIRIGE PAR N. CORAUX - EDITIONS LAMARE - RUEIL MALMAISON - MAI 2001 - Page 24. « *Le lien social c'est ce qui fonde la co-appartenance des individus à un même espace social, ce qui fait qu'ils sont tous membres d'une même société donc que, tout à la fois, ils acquiescent à l'ensemble des règles qui régissent celle-là et qu'ils agissent perpétuellement - et telle est la fonction du citoyen - pour adapter ce lien conformément au type de société qu'ils voudraient.* » - LE LIEN SOCIAL EN CRISE - D. MEDA - HORS SERIE/SCIENCES HUMAINES - N° 13 - MAI/JUIN 1996 - Page 18

⁷¹ Mot d'origine grecque composé de « *autos* » (soi-même) et de « *nomos* » (la loi), autrement dit de la capacité de se donner à soi-même ses propres lois ... du fait d'être régi par les lois que l'on se donne à soi-même - Selon la définition du dictionnaire ROBERT, l'autonomie est la « *capacité à se gouverner soi-même* »

⁷² DICTIONNAIRE DU HANDICAP - OP. CITE 45 - Page 51

⁷³ « *Promouvoir le projet de vie et l'autonomie d'adultes déficients intellectuels en développant un partenariat inter-associatif* » - DANS MEMOIRE CAFDES DE D. FLEURY - RENNES - 1998 - Page 32

↳ **L'autonomie sociale** dont les pré-requis renvoient aux capacités d'expression, de mou-
vance, aux possibilités de se faire comprendre, aux aptitudes à créer des rapports inter-
personnels.

↳ **L'autonomie relationnelle** allant au-delà des deux premières, elle regroupe autonomie
affective et autonomie intellectuelle. C'est la maîtrise de la communication, la capacité
d'adaptation à des situations imprévues, à maintenir une image acceptable pour les au-
tres ainsi que la capacité à établir des relations affectives et à les gérer.

Notre mission, à travers le projet individualisé⁷⁴ (*déclinaison du projet d'établissement*) est
d'amener des femmes et des hommes marginalisés vers une meilleure prise de conscience
de leur place sociale.

Cette approche trouve son émergence dans l'idéologie ambiante actuelle : l'individu vit
dans une société où sa place est évolutive, un plus grand espace est laissé à la promotion
personnelle et à l'affirmation de soi.

Autant que possible, à DOMUS, il est recherché l'implication des personnes, une place
d'acteur, de gestionnaire de sa propre vie.

Il s'agit, dans notre conception du travail, de mettre en adéquation les besoins de chaque
personne et le projet élaboré avec elle. Primauté de l'usager, respect de la personne, pren-
nent alors toute leur dimension.

Pour aborder maintenant **le concept d'intégration**, autre orientation majeure du projet, j'ai
souhaité illustrer cette notion par quelques exemples issus du terrain.

Nous verrons comment ce concept est mis en acte et qu'il peut aussi avoir des limites dans
le cadre institutionnel. Nous montrerons alors les réponses que nous apportons.

Mieux que des démonstrations théoriques, ces quelques situations viendront souligner
comment l'intégration prend forme et se vit effectivement pour les personnes handicapées
hébergées à DOMUS.

M. Michel C... habite au premier étage d'un immeuble, de type HLM, situé dans la com-
mune. Son logement se trouve à quelques centaines de mètres du centre commercial. Il
peut aisément s'y rendre à pied ou en autobus et y faire ses courses, le soir après le CAT.

Michel est connu du gardien de l'immeuble auquel il va se plaindre régulièrement lorsque
les « *jeunes* » du quartier discutent trop fort et trop longtemps certains soirs.

M. Cyril C... & Mlle Karine L... vivent dans un appartement de couple au sixième étage. Ils
se trouvent bien installés même si le voisin du dessus bricole trop tôt le samedi matin.

⁷⁴ «Le projet individualisé est l'aménagement de la mission globale d'un établissement à chaque individu avec ses potentialités
propres. » - JR. LOUBAT - Page 123

Les relations avec la voisine de palier sont bonnes. Elle vient manger de temps à autre, l'éducateur la croise certains jours.

A deux kilomètres de là, dans la vieille ville, Mlle Claudine R... habite un F₂ dans un petit immeuble. Elle aime faire ses courses chez les petits commerçants même si c'est un peu plus cher.

M. Frédéric J... habite une résidence de dix étages dans laquelle sont installés médecins, kinésithérapeutes et orthophonistes. Il vit seul et ce « *standing* » correspond à son image de marque. Lorsqu'il est invité à manger chez M. Marc P..., son collègue de CAT, il aime à vanter son appartement, bien plus agréable et, surtout, situé dans un quartier bien mieux fréquenté.

Lors de ces soirées, au cours desquelles M. Marc P... invite d'autres amis, il y aura un peu plus de bruit et de musique mais il pense toujours à mettre un petit mot dans l'ascenseur pour avertir les voisins.

Lors de la création de l'Etablissement, le pari de l'intégration par le mode d'habitat était lancé, en postulant qu'avec la banalisation des lieux de vie, on banaliserait le statut des personnes handicapées. En créant les conditions physiques de l'intégration par ce choix d'habitat, les capacités relationnelles des résidents, soutenues par le travail des éducateurs, permettent d'établir des contacts équilibrés, sinon plus harmonieux avec l'environnement.

En ce sens, une des tâches premières de l'institution est alors de nouer contact avec des tiers, soit de façon méthodique, en identifiant les rôles clé (*gardiens d'immeubles, ...*), soit spontanément, suivant le mode naturel (*locataires, commerçants, ...*) en instaurant des relations de voisinage.

Dans les courts exemples précédents, on note la présence de ces tiers, le gardien d'immeuble, le voisin, le commerçant, c'est-à-dire le milieu social dans lequel va se fondre le résident.

Dans le principe d'accompagnement effectué à DOMUS, la rencontre avec des tiers est permanente. En ce sens, l'intégration⁷⁵, maître-mot de toutes les politiques sociales, se trouve ici illustré et concrétisé.

Le souhait et la volonté **d'insertion** évoque l'action de mélanger des populations différentes, d'introduire quelqu'un dans un ensemble déjà existant. Insertion pourrait s'assimiler à « **être avec et cohabiter** ».

⁷⁵ **INTEGRATION, INSERTION** : « le terme d'insertion est parfois préféré à celui d'intégration, le premier paraissant, pour certains, respecter davantage les caractéristiques personnelles et prévenir les excès normatifs alors que pour d'autres, le second est plus affirmatif sur le droit des personnes handicapées à vivre comme tout un chacun. » - OP. CIT. 45 - Page 166

INTEGRATION SOCIALE : « situation vécue par une personne ou un groupe au sein de la collectivité, l'intégration sociale peut se définir par son opposition à la mise à l'écart et à la ségrégation sociale. » - OP. CIT. 45 - Page 170

En revanche, l'idée d'intégration souligne le caractère de l'assimilation, voire de l'incorporation d'un groupe social minoritaire par un type de population majoritaire. Cela suppose d'entrer dans un ensemble, dans un groupe plus vaste, de vivre en commun, de nouer des liens, de partager des lieux et des activités, tenir des rôles et avoir un statut.

Intégrer pourrait s'assimiler à « **se fondre dans la masse** ».

Insertion et intégration sont cependant des termes proches, souvent confondus, mais portent chacun une singularité propre. Une personne peut en effet être insérée professionnellement sans être intégrée sur son lieu de travail.

Comme annoncé précédemment, je vais montrer à présent quelles peuvent être les limites à l'insertion.

LES LIMITES DE L'INSERTION INSTITUTIONNELLE

Samedi soir, M. Dominique M... a reçu M. Jean-Michel J... pour regarder un match de football à la télévision. Tous deux sont réputés fragiles face à l'alcool. Sans se soucier du sommeil des habitants, ce soir là il y a eu beaucoup de bruit sur l'appartement puis une forte altercation a éclaté entre les deux amis dans le hall de l'immeuble, vers deux heures du matin. Les éducateurs durent intervenir rapidement et très fermement, rappeler dès le lendemain les règles institutionnelles.

Une situation de ce type vécue en appartement n'est pas sans entraîner des répercussions graves pour les personnes elles-mêmes et pour l'Etablissement. L'absence de contrôle détériore profondément, et parfois durablement, les relations de voisinage.

Il y a six ans environ, deux gardiens municipaux nous signalèrent que M. Gérard F... circulait en petite tenue dans un des quartiers de la ville, complètement désorienté, gesticulant sur le trottoir. Une telle situation inquiétait les passants. Quelques personnes trouvaient inadmissible que « *des gens comme ça ne soient pas à l'hôpital* », d'autres s'interrogeaient sur le sérieux de notre Etablissement. M. F... avait eu une absence⁷⁶ et ne s'expliquait pas comment il s'était retrouvé ainsi sur le palier. Anxieux, il manifestait son inquiétude à sa manière. Une rencontre avec les voisins les plus virulents, l'information de notre rôle, des contacts avec la mairie et les deux gardiens municipaux, amenèrent à mieux comprendre notre rôle et notre fonctionnement.

Les animateurs, les gardiens d'immeuble assurent un rôle de relais dans la connaissance qu'ils ont de l'Association, de l'Etablissement et des services d'aide sociale. Ils représentent également la garantie, auprès des locataires ou copropriétaires, que la présence des personnes handicapées ne va pas troubler l'ordre public.

⁷⁶ Absence liée à la maladie de CHOREE DE HUNTINGTON (affection neurologique évolutive) dont nous ignorons le diagnostic au moment de l'événement. Elle nous fut révélée quelques semaines plus tard, à la suite d'examen médicaux

Les méthodes de travail, telles qu'elles existent à DOMUS et pour lesquelles j'ai participé à la mise en œuvre, tendent naturellement vers l'accueil d'adultes malades mentaux. La fonction socialisante des APPARTEMENTS permettrait à ces personnes de se détacher de leur état de patient pour glisser vers un statut normalisant et banalisant : celui de locataire d'appartement, de voisin de palier, de travailleur d'un CAT ou d'une entreprise, d'adhérent à un club sportif, ...

Pour cela, effectuons maintenant une analyse de l'organisation d'ensemble pour savoir ce qu'il faudra transformer et amender dans le but de développer l'accueil de ces personnes.

2.3 ANALYSE DE L'ORGANISATION D'ENSEMBLE, ETUDE SUR LA FAISABILITE DU PROJET : FAIBLESSES ET ATOUTS

L'Etablissement, dans sa conception, peut s'ouvrir à des personnes malades mentales stabilisées en nombre plus important. Je propose une extension de places à partir de la structure des APPARTEMENTS avec, en appui, le schéma régional, départemental et les besoins des personnes identifiées dans le VAL DE MARNE.

D'ores et déjà, je peux relever les faiblesses et les atouts d'un tel projet.

2.3.1 LES FAIBLESSES OU LA NECESSITE D'ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT : SE PREPARER AU CHANGEMENT

▪ **En interne**, le dispositif est performant mais inadapté pour un public plus instable. Il doit être modifié. Avant tout, il est indispensable d'organiser une prise en charge garantissant des conditions de vie optimales et de sécurité. Six aspects sont désormais à prendre en compte autrement : *les contraintes matérielles, la solitude, la sécurité, les soins médicaux, l'activité de jour et les périodes de crise.*

Les conditions matérielles, liées aux conditions de vie, sont des éléments qu'il conviendra d'appréhender avec une plus grande rigueur. L'état mental de la personne peut, à certains moments, engendrer une incapacité à endosser des tâches simples. Les animateurs seront là pour accompagner les personnes dans les actes de la vie quotidienne. Cet accompagnement sera réadapté, modulé en fonction des besoins et de l'état de la personne. Pour les tâches administratives, nos moyens institutionnels actuels seront réévalués pour des aides plus soutenues (*temps de l'assistante sociale et des animateurs*).

La solitude peut être un obstacle à la réinsertion en milieu ordinaire de vie, au-delà de tous les problèmes liés à la maladie, fut-elle stabilisée. C'est à partir de ce sentiment d'isolement que resurgit la symptomatologie propre à cette difficulté : alcoolisme, tentatives de suicide, sont les manifestations les plus fréquemment observées. Le rôle de l'encadrement sera essentiel, sa présence renforcée par un partage plus important des moments de vie. Des activités de loisirs plus nombreuses s'imposeront également.

La **sécurité** des personnes obligera à une plus grande attention encore.

En effet, leur indépendance, liée au logement et au mode de prise en charge aux APPARTEMENTS, va créer des zones de fragilité. Le risque "d'échapper" à l'action des animateurs existe et pourra générer des périodes d'instabilité, d'insécurité. Le rôle du personnel éducatif d'encadrement sera aussi déterminant.

Les **soins médicaux** seront encore plus délicats à suivre.

L'absence de médicalisation voulue dans l'Etablissement va créer une difficulté réelle pour la prise des médicaments et en cas d'intervention rapide à mettre en œuvre. Un travail d'ouverture, de partenariat encore plus conséquent s'avérera indispensable à développer avec la médecine libérale de proximité mais, surtout, la psychiatrie de secteur. L'embauche d'une vacation de psychiatre et celle d'un infirmier psychiatrique sont à prévoir.

L'**activité de jour** sera plus aléatoire.

Les personnes malades mentales, par l'expression de leurs symptômes, sont en effet particulièrement instables dans le cadre professionnel. Il faudra désormais gérer ces périodes de "sans emploi" et adapter le fonctionnement actuel. Les éducateurs aideront à un retour vers une activité de jour (CAT, hôpital de jour, ...) à travers des "contrats" préalablement définis avec les personnes.

A ce niveau, nous aurons des partenariats à trouver mais, toutefois, nous pourrons, "en interne", recourir à la structure de jour de DOMUS, le FOYER DE JOUR.

Les **périodes de crise** seront plus nombreuses.

De par sa vocation sociale, la structure n'est pas adaptée pour répondre aux périodes de décompensation⁷⁷ liées à la souffrance psychique des malades mentaux. Nous devons nécessairement nous tourner vers les équipes de soins, le sanitaire, permettant des retours "souples" en établissement hospitalier.

Une réflexion préventive m'amène à formuler qu'une extension de l'Etablissement des APPARTEMENTS, même si elle ne concerne qu'une des structures DOMUS, aura, à moyen terme, des répercussions sur l'ensemble. Des résistances au changement pourront s'exprimer de la part des personnels. En anticipant, je les situerais à deux niveaux ; tout d'abord liées à une méconnaissance de la maladie mentale générant ainsi une « peur » ; d'autre part, l'accueil de psychotiques en plus grand nombre entraînera un surcroît de travail mais aussi la perte d'un certain « confort » de travail qui existe actuellement.

⁷⁷ « La décompensation, souvent, est l'orage dans un ciel serein ... un facteur déclenchant peut être mis en cause et c'est l'ultime difficulté qui fait vaciller l'édifice considéré jusqu'alors comme d'une solidité à toute épreuve » - J. BERGERET - PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE THEORIQUE ET CLINIQUE - EDITIONS MASSON - SEPTIEME EDITION - PARIS - 1998 - Page 152

La réalité d'une extension des APPARTEMENTS m'amène également à réfléchir sur la mixité des profils de personnes dans un même établissement. La cohabitation des deux populations me conduit à faire des recherches en ce sens.

▪ **Le mixage des handicaps est-il un problème ?**

Disposant de peu d'éléments sur ce point, j'ai voulu m'appuyer sur des pratiques locales et, pour cela, rencontrer des collègues directeurs.

Je suis reçue par Mme V..., directrice des foyers/logements de l'AFASER depuis quinze ans. L'Etablissement est situé à CHAMPIGNY SUR MARNE, commune voisine de BOISSY ST LEGER. La structure est née dans les années 1970, dans le courant de l'anti-psychiatrie et de la désinstitutionnalisation. Aussi, les personnes admises relèvent-elles à 60 % de maladie mentale. A ma question sur la mixité des handicaps, elle répond qu'il n'existe pas de difficultés particulières. Elle explique que « *le souci permanent est la prise en considération des personnes en difficulté plus que leur pathologie* ». Cette attitude "centrée sur la personne" implique la prise en compte de leurs demandes avant tout.

Autre témoignage, celui de professionnels de l'Association "VIVRE" à CHATENAY MALABRY. La diversité des populations y est perçue comme une source de stimulation et d'enrichissement mutuel. La découverte de la maladie mentale par des résidents déficients vient relativiser leur propre situation.

La difficulté vient souvent de la personne malade mentale elle-même : le déni de la maladie (« *je ne suis pas malade, ce sont les autres, le chômage, la société, ...*») peut entraîner un rejet des sujets déficients (*l'image qui lui est renvoyée est difficile à supporter*). L'affrontement qui va en résulter devra être repris au quotidien dans le soutien apporté à la personne, tant au niveau social qu'au niveau des soins.

Au final, c'est tout un travail d'accompagnement au quotidien dans lequel les professionnels auront un rôle de premier plan.

- **En externe**, hors de l'institution elle-même, le contexte associatif instable peut être un frein au projet. Récemment, l'Association a dû se séparer de deux établissements pour pallier des dettes financières importantes. A ce jour, la situation est assainie mais l'Association se trouve fragilisée. Elle n'est plus endettée mais ne possède plus de biens propres. Sur suggestion des organismes de contrôle, la DDASS et la DiPAS, elle doit chercher un rapprochement avec une autre association locale dans les mois à venir. Quelle sera-t-elle ? Qui prendra le relais d'ENTRE MARNE & BRIE ? Avec quels nouveaux projets ? Quelle incidence cela aura-t-il sur le projet que je développe ?

2.3.3 LES ATOUS OU S'APPUYER SUR LE DISPOSITIF EXISTANT : PEAUFINER LE CHANGEMENT

Au sein de l'environnement décrit précédemment, j'ai présenté l'Etablissement comme étant en phase de latence, voire « en *panne de projet* ». Cette tendance peut se transformer et je l'analyserai ici comme une attente, une recherche de projet. Sous cet angle, le contexte institutionnel devient propice et porteur. En tant que responsable d'établissement, je vais saisir ce que je considère comme une opportunité d'évolution et d'innovation sociale.

En interne, les atouts sont nombreux : habitat banalisé et vie quotidienne, proche de la normale, souplesse de la structure, personnel qualifié, FOYER DE JOUR constituent d'indéniables avantages.

L'habitat banalisé privilégie l'intégration en milieu ordinaire. De par le nombre et la variété des logements, la structure offre l'opportunité de vivre en petite communauté (*3/4 personnes*) mais aussi en couple ou seul. Cette diversité sera un point positif pour l'accueil de personnes malades mentales : des paliers successifs propices à un retour progressif à la vie "*normale*".

La souplesse de la structure permet une meilleure prise en charge et facilite la gestion. Habilitée à recevoir 32 adultes handicapés, la structure propose 34 places sur les 16 appartements loués. Ce différentiel de deux places permettra d'effectuer des accueils à l'essai répondant à des adultes hospitalisés au long cours. Des périodes d'essai ainsi proposées permettront à la personne d'effectuer des "*allers et retours*" avant un départ définitif de la structure psychiatrique. Ces accueils pourront également pallier des absences liées à des situations de crise nécessitant des hospitalisations plus ou moins longues. Ainsi, le nombre de journées prévisionnel sera-t-il respecté.

Autre atout, **l'équipe pluridisciplinaire** : les professionnels des APPARTEMENTS, nous l'avons vu, forment une petite équipe ayant une moyenne de huit années d'ancienneté à leur poste actuel de travail. Ils sont qualifiés, centrés sur leurs missions. Cette stabilité permet de garantir une certaine pérennité dans le travail auprès des résidents.

L'équipe possède une connaissance et un savoir-faire dans le domaine du handicap mental. De plus, une conception partenariale du travail est déjà à l'œuvre. En effet, les projets individuels effectués au quotidien impliquent déjà des réponses croisées et très diverses. Ainsi les animateurs ont-ils des contacts avec des tuteurs, curateurs, assistantes sociales de secteur, médecins psychiatres de CMP ou du libéral, des familles, des orthophonistes, des juges, ...

Le **FOYER DE JOUR** de DOMUS, créé en 1998, est une structure occupationnelle qui fonctionne en externat. C'est un dispositif interne sur lequel je compte m'appuyer pour l'accueil en journée des personnes en rupture de travail.

En externe, les atouts se situent à plusieurs niveaux.

Le CONSEIL GENERAL et la DDASS sont à l'écoute. Le projet reçoit un accueil favorable de la part du médecin inspecteur de la DiPAS, le Dr P..., qui m'informe que le thème du projet fait l'objet de réflexions dans le cadre de commissions départementales. Un chapitre sur « *les personnes handicapées psychiques* » figure en effet dans le second schéma départemental.

Avec la DDASS, le sujet de l'articulation entre sanitaire et médico-social est également d'actualité. Il m'a été demandé de venir présenter le projet au CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SANTE MENTALE comme exemple concret de coordination entre secteur santé et secteur médico-social.

L'UNAFAM se montre intéressée. L'échange avec M. C..., Président de la Délégation pour le VAL DE MARNE, est prometteur, nuancé toutefois lorsqu'il évoque les cas de personnes en rupture totale de travail. Comment répondre à ces situations ? Le projet que je développe n'évoque pas en effet ces cas de figure mais trouve une oreille attentive, l'UNAFAM ayant très peu de structures d'hébergement.

L'OPAC de PARIS est également favorable. Notre collaboration avec cet office HLM est ancienne. Nous louons des logements à l'OPAC depuis 1981. Nous sommes des partenaires recherchés pour notre stabilité, nos paiements de loyers assurés, la qualité du suivi social effectué sur les quartiers par nos équipes de professionnels.

Pour toutes ces raisons, le projet de développer l'Etablissement des APPARTEMENTS vers l'accueil de malades mentaux et, par là même, l'obtention de nouveaux logements ne pose pas de difficultés. Le turn-over important de la population sur les communes de BOISSY ST LEGER & LIMEIL BREVANNES laisse souvent des logements vacants, aussi M. D... répond-il favorablement et m'assure-t-il de son soutien.

La **proximité géographique des secteurs psychiatriques** est également un facteur favorisant. En effet, les APPARTEMENTS DOMUS sont situés sur la commune de BOISSY ST LEGER, entourée de trois hôpitaux psychiatriques : LA QUEUE EN BRIE (*Hôpital DES MURETS*), CRETEIL (*Hôpital A. CHENEVIER*) et SAINT MAURICE (*Hôpital ESQUIROL*). Cette proximité facilitera les échanges entre l'équipe de DOMUS, les patients et les équipes médicales. En ce sens, cela nous laisse toute latitude pour travailler sur un territoire géographique donné⁷⁸ avec plusieurs partenaires.

⁷⁸ Cf. carte géographique en ANNEXE 10

D'autres partenariats restent aussi à relancer. Nous avons des relations de travail déjà nombreuses avec les CMP environnants : BOISSY ST LEGER, LE PLESSIS TREVISE, VILLENEUVE ST GEORGES. Celles avec les foyers de post-cure, comme celui de ST MAUR DES FOSSES, sont distantes mais d'anciens patients de cet établissement ont déjà intégré la structure des APPARTEMENTS ; les deux équipes se connaissent donc et un travail en commun sera à développer.

2.4 OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES : RECHERCHER DES OUTILS POUR FAVORISER L'ARTICULATION

2.4.1 LA DEMARCHE DE PARTENARIAT ET DE RESEAUX

Nous débuterons ce chapitre par la présentation de trois situations. Elles illustrent, de manière significative, la nécessité de partenariats, de travail en réseaux indispensables pour un accompagnement optimal des personnes.

♦ Trois situations rencontrées dans l'Etablissement

❶ ... une histoire courte

Nous accueillons **M. Alain C...**, orienté vers notre Etablissement par le CHS de PARAY VAUCLUSE (ESSONNE). Le diagnostic psychiatrique est « *une psychose déficitaire avec manifestations caractérielles.* »

Dès les premiers jours, l'accompagnement s'avère difficile : comportements caractériels que l'éducateur a des difficultés à contenir. Quinze jours plus tard, nous relevons un état d'agitation important : menaces puis passage à l'acte violent envers les personnes qui partagent le logement. Nous interpellons l'équipe de PARAY VAUCLUSE qui estime que M. C... ne relève plus désormais de leur secteur hospitalier. Nous devons faire appel aux services de police et, pour cette personne, notre suivi s'arrêtera là.

❷ ... celle de Mlle Sylviane P...

C'est une femme de 46 ans hébergée dans l'Etablissement depuis 1981. Lors de son admission, elle présentait des troubles psychotiques importants qui s'exprimaient par une tendance à l'enfermement, des épisodes d'auto-mutilation et un absentéisme élevé au CAT. L'accompagnement au quotidien, sur les temps d'hébergement et au CAT, le soutien thérapeutique en CMP lui ont permis de se maintenir dans le cadre d'une vie ordinaire tout au long de ces dernières années.

En 1996 & 1997, des départs successifs (*l'éducatrice référente, le thérapeute puis le moniteur d'atelier*) sont vécus de manière traumatisante. Il en découlera des épisodes d'hallucinations auditives, d'auto-mutilation qui entraîneront des hospitalisations en psychiatrie.

Les tendances à l'auto-mutilation s'apaisent peu à peu mais font place à des problèmes d'ordre psychologique. Un diabète sérieux apparaît soudainement. L'état psychique de Sylviane a du mal à se restabiliser. Elle devient une personne « *limite* » pour le niveau d'autonomie demandé dans la structure : l'absentéisme au CAT est redevenu important, la prise en charge dans la vie de l'appartement est très faible, elle ne prend plus son traitement seule, l'apparition du diabète nécessite le suivi d'un régime alimentaire rigoureux qu'elle ne respecte pas.

Nous nous tournons vers le CMP et demandons un suivi plus conséquent. Sylviane a besoin de soins, d'une présence permanente que nous ne pouvons lui offrir. Le CMP peut la recevoir à raison de deux fois par semaine mais cela s'avère insuffisant. Il n'est pas possible d'envisager de soutien supplémentaire : il n'existe pas d'hôpital de jour ou de centre de crise. L'équipe du CMP reste à l'écoute mais a peu de moyens à proposer.

Nous contactons le médecin inspecteur de la DiPAS pour l'informer et nous guider dans la recherche d'une orientation adéquate. Les possibilités que nous déclinons sont inadaptées, insuffisantes ou prématurées :

- ↳ l'hospitalisation psychiatrique, structure fermée, n'est pas envisageable, le cas de Sylviane n'étant pas estimé assez grave.
- ↳ Les appartements thérapeutiques sur le secteur offrent trop peu de places.
- ↳ La famille n'est pas une orientation possible.

Deux années se sont écoulées pendant lesquelles, faute de dispositifs adaptés, nous avons dû rechercher des aménagements. Nous avons fait appel à des infirmières libérales, matin et soir, pour administrer le traitement. Les déjeuners livrés par le CCAS (*Centre Communal d'Action Sociale*) ont permis d'assurer un minimum d'équilibre alimentaire. Chaque matin, le cadre de permanence a dû s'assurer de son départ pour le CAT, prenant le relais de l'éducateur de nuit.

L'orientation de Mlle P... se fera en juillet 2002, dans un foyer de vie du CANTAL. Elle perdra ses repères de vingt ans, ce qui risque de la déstabiliser davantage. L'accompagnement effectué à DOMUS ne nous permettait pas de répondre de manière pertinente à sa souffrance psychique ni à sa sécurité.

❸ **Autre situation : celle de M. Gabriel S...** qui met en lumière la nécessité d'un partenariat, d'un travail en réseau.

M. Gabriel S... est âgé de 32 ans lorsqu'il se présente en commission d'admission. Il est accompagné par un professionnel du CMP ST ELOI de PARIS dont l'équipe soutient le projet.

M. S... est reconnu handicapé avec un taux d'invalidité de 80 %. Après un parcours scolaire classique jusqu'au BEPC, il connaît plusieurs séjours en hôpital psychiatrique : le premier à l'âge de 19 ans, après un épisode de bouffées délirantes aiguës.⁷⁹

Le diagnostic posé par le médecin psychiatre est « *une psychose schizophrénique paranoïde* ».

Au moment de la commission d'admission, M. S... est hébergé dans un foyer de post-cure depuis deux ans. Il est décrit comme stabilisé : la dernière hospitalisation a eu lieu quatre ans auparavant, le traitement neuroleptique est pris de façon autonome, l'équipe soignante du CMP est bien investie, l'activité à l'hôpital de jour est régulière. Le motif invoqué pour une orientation dans notre Etablissement est, outre la forte motivation exprimée par M. S..., un manque d'appartements thérapeutiques dans le secteur géographique dont il dépend.

Le profil de M. S... est atypique au regard des personnes accueillies dans l'Etablissement. Dès le premier contact, nous repérons en effet des bizarreries dans le comportement, une fixité dans le regard, une fragilité apparente. Malgré la stabilisation qui est décrite, de possibles épisodes de crise sont à envisager.

Les équipes de DOMUS et de ST ELOI se connaissent depuis quatre ans. Nous suivons déjà une personne en commun. L'accompagnement social que nous proposons dans la structure complète bien le dispositif technique et médical de ST ELOI. Le CMP dépend administrativement de l'Hôpital ESQUIROL à ST MAURICE. Dans le même immeuble, il y a un hôpital de jour, un CATTIP et surtout, en cas de besoins urgents, un CATEB. Dans ce lieu, une équipe pluridisciplinaire peut accueillir, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, des personnes en situation de crise. C'est, pour nous équipe médico-sociale, une réponse rapide, pour le résident, un soutien immédiat à sa souffrance pouvant même éviter une hospitalisation en milieu fermé.

Ces constats effectués, nous nous engageons pour un suivi avec M. S... Au final, il restera hébergé pendant huit ans dans l'un des appartements communautaires.

Tout au long de cette période, l'accompagnement au quotidien aura été conséquent : rencontres régulières avec l'éducateur, stimulations pour la participation aux tâches ménagères, rappel des règles de vie dans l'immeuble, ...

M. S... aura connu des périodes de crise, des allers et retours entre l'appartement, le CMP et le centre de crise. De nombreuses fois, M. Gabriel S... y sera conduit par l'éducateur le soir ou le week-end. Chaque fois, il revient quelques jours plus tard, apaisé. Nous sommes

⁷⁹ BOUFFÉE DELIRANTE : « *la bouffée délirante est un coup de tonnerre dans un ciel serein et plonge le sujet dans un vaste délire compliqué dont les thèmes de persécution, de grandeur ou de mysticisme s'enchevêtrent dans un kaléidoscope effrayant. Des hallucinations visuelles et auditives se mêlent à des intuitions, des interprétations de la réalité font douter le sujet de sa propre identité. L'angoisse est intense, le malade agité et son humeur passe de l'euphorie à la tristesse selon les fluctuations du délire auquel il adhère totalement* » - E. ZARIFIAN - LES JARDINIERS DE LA FOLIE - EDITIONS JACOB - PARIS - 1994 - Pages 32 & 33.

alors informés par le médecin psychiatre ou l'infirmier d'un changement de traitement ou d'une vigilance particulière à observer pendant un temps défini.

Les réunions de régulation ont lieu tantôt au CMP tantôt à DOMUS. La souplesse, le dialogue engagé entre les professionnels des deux structures, pourtant éloignées de vingt kilomètres, participent au mieux-être, à la stabilisation et à l'intégration de M. Gabriel S...

Il quitte notre Etablissement en juin 2001 pour vivre seul en studio dans son quartier natal, à PARIS. Le dispositif social et de soins existe toujours mais dans un cadre allégé.

En ce sens, c'est, pour l'équipe, un accompagnement positif et réussi pour la personne.

Le travail en partenariat, en réseau, aura prouvé ici toute son efficacité

♦ **Partenariat / Réseaux**, les atouts se situent à plusieurs niveaux.

La situation d'une personne dépendante de plusieurs dispositifs, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, demande la coordination de l'ensemble de ces services. La fonction partenariale est en lien avec un environnement ouvert, positionnant l'Etablissement vers une gestion plus équilibrée et plus soucieuse du devenir des personnes accueillies.

« *Etre partenaire*⁸⁰, c'est affirmer sa différence et sa légitimité propre dans un mouvement qui reconnaît la légitimité des différents acteurs »⁸¹. La tendance actuelle est à la formalisation des relations partenariales et des réseaux parce que tel est le moyen d'assurer la continuité de l'action au profit des usagers. Cette approche est également le gage d'un souci de qualité des prestations à rendre aux usagers.

A la fin des années 1990, le concept de l'action en réseau tend cependant à remplacer celui d'actions partenariales. « *Le terme réseau provient du latin « rétolius » qui signifie filet. On parle ainsi de réseau routier, de réseau de communication, urbain, internet. Ces différentes appellations ont plusieurs points communs : les notions d'ensemble, de lien, de maillage, d'articulation, d'échange, de complexité et de communication.* »⁸² Aussi le réseau contribue-t-il à promouvoir de nouvelles relations entre les institutions, les professionnels et les usagers, à valoriser des solidarités de proximité, à développer des conceptions différentes de l'action sanitaire et sociale. « *Travailler en réseau, c'est placer le patient au centre et tisser autour un système de relations d'aide coordonnées faisant intervenir tous les acteurs du système* ». ⁸³

⁸⁰ **Partenaire** : personne avec laquelle on est associé dans un système quelconque (*définition du dictionnaire LAROUSSE*)

Partenariat : système associant des partenaires sociaux ou économiques (*définition du dictionnaire LAROUSSE*)

⁸¹ LES ASSOCIATIONS D'ACTION SOCIALE - J. AFCHAIN - EDITIONS DUNOD - PARIS - 2001 - Page 39

⁸² GUIDE DES POLITIQUES SOCIALES ET DE L'ACTION SOCIALE - V. LÖCHEN - EDITIONS DUNOD - PARIS - 2000 - Page 285

⁸³ OP. CIT. 82 - Page 282

De telles actions peuvent, comme dans les deux premières situations, se heurter à des obstacles. Dans l'exemple de M. Gabriel S..., l'approche en réseau réussie découle du fait que l'utilisateur sert de ciment et rapproche les deux équipes.

A partir de mon expérience, je dirais que l'approche d'un travail en réseau repose bien souvent sur des engagements individuels mais permettant, au final, de favoriser la tolérance et les échanges dans des organisations complexes. De même, il participe à la réduction de coûts sociaux évitant, toujours dans la situation de Gabriel, de longues hospitalisations, des errances éventuelles. La personne y trouve donc également un confort certain.

Réseaux de soins et réseaux sociaux⁸⁴

♦ Réseaux de soins

Le secteur sanitaire est le premier à utiliser le travail en réseau de façon généralisée. Les réseaux *ville-hôpital*⁸⁵ apportent en effet des réponses nouvelles pour la prise en charge médicale et sociale des personnes touchées par le SIDA. L'approche en réseau apparaît alors particulièrement adaptée pour toute situation complexe alliant des questions médicales, sociales et psychologiques.

La loi n° 91-748 du 31.07.1991 « *portant réforme hospitalière* » a déjà évoqué la collaboration entre le secteur de santé et les services sociaux et médico-sociaux.⁸⁶ Elle rappelait la possibilité, pour les établissements publics de santé, de signer des conventions avec des personnes de droit public et privé.⁸⁷ D'autre part, depuis la loi n° 94-43 du 18.01.1994, les hôpitaux peuvent se transformer, pour tout ou partie, en institutions médico-sociales pour personnes âgées ou handicapées. La réforme hospitalière de 1996, avec les ordonnances JUPPE, en renforce l'importance en mettant en évidence la nécessité de décloisonnement et de coordination des offres de soins.

♦ Réseaux sociaux

La logique de réseaux est évoquée dans les lois du 29.07.1998, relative à la lutte contre les exclusions, et celle du 02.02.2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette dernière appelle à la coopération, à la coordination et à la complémentarité des moyens, avec plusieurs formules pour garantir la continuité des prises en charge des personnes vulnérables, fragiles et/ou exclues dont des conventions entre établissements.

⁸⁴ Réalisé à partir de l'article de M. JAEGGER - DIRECTEUR DE BUC RESSOURCES - *DES RESEAUX, POURQUOI FAIRE ?* - REVUE SANITAIRE SOCIALE DES FILIERES AUX RESEAUX - ECRITS DE BUC - DECEMBRE 1999 - Pages 1 à 9

⁸⁵ Circulaire DH/DGS du 14.06.1991 relative à la mise en place des réseaux *ville/hôpital*

⁸⁶ Articles L711-1 & 711-5 du Code de la Santé Publique

⁸⁷ Article L713-12 du Code de la Santé Publique

Cette volonté de créer du lien exprimée dans les textes de loi entraîne cependant une question : comment relier entre eux réseaux de soins et réseaux sociaux ? quels moyens concrets sont à ma disposition ?

Les conventions, pour concrétiser partenariats et réseaux

En droit, une convention repose sur un «*accord de volonté*» qui suppose la reconnaissance d'une complémentarité autour d'objectifs précis. Les responsabilités se partagent sans que l'une des parties puisse imposer, sans réciprocité, des obligations à l'autre.⁸⁸

A ma place de responsable d'établissement, le recours à des conventions m'apparaît être une donnée juridique essentielle pour lier deux secteurs aux législations séparées. Elles me semblent indispensables pour assurer la pérennité d'un partenariat. Elles peuvent également «*prévenir des inquiétudes éventuelles de part et d'autre, réguler les relations dans un souci d'égalité, limitant les risques potentiels de domination de l'un ou l'autre partenaire.*»⁸⁹

En d'autres termes, la convention implique une collaboration voulue définissant un dialogue équitable et, au final, constructif. «*Complémentarité, partenariat, conventionnement d'un secteur à l'autre sont d'autant plus nécessaires que, depuis la décentralisation, les acteurs se multiplient de même que les populations spécifiques nécessitant un double financement. Au bout du compte, la prise en charge, elle, ne se divise pas. Les populations accueillies aspirent à une prise en charge homogène et cohérente.*»⁹⁰

La rédaction des conventions⁹¹ va impliquer un cahier des charges bien déterminé, régulièrement évalué et adapté. Mais l'évolution des pratiques ne se résume pas, il est vrai, à la signature de conventions.

En tant que responsable d'établissement, je retiendrai cependant ce moyen dynamique et réglementaire comme un outil à ma disposition. Il permettra d'assurer la continuité de l'action au profit des usagers.

♦ Primauté de l'usager : l'importance du projet individualisé impulsé par la loi de 2002

La loi du 02.01.2002, dans son ARTICLE 7⁹², reconnaît à la personne le «*droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion*». Mettre en place, pour chaque personne en difficulté, un projet individualisé, comme nous le pratiquons déjà à DOMUS, c'est aller dans le sens de l'esprit de la loi du 02.01.2002.

⁸⁸ L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL - M. JAEGER - DUNOD - PARIS - 1999 - Page 92

⁸⁹ OP. CIT. 88 - Page 93

⁹⁰ LE METIER DE DIRECTEUR, TECHNIQUES & FICTIONS - OP. CIT. 60 - Page 24

⁹¹ Je propose, en ANNEXE N° 14, le type de convention actuellement en cours d'élaboration entre DOMUS et ses partenaires du secteur psychiatrique

⁹² Loi du 02.01.2002, Article L311-3, inséré dans le Code de l'Action Sociale et des Familles

Pour « *asseoir* » les conventions passées entre les structures, les projets individualisés viendront *re-lia* les usagers aux dispositifs. Fondée, bien entendu, sur l'adhésion des personnes, cette approche viendra donner du sens à l'accompagnement individualisé. Ces projets, pensés de manière globale, comprendront à la fois un volet social et un volet thérapeutique.

Dans un troisième temps, et pour consolider l'ensemble, l'évaluation viendra compléter et finaliser ce triptyque.

2.4.2 VERS DES RECHERCHES DE FINANCEMENTS CROISES

▪ Expérience en SEINE & MARNE

Afin de mieux appréhender les démarches à entreprendre à ce stade de l'élaboration du projet, j'ai souhaité visiter des structures médico-sociales travaillant déjà dans l'esprit d'une articulation. La lecture du schéma régional ILE DE FRANCE m'a amenée à découvrir l'existence d'un établissement à caractère expérimental situé dans le département voisin de SEINE & MARNE. Ouvert depuis septembre 2001, il reçoit des adultes présentant des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement graves mais stabilisés. Ces personnes ont fait l'objet d'une orientation COTOREP.

Pour assurer son fonctionnement, l'équipe des professionnels est composée de personnels administratifs, éducatifs, médicaux et paramédicaux. Les financements sont attribués par le Conseil Général, pour l'hébergement, la restauration et le suivi social, par l'Assurance Maladie pour la partie soins (*personnel médical, paramédical et fournitures médicales*).

L'existence de cet établissement récemment autorisé retient, en ce sens, toute mon attention. Dans sa conception juridique et financière, il est repris comme FOYER A DOUBLE TARIFICATION, aujourd'hui FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE.⁹³

▪ Un double financement : l'exemple des anciens FDT

Conçus initialement par la circulaire du 14.02.1986, ils ont fait l'objet d'un programme expérimental. Ce n'est que récemment, avec la loi du 02.01.2002 (*Article 15 - Alinéa 7- inséré dans l'Article L312.1 du CASF*), qu'ils sont reconnus explicitement. La législation nouvelle leur donne une assise légale.⁹⁴ Ils répondent à un double besoin d'hébergement et de soins, entraînant un financement conjoint du Conseil Général (*par le versement d'un prix de jour-*

⁹³ Ils sont ainsi définis (*article L312.1*) : « les établissements et les services, y compris les FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISE, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ». Note : actuellement, attente des décret d'application

⁹⁴ Note : le régime des anciens FDT, défini par circulaire, avait été censuré par le Conseil d'Etat dans un arrêt du 30.06.1999 par défaut de base légale (*ASH n° 2179 du 08.09.2000 - Page 12*)

née) et de l'Assurance Maladie (au moyen d'un forfait médical). Différents des MAS quant au financement, ils s'en rapprochent par la population et le fonctionnement.

Le premier programme expérimental concernait des personnes très dépendantes. Le deuxième s'est étendu à une population de malades mentaux graves mais n'ayant pas obligatoirement besoin d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

Ici encore, je retiendrai la base juridique d'une telle entité et la possibilité de montages financiers sur ce modèle.

Les courriers que j'ai adressés à la DiPAS et à la DDASS du VAL DE MARNE exposent des propositions en ce sens ... J'analyserai leur réponse dans la troisième partie du mémoire.

« Au plan local, le directeur d'établissement joue souvent un rôle de tiers, de médiateur entre les pouvoirs publics et les associations. ... Ce sont les relations concrètes qui se tissent entre les pouvoirs publics, les associations et les directeurs qui déterminent la dynamique de l'action sociale et médico-sociale dans un Département. »⁹⁵ Le directeur se positionne alors dans ce rôle de tiers comme l'élément moteur des relations entre les pouvoirs publics mais surtout comme le garant de l'articulation que je recherche.

Formaliser, entre l'Etat et le Département, un programme de réponse aux besoins, obtenir des financements croisés, seront les objectifs que je poursuivrai.

⁹⁵ LE METIER DE DIRECTEUR, TECHNIQUES & FICTIONS - OP. CIT. 55 - Page 24

SYNTHESE DE LA DEUXIEME PARTIE

L'approche associative me permet de mettre en lumière un contexte à la fois ouvert mais incertain. Le rapprochement souhaité par la DDASS et la DIPAS avec une autre association locale pèse dans les préoccupations actuelles des membres du Conseil d'Administration.

Le projet d'extension des APPARTEMENTS reçoit un accueil favorable.

Les ETABLISSEMENTS & SERVICE DOMUS ont connu une évolution régulière et continue, poussés par l'évolution des personnes handicapées elles-mêmes. L'accompagnement social mis en œuvre par des professionnels compétents et qualifiés trouve son fondement autour des concepts d'autonomie et d'intégration des personnes. La vie des résidents, à travers quelques situations, le montre.

Dans son ensemble, l'Etablissement se trouve néanmoins en panne d'idées nouvelles et vit sur ses acquis. L'impulsion de projet s'avère, à cette phase de la vie de l'organisation, importante pour son avenir sur le long terme.

L'accueil, en nombre plus important, de personnes malades mentales stabilisées est réalisable mais va entraîner des adaptations nécessaires autour des prises en charge et des personnels.

A la croisée du sanitaire et du social, l'Etablissement a la capacité de se transformer. Le travail en partenariat déjà en œuvre est capital. Il va faciliter une démarche de travail en réseaux. Trois situations d'adultes décrivent cette nécessité.

En ce sens, je propose, comme outil à l'articulation entre travail social et santé mentale, le recours à des conventions.

Les projets individuels des personnes handicapées, à double entrée, s'articuleront autour d'un projet de vie (*volet social*) et d'un projet thérapeutique (*volet soins*).

L'application des conventions, le respect des projets de vie et thérapeutiques feront l'objet d'évaluations régulières.

La recherche de financement, pour équiper et adapter l'Etablissement à des besoins nouveaux, est l'une des préoccupations majeures. L'exemple d'un établissement voisin, Foyer d'Accueil Médicalisé avec support juridique adapté, est susceptible d'être reproduit en VAL DE MARNE à moyen terme.

Nous allons entrer maintenant dans la phase pratique du projet, dans une approche concrète de sa réalisation.

TROISIEME PARTIE : VERS UNE MISE EN ŒUVRE

FAIRE VIVRE L'ARTICULATION ENTRE TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : L'EXTENSION DE L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS

3.1 RESSOURCES HUMAINES & FONCTION DE DIRECTION : PROMOUVOIR LE CHANGEMENT

3.2 LE DIRECTEUR CONDUCTEUR DE PROJET : PRINCIPES & MOYENS POUR LA MISE EN ŒUVRE

3.3 AUTRES Outils TECHNIQUES : FONCTIONNEMENT ET CHOIX STRATEGIQUES

« NUL NE PEUT PRETENDRE ACCOMPLIR AVEC UNE
YOLE CE QUI NECESSITE UN BRISE GLACE,
L'INVERSE ETANT EGALEMENT VRAI.
QUELQUE SOIT LA DESTINATION QUE L'ON SE FIXE,
ON NE PEUT PAS L'ENVISAGER AUTREMENT QU'EN
PREVOYANT L'EMBARCATION ADEQUATE. »

Aldo NAOURI

LE COUPLE & L'ENFANT
EDITIONS ODILE JACOB - PARIS - 1995 -
CHAPITRE 1 - « DES PREOCCUPATIONS LEGITIMES » - Page 90

3 - FAIRE VIVRE L'ARTICULATION ENTRE TRAVAIL SOCIAL & SANTE MENTALE : L'EXTENSION DE L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS

PREAMBULE

Il s'agit maintenant de développer le projet d'extension des APPARTEMENTS dans toutes ses composantes.

Dans cette perspective, ma préoccupation sera double : développer l'accueil de personnes malades mentales stabilisées mais, aussi, accroître l'efficacité des prestations actuelles pour l'ensemble.

Il conviendra de s'appuyer sur les expériences réussies qui ont permis à des usagers du SERVICE DES APPARTEMENTS d'évoluer de manière positive. La technicité actuelle et la qualité des prestations déjà offertes seront des bases solides pour développer l'activité, prévoir son extension.

Mon rôle sera d'être à la fois le moteur et le coordinateur de l'action.

La mise en œuvre du projet s'effectuera en deux temps :

↳ à **moyen terme**, une extension de douze places, permettant ainsi un changement en "douceur" ;

↳ à **long terme**, après évaluation, la création d'un service à part entière, pour vingt-quatre personnes.

Le travail de communication préalable effectué auprès de l'Association, des financeurs, du secteur psychiatrique, de la COTOREP et des bailleurs publics, sera poursuivi et entretenu tout au long de la phase de préparation et d'élaboration en interne.

Mon souci sera de faire accepter le changement par tous (*encadrants/usagers*) et, pour cela, doter l'Etablissement d'une organisation et d'outils communs fiables. Le projet doit traduire des orientations techniques pour créer, dans l'Etablissement, des conditions de travail favorables pour les professionnels. Je dois mettre en œuvre des capacités à négocier avec des cultures professionnelles différentes pour qu'une compréhension des intérêts réciproques aide à la reconnaissance des personnes malades mentales stabilisées.

A tous les niveaux, il s'agira de composer avec finesse et stratégie et démontrer des capacités relationnelles certaines.

3.1 RESSOURCES HUMAINES ET FONCTION DE DIRECTION : PROMOUVOIR LE CHANGEMENT

3.1.1 RAPPELS THEORIQUES

▪ Approches du changement selon CROZIER & FRIEDBERG

Rien n'illustre mieux la difficulté à générer un changement que cette phrase attribuée à Edgar FAURE lors de la mise en place de sa réforme dans l'Education Nationale : « *en dé-*

crétant le changement, l'immobilisme s'est mis en marche et je ne sais plus comment l'arrêter. »

Je suis consciente que, pour s'engager dans un processus de changement et le réussir, il ne s'agit pas simplement de l'annoncer ou remplacer un modèle ancien par un modèle nouveau.

Il est nécessaire, en effet, de rechercher un consensus collectif. Dans leur livre « *l'acteur et le système* », CROZIER & FRIEDBERG conçoivent le changement comme un phénomène systémique.⁹⁶ Ils insistent également sur une dimension tout à fait fondamentale dans tout processus de changement : « *celle de l'apprentissage ; c'est-à-dire la découverte, voire la création et l'acquisition, par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives.* »⁹⁷

Un vrai changement sera donc l'aboutissement d'apprentissages, de nouveaux gestes mentaux et comportementaux. Il implique nécessairement le développement de nouveaux construits collectifs⁹⁸ pour coopérer autrement, dans la même action. Autrement dit, le changement se provoque et se développe dans l'interaction. Ces analyses permettent d'entrevoir la complexité des processus de changement et laissent ouverte la question de ses finalités : pourquoi changer ?

En tant que responsable d'Etablissement, je pense que le changement constitue une des dimensions du management. D'autre part, plusieurs préalables me semblent indispensables à sa mise en œuvre :

- ↳ transmettre une vision, c'est-à-dire faire partager et faire comprendre les buts à atteindre, définir les objectifs avec clarté ;
- ↳ communiquer de manière à donner du sens, rassurer les personnels, rechercher leur adhésion ;
- ↳ mettre en avant la confiance, ciment qui préserve l'intégrité dans une organisation.⁹⁹

Il ne s'agira pas de verser dans le "*tout changer tout le temps*" au sein de l'Etablissement sous prétexte qu'il existerait un idéal à atteindre. Mais, provoquant toujours des résistan-

⁹⁶ Note : l'approche systémique travaille sur l'ensemble des interventions qui relient différents éléments et fondent un système. Ces interactions ne peuvent se comprendre que par la prise en compte du système global dans lequel elles ont un lien (*thèse de l'école de PALO ALTO développé par G. BATESON*)

⁹⁷ *MANAGEMENT, ASPECTS HUMAINS ET ORGANISATIONNELS* - N. AUBERT / JP GRUERE / J. JABES / H. LAROCHE / S. MICHEL - EDITIONS PUF FONDAMENTAL - PARIS - 1996 (*quatrième édition corrigée*) - Page 627

⁹⁸ « *Un contexte, un construit, ce sont avant tout des relations* » - *L'ACTEUR & LE SYSTEME* - Page 64

⁹⁹ Note : L'organisation regroupe un certain nombre de personnes interdépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs. Pour le sociologue M. CROZIER, elle est une réponse à l'action collective. Elle n'est pas une donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la compose. Comme tout système vivant, elle évolue au gré des influences externes et internes. - OP. CIT. 97 - Pages 11 et 12

ces légitimes et inévitables, le changement m'apparaît pourtant une approche dynamique du management d'équipe.

▪ Angle de vue par la pensée complexe selon E. MORIN

La décision de s'inscrire dans une dynamique de projet, développer un travail de réseaux et de partenariat, suppose un préalable : l'Etablissement doit être pensé comme une structure ouverte¹⁰⁰ tout en conservant son identité.

E. MORIN a mis l'accent, lui aussi, sur les apports de la théorie systémique. L'ouverture produit des contradictions, des "*dialogies*"¹⁰¹, une complexité. Cet auteur donne un angle d'approche multidimensionnel pour comprendre l'organisation dans son ensemble.

La problématique complexe¹⁰² telle que je l'ai abordée dans ce mémoire sous-tend un angle de vue, une approche par la pensée complexe impliquant, selon E. MORIN, « *le savoir évoluer (en permanence)* ». ¹⁰³ Envisager une articulation efficace entre établissements médico-social et sanitaire suppose une vision complexe de la réalité des structures et des besoins instables des personnes en difficulté. La complexité décrite par E. MORIN m'apporte une dimension vivante et interactive de l'Etablissement immergé dans un environnement incertain, interpénétré et indépendant.

▪ Approche du management participatif

En tant que responsable d'une structure, je suis soumise à des exigences d'efficacité, confrontée à des problèmes d'organisation qui rendent indispensable l'utilisation des techniques de gestion et de management¹⁰⁴.

Le projet s'affirme ici comme un outil de management et de communication interne. Il est un moyen d'éviter la « *routinisation* » des comportements et des pratiques. L'observation, l'écoute, la communication, la formation des personnels seront des moyens pour y parvenir.

Au regard du diagnostic de la structure des APPARTEMENTS développé dans la deuxième partie, il m'est possible d'avancer que le contexte interne comporte des atouts : efficacité des professionnels, tâche à accomplir structurée, claire, précise, place des cadres recon-

¹⁰⁰ L'organisation peut être conçue comme un « *système ouvert* » soumis aux contraintes de l'environnement, résultant toujours des décisions, des comportements et des relations des acteurs sociaux. - OP. CIT. 97 - Pages 23 et 24

¹⁰¹ Les situations complexes sont caractérisées par la coexistence de logiques de natures très différentes, qu'il n'est pas possible de réduire sans modifier la situation. E. MORIN désigne cette situation complexe par le terme de « *dialogique* ». Il en donne la définition suivante : « *le principe dialogique signifie que deux ou plusieurs logiques différentes sont liées en une unité de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité ne se perde dans l'unité* » - *MANAGER DANS LA COMPLEXITE - REFLEXIONS A L'USAGE DES DIRIGEANTS* - D. GENELOT - INSEP - PARIS - 1992 - Page 82

¹⁰² **Complexe** : qui se compose d'éléments différents, combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable (*définition du dictionnaire LAROUSSE*)

¹⁰³ Citation extraite de *INTRODUCTION A L'APPROCHE COMPLEXE* - E. COSTIGLIOLA - (*document référencé 3188/93/FMA/V.1*) PARIS 2002 - Page 29

¹⁰⁴ **Management** : « *action ou art ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler ... mobiliser les hommes en vue d'atteindre un objectif commun* » - OP. CIT. 97 - Page 9

nue à la fois par la position hiérarchique et la compétence, des relations toujours en déséquilibre¹⁰⁵ avec le personnel, un système de délégation, auprès des cadres et des animateurs, déjà en œuvre. En ce sens, un style de management ouvert et participatif est à poursuivre.

La réalité, cependant, m'amène à composer et à naviguer entre plusieurs modes de management : directif, persuasif, participatif ou délégatif et, ce, parfois avec le même professionnel. A partir de ma pratique, je crois en une combinaison de modes de management qui permet, au final, de mieux s'adapter à la complexité des personnes et de situations. A partir de cette réflexion, c'est toutefois un modèle de management participatif ouvert que je chercherai à poursuivre et à mettre en avant. Il sera mon fil conducteur.

Complémentaire des deux autres concepts déjà abordés, le changement et l'approche complexe, le management participatif supposera des règles du jeu extrêmement rigoureuses qu'il m'appartient maintenant de formaliser.

3.1.2 COMMUNICATION & MANAGEMENT

EN INTERNE : rechercher l'adhésion d'ensemble

Si un climat de confiance s'avère indispensable, la qualité de la communication à mettre en place est déterminante : expliquer, clarifier, commenter, donner les informations nécessaires, permettra d'aller de l'avant. Le projet pourra alors prendre forme, s'installera dans les esprits.

Avec les délégations qui me sont confiées, je me trouve à un poste clé entre espace externe (*politiques sociales, associatives, organismes de contrôle*) et espace interne (*gestion des personnels, respect du droit des usagers, écoute des familles*). A ce stade de l'élaboration du projet, je dois trouver un consensus collectif.

La communication est tout à fait fondamentale dans le fonctionnement de l'Etablissement. C'est une des fonctions de l'encadrement que de veiller à sa mise en place, à son maintien et à son développement.

Concrètement, le projet d'une extension des APPARTEMENTS DOMUS se développe de la manière suivante.

▪ **L'Association ENTRE MARNE & BRIE**

Au projet d'extension formulé auprès de l'Association en janvier 2001, je reçois une réponse favorable un mois et demi après.

¹⁰⁵ Note personnelle : **équilibre** : état de repos résultant de l'action des forces qui s'annulent ; position stable (*définition du dictionnaire LAROUSSE*). Le déséquilibre crée des équilibres. Par exemple, « *le déséquilibre est l'essence même de la marche* »

A ce moment là, poussée par la DDASS et la DiPAS, l'Association, nous l'avons vu, recherche un rapprochement avec une autre association locale. A la demande du Président et des membres du Conseil d'Administration, j'adresse une étude de faisabilité courant avril 2001. Durant ce laps de temps, ENTRE MARNE & BRIE s'est tournée vers une autre petite association (*ENTRE MARNE & SEINE*) implantée à quelques kilomètres.

Mon analyse de ce rapprochement est la suivante : les intérêts des deux associations sont complémentaires. Pour l'une (*ENTRE MARNE & BRIE*), il importe de pérenniser des établissements qui cultivent des valeurs de tolérance, de respect de la différence. Pour l'autre (*ENTRE MARNE & SEINE*), la reprise de trois établissements est l'occasion de compléter son dispositif d'accueil. De même, elle élargit ses activités de prise en charge à des populations d'âge et de degré de handicap différents. Les deux associations évoquent un rapprochement dans le courant de l'année 2003.

A ce moment précis, il devient important pour l'Association ENTRE MARNE & BRIE d'amener des projets. L'idée d'une extension des APPARTEMENTS est alors reprise.¹⁰⁶

Dans cette perspective, il est décidé une réunion en septembre 2001 entre les membres du Bureau, l'Administrateur délégué et moi-même. L'objectif est de travailler sur le profil des personnes à accueillir et les procédures d'admission. L'Association n'a pas reprecisé ces critères d'accueil et de population accueillie depuis plusieurs années. C'est là un moment privilégié d'élaboration et de réflexion en commun avant le rapprochement prévu.

Je m'interroge cependant sur l'intérêt que portera la nouvelle association au projet d'extension. Assurée du soutien de l'actuel Président, je le développe en interne auprès des professionnels.

▪ Les personnels

L'analyse portera tout d'abord sur les cadres de direction puis sur les professionnels de terrain, à travers les réunions. Je parlerai ensuite des réactions des délégués du personnel et de celles du Comité d'Entreprise. Je développerai enfin celles des usagers et du Conseil d'Etablissement.

Les réunions de cadres

Il me semble important d'en préciser préalablement le contexte. Ces réunions hebdomadaires constituent des temps de coordination et de réflexion sur les actions conduites, les orientations à poursuivre ou à améliorer. Chaque cadre fait l'inventaire des problèmes rencontrés dans son établissement ou service à un moment donné et présente un début d'analyse. Le rôle de la psychologue est d'apporter un regard technique sur les situations.

¹⁰⁶ Note personnelle : deux autres projets sont également retenus : l'extension de la MAISON DES ORCHIDEES et celle du SERVICE D'ACCUEIL DE JOUR (Cf. ANNEXE 6)

Depuis six mois, et conséquence du vote de la loi du 02.01.2002, nous travaillons sur les procédures¹⁰⁷ de fonctionnement que nous révisons tout en cherchant à les améliorer.

C'est donc dans ce contexte et à ce moment particulier de la vie de l'organisation que je développe l'extension des APPARTEMENTS. Le projet suscite de l'intérêt et des questions sur l'avancée de mes démarches. Il ne concerne que la structure que je dirige et, à ce stade, les deux autres responsables ne se sentent pas directement concernés.

Celui des FOYERS se montre ouvert et développe sa propre expérience en matière de collaboration avec la santé mentale. Avec son équipe, il travaille depuis quelques mois en lien étroit avec le service de psychiatrie de l'hôpital général de la commune voisine. Il propose de me mettre en contact avec le psychiatre responsable de l'unité, lui-même particulièrement ouvert pour s'engager vers la formalisation de partenariats.

Le Responsable du SERVICE DE SUITE écoute sans enthousiasme ni animosité. Il a en effet d'autres préoccupations : l'extension de son service (*de 30 à 36 usagers*) accordée par la DiPAS un an auparavant, ne se met pas en place comme prévu. Il me met en garde contre des difficultés éventuelles que je peux rencontrer avec les CMP environnants et argumente avec des situations de personnes handicapées auxquelles il a été lui-même confronté avec son équipe.

Je propose d'engager une réflexion auprès des équipes mais encore d'élaborer un plan d'action que je développerai dans les prochaines réunions de cadres. Je présenterai enfin des informations régulières sur l'avancée de mes démarches dans cette instance de travail.

Au final, je chercherai à entretenir un bon niveau de communication, amenant ce groupe à réfléchir sur une nouvelle approche de l'accompagnement aux APPARTEMENTS avec, à long terme, une implication possible sur l'ensemble de l'institution.

A ce niveau, j'analyserai la situation de la manière suivante : dans le contexte décrit, le projet d'extension ne se trouvera ni empêché ni favorisé non plus. Il conviendra de donner des "preuves", des éléments tangibles qui affirmeront le bien-fondé de ma démarche.

Les réunions de l'ensemble du personnel

Auprès des professionnels de terrain, l'information est diffusée lors de la réunion trimestrielle qui a lieu au mois de juin 2001. C'est pour moi l'occasion de développer les axes du projet. L'ordre du jour diffusé auprès des salariés a permis à chacun de se préparer et de réfléchir au sujet.

En retour à mon exposé, plusieurs réactions s'expriment. Tout d'abord, beaucoup de questions sont posées qui m'amènent à préciser des aspects du projet dont des remar-

¹⁰⁷ Note : cela intègre l'actualisation du projet institutionnel, la réalisation des livrets d'accueil, la mise en place d'une démarche de qualité et de procédures internes d'évaluation.

ques sur l'accueil d'un public plus "*difficile*", plus instable. Des points d'organisation sur l'accompagnement des personnes au quotidien sont ensuite soulevés. L'annonce du projet a provoqué des réactions entraînant beaucoup d'échanges. Le sujet n'a pas laissé les professionnels indifférents, des idées ont émergé.

Je propose la création d'un groupe de travail auquel je convie un professionnel de chaque structure. L'objectif est d'enrichir le travail d'élaboration qui sera fait à partir de l'équipe des APPARTEMENTS. Il s'agit de croiser les points de vue et d'aller le plus loin possible dans la mise en œuvre du projet. Les professionnels volontaires des autres structures pourront rendre compte de l'avancée des réflexions dans leurs propres réunions de travail. Ainsi y aura-t-il des allers et retours, un type de communication transversale.

Les réunions hebdomadaires de l'équipe des APPARTEMENTS

La perspective d'une extension provoque de réactions plutôt positives et même enthousiastes pour certains. C'est la reconnaissance d'un travail déjà à l'œuvre qui va désormais se développer. C'est également une approche complémentaire des réflexions déjà engagées autour de la réforme imposée par la loi du 02.01.2002. Deux courants se dégagent pourtant au sein de l'équipe : les personnels les plus formés (*cinq animateurs*) se montrent les plus intéressés et formulent eux-mêmes des idées. Les autres (*deux animateurs*), moins formés, sont plus réticents, davantage sur la défensive : ils invoquent le récent passage aux 35 heures ¹⁰⁸, moins de temps pour s'occuper des résidants, une charge de travail actuelle plus conséquente. Jamais ils n'expriment ouvertement quelque inquiétude sur les pathologies des nouvelles personnes à accueillir mais cela est insinué dans les difficultés évoquées.

A ce moment, la communication, l'échange sont plus que jamais essentiels : "*faire s'exprimer les personnes*", "*dépasser les peurs*", parler du changement participe à la construction de nouveaux raisonnements collectifs tels que le développent CROZIER & FRIEDBERG.

Désormais, je décide de consacrer un temps de réflexion au projet à chaque réunion hebdomadaire d'équipe. Le but est de le construire et de l'étoffer ensemble, de façon méthodique, autour des thèmes suivants :

- définition du profil des futurs usagers ;
- types de soutiens à développer ;
- finalités des nouveaux APPARTEMENTS ;
- organisation au quotidien, impact sur les autres usagers.

¹⁰⁸ Note personnelle : les 35 heures auront été totalement compensées sur les postes d'animateur(trice)s aux APPARTEMENTS dès septembre 2001.

Je pose le principe de la création de "groupes-projet" composés de deux sous-groupes. Mon objectif est de favoriser une dynamique de "recherche-action". Ainsi, l'équipe se trouve-t-elle associée à la construction du projet d'extension et à sa réalisation.

En mettant à l'œuvre des méthodes d'animation pragmatiques et participatives, je fais le choix d'amener les professionnels à devenir de véritables acteurs du projet institutionnel. Je recherche leur adhésion mais, plus encore, l'appropriation progressive du projet.

Les instances représentatives du personnel (IRP)

Les Délégués du Personnel et du Comité d'Entreprise sont opérationnels tant au niveau de l'Etablissement qu'au niveau de l'Association pour le second.

Informés d'une extension du service des APPARTEMENTS dans le cadre des réunions mensuelles prévues par la loi, les délégués du personnel suivent l'évolution du projet. Il est également abordé au niveau des représentants au Comité d'Entreprise. Cela lui donne encore davantage d'ampleur et de consistance.

Le conseil d'établissement

Mis en place à DOMUS depuis juin 1992, selon les directives de la loi, il est le dispositif adapté qui permet d'informer, de mener des débats, de confronter les idées. A raison d'une fois par trimestre, délégués des résidants, des familles, des professionnels et représentants de l'Association et de la Mairie se réunissent.

L'ordre du jour de la rencontre du mois de juillet porte, entre autres thèmes, sur l'extension des APPARTEMENTS (*il m'apparaît important d'évoquer le projet à tous les niveaux, sur un même temps court, de manière à diffuser équitablement l'information*). L'accueil est nuancé, différents types de réactions se dessinent :

- les parents ayant un enfant sur le profil de la maladie mentale sont réceptifs et ouverts au projet. Les autres pensent que l'équipe va s'éparpiller et évoquent des soucis autour de l'entretien des chambres, de l'hygiène, selon eux, insuffisamment prise en charge par les animateurs.
- Les résidants délégués parlent de camarades ayant dû quitter les APPARTEMENTS pour aller à l'hôpital et trouvent cela dommage. Leur maintien dans l'Etablissement serait apprécié.
- Le représentant de la Mairie, est particulièrement attentif à l'exposé. Il voit immédiatement un travail possible en lien avec le CCAS et les actions en santé mentale menées par la commune. Il propose de me mettre en contact avec le responsable de ces actions et me convie à une réunion en mairie, courant novembre.

A l'ordre du jour du Conseil d'Etablissement du mois de décembre figurera, avec l'approbation de l'assemblée, l'état d'avancement du projet.

L'idée d'une extension des APPARTEMENTS se diffuse, s'ancre peu à peu dans les esprits. La mise en place des groupes-projet va participer à sa concrétisation

La mise en place de groupes-projet

Le nombre réduit de professionnels qui compose l'équipe des APPARTEMENTS facilite les relations interpersonnelles. Un groupe réduit donne de l'aisance dans la communication ce qui ensuite engendre un fort sentiment d'appartenance¹⁰⁹ pour les personnes qui le composent.

La mise en place des "groupes-projet" permettra de capitaliser l'énergie qui émane des deux sous-groupes.

La fonction des entités de travail aura un triple but :

- repérer des points/problèmes spécifiques auxquels il faut répondre : solitude, prise des médicaments, relais avec la psychiatrie, périodes de crises, ...
- Anticiper sur l'organisation, entreprendre la collecte d'idées, d'expériences déjà mises en œuvre : rencontres des professionnels des hôpitaux psychiatriques, de centres de post-cure, d'appartements thérapeutiques.
- Mettre en place les actions destinées à résoudre les problèmes, de façon à accueillir les futurs usagers dans des conditions optimales.

A ce niveau, ma fonction consiste à effectuer les ajustements nécessaires entre les buts des individus des deux groupes (*réunion d'équipe et des groupes-projet*) et ceux de l'organisation. Je me positionne ici dans l'élaboration d'un travail collectif qui participera à la réalisation d'une mission publique. De même, pour favoriser l'information et développer la collaboration avec les autres structures et services de l'Etablissement, il est nécessaire de communiquer et diffuser régulièrement l'évolution du travail. Les réunions institutionnelles le permettent ainsi que les prochains écrits qui viendront finaliser les travaux des "groupes-projet".

Ces groupes-projet à l'œuvre, j'anticipe maintenant sur les moyens techniques qui seront désormais indispensables : les recrutements à venir et la formation du personnel.

▪ **Anticiper sur les moyens techniques**

Recrutement des personnels : quels profils ? pour quelles fonctions ?

Développer l'effectif actuel des personnes handicapées (*de 32 à 38 puis de 38 à 44*) en accueillant une population plus fragile et plus instable va impliquer de repenser la composition de l'équipe des professionnels. A partir du tableau des personnels présenté en an-

¹⁰⁹ **Appartenance** : le terme désigne « la conscience ou le sentiment qu'éprouve un sujet de constituer une partie étroitement solidaire d'une communauté à laquelle il s'intègre substantiellement et qui le détermine dans son être ». *QUI EST L'AUTRE ?* - R. MISRAHI - ARMAND COLIN - PARIS - 1999 - Page 213

nexe¹¹⁰, je prévois l'embauche de deux Conseillers en Economie Sociale et Familiale (CESF), d'un infirmier psychiatrique, d'une vacation de psychiatre mais, encore, l'augmentation du temps de travail de la psychologue, de la secrétaire de direction et de l'assistante sociale. Un personnel formé, de qualité, possédant déjà une expérience de travail, de surcroît motivé pour s'investir dans ce projet d'extension, s'impose. De même, j'envisage le redéploiement du temps de directeur et de celui de chef de service.

Dans cette perspective, il sera nécessaire, non seulement de revoir les fiches de poste des personnels déjà en place mais également de définir des critères de recrutement qui seront les suivants :

↳ critères de recrutement des accompagnants sociaux

Ils devront posséder une expérience professionnelle et une bonne connaissance des populations concernées. Ils seront Conseillers en Economie Sociale & Familiale, arrivant au terme d'une formation pour l'un, avec une ancienneté de deux ans pour l'autre. La spécialité du métier de CESF¹¹¹ viendra compléter l'équipe déjà en place, favorisant ainsi sa pluridisciplinarité.

↳ Critères de recrutement de l'infirmier psychiatrique

Il sera certainement difficile d'effectuer cette embauche, cette formation ayant été arrêtée dans les années 1997/1998. En ce sens, la personne aura nécessairement de l'ancienneté au diplôme que j'évalue autour de huit ans. Comme le médecin psychiatre, l'infirmier devra avoir une bonne connaissance du secteur associatif.

↳ Critères de recrutement du médecin psychiatre

Il/elle exerce déjà en libéral ou en service hospitalier, avec une bonne connaissance du secteur associatif. Il/elle souhaite travailler en équipe pluridisciplinaire. Son côté social est développé.

Ce sont sur ces bases que les futurs recrutements seront réalisés. Ils seront à préparer dès le mois de juin 2003 pour des embauches effectives en septembre 2003. Le financement de ces postes n'est cependant pas acquis à ce jour.

La formation des personnels sera un axe important à maintenir. Elle tient déjà une place conséquente dans l'Etablissement. A travers elle, il s'agit de développer les compétences, consolider l'existant par le perfectionnement individuel. Depuis septembre 2002, une éducatrice de l'équipe poursuit une formation individuelle sur le thème des psychoses.

¹¹⁰ Cf. ANNEXE N° 11

¹¹¹ Travailleur social qualifié qui concourt à l'information et à la formation des familles pour les aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne par une activité spécifique s'insérant dans le cadre de l'action sociale. Source : CCNT DU 15.03.1966 DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTEES ET HANDICAPEES

Comme les autres années, la formation collective en interne sera à poursuivre. En 2003, des thèmes autour de la maladie mentale, de la prise en charge au quotidien des personnes psychotiques seront à aborder. La présence du médecin psychiatre, de l'infirmier psychiatrique viendront compléter les approches d'accompagnement social de l'équipe des APPARTEMENTS et permettront aux différents professionnels de croiser leurs connaissances et leur savoir-faire.

Le plan de formation à mettre en œuvre, tant sur un plan individuel que collectif, dotera les personnels d'outils techniques dans le but de les préparer aux changements annoncés.

Dans le cadre de conventions d'action à bâtir, échanger avec les équipes de santé mentale, prévoir des thèmes de réflexion communs, participera à développer encore les connaissances et compétences de chacun. C'est ce que je chercherai à mettre en place, toujours dans un esprit d'ouverture et dans le but de toujours plus de pertinence auprès des usagers. Je travaillerai sur la base d'un volontariat, en attente d'une reconnaissance de ce type de formation par les pouvoirs publics.

Après cette approche autour du management d'équipe, dont le but est de clarifier et expliciter le projet d'extension, je vais rendre compte de l'avancée de mes démarches auprès de mes partenaires.

EN EXTERNE : se tourner vers les partenaires

▪ Hôpitaux psychiatriques et CMP

L'hôpital de LA QUEUE EN BRIE, celui de CRETEIL et le CMP de BOISSY ST LEGER font partie de mes premiers interlocuteurs. Les équipes rencontrées se montrent immédiatement intéressées par le principe d'un travail en collaboration. Je prévois des réunions pour définir le contenu des conventions à bâtir ensemble.

D'emblée, de nombreuses situations de personnes prêtes à quitter l'hôpital, ou déjà suivies en CMP, sont évoquées. Vingt dossiers sont proposés comme de possibles candidatures. J'ai conscience qu'il va falloir définir de manière précise le profil des personnes que je pourrai effectivement accueillir dans le cadre de l'extension.

La notion de « *stabilité* »¹¹² sera essentielle à déterminer afin de bien articuler besoins des personnes à accueillir et moyens organisationnels et financiers à ma disposition. La qualité des prestations à offrir et la sécurité des personnes en dépendent.

¹¹² **Note** : Cette notion est travaillée en réunion d'équipe et dans le cadre des groupes-projet. Elle sera développée dans le chapitre 3.2.1 « *Nouvelles caractéristiques de l'Etablissement / Définition du projet* » page 69

▪ Les pouvoirs publics

Le dialogue avec les pouvoirs publics est essentiel à poursuivre dans le but de rechercher puis d'obtenir des financements.

La DIPAS (LE CONSEIL GENERAL)

Les contacts réguliers que j'entretiens avec le médecin inspecteur, Mme P..., elle-même en contact avec l'inspectrice, Mme C..., participent à faire connaître le projet d'extension au sein de la DIPAS.

Outre les orientations du deuxième schéma départemental ¹¹³ qui incitent à la recherche d'un rapprochement, Mme P... porte à ma connaissance un protocole signé, en juin 2002, entre Etat et Conseil Général.

Ce document, intitulé « *IMPULSER ET ACCOMPAGNER UNE DYNAMIQUE EVOLUTIVE AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS* » me paraît important à reporter ici succinctement.

PROTOCOLE ETAT / CONSEIL GENERAL

MIEUX REpondre AUX PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES

ACTIONS DU CONSEIL GENERAL	ACTIONS DE L'ETAT
AGIR AU NIVEAU DES STRUCTURES	
<ul style="list-style-type: none"> ◇ Systématiser la signature de conventions entre les CHS (<i>direction et médecin chef de secteur</i>) et des établissements. ◇ Distinguer les conventions dites « <i>à la personne</i> » (<i>hospitalisation en cas de besoin et retour dans la structure médico-sociale</i>) et les conventions d'action. 	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Examiner la possibilité d'un temps de psychiatre dans les foyers en fonction d'un projet élaboré avec le secteur ambulatoire de psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Favoriser le recrutement de psychiatres
ADAPTER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	
<ul style="list-style-type: none"> ◇ Mettre en œuvre des stages d'insertion en milieu hospitalier pour les AMP, les éducateurs spécialisés. ◇ Introduire des modules de formation des hospitaliers au handicap lourd. ◇ Favoriser l'attribution des moyens nécessaires à la formation. 	
CREER DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES POUR REpondre A DES PROJETS INDIVIDUALISES	
<ul style="list-style-type: none"> ◇ De type SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT : <ul style="list-style-type: none"> ↳ pour des personnes vivant en famille ou en logement individuel, ↳ pour des personnes vivant en résidence sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ De type CAT ◇ De type MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE

Ce protocole n'entend pas cependant dégager de financements spécifiques.

Le médecin inspecteur évoque, pour le projet d'extension, la dénomination de « *FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE* ».

¹¹³Développé dans le chapitre I, page 15

Le Conseil Général est actuellement en attente des décrets d'application. Le projet d'extension entrera-t-il dans ce cahier des charges législatif ? Au moment de notre rencontre, je ne peux donc obtenir de réponse sur de possibles financements.

Cet échange me suggère cependant plusieurs remarques :

- ↳ repenser les types de conventions, et ce, en tenant compte des axes de travail définis dans le protocole (...*passer de conventions à la personne à des conventions d'action qui se veulent plus larges*) ;
- ↳ obtenir une autorisation, dans le cadre législatif, pour un *FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE* peut être une option. Cette dénomination sera-t-elle bien en adéquation avec le profil des personnes à accueillir ? Sinon, comment appliquer ce texte de façon positive ?

La parution prochaine des décrets d'application sera donc à étudier.

Le Dr P... & l'inspectrice de la DiPAS, Mme Q..., m'incitent, dans cette attente, à peaufiner le projet et à leur adresser une approche financière de l'extension que nous étudierons ensemble.

J'évoque enfin le « *caractère expérimental* » comme mentionné à l'Article 31 / Section 1 ¹¹⁴ de la loi du 02.01.2002 mais il n'implique pas non plus de financement.

La DDASS (L'ETAT)

Le projet d'extension suscite toujours de l'intérêt auprès de l'inspectrice que je rencontre. Mon interlocutrice m'informe des volontés de l'Etat et du protocole effectivement signé avec la DiPAS en juin dernier.

J'expose alors le principe d'un financement pour la rémunération d'un infirmier psychiatrique dans l'Etablissement mais également une participation pour la vacation de psychiatre. Ce projet d'extension arrive un peu tôt dans les réflexions menées actuellement par la DDASS. D'une part, il lui faut déterminer et définir ce que va recouvrir le forfait soin d'un FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE. A ce jour, c'est à l'étude.

D'autre part, Mme J... m'informe que la CRAMIF et la DiPAS ont suspendu leur action de cofinancement, notamment pour les créations à venir des FAM dans le Département. Dans ce contexte, je n'obtiendrai pas de réponse dans l'immédiat. Mon argumentation sur les doubles financements à l'image du foyer de SEINE & MARNE devient caduque.

¹¹⁴ Article L313.7 du Code de l'Action Sociale et des Familles : «... les établissements et services à caractères expérimental ... sont autorisés, soit après avis du CNOSS, soit par le représentant de l'Etat dans le Département, soit par le Président du Conseil Général ou conjointement par ces deux dernières autorités, après avis du CROSS. ... Ces autorisations sont accordées pour une durée déterminée qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation ... ». Extrait de la loi du 02.01.2002/section 1 « SES AUTORISATIONS » - Article 31

A ce stade de notre échange, je propose à Mme J... de lui envoyer mon approche financière de l'extension de manière à faire une étude comparative de coût (*coût d'une personne en structure hospitalière/coût d'une personne prise en charge par DOMUS*).

ANALYSE D'ENSEMBLE

A partir de l'étude menée jusqu'ici, l'extension des APPARTEMENTS devient maintenant essentielle à préparer.

Revoyons préalablement l'avancée de démarches en externe et en interne mais également les zones d'incertitude qui pèsent sur son aboutissement.

✧ **EN EXTERNE**

- ♦ Le projet est en cours de discussion avec le Conseil Général et la DDASS.
- ♦ Les démarches pour l'obtention de nouveaux logements sont à finaliser.
- ♦ Les conventions avec le secteur psychiatrique restent à formaliser.

✧ **EN INTERNE**

- ♦ L'information est diffusée à tous les niveaux.
- ♦ Les « *groupes-projets* » sont à l'œuvre et opérationnels.

✧ A ce stade de l'élaboration du projet, **DEUX INTERROGATIONS MAJEURES RESTENT A LEVER** :

- ♦ le positionnement officiel de l'Association,
- ♦ l'accord administratif et les financements à obtenir.

Mon approche va consister maintenant à développer l'organisation future de l'Etablissement des APPARTEMENTS sur la base du travail collectif déjà effectué.

C'est à partir de ce support que j'échange actuellement avec les différents partenaires.

3.2 LE DIRECTEUR CONDUCTEUR DU PROJET : PRINCIPES & MOYENS POUR LA MISE EN OEUVRE

3.2.1 NOUVELLES CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

✧ **LES PRINCIPES**

▪ **Déroulement du projet**

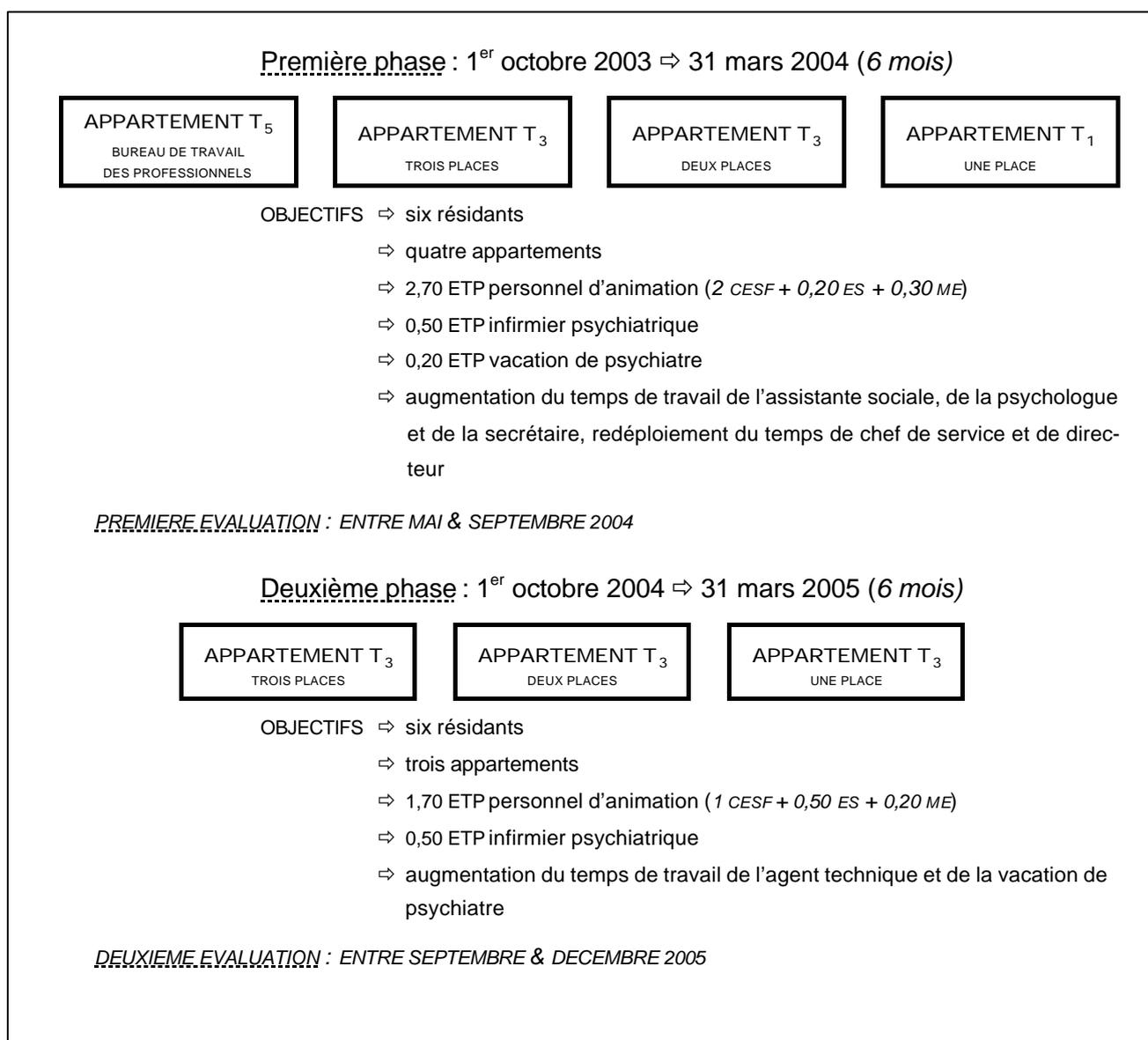
Sa mise en œuvre s'effectuera en deux temps et deux, voire quatre, phases de développement, selon un calendrier qui pourrait se présenter ainsi :

- ✧ sur le court terme, six places, entre le 1^{er} octobre 2003 et le 31 mars 2004, avec une première évaluation que je prévois entre mai et septembre 2004.

- ✧ Sur le moyen terme, six nouvelles places, entre le 1^{er} octobre 2004 et le 31 mars 2005, avec une seconde évaluation entre septembre et décembre 2005.¹¹⁵
- ✧ Une troisième étape pourrait alors débiter à plus long terme : 2006/2010 et après évaluation avec l'ensemble des partenaires : la poursuite de l'extension avec douze places supplémentaires.

Ainsi, la création d'un service à part entière, de vingt-quatre places, serait-elle effective. Mais notre étude se limitera ici à la mise en place du court terme, soit la période 2003/2004.

Je proposerai, pour clore ce mémoire, une approche financière, avec une étude des coûts, de manière à anticiper et à prévoir un budget de fonctionnement adéquat.



¹¹⁵Cf. annexe n° 12 : échéancier prévisionnel (projet)

▪ Définition du projet : *nouvelles missions, nouvelles finalités, accompagnement au quotidien*

Il s'agit ici d'offrir à des personnes, dont la problématique rend difficile une insertion dans un logement indépendant, une solution d'habitat conciliant à la fois environnement sécurisant, une atmosphère conviviale et une ouverture sur le quartier et sur la ville. Les personnes bénéficient d'un accompagnement social vigilant, responsabilisant et d'un soutien médical en lien avec les équipes de psychiatrie de secteur. L'Établissement des APPARTEMENTS est une structure au sein de laquelle vont se conjuguer l'hébergement, les soins et l'animation, le but étant de faciliter l'intégration des personnes. Il offre un hébergement classique en appartement, un cadre de vie ordinaire incitant les résidents à se familiariser ou à se ré-entraîner à une vie active, dynamique à travers les actes de la vie quotidienne.

Le projet individuel de chaque personne s'inscrit dans la dimension d'une vie communautaire d'appartements collectifs de trois ou quatre personnes mais aussi d'une vie indépendante dans des logements individuels. La dimension communautaire est un support important de socialisation et d'apprentissages à partir desquels les personnes pourront acquérir l'autonomie nécessaire à une insertion sociale plus avancée. Pour certaines, le cadre de la communauté de vie restera durablement, voire définitivement, indispensable à leur bien-être. Pour d'autres, un habitat plus individualisé pourra être proposé (*vie en solitaire éventuellement, vie en couple*).

Cette approche ne peut se bâtir sans la collaboration étroite des services de santé mentale de secteur. A cet effet, un accord de partenariat, par le biais de signature de conventions, sera conclu avec les hôpitaux du secteur géographique.¹¹⁶

D'autres partenariats¹¹⁷ seront encore à développer avec les établissements et services auxquels la personne nouvellement admise pourra être rattachée (*CCAS, CAT, circonscription de secteur, ...*) de même qu'avec le tissu associatif local et ce dans la continuité du travail déjà effectué par l'équipe des APPARTEMENTS.

Les principes sous-tendus par le projet sont de plusieurs ordres :

- ↳ Une croyance en les potentialités de la personne handicapée et en ses capacités d'évolution.
- ↳ Le cadre de vie en « *appartements* » est un lieu d'échange et de communication qui participe à l'intégration dans la cité.
- ↳ Une continuité des prises en charge des personnes déficientes intellectuelles.

¹¹⁶ Cf. ANNEXE 13

¹¹⁷ Note personnelle : il s'agit ici de répondre au plus près aux besoins des personnes, construire avec elles des projets individuels les conduisant vers plus d'autonomie. Cela amène nécessairement les professionnels de l'équipe à développer des contacts très divers, à la mesure de chacun

↳ L'hétérogénéité du handicap des personnes accueillies est un facteur de stimulation et de dynamisme institutionnel.

▪ Le public concerné

Il s'agit adultes malades mentaux stabilisés reconnus handicapés par la COTOREP, n'ayant pas besoin de l'assistance d'un tiers pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La santé de ces personnes ne justifie plus de séjours permanents en hôpital psychiatrique, sauf pour de brefs séjours en cas de rechute.

Il s'agit d'adultes dont les séquelles de psychoses autorisent une activité de jour rémunérée ou occupationnelle (*CAT, ATELIER PROTEGE, FOYER DE JOUR, HOPITAL DE JOUR, ...*).

L'adjectif « **stabilisé** » est défini par les critères suivants : le nombre d'années écoulées depuis la sortie de l'hôpital, le nombre d'hospitalisations durant l'année antérieure, l'acceptation et la prise autonome des médicaments, la régularité dans le suivi médical.

Des démarches ont été effectuées auprès de la COTOREP et l'organisation de la vie sociale respecte les rythmes de vie, des repas et du sommeil.

▪ La finalité est plurielle

Tout d'abord, engager ou poursuivre un travail d'insertion sociale. Ce soutien permet d'éviter l'échec personnel, la rechute et la réintégration éventuelle dans un système d'aide sociale ou médical lourd.

Apporter ensuite un soutien dans la vie quotidienne pour des personnes rencontrant des difficultés dans le milieu familial d'origine ou souhaitant vivre indépendamment de celui-ci. La mise en situation d'autonomie, avec un accompagnement très souple, se veut déstigmatisante, intégrative, implicite par la participation demandée aux personnes dans la vie quotidienne, dynamisante par les déplacements inhérents à la vie sociale.

Le projet ne pourra alors fonctionner sans la demande d'aide exprimée par la personne, la présence de tiers aidants (*accompagnants sociaux, thérapeutes*) aux frontières de ce qui constitue l'autonomie et la vie privée de l'usager. Un contrat de confiance verbal, puis écrit, dans une convention tripartite impliquant qu'il y ait rencontre et échange entre les personnes accompagnantes et la personne requérant l'aide.

◇ LES MOYENS

▪ L'accompagnement au quotidien

Définissant ainsi l'esprit et les modalités de travail, cette extension implique dans son fonctionnement la présence de travailleurs sociaux et d'un infirmier psychiatrique intervenant sur les lieux où résident les personnes.

Les intervenants sociaux conseillent, aident, sans se substituer à la personne. Il s'agit de faire écho à ce que la personne dit, de clarifier, faire préciser le discours, l'amener à

faire des choix elle-même, à se déterminer, se positionner par rapport à l'environnement dans les actes de la vie quotidienne.

De par la définition de son métier, l'infirmier psychiatrique a une double fonction, à la fois thérapeutique et relationnelle. Il connaît les traitements que le médecin a prescrits aux personnes malades mentales. Il veille à ce que les consignes médicales soient bien comprises et suivies. Par des rencontres sur les lieux de vie, il vérifie que le comportement des personnes se stabilise progressivement en fonction des effets escomptés du traitement. Il informe des signes cliniques nouveaux demandant à être pris en compte dans le traitement, soit par adjonction, soit par diminution voire suppression. L'infirmier psychiatrique est un intervenant important dans le lien à établir avec les médecins, le CMP et l'hôpital. Il propose enfin des activités de soutien et d'accompagnement à visées thérapeutiques, actions qui viendront compléter celles des intervenants sociaux.

Les temps d'intervention de l'ensemble des professionnels s'établissent l'après-midi, à partir de 14h00, le soir et le week-end. Les intervenants sont seuls ou en duo, suivant l'opportunité ou le type de rencontre prévue.

Le travail ainsi conjugué entre l'infirmier psychiatrique, les CESF et les animateurs participe à un accompagnement élargi. Son but est triple : effectuer un suivi et surveillance médicaux, soutenir les apprentissages liés à la vie quotidienne, stimuler pour les activités et les loisirs.

Outre les actions auprès des personnes handicapées dans le quotidien, les intervenants seront amenés à :

↳ *travailler en lien étroit avec les organismes extérieurs : CAT, CAF, OPHLM, juges, familles, mairies, associations tutélaires, UDAF, CMP, ...*

↳ *participer aux réunions institutionnelles pour information générale.*

▪ L'équipe pluridisciplinaire va se développer

L'arrivée de deux travailleurs sociaux, d'un infirmier psychiatrique et d'un médecin psychiatre, dans la première phase, sera nécessaire à partir du mois de septembre 2003. Ils s'intégreront à l'équipe quatre semaines avant l'admission des nouvelles personnes handicapées. Une nouvelle répartition du travail sera alors à organiser.

Je souhaite négocier, avec les autorités de contrôle, ces recrutements « décalés » dans le temps en poursuivant les objectifs suivants :

↳ *faire connaissance,*

↳ *s'imprégner du projet d'établissement, de celui des APPARTEMENTS, qui en découle, et du projet d'extension*

↳ *anticiper l'organisation du travail, répartir les références, définir le rôle de chacun,*

↳ *entamer les démarches administratives,*

↳ *faire démarrer une phase de formation collective autour du thème des maladies mentales et, plus particulièrement, des psychoses.*

Pour l'extension des APPARTEMENTS (*entre octobre et décembre 2003*), le recrutement sera à préparer, nous le rappelons, dès le mois de juin 2003. Il suppose en effet des préalables, des démarches spécifiques que je dois anticiper.

▪ L'implantation du bureau d'accueil et de travail

L'équipe des APPARTEMENTS qui se développe doit trouver des locaux de travail plus vastes, plus adaptés, mieux implantés.¹¹⁸

Je demanderai à l'OPAC un logement de type F₅, d'environ 120 m², au rez-de-chaussée d'une tour, à BOISSY ST LEGER. Il sera proche des autres APPARTEMENTS de DOMUS, du RER, du centre commercial, du centre de PMI, de la circonscription DDASS, du complexe sportif de la ville. Il permettra à sept, puis à neuf, travailleurs sociaux, un infirmier psychiatrique et un chef de service, d'effectuer l'accueil et le suivi de trente deux puis trente huit personnes handicapées.

Cet accueil pourra prendre plusieurs formes : rencontre individualisée, en groupe, autour d'un repas à plusieurs mais aussi au domicile des personnes concernées ou par téléphone.

En amont de cette organisation, il est important de revoir le processus d'admission et d'y intégrer la présence d'un nouvel intervenant, le médecin psychiatre.

3.2.2 NOUVELLES PROCEDURES TECHNIQUES

➤ **Repenser les commissions d'admission avec la présence d'un médecin psychiatre**

L'admission est la procédure administrative qui va mettre en concordance une demande de prise en charge et les conditions nécessaires pour y parvenir.

Le but de cette commission est de rechercher l'adéquation entre les besoins de la personne et les réponses institutionnelles.

La commission d'admission, dans la perspective d'accueil de malades mentaux stabilisés, nécessitera maintenant la présence d'un médecin psychiatre. Si la présence de ce praticien n'était pas prévue jusqu'à lors, elle s'avère maintenant indispensable pour apprécier le diagnostic psychiatrique des dossiers présentés.

La commission d'admission se trouvera plus pertinente dans son appréciation et ce pour l'ensemble des personnes à accueillir.

La vacation du médecin psychiatre poursuivra trois objectifs :

¹¹⁸ Note : actuellement, les bureaux de DOMUS abritent les services comptables, administratifs, les bureaux des cadres, les espaces de réunion des FOYERS et des APPARTEMENTS. Pour une partie, ils sont également la base de travail de l'équipe des APPARTEMENTS ainsi que le bureau d'accueil des résidents de cette structure. De 15 à 20 personnes travaillent dans cet espace de 190 m². Le déménagement de l'équipe des APPARTEMENTS est déjà évoqué depuis deux ans.

▪ POUR L'ENSEMBLE DE DOMUS

↳ Une participation aux commissions d'admission de manière à y développer plus de technicité. Il/elle apprécie le cas médical et psychiatrique des personnes.

▪ POUR L'EQUIPE DES APPARTEMENTS : L'INTERVENTION SE SITUERA A DEUX NIVEAUX :

↳ Une participation aux réunions hebdomadaires, aux temps de réflexion et aux bilans des personnes handicapées.

↳ Des rencontres avec les résidents pour des soutiens ponctuels.

▪ POUR FACILITER LE TRAVAIL DE PARTENARIAT ET DE RESEAUX

Il/elle est une personne ressource, un lien facilitant le dialogue avec les équipes médicales hospitalières et ambulatoires. De même, il/elle est en contact avec les médecins de ville, si besoin avec les infirmiers en libéral du secteur. Il/elle collabore étroitement à la rédaction de courriers relatifs aux réorientations, aux bilans de fin de période d'essai, aux bilans individuels annuels. Ponctuellement, il peut prescrire des traitements.

La commission d'admission prend comme base d'appréciation une grille d'évaluation que je vais maintenant développer. Elle reste à améliorer.

➤ **Bâtir une grille¹¹⁹ sur le profil des personnes à accueillir**

L'Etablissement des APPARTEMENTS, avec son extension, s'adresse désormais à des personnes répondant à des critères que nous avons préalablement définis.

Outre ces critères formels, il est indispensable d'évaluer l'autonomie réelle que les personnes sont capables d'assumer, soit à travers les informations émanant des institutions spécialisées antérieures, soit celles de l'environnement des personnes ou des capacités immédiates qu'elles montrent elles-mêmes.

En complément de cela, il me semble nécessaire de redéfinir, en interne, des critères d'autonomie pour évaluer l'adéquation entre le dispositif proposé et les besoins de la personne à accueillir. Ces critères viendront compléter la définition de ce que nous entendons par « *stabilisé* ».

Les items évoqués seront encore à affiner et à développer dans les prochaines réunions de travail. La spécificité et la technicité du psychiatre permettront d'enrichir et de compléter notre regard. Enfin, les séances de travail prévues avec l'Association aideront encore à son élaboration.

¹¹⁹ Cf. ANNEXE N° 13.

Note : cette grille sera complétée par les accompagnants sociaux pendant la période d'essai, c'est-à-dire avant l'admission définitive de la personne dans l'Etablissement. Elle s'établira à partir des observations faites dans la vie quotidienne puis travaillées en réunions d'équipe (*les personnes répondant aux critères d'admission verront leur autonomie se situer entre 2 et 4 sur la grille*).

➤ **Le concept de projet individualisé à double entrée**

Ce projet, à dominante sociale, ne sera rendu possible qu'avec un balisage précis du rôle de chacun. Nous venons de décrire un contenu, il convient d'en définir les limites. Si des critères de population ont été déterminés auparavant, des conditions d'entrée et de sortie dans l'Etablissement sont à préciser.

La concrétisation de la demande de l'utilisateur se traduira :

- ↳ à l'entrée : par la signature d'un contrat d'un an, renouvelable, se déclinant en deux parties : *un accompagnement social, relationnel, personnalisé et un accompagnement thérapeutique, mis en œuvre à l'extérieur de l'Etablissement par les équipes de santé mentale, en hospitalier ou en ambulatoire.*
- ↳ après un an, il sera évalué *les relations avec le voisinage, les capacités de la personne à se maintenir durablement dans son logement, la régularité dans la fréquentation de l'activité de jour, celle du suivi psychologique mais encore l'assiduité dans la prise du traitement médicamenteux et le nombre d'hospitalisations qui se seront avérées nécessaires.*

Ces contrats individualisés seront assortis de conventions passées entre DOMUS, structure d'accompagnement social, et hôpitaux et CMP, structures d'accompagnement de soins.

➤ **Articuler et fiabiliser les partenariats**

▪ Bâtir des conventions avec le secteur psychiatrique

Sur la base de conventions qui existent déjà dans le Département du VAL DE MARNE, je propose, avec l'accord du Président de l'Association, la trame de travail reproduite en annexe.¹²⁰ Les professionnels rencontrés dans les deux hôpitaux les plus proches ainsi qu'au CMP de BOISSY, sont d'accord pour travailler à partir de ce support. Nous aurons à l'enrichir, le peaufiner et le faire évoluer ensemble.

▪ Evaluer ensemble

A partir des conventions à bâtir avec les différentes équipes de psychiatrie, il s'agira de répondre à un certain nombre de questions : *comment travailler avec les psychiatres ? Comment poser des exigences ? Comment contrôler ?*

Il sera nécessaire de travailler sur la base du volontariat, d'une confiance réciproque mais encore de favoriser la mobilité entre équipes de soins et équipe médico-sociale. Pour cela, je poserai le principe de réunions mensuelles en alternance (*tantôt dans mon Etablissement,*

¹²⁰Cf. ANNEXE N° 14

tantôt dans les CMP ou à l'hôpital), de comptes-rendus écrits trimestriels et de bilans annuels concernant la personne accueillie.

Ainsi mesurerons-nous les écarts entre la réalité, la perception de la réalité du résidant, ce que vit réellement la personne.

Enfin, un compte-rendu, écrit ou oral, lui sera fait, de manière à l'associer à son projet, à le responsabiliser, éventuellement le stimuler ou le « *remettre sur la route* ».

3.3 AUTRES OUTILS TECHNIQUES : FONCTIONNEMENT & CHOIX STRATEGIQUES

3.3.1 MOYENS ADMINISTRATIFS, HUMAINS ET TECHNIQUES

▪ Autorisations administratives

« La création, la transformation ou l'extension des établissements et services ¹²¹ sont soumises à autorisations ¹²² ».

« La mission principale du CROSS ¹²³ est de donner un avis motivé avant toute autorisation de création, de transformation ou d'extension importante. La liste des établissements et services concernés est arrêtée à l'Article L312.1 de la loi du 02.01.2002 ¹²⁴ ».

« La notion d'extension importante concerne une augmentation, en une ou plusieurs fois, de la capacité installée supérieure à 30 % de la capacité totale autorisée ainsi que toute augmentation de capacité supérieure à quinze places ¹²⁵ ».

Pour la première phase du projet, l'augmentation de six places ne nécessiterait pas de passage en CROSS. En effet, comme le précise le décret du 14.02.1995, dans son Article 3, une majoration de moins de 30 % ne requiert pas une autorisation spécifique mais un accord de l'autorité de contrôle. ¹²⁶ Dans le cas présent, il y a lieu de solliciter le Conseil Général, via la DiPAS du Val de Marne pour obtenir son accord. Néanmoins, dans le but d'anticiper l'extension et prévoir six places supplémentaires à partir d'octobre 2004, un dossier de présentation au CROSS est en cours d'élaboration pour planifier la modification de l'Etablissement.

Il y a lieu d'envisager plusieurs cas de figures dans la demande d'autorisation :

- celui du contexte actuel d'établissement pour personnes adultes handicapées qui reste inchangé ;

¹²¹ Article L312.1 de la loi du 02.01.2002

¹²² Article L313 de la loi du 02.01.2002

¹²³ Les CROSS (*Comité Régional d'Organisation Sanitaire & Sociale*) ainsi que les CNOSS (*Comité National ...*) sont institués par l'Article L712.8 du Code de la Santé Publique

¹²⁴ *GUIDE JURIDIQUE & ADMINISTRATIF DE L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE* - P. CAMBERLAIN - DUNOD - PARIS - 2001 - Page 87

¹²⁵ OP. CIT. 124

¹²⁶ « *Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente* » Article L313.1 du CASF ou Article 25 / Section 1 de la loi du 02.01.2002.

- celui d'une dénomination de « *FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE* » s'il s'avère compatible avec le projet d'établissement et au vu des décrets à paraître ;
- celui d'un « *caractère expérimental* » qui serait finalement reconnu

Suivant l'évolution juridique de l'Etablissement, le dossier CROSS ne serait pas en effet à adresser aux mêmes autorités (*Président du Conseil Général ou conjointement avec l'autorité compétente de l'Etat*).

▪ Personnels d'animation, technique et administratif

Le prévisionnel en moyens humains suscite les remarques suivantes :

Pour le personnel d'animation, lors de la phase ↗,

- ↪ deux CESF viennent compléter l'équipe ;
- ↪ le poste de l'animatrice première catégorie à 0,80 ETP avec douze ans d'ancienneté passe à un temps plein ;
- ↪ l'animatrice deuxième catégorie, en contrat de qualification, sans ancienneté, voit son poste évoluer : de 0,50 ETP à 0,80 ETP.

Pour répondre à des personnes au profil plus instable, l'équipe doit être renforcée. Les temps de présence auprès des résidents seront donc plus conséquents.

J'ai cherché à améliorer le ratio d'encadrement : d'un accompagnant pour 5,30 actuellement, il passe à un accompagnant pour 4,31. J'argumenterai auprès des financeurs sur la fragilité des personnes à accueillir, la qualité de l'accompagnement à rendre.

Dans la phase ↘, ce ratio se modifie légèrement et devient un accompagnant pour 4,19. Les temps d'intervention en personnel d'animation seront certainement à réévaluer.

Pour le personnel médical

En complément de la vacation de médecin psychiatre, un infirmier psychiatrique est embauché à 0,50 ETP lors de la phase ↗ puis à 0,50 ETP supplémentaire lors de la phase ↘ (*le ration médical de l'infirmier psychiatrique s'établit à près d'une heure (0h50) par semaine et par résident*).

Pour les personnels technique et administratifs

Il est indispensable de prévoir à la hausse les temps d'assistante sociale et de secrétaire de direction. Ces postes vont effectivement augmenter en charge de travail du fait d'un nombre de dossiers plus important à traiter.

Pour l'extension en phase ↘, ces postes n'évolueront pas. L'agent technique verra le sien se modifier après l'obtention de six appartements supplémentaires (*de 0,50 ETP à 0,80 ETP*), c'est-à-dire à partir de septembre 2004¹²⁷.

¹²⁷ Cela se justifie par le temps de travail supplémentaire indispensable pour le suivi matériel de ces nouveaux logements.

Le temps de travail de la psychologue se développera à la première phase de l'extension. Pour l'ensemble de l'Etablissement des APPARTEMENTS, le ratio évolue de 1 pour 3,27 à 2,75 puis 2,69, ce qui m'apparaît défendable compte tenu du projet.

▪ Simulation autour d'un nouvel organigramme

A la lecture de l'organigramme¹²⁸, je formulerai plusieurs remarques :

- L'Etablissement se développe de manière conséquente :

↳ de 37 à 41 puis 43 membres du personnel,

↳ de 96 à 102 puis 108 usagers.

- Pour diriger, le directeur a besoin de s'appuyer non seulement sur une équipe de cadres qualifiés mais aussi de personnels de terrain eux-mêmes très compétents, responsabilisés dans leur tâche. Considérant la taille de l'Etablissement, on peut imaginer, à long terme, la création d'un poste de directeur adjoint pour donner plus de cohérence et d'équilibre à l'ensemble.

De même, dans sa définition de poste, le médecin psychiatre pourrait intervenir auprès des équipes des FOYERS, éventuellement du SERVICE DE SUITE, offrant une prestation technique plus équitablement répartie sur l'ensemble des structures DOMUS.

3.3.2 MOYENS MATERIELS ET FINANCIERS

Je prendrai comme base de travail le budget retenu par la DiPAS pour l'exercice 2002.

L'étude que je propose correspond aux besoins de douze résidents présents sur six nouveaux appartements sur une année pleine.

Pour cette approche, je me projeterai sur une année de fonctionnement type, sans aléa majeur et non lié aux besoins d'ouverture.

L'objectif est de faire une évaluation au plus près afin d'obtenir un prix de journée.

PRESENTATION SOUS FORME D'UN TABLEAU DE CLASSE 6

COMPTE	LIBELLE	BUDGET RETENU 2002 SITUATION ACTUELLE	CHARGES COMPLEMENTAIRES (BASE 2002) - PROJET POUR 12 RESIDANTS ET 6 APPARTEMENTS	BUDGET GLOBAL PREVISIONNEL PROJET
60	ACHATS			
606 110	Eau	320,00	120,00	
606 120	Electricité	6 109,00	2 321,00	
606 230	Alimentation	74 668,00	2 800,00	
606 254	Produits d'entretien	2 546,00	955,00	
606 260	Carburant	1 448,00	100,00	
606 300	Fournitures - Petits matériels	838,00	150,00	
606 410	Fournitures de bureau	2 477,00	150,00	
606 730	Fournitures de sport et loisirs	2 294,00	860,00	
	TOTAL CHAPITRE 60	94 146,00	7 456,00	101 602,00
61	SOUS-TRAITANCE GENERALE			

¹²⁸ Cf. ANNEXE N° 8

611 220	Vacances & sorties à l'extérieur	6 914,00	3 593,00	
613 000	Locations immobilières	128 545,00	35 528,00	
613 510	Informatique	1 250,00	-	
615 530	Mobilier et matériel de bureau	546,00	-	
615 600	Maintenance	823,00	100,00	
616 000	Primes d'assurance	5 860,00	1 800,00	
	TOTAL CHAPITRE 61	152 973,00	41 021,00	193 994,00
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS			
625 000	Déplacement du personnel	2 343,00	167,00	
626 500	Téléphone	10 305,00	3 500,00	
	TOTAL CHAPITRE 62	25 470,00	3 667,00	29 137,00
63	IMPOTS & TAXES			
631 100	Impôts, taxes sur salaires	26 958,00	8 319,00	
633 300	Formation professionnelle continue	5 851,00	2 416,00	
633 440	Effort à la construction	1 253,00	518,00	
	TOTAL CHAPITRE 63	35 533,00	11 253,00	46 786,00
64	CHARGES DE PERSONNEL			
641 110	Rémunération	272 450,00	115 056,00	
645 000	Charges sécurité sociale et prévoyance	152 572,00	} 60 979,00	
647 000	Informatique	190,00		
648 700	Stages de formation professionnelle	2 439,00	11 434,00	
	TOTAL CHAPITRE 64	427 652,00	187 469,00	615 121,00
65	AUTRES CHARGES DE GESTION			
658 000	Charges diverses gestion courante	244,00	-	
	TOTAL CHAPITRE 65	244,00	-	
66	CHARGES D'INTERET			
661 000	Charges d'intérêt	850,00	-	
	TOTAL CHAPITRE 66	850,00	-	850,00
67	CHARGES EXCEPTIONNELLES			
672 000	Charges sur exercices antérieurs	-	-	
	TOTAL CHAPITRE 67	-	-	
68	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS			
681 000	DAP	20 195,00	833,00	
	TOTAL CHAPITRE 68	20 195,00	833,00	21 028,00
	TOTAL DES CHARGES BRUTES	723 002,00	251 699,00	1 008 518,00
	RECETTES EN ATTENUATION ¹²⁹	25 217,00		
	CHARGES NETTES D'EXPLOITATION	697 785,00		

LE PRIX DE JOURNEE EVOLUERAIT DE LA MANIERE SUIVANTE

ACTUELLEMENT	PREVISIONNEL EXTENSION	PREVISIONNEL GOBAL
CAPACITE : 32 places	CAPACITE : 12 places	CAPACITE : 44 places
JOURNEES D'OUVERTURE : 365	JOURNEES D'OUVERTURE : 365	JOURNEES D'OUVERTURE : 365
JOURNEES THEORIQUES : 11 680	JOURNEES THEORIQUES : 4 380	JOURNEES THEORIQUES : 16 060
JOURNEES PREVISIONNELLES : 10 144	JOURNEES PREVISIONNELLES : 3 804	JOURNEES PREVISIONNELLES : 13 948
PRIX DE JOURNEE : 697 785 ----- = 68,78 E. 10 144	PRIX DE JOURNEE : 251 699 ----- = 66,16 E. 3 804	PRIX DE JOURNEE : 1 008 518 ----- = 72,30 E. 13 948

¹²⁹ Au titre des recettes sur l'ARTT, avantages en nature, autres remboursements de frais (téléphone, ...)

COMMENTAIRES ET ANALYSE

Les frais de formation professionnelle sont élevés (11 434 E) considérant l'axe de formation qui sera développé. De même, le poste « *vacances et sorties à l'extérieur* » sera plus fort. Il correspond aux besoins d'un public plus instable pour lequel les temps d'animation seront plus conséquents, notamment les week-end et jours fériés.

Pour l'installation des six nouveaux appartements, je demanderai deux subventions exceptionnelles : une à la DIPAS, l'autre au Conseil Régional, d'un montant de 25 000 Euros. Les dotations aux amortissements et aux provisions (DAP) qui apparaissent, participent à renouveler régulièrement le matériel et, ce, de manière constante.

Au final, le prix de journée prévisionnel est légèrement supérieur à l'actuel : il évolue de 68,78 à 72,30 Euros.

Le coût de l'infirmier psychiatrique (*personnel médical*) n'apparaît pas dans ce tableau étant donné que le financement de ce poste relève de la compétence de l'Etat (*ASSURANCE MALADIE*). En ce sens, j'en ferai, à part, l'évaluation suivante : comme pour le tableau précédent, je me projeterai sur une année de fonctionnement type :

TABEAU DE CALCUL D'APPOINTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL - EVALUATION DE LA DEPENSE

INFIRMIER PSYCHIATRIQUE	1 ETP	COEFFICIENT 552	REMUNERATION TOTALE ANNUELLE : 24 872 E. (COMPTE 64)	
			CHARGES PATRONALES : 13 182 E. (COMPTES 63 & 64)	

Le prix de journée prévisionnel évalué à 72,30 Euros s'alourdira donc en fonction de ce nouveau paramètre.

Comme je l'ai dit, après les phases d'évaluation, je proposerai de relever les postes en personnel, privilégiant ceux de l'agent technique d'entretien, de la secrétaire, de la psychologue, de l'assistante sociale et des personnels d'animation (*une CESF et un animateur deuxième catégorie*).

D'autre part, lors des discussions budgétaires avec les organismes de contrôle, il restera à définir exactement ce qui relève de la compétence de la DIPAS (*hébergement restauration, accompagnement social*) et ce qui relève de la DDAS (*les soins*).

Enfin, pour conclure cette approche financière, je ferai les constats suivants :

- pour la collectivité, l'allègement est certain si nous comparons le coût à la place entre une personne accueillie à DOMUS dans le cadre de l'extension (72,30 E.+ infirmier psychiatrique) et celui d'une personne hospitalisée en structure psychiatrique (*actuellement de 426,86 E.*).
- Pour l'Etablissement des APPARTEMENTS, cet accueil participe à des actions d'intégration.
- Pour la personne, sa place sociale est renforcée en tant qu'acteur.

Bien qu'elle reste encore à affiner, l'étude réalisée ici s'avère, ainsi, significative.

3.3.3 LA NECESSITE DE S'ADAPTER POUR FAIRE VIVRE LE PROJET

▪ Rebondissements

A ce jour, il ne me sera pas possible de poursuivre plus avant, de démontrer au lecteur la viabilité du projet tel que conçu initialement. En effet, la réalité m'amène à une adaptation difficile. Les interrogations majeures déjà soulevées ne peuvent actuellement trouver des réponses. L'Association ENTRE MARNE & BRIE ne peut s'engager davantage. Je me trouve, en ce sens, freinée dans la poursuite de mes démarches. L'inspectrice DIPAS, celle de la DDASS, pourtant favorables au projet, sont elles-mêmes retardées dans les décisions à prendre par l'attente du décret, mesure administrative permettant son développement. La DDASS et le Conseil Général, même s'ils montrent de l'intérêt, sont également en attente de la demande effective de l'association employeur.

Face à cette situation de blocage, que faire ?

Je choisis, tout d'abord, de me tourner vers les professionnels de DOMUS pour lesquels le projet d'une extension prend chaque jour un peu plus de sens. Il s'agit de garder vivante la concrétisation du projet. Il est important de maintenir les personnels mobilisés dans une attente constructive.

Je recherche ensuite des solutions intermédiaires : rencontrer les partenaires du CMP, de l'hôpital, lancer la formation collective et favoriser la participation à des colloques en santé mentale. Cela constitue des actions entretenant la « vie » du projet.

A cette phase de l'élaboration de mon travail, je suis plus que jamais consciente de la place du directeur : à la fois acteur essentiel, déterminant dans l'organisation, mais aussi fragile car dépendant de son environnement. Sans l'appui associatif et le soutien des pouvoirs publics, mon action est limitée.

Comment, cependant, aller au-delà, transformer ces incertitudes, rester positive ?

« *L'arc stratégique* » et la « *méthode de la flèche* » développés par J.M. MIRAMONT¹³⁰ traduisent bien les aléas du management et, par extension, ceux de la stratégie. « *On peut avoir élaboré un projet dont les objectifs s'appuient sur des besoins soigneusement recensés, en fonction de ressources évaluées avec précision. On peut croire « maîtriser » tous les paramètres humains et financiers de la gestion. Bien malin pourtant qui pourrait prétendre atteindre à tout coup le cœur de la cible ! Comment être certain en effet de la trajectoire de la flèche ? ... Toute stratégie est jeu, au double sens du pari sur un avenir qui, par essence, persiste à échapper, et d'ajustement imparfait entre les pièces d'un mécanisme* ». Cette citation s'applique précisément à la situation que je rencontre.

¹³⁰ « MANAGER LE CHANGEMENT DANS L'ACTION SOCIALE » - OP. CIT. 62 - Page 65

▪ Proposer des solutions immédiates

Je suis convaincue de la nécessité de mettre en place le projet, de répondre aux besoins d'un public. L'usager ne doit-il pas être au centre du dispositif ? Je propose une solution intermédiaire ne nécessitant pas, à court terme, de moyens supplémentaires.

Jusqu'à présent, j'ai rencontré les partenaires de manière isolée, parcellaire. J'ai obtenu leur adhésion mais nous ne nous sommes jamais rencontrés tous ensemble. Ma démarche peut alors sembler quelque peu utopique : vouloir articuler les acteurs des deux secteurs, les assembler, exige nécessairement de les réunir en un même temps et sur un même lieu. C'est ce que je mets en œuvre.

La rencontre a lieu à la DiPAS du Val de Marne. Je n'ai pas de difficultés à réunir rapidement l'ensemble des partenaires. Voici ce que j'y ai développé et obtenu : je décline un projet « *bis* » de redéploiement plus modeste autour de l'accueil de trois personnes sur les six prochains mois.

Le départ imprévu de trois résidents vient de laisser trois places inoccupées. Je peux accueillir immédiatement trois personnes. L'activité de la structure dégage un nombre de journée positif ¹³¹ et me permet ainsi cette adaptation en termes budgétaires. Dans un premier temps, l'effectif reste d'ailleurs le même : 32 personnes.

Pour l'accompagnement social, une éducatrice effectuera un suivi spécifique en coordination avec le chef de service et moi-même. Pour l'accompagnement au niveau du soin, les trois personnes seront suivies par le CMP implanté sur la commune. Il s'agira de poursuivre notre collaboration mais de manière encore plus étroite.

Le médecin responsable du secteur, de l'hôpital A. CHENEVIER de CRETEIL, nous assure d'un accueil possible dans son service en cas de crise et ce à tout moment, week-end compris. Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence, son équipe fera le lien avec le CMP et DOMUS.

Des réunions de régulation se tiendront tantôt à DOMUS, tantôt au CMP.

Sur ces bases, la signature d'une convention peut se réaliser sans délai. Trois personnes malades mentales stabilisées peuvent être accueillies progressivement à partir du mois de septembre. Je définis une première évaluation dans le courant du premier trimestre 2003. Nous mesurerons alors, avec l'ensemble des partenaires, l'intégration des personnes. Je me projeterai ensuite sur trois nouveaux accueils pour lesquels des moyens s'imposeront en termes matériels, organisationnels et humains. Sur le principe, la DiPAS et la DDASS sont d'accord pour financer les postes demandés, dès la parution des décrets

¹³¹ Note personnelle : au 31.08.02, l'activité des APPARTEMENTS est excédentaire de 229 journées.

d'application des FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISE (*ils demanderont alors la saisine officielle de l'Association*). L'inspectrice de la DIPAS et celle de la DDASS envoient leur intention par écrit. A ce stade, l'Association ENTRE MARNE & BRIE n'exprime pas d'opposition à un tel redéploiement. L'OPAC n'a pas à intervenir pour le moment mais reste attentif à l'expérimentation qui va être menée. La COTOREP va nous proposer des candidatures.

La participation à la construction des solutions par les acteurs eux-mêmes, à partir de dispositifs déjà existants, d'une volonté commune, permet d'amorcer le projet d'extension. J'ai dû ainsi revoir ma position, m'adapter à la réalité. J'ai conscience que c'est peu mais, à la fois, c'est déjà un pas dans le sens d'une articulation entre travail social et santé mentale.

Cette solution transitoire participe à fédérer l'ensemble des acteurs, c'est un «*entre-deux* » favorable à trois puis six usagers. Son développement est maintenant l'affaire de tous.

En septembre 2002, une première personne a intégré un appartement ; son souhait : vivre comme tout le monde.

▪ Vivre comme tout le monde

M. José M... vient de s'installer avec deux autres personnes dans un appartement au quatrième étage dans le quartier de la HAIE GRISELLE à BOISSY. Il a vécu plusieurs années à l'hôpital psychiatrique puis dans une famille d'accueil.

Il apparaît fragile, hésitant et ne sait pas comment utiliser sa nouvelle liberté. Il fume beaucoup et a tendance à s'enfermer dans sa chambre lorsque l'angoisse devient trop forte. Il n'ose pas quitter l'appartement sans l'autorisation de l'éducateur mais, peu à peu, il exprime son contentement. Il peut, dit-il, vivre comme tout le monde. Faire les courses au supermarché lui semble extraordinaire. Avec ses moyens, il participe à l'organisation et à l'aménagement de l'appartement. Il y prend plaisir.

Le CMP se trouve à quelques immeubles du logement qu'il occupe, c'est rassurant pour M. J. M..., il a bien repéré le lieu. Il y rencontre désormais le médecin psychiatre et l'infirmier qui le conseille pour la prise de son traitement.

Pour l'instant, M. J. M... ne travaille au CAT qu'à temps partiel. Il continue de fréquenter l'hôpital de jour. Le soutien thérapeutique supplémentaire participe à consolider et stabiliser son état. La perspective d'un emploi à temps complet au CAT est un projet qui se mettra en place dans les prochains mois. Nous sommes tous conscients, y compris M. J. M..., qu'il faut aller doucement, dérouler les projets les uns après les autres.

La dernière réunion de synthèse dans les bureaux de DOMUS réunissait l'infirmier et le médecin psychiatre du CMP, l'assistante sociale de l'hôpital psychiatrique du secteur, un thérapeute de l'hôpital de jour, le directeur du CAT et les représentants de notre Etablis-

sement. Il s'agissait d'assurer la coordination des différents établissements et services pour consolider et rassurer M. J. M... dans son projet. Nous apportons comme éléments ce que M. J. M... affirmait depuis plusieurs années : vivre indépendant en dehors d'une structure hospitalière. Depuis son arrivée, il développe les moyens de vivre selon son désir. Cela lui demande beaucoup d'efforts mais il y arrive.

Invité à la réunion de synthèse, il prend la parole, donne ses impressions. La présence du directeur du CAT l'incite à confirmer sa demande pour une activité à temps plein.

La présence et sa prise de parole étaient très importantes pour M. J. M... Il s'est senti pris en compte, écouté, valorisé. Nous ne pouvons pas alors manquer de nous interroger sur ce que « *le développement de l'autonomie des personnes handicapées et leur accès à la norme engendrent comme potentialités, comme découvertes, qu'elles-mêmes et les institutions organisant leur vie sociale vont devoir traiter ensemble et séparément, en termes de nouveaux problèmes sociaux* ». ¹³²

L'innovation, nous dit N. ALTER, est une « *destruction créatrice. Elle détruit les règles sociales dont la stabilité donne sens aux pratiques, assure la socialisation et l'accès à l'identité. Mais ces règles sont également une source de routinisation, d'incapacité à agir, d'impuissance devant le besoin de donner vie à des alternatives, à de nouveaux acteurs ou de nouveaux horizons. L'innovation représente une création : elle ouvre et enrichit les modes de sociabilité, elle défait des positions acquises pour laisser place à de nouveaux acteurs, elle donne un autre sens au monde.* » ¹³³

Pour nous, professionnels, il s'agit de nous saisir de cela car ce qui crée difficulté mais enrichissement pour la personne va devenir source de complexité mais d'innovation pour les institutions.

¹³² « DU SERVICE D'HEBERGEMENT SPECIALISE POUR TRAVAILLEURS HANDICAPES MENTAUX EN SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT. PROBLEMATIQUE DE L'EVOLUTION ORGANISATIONNELLE DE L'INSTITUTION » - D. CONUAU - CENTRE INFAC - RENNES - 1990 - Page 91

¹³³ « L'INNOVATION ORDINAIRE » - N. ALTER - PUF - PARIS - 2000 - Page 1

SYNTHESE DE LA TROISIEME PARTIE

Les concepts de changement puis de l'approche complexe sont tout d'abord définis. Le premier se provoque et se développe dans l'interaction. Le second apporte des notions de fluidité, de porosité des espaces. Il positionne l'Etablissement dans un environnement interactif. Un autre concept, celui du management participatif, est déjà mis à l'œuvre dans la structure et je m'emploie à le développer. Il est le fil conducteur de mon action, conjugué à un style de communication favorisant les échanges entre le personnel et les décideurs administratifs.

Ainsi ai-je décliné mon étude à deux niveaux : l'Association, dont j'ai obtenu l'aval, le personnel auprès duquel j'impulse l'idée d'une extension et la développe par le biais de « *groupes-projet* ». Des analyses succinctes aident à comprendre le contexte d'ensemble, le positionnement des différents acteurs (*cadres, acteurs de terrain, DiPAS, DDASS, OPAC, hôpitaux et CMP*).

Nous percevons les réactions nuancées des familles à travers le Conseil d'Etablissement, celles plus favorables des usagers. L'idée du projet s'enracine peu à peu dans l'Etablissement. Je me projette alors et anticipe sur les moyens techniques : embauche de nouveaux professionnels, formation collective.

Les partenaires du champ de la santé mentale sont vivement concernés et intéressés par ce projet d'action complémentaire. En peu de temps, vingt dossiers me sont proposés par le CMP et par les deux hôpitaux du secteur géographique. Rapidement, je dois définir l'adéquation entre le profil des personnes présentées et les moyens en personnel et financiers dont je vais disposer.

A ce stade, la recherche de financement est impérative. Le Conseil Général vient de signer un protocole avec l'Etat mais il ne dégage pas encore de fonds. Des décrets d'application sont attendus et vont définir plus précisément le rôle des FOYERS MEDICALISES inscrits dans la loi du 02.01.2002. Je prévois l'extension dans ce cadre réglementaire mais attends la parution des décrets pour le déblocage de financements. La DiPAS et la DDASS, qui souhaitent s'investir dans ce projet, me renvoient vers le positionnement de mon Association. Je me trouve face à des incertitudes, des attentes, qui entraînent des blocages : je ne les maîtrise pas et elles pèsent sur l'aboutissement du projet. Pourtant, il doit avancer dans son élaboration. Le faire vivre, lui donner du sens m'amènent à revoir les outils techniques internes : commission d'admission, concept de projet individualisé à double entrée, contenu de conventions à bâtir et, enfin, comment évaluer ensemble.

Pour aller le plus loin possible dans mes investigations, je réalise étude de ratios en personnel, approche financière avec ses incidences. L'étude comparative des coûts, à partir du nouveau prix de journée dans l'Etablissement, montre un écart important avec celui d'une personne accueillie en établissement psychiatrique. Elle met en lumière une diminution sensible du coût pour la collectivité mais encore un allègement pour la personne qui n'est plus « *administrée* » médicalement aussi lourdement.

C'est là une base de discussion pertinente pour aller dans le sens d'une extension des APPARTEMENTS mais elle est différée dans la forme que je présente ici aujourd'hui.

Dans l'attente des textes réglementaires adéquats et pour amorcer la mise en œuvre du projet, je propose, à partir du dispositif existant, une solution intermédiaire qui permet d'ores et déjà d'accueillir trois personnes malades mentales stabilisées à partir d'un projet désormais construit et formalisé.

CONCLUSION

L'étude menée à travers ce mémoire m'a conduite à réfléchir sur la nécessaire mais difficile articulation entre travail social et santé mentale. Elle a constitué un moyen d'approfondir, de façon globale, l'approche complexe de ce sujet d'actualité.

Ce travail débouche aujourd'hui sur les remarques et analyses que je développe ici.

Aborder la culture de chaque secteur, et ce de manière transversale, m'a permis d'acquérir une meilleure perception du travail social et de la santé mentale.

Mon expérience de onze ans au sein des APPARTEMENTS DOMUS m'a démontré qu'il était possible d'accueillir, dans une structure médico-sociale, des personnes malades mentales stabilisées avec les dispositifs suivants : détermination plus précise de typologie de personnes à utiliser lors de commissions d'admission, modes de prise en charge plus adaptés, conventions ponctuelles et verbales avec les CMP, hôpitaux psychiatriques, résultant d'un consensus d'acteurs.

Néanmoins, un redéploiement interne de mon Etablissement s'avère nécessaire : je propose la description de procédures précises liées à la nouvelle population prise en charge, un nouvel organigramme et un nouveau prix de journée.

J'ai contribué, en externe, au rapprochement entre les différents acteurs (*Etablissement, hôpital, CMP, DDASS, DIPAS*) impliquant ainsi, à travers des conventions, l'Etat et le Conseil Général.

Douze personnes malades mentales stabilisées devraient être accueillies dans mon Etablissement dans un futur proche.

L'ensemble des acteurs attend des décrets d'application pour donner une légitimité à la création de cette extension, annexe de l'Etablissement des APPARTEMENTS existants. Cette nouvelle entité devrait ce rapprocher d'une structure de type FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE telle que définie dans la loi n° 2002 du 02.01.2002.

Malgré la gêne occasionnée par des freins institutionnels et administratifs, à travers le dispositif que je propose, je réponds à une demande d'insertion d'une frange de la population délaissée. Je participe également à un courant porteur inscrit dans la nouvelle loi de rénovation sociale et médico-sociale, faisant des usagers et de leur famille des acteurs participant activement à leur devenir. De même, par une meilleure articulation entre sanitaire et médico-social au bénéfice des personnes malades mentales stabilisées, je contribue à la réduction du coût social.

La DDASS, la DIPAS, l'OPAC, le CMP, les hôpitaux psychiatriques du secteur géographique, la COTOREP ont été informés de mon projet lors d'une réunion en juin 2002. Ont pu alors être développés points de vue, positions d'acteurs et d'institutions. Cette discussion a été, pour certains, le point de départ d'une collaboration concrète entre structures pouvant impliquer un comité de pilotage de par la complexité des situations.

Aujourd'hui, mon projet concernera un nombre réduit de personnes malades mentales mais dans un cadre reconnu. Je m'inscris actuellement dans un processus d'approfondissement, de perfectionnement et de relance du projet en maintenant l'acquis de relations désormais bien établies avec les différents partenaires.

Professionnels, pouvoirs publics, collectivité territoriales et associations se concertent pour une meilleure utilisation des fonds publics et une synergie des moyens. La démarche de partenariats, la nécessaire qualité des prestations à offrir aux personnes constituent des réponses pertinentes. Une articulation entre travail social et santé mentale telle que je la propose participera à ce mouvement. Comme le dit M. JAEGGER, les changements à venir vont impliquer des modifications profondes, à la fois dans les modes d'interventions et dans les identités professionnelles. En tant que futur responsable d'Etablissement, je vais participer à ces transformations, consciente des freins, des enjeux de pouvoirs, des différentes conceptions d'organisation et d'acteurs.

Les textes réglementaires votés tout au long de cette année 2002 le démontrent : ils ont tous comme point central l'utilisateur, c'est-à-dire le sujet. Le droit des personnes est aussi affirmé. La place à donner à la personne handicapée ou malade mentale sera la finalité que je poursuivrai.

Bibliographie

OUVRAGES LUS

- **AFCHAIN J.** - LES ASSOCIATIONS D'ACTION SOCIALE / OUTILS D'ANALYSE ET D'INTERVENTION - Paris : Dunod Deuxième Edition - 2001 - 267 pages.
- **CAMBERLAIN P.** - GUIDE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF DE L'ACTION SOCIALE & MEDICO-SOCIALE - Paris : Dunod - 2001 - 441 pages.
- **JAEGER M.** - L'ARTICULATION DU SANITAIRE & DU SOCIAL / TRAVAIL SOCIAL & PSYCHIATRIE - Paris : Dunod - 2000 - 170 pages.
- **LEFEVRE P.** - GUIDE DE LA FONCTION DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SOCIAL & MEDICO-SOCIAL - Paris : Dunod - 1999 - 305 pages.
- **MIRAMON J.M.** - MANAGER LE CHANGEMENT DANS L'ACTION SOCIALE - Rennes : ENSP - 1996 - 105 pages.
- **MIRAMON J.M. - COUZET D. - PATURET J.** - LE METIER DE DIRECTEUR, TECHNIQUES ET FICTIONS - Rennes : ENSP - 1997 - 210 pages.
- **SCHALLER J.J.** / Ed. ACCOMPAGNER LA PERSONNE EN DIFFICULTE / POLITIQUE SOCIALE ET STRATEGIE DE DIRECTION - Paris : Dunod - 1999 - 217 pages.

OUVRAGES CONSULTES

- **ALBERNHE T.** - PSYCHIATRIE & HANDICAP, ASPECTS MEDICO-LEGAUX ET ADMINISTRATIFS - Paris : Masson - 1997 - 219 pages.
- **ALTER N.** - L'INNOVATION ORDINAIRE - Paris : PUF - Deuxième Edition - 2001 - 278 pages.
- **AUBERT N. / GRUERE J.P. / JABES J. ET AL.** - MANAGEMENT, ASPECTS HUMAINS ET ORGANISATIONNELS - Paris : PUF Fondamental - Quatrième Edition Corrigée - 1996 - 656 pages.
- **BECACHE A. / BERGERET J. / BOULANGER J.J. ET AL.** - PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE THEORIQUE & CLINIQUE - Paris : Masson - Septième Edition - 1972 ; 1998 - 340 pages.
- **BLANC A.** - LES HANDICAPES AU TRAVAIL, ANALYSE SOCIOLOGIQUE D'UN DISPOSITIF D'INSERTION PROFESSIONNELLE - Paris : Dunod - 1994 - 280 pages.

- **BOUTINET J.P.** - ANTHROPOLOGIE DU PROJET - Paris : PUF - Deuxième Edition - 1990 - 370 pages.
- **CHAPIREAU F. / CONSTANT J. / DURAND B.** - LE HANDICAP MENTAL CHEZ L'ENFANT, UNE SYNTHÈSE NEUVE POUR COMPRENDRE, AGIR, DECIDER - Paris : ESF Editions - 1997 - 350 pages.
- **COMTE-SPONVILLE A.** - PETIT TRAITE DES GRANDES VERTUS - Paris : PUF / Perspectives Critiques 1995 - 350 pages.
- **CORAUX N.** / Ed. LES FONDAMENTAUX / TECHNIQUES DE SOINS EN PSYCHIATRIE - Rueil Malmaison : Editions Lamare - 2001 - 240 pages.
- **CROZIER M. / FRIEBERG E.** - L'ACTEUR & LE SYSTEME - Paris : Seuil - 1977 - 500 pages.
- **DUCALET P. / LAFORCADE M.** - PENSER LA QUALITE DANS LES INSTITUTIONS SANITAIRES & SOCIALES - Paris : Seli Arslan - 2000 - 272 pages.
- **EBERSOLD S.** - L'INVENTION DU HANDICAP: LA NORMALISATION DE L'INFIRME - Paris : CTNERHI - Deuxième Edition - 1997 - 300 pages.
- **FOUCAULT M.** - HISTOIRE DE LA FOLIE A L'AGE CLASSIQUE - Paris : Gallimard -1972 - 583 pages.
- **GENELOT D.** - MANAGER DANS LA COMPLEXITE / REFLEXIONS A L'USAGE DES DIRIGEANTS - Paris : INSEP - 1992 - 327 pages.
- **GOFFMAN E.** - STIGMATES /LES USAGES SOCIAUX DES HANDICAPS - Paris : Ed. de Minuit -1998 - 175 pages.
- **GOUMILLOUX R.** - LEGISLATION PSYCHIATRIQUE - Paris : Masson - Deuxième Edition - 1991 - 176 pages.
- **JACCARD R.** - LA FOLIE - Paris : PUF / Que Sais-Je - Sixième Edition - 1997 - 127 pages.
- **KOURILSKY F.** - DU DESIR AU PLAISIR DE CHANGER, COMPRENDRE ET PROVOQUER LE CHANGEMENT - Paris : Dunod - Deuxième Edition - 1999 - 328 pages.
- **LIBERMAN R.** - HANDICAP & MALADIE MENTALE - Paris : PUF / Que Sais-Je - Quatrième Edition Corrigée - 1999 - 127 pages.
- **LÖCHEN V.** - GUIDE DES POLITIQUES SOCIALES ET DE L'ACTION SOCIALE - Paris : Dunod - 2000 - 305 pages.
- **LOUBAT J.R.** - ELABORER SON PROJET D'ETABLISSEMENT SOCIAL & MEDICO-SOCIAL - Paris : Dunod - 1997 - 264 pages.
- **MAZET P. / HOUZEL D.** - PSYCHIATRIE DE L'ENFANT & DE L'ADOLESCENT / Volume 2 - Paris : Maloine Sa Ed. - 1978 - 313 pages.

- **MINTZBERG H.** - LE MANAGEMENT AU QUOTIDIEN - Paris : Ed. de l'Organisation - 1984 - 220 pages.
- **MISRAHI R.** - QUI EST L'AUTRE ? - Paris : Armand Colin / HER - 1999 - 234 pages.
- **MORIN E.** - INTRODUCTION A LA PENSEE COMPLEXE - Paris : ESF -1991 - 158 pages.
- **RISSELIN P.** - HANDICAP ET CITOYENNETE AU SEUIL DE L'AN 2000 - Paris : ESF - 1991 - 158 pages.
- **STIKER H.J.** - CORPS INFIRMES & SOCIETES - Paris : Dunod - 1982 - 217 pages.
- **THEVENET A.** - CREER, GERER, CONTROLER UN EQUIPEMENT SOCIAL OU MEDICO-SOCIAL - Paris : ESF / Troisième Edition -1996 - 486 pages.
- **THEVENET A.** - L'AIDE SOCIALE AUJOURD'HUI APRES LA DECENTRALISATION - Paris : ESF / Treizième Edition Actualisée -1999 - 430 pages.
- **WOOD P.** - CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU HANDICAP (C.I.H.) / DEFICIENCES, INCAPACITES, DESAVANTAGES / UN MANUEL DE CLASSIFICATION DES CONSEQUENCES DES MALADIES - Publication du CTNERHI Diffusion PUF - World Health Organisation 1980 - Paris : CTNERHI / INSERM - 1988.
- **ZARIFIAN E.** - LES JARDINIERS DE LA FOLIE - Paris : Seuil / Odile Jacob - 1988 - 232 pages.
- **ZRIBI G. / POUPEE FONTAINE D.** - DICTIONNAIRE DU HANDICAP - Rennes : ENSP - 1996 - 276 pages.
- **CIF** - CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTE (*CIF/adoptée par l'Assemblée Nationale de la santé en mai 2001*) - Genève : Organisation Mondiale de la Santé - 2001.

MEMOIRES CONSULTES

- **CONUAU D.** - DU SERVICE D'HEBERGEMENT SPECIALISE POUR TRAVAILLEURS HANDICAPES MENTAUX EN SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT : PROBLEMATIQUE DE L'EVOLUTION ORGANISATIONNELLE DE L'INSTITUTION - Mémoire pour le CAFDES : ENSP - RENNES - 1990.
- **FLEURY D.** - PROMOUVOIR LE PROJET DE VIE ET L'AUTONOMIE DE L'ADULTE DEFICIENT INTELLECTUEL EN DEVELOPPANT UN PARTENARIAT INTERASSOCIATIF - Mémoire pour le CAFDES : ENSP - RENNES - 1998.
- **GERET O.** - L'IDENTITE SOCIO-EDUCATIVE EN PSYCHIATRIE, ENJEUX ET PERSPECTIVES - Mémoire pour le DSTS : IRTS - PARIS - 2001.
- **MADIAMA I.** - AVEC UN CHS, CREER ET DEVELOPPER UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT POUR MALADES MENTAUX STABILISES - Mémoire pour le CAFDES : ENSP - RENNES - 2000.

ARTICLES - REVUES

- LE LIEN SOCIAL EN CRISE - SCIENCES HUMAINES - Mai/juin 1996 - Hors série n° 13.
- LES HANDICAPES PSYCHIQUES PARMIS LES AUTRES - *CARREFOUR D'EXPERIENCES ET DE REFLEXIONS* - 1992 - ASSOCIATION VIVRE (*cinquantième anniversaire*).
- LOGEMENT ASSOCIATIF ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR - *LES DOSSIERS CROIX MARINE* - Juin 2000 - FEDERATION D'AIDE A LA SANTE MENTALE.
- MANAGEMENT & ORGANISATIONS DES ENTREPRISES - *CAHIERS FRANÇAIS* - Paris : La Documentation française - n° 287 - Juillet/Septembre 1998 - 112 pages.
- POUR UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE - ASH - 18.05.2001 - N° 2215
- PSYCHIATRIE ET TRAVAIL SOCIAL, LES PREMIERS PAS D'UNE COOPERATION ? - LIEN SOCIAL - 26.10.2000 - N° 549.
- SANITAIRE - SOCIAL, DES FILIERES AUX RESEAUX - *ECRITS DE BUC* - Quatrième trimestre 1999 - BUC RESSOURCES

TEXTES REGLEMENTAIRES / RAPPORTS

- **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.**
- **Schéma régional et interdépartemental en faveur des adultes handicapés** - Plan indicatif provisoire - DRASS ILE DE FRANCE - 08.02.2001.
- **Schéma départemental de prise en charge des personnes adultes handicapées 2000/2004** - DDASS DU VAL DE MARNE - Novembre 2001.
- **Schéma départemental d'action sociale personnes handicapées** - DIPAS DU VAL DE MARNE Direction Générale des Services Départementaux - Direction des Services Sanitaires et d'Actions Sociales - Direction des Prestations sociales - 1996/2001.
- **Deuxième schéma pour une politique en faveur des personnes adultes handicapées** - DIPAS DU VAL DE MARNE - Rapport au Conseil Consultatif des Personnes Handicapées - 29.04.2002.
- **Schéma départemental d'organisation de la psychiatrie du Val de Marne** - DDASS DU VAL DE MARNE - 1996/2000.
- **Carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile de France** - AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION ILE DE FRANCE - Arrêtés du 17 juin 1998.
- **Sur une analyse comparative et prospective du système français de prise en charge des personnes handicapées** - FARDEAU M. - Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés - Septembre 2000.
- **De la psychiatrie vers la santé mentale** - PIEL E. & ROELANDT J.L. - Rapport de Mission - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Ministère délégué à la Santé - Juillet 2001.
- **Rapport de Mission** - CHARZAT M. - Rapport au Ministre délégué à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées - Mars 2002.
- **Plan de santé mentale / L'usager au centre d'un dispositif à rénover** - KOUCHNER B. - République Française - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - 2000.
- **Rapport de la Cour des Comptes sur l'organisation des soins psychiatriques** - Rapport au Président de la République - 2000.
- **Troubles psychiques, besoins et moyens en Val de Marne** - UNAFAM VAL DE MARNE - Mars 2002.
- **Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 des Etablissements et Services pour Personnes Inadaptées et Handicapées.**

Liste des annexes

- ANNEXE 1** : PAYSAGE LEGISLATIF DANS LES SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
- ANNEXE 2** : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (*CIH*)
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT (*CIF*)
- ANNEXE 3** : TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES MAJEURES DES DEUX POPULATIONS : DEFICIENTS INTELLECTUELS, MALADES MENTAUX
- ANNEXE 4** : PROFIL DES PERSONNES ACCUEILLIES AUX APPARTEMENTS DOMUS POUR L'ANNEE 2001/2002
- ANNEXE 5** : RECAPITULATIF DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCUEIL POUR ADULTES
- ANNEXE 6** : ASSOCIATION ENTRE MARNE & BRIE
- ANNEXE 6bis** : ORGANIGRAMME DE L'ASSOCIATION
- ANNEXE 7** : COURBES DE VIE DE L'ASSOCIATION ENTRE MARNE & BRIE ET DES ETABLISSEMENTS DOMUS
- ANNEXE 8** : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DES ETABLISSEMENTS & SERVICES DOMUS
- ANNEXE 9** : TABLEAU DU PERSONNEL POUR L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS, INTEGRANT FORMATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE
- ANNEXE 10** : CARTE GEOGRAPHIQUE
- ANNEXE 11** : TABLEAU D'EVOLUTION DU PERSONNEL
- ANNEXE 12** : ECHEANCIER PREVISIONNEL (*PROJET*)
- ANNEXE 13** : GRILLE DU PROFIL DES PERSONNES A ACCUEILLIR
- ANNEXE 14** : CONVENTION DE PARTENARIAT POUR FAVORISER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES MENTALES STABILISEES

ANNEXE 1

PAYSAGE DE LA LEGISLATION DANS LES SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL & MEDICO-SOCIAL

LA SEPARATION DES DEUX SECTEURS

Loi n° 70-1318 du 31 décembre	PORTANT REFORME HOSPITALIERE
Loi n° 75-534 du 30 juin 1975	D'ORIENTATION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES
Loi n° 75-535 du 30 juin 1975	RELATIVES AUX INSTITUTIONS SOCIALES & MEDICO-SOCIALES

LA DECENTRALISATION

Loi n° 82-213 du 2 mars 1982	RELATIVES AUX DROITS ET LIBERTES DES COMMUNES, DES DEPARTEMENTS ET DES
Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983	COMPLETANT LA LOI N° 83-8 DU 07.01.1983 RELATIVE A LA REPARTITION DE COMPETENCES ENTRE LES COMMUNES, LES DEPARTEMENTS, LES REGIONS ET
Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986	ADAPTANT LA LEGISLATION SANITAIRE AUX TRANSFERTS DE COMPETENCES EN MATIERE D'AIDE SOCIALE ET DE SANTE

LA PSYCHIATRIE

Circulaire du 15 mars 1960	
Loi du 25 juillet 1985	LEGISLATION DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE
Loi des 30 & 31 décembre 1985	UNIFICATION DES FINANCEMENT DES SOINS ENTRE L'INTRA & L'EXTRA HOSPITALIER
Décret & arrêté du 14.03.1986	ORGANISATION DE LA SECTORISATION ET DES ALTERNATIVES SANITAIRES A L'HOSPITALISATION
Arrêté des 14 octobre & 14 décembre 1986	REORGANISATION DES UNITES POUR MALADES DIFFICILES ET DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX EN MILIEU PENITENTIAIRE
Circulaire du 14 mars 1990	REFONTE DES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE (MISE EN PLACE DE CONSEILS DE SECTEUR POUR CONJUGUER LES ACTIONS)
Loi du 27 juillet 1990	RELATIVE AUX DROITS ET A LA PROTECTION DES MALADES HOSPITALISES
Circulaire des 30.07.1992& 14.03.1993	RELATIVES, RESPECTIVEMENT, A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET AUX PROCEDURES DE PLANIFICATION EN SANTE MENTALE (DECOULANT DE LA REFORME HOSPITALIERE DE 1991)

LES ARTICULATIONS DES DEUX SECTEURS

⇩ LE SANITAIRE VERS LE SOCIAL ⇩

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991	PORTANT REFORME HOSPITALIERE ↳ la psychiatrie est intégrée au dispositif général de santé (hôpitaux) ↳ création des CNSS et des CROSS pour la planification ↳ possibilité pour les établissements publics de santé de signer des conventions avec des personnes de droit public ou de droit privé
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994	RELATIVE A LA SANTE PUBLIQUE ET A LA PROTECTION SOCIALE ↳ les hôpitaux locaux peuvent se transformer en institutions sociales pour personnes âgées ou handicapées
Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996	PLACE L'AUTISME DANS LE CHAMP DE LA LOI DE 1975

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996	PORTANT REFORME DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE ↳ communauté d'établissements ↳ réseaux de soins ↳ création des ARH
↳ LE SOCIAL VERS LE SANITAIRE ↳	
Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002	RENOVANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

<p>CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH)</p> <p>CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT (CIF)</p>

Nous préciserons tout d'abord que la **définition** du handicap est donnée, au niveau international, par la **CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH)** qui fait l'objet actuellement d'un processus de révision. Le CTNERHI¹³⁴, pour la France, collabore avec l'OMS pour établir cette CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS depuis 1989. La CIH est mise au point dans les années 1970. Elle a été publiée en 1980 par l'OMS. La version française est parue en 1988.

La CIH appartient à la « *famille* » des classifications établie par l'OMS dont la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM) constitue le noyau, l'élément le plus connu. La CIM permet de **classer les problèmes de santé** (*maladies, troubles, lésions et traumatismes*). Nous sommes aujourd'hui à la dixième révision de la CIM ou CIM 10.¹³⁵

Pour sa part, la CIH permet de **classer les conséquences à long terme** de la maladie (*et celles des traumatismes et autres affections*) ainsi que les impacts et conséquences sur la vie des individus.

La CIM 10 et la CIH sont en ce sens complémentaires.

La première version de la CIH ou CIH 1¹³⁶ a établi des distinctions claires entre la déficience, l'incapacité et le handicap. Elle a pour but de classer la notion de handicap et repose sur le postulat selon lequel le handicap résulte d'un enchaînement distinguant trois niveaux : la **déficience**, l'**incapacité**, le **désavantage**.

Un processus de révision de la CIH 1 s'est engagé en 1993. Il aboutit à la publication provisoire, en 1997, d'une première version intitulée « CIH 2, CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DEFICIENCES ET DE LA PARTICIPATION SOCIALE, VERSION BETA 1 ».

En 1999, l'OMS a proposé une deuxième version, toujours provisoire, sous le titre « CIH 2, CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT ET DU HANDICAP, VERSION BETA 2 ».

Enfin, en décembre 2000, à l'issue des tests de validation de la version BETA 2, l'OMS a proposé une troisième version de la classification sous le titre « CIH 2, CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP, DE LA SANTE ».

Cette version a été soumise au comité exécutif de l'OMS en janvier 2001 et adoptée par l'assemblée mondiale de la santé en mai 2001 sous l'acronyme de CIF¹³⁷ (CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT).

La CIF s'est éloignée d'une classification « *des conséquences de la santé* » (*version 1980*) pour devenir une classification « *des composantes de la santé* ». Ainsi donne-t-elle plus de place à la participation des personnes handicapées, à la société, aux aspects environnementaux.

La France a émis un avis réservé sur cette nouvelle classification, celle-ci n'ayant, à ce jour, fait l'objet d'aucun travail de validité. Actuellement, les dispositions réglementaires dans le domaine sanitaire et social s'appuient sur la CIH 1 :

↳ l'arrêté du 04.05.1988 portant nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages ;

¹³⁴ Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (*association loi 1901*) a été créé par arrêté ministériel en 1975. SES MISSIONS : ⇔ **assurer** des liens entre organismes publics et privés à caractère national et les Centre Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) ; **éclairer** le ministre en charge du dossier des personnes handicapées (*besoins, méthodes, observations en matière de handicap, d'efficacité des politiques publiques*) ; **centraliser, diffuser et tenir à jour** une documentation française et étrangère concernant les études et les recherches ainsi que les diverses politiques mises en œuvre en direction des personnes handicapées.

¹³⁵ Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé annexes - 10^{ème} révision - Volume 1.3 - OMS - GENEVE - 1992/1994

¹³⁶ Elle se base sur les travaux de l'épidémiologiste P. WOOD

- ↪ le décret n° 89-798 du 27.10.1989 remplaçant les annexes XXIV – XXIVbis fixant les conditions techniques d'agrément des établissements ;
- ↪ le décret n° 93-1216 du 04.11.1993 fixant le guide barème des CDES et des COTOREP.

137

Le texte est donc une révision de la CIH publiée pour la première fois, à titre expérimental, par l'OMS en 1980. Après des tests sur le terrain et une consultation qui s'est étendue sur cinq ans, la CIF a été entérinée par la 45^{ème} assemblée mondiale de la santé le 22.05.2001 (*RESOLUTION WHA 54-21*).

TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES MAJEURES DES DEUX POPULATIONS :
DEFICIENTS INTELLECTUELS, MALADES MENTAUX

	PROFIL D'ADULTES SUR LE VERSANT DE LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE	PROFIL D'ADULTES SUR LE VERSANT DE LA MALADIE MENTALE
MODE D'ORGANISATION DE LA PERSONNALITE	Psychose infantile en général ou structure déficitaire : le retard intellectuel prédomine	Structure psychotique dominante Fonctions cognitives "apparemment" normales
ETIOLOGIE	Multifactorielle (<i>trisomie, épilepsie, ...</i>)	Inconnue
PROFIL PSYCHOLOGIQUE	<p>⇒ Non accès à la pensée logique</p> <p>⇒ Affectivité excessive envers autrui ↳ immaturité affective</p> <p>⇒ Inhibitions</p> <p>⇒ Ancrage important dans le réel, le concret</p> <p>⇒ Sens pragmatique. Repérage dans le quotidien ↳ système de compensation très efficace.</p> <p>1 - DEUX PROFILS DE PERSONNES</p> <p>↳ le déficient intellectuel harmonique (<i>système de défense opérant</i>).</p> <p>↳ Le déficient intellectuel dysharmonique (<i>système de défense moins opérationnel</i>)</p>	<p>⇒ Troubles importants de la relation</p> <p>⇒ Morcellement</p> <p>⇒ Inhibitions, dépressions</p> <p>⇒ Rituels "bizarres"</p> <p>⇒ Troubles de l'humeur : instabilité, excitation, alcoolisme</p> <p>⇒ L'anxiété peut être envahissante : crises d'auto-mutilation possibles, repli, regard vif ou fuyant.</p> <p>⇒ Isolement</p> <p>⇒ Comportement ritualisé (<i>télévision, sport, ...</i>)</p> <p>2 - DEUX CAS DE FIGURE</p> <p>↳ psychose stabilisée</p> <p>↳ difficulté à créer des liens stables, durables ;</p> <p>↳ isolement, rites.</p> <p>↳ psychose mal stabilisée</p> <p>↳ moments de crise ;</p> <p>↳ périodes dites de <i>compensation</i></p>
COMPORTEMENT	Plutôt stable	Dépend de l'état psychique
SCOLARITE	Acquisitions (<i>niveau entre CP & CM, quelques personnes ne maîtrisent ni la lecture ni le calcul</i>)	⇒ Cursus scolaire normal : primaire + collège (3 ^{ème}) ⇒ Des diplômes professionnels (CAP)
CAPACITES INTELLECTUELLES		
THERAPEUTIQUE	<p>⇒ Elle est d'ordre pédagogique ou rééducative par des actions localisées (<i>orthophonie, rééducation psychomotrice, rééducation sociale</i>).</p> <p>⇒ Parfois des psychothérapies (<i>soutien</i>)</p>	<p>⇒ Elle est d'ordre médical, basée sur la pharmacologie, des psychothérapies (<i>soins</i>).</p> <p>⇒ Avec l'âge et les effets neuroleptiques au long court ↳ problèmes somatiques</p>
CURSUS	FAMILLE ⇒ IME ⇒ IMPRO ⇒ CAT ↳ cursus médico-social	FAMILLE ⇒ HOPITAL PSYCHIATRIQUE ⇒ FOYER DE POST-CURE ⇒ CMP ↳ cursus médical
SOINS MEDICAUX	Médecine de ville : principalement des généralistes et spécialistes tels que dentiste, ophtalmologiste, ...	⇒ Soins psychiatriques ⇒ Médecine de ville
MEDICAMENTS	"Classiques" ne nécessitant pas de contrôle ou surveillance particulière	Neuroleptiques, psychotropes nécessitant une surveillance

	PROFIL D'ADULTES SUR LE VERSANT DE LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE	PROFIL D'ADULTES SUR LE VERSANT DE LA MALADIE MENTALE
TRAVAIL	Milieu spécialisé (<i>CAT, Atelier Protégé, travail protégé en milieu ordinaire</i>)	⇒ Expérience en milieu ordinaire qui a échoué, ⇒ recherche emploi en milieu protégé, ⇒ milieu protégé, ⇒ hôpital de jour si incapacité à travailler.
PRISE EN CHARGE MATERIELLE ↳ entretien du lieu de vie ↳ utilisation des transports ↳ gestion du budget ↳ activité de loisirs ↳ préparation des repas	⇒ deux cas de figure extrêmes : acquis/non acquis ⇒ acquis ⇒ difficultés/incapacité (<i>difficultés à dépenser, exprime peu d'envies</i>). ⇒ autonomie, participation ⇒ acquis	⇒ difficultés/instabilité ⇒ acquis/zone d'errance possible en lien avec l'état psychique ⇒ très dépendant ⇒ peu d'autonomie, enfermement/ tendance au repli ⇒ acquis/fluctuations
CAPACITE RELATIONNELLE ↳ personnalité/humeur ↳ communication	↳ régulière/quelques expressions caractérielles ↳ verbale	↳ troubles fréquents du comportement ↳ verbale/non verbale/épisodes de mutisme possibles
ENVIRONNEMENT FAMILIAL	⇒ Absence de liens ⇒ Liens réguliers et fréquents (<i>grande dépendance</i>) ⇒ Liens réguliers peu fréquents	Idem (<i>sauf grande dépendance</i>)
APPELLATION DES PERSONNES/ STATUT	Au regard du médico-social : des résidents	Au regard du sanitaire : des patients
AU REGARD DE LA REGLEMENTATION	statut d'handicapé par la loi du 30.06.1975 ↳ obtention de l'AAH pour favoriser l'autonomie financière	⇒ Eventuellement bénéficiaire du RMI par la loi du 01.01.1999 si le handicap est lié à une inadaptation sociale. ⇒ Egalement bénéficiaire de l'AAH s'il y a reconnaissance par la COTOREP
AUTRES		Une plus grande difficulté à accepter le statut d'handicapé

**PROFIL DES PERSONNES ACCUEILLIES AUX AP-
PARTEMENTS DOMUS POUR L'ANNEE 2001
/ 2002**

EFFECTIF : 32 PERSONNES

		COMPLEMENTS D'INFORMATION
3 - RESIDANTS		
FEMMES	11	Les dossiers de candidatures féminines à l'admission sont peu nombreux. Cette tendance est marquée depuis une dizaine d'années
HOMMES	21	
LE PLUS JEUNE	22 ans	
LE PLUS AGE	73 ans	
MOYENNE D'AGE	39,5 ans	
4 - DEPARTEMENT D'ORIGINE		
VAL DE MARNE (94)	20 personnes	
HAUTS DE SEINE (92)	3 personnes	
SEINE & MARNE (77)	4 personnes	
PARIS (75)	3 personnes	
ESSONNE (91)	1 personne	
OISE (60)	1 personne	
5 - MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE		GESTION
CURATELLE 512	19 personnes	UDAF : 12 - ASSOCIATION TUTELAIRE : 5 FAMILLE : 2 - AUTRE : 1
TUTELLE D'ETAT	1 personne	
sans mesure	12 personnes	
6 - ORIGINE DES DEMANDES A L'ADMISSION		
IME - IMP- IMPRO	11 personnes	
EDUCATION NATIONALE	/	
SECTEUR PSYCHIATRIQUE (FOYER DE POST-CURE)	4 personnes	
CAT	7 personnes	
TRAVAIL EN MILIEU ORDINAIRE (RMI/CHOMAGE)	2 personnes	
FAMILLE	3 personnes	
AUTRES (SECTEUR/CCAS/ FOYER/TUTEUR)	5 personnes	

7 - ACTIVITE DE JOUR		
TRAVAIL EN MILIEU ORDINAIRE	2 personnes	1/temps plein et 1/temps partiel
ATELIER PROTEGE	/	
CAT ¹³⁸	26 personnes	23/temps plein et 3/temps partiel
FOYER DE JOUR	2 personnes	
HOPITAL DE JOUR	1 personne	temps partiel
RETRAITE	1 personne	
8 - SUIVI PSYCHIATRIQUE & PSYCHOLOGIQUE		
SUIVI PSYCHIATRIE LIBERALE	2 personnes	
SUIVI CMP	8 personnes	Dans trois CMP différents
ENTRETIENS REGULIERS AVEC PSYCHOLOGUE	3 personnes	
SANS SUIVI	19 personnes	
9 - PATHOLOGIE		
PSYCHOSE INFANTILE	23 personnes	
AUTRE PSYCHOSE (<i>SURVENUE A L'ADOLESCENCE</i>)	6 personnes	
TRAUMATISME CRANIEN/LESION CEREBRALE (<i>EN DEHORS DE LA PERIODE PERINATALE</i>)	2 personnes	
AUTRE OU INCONNUE	1 personne	
10 - DEFICIENCE INTELLECTUELLE		
RETARD MENTAL MOYEN	2 personnes	Notions simples de communication, des habitudes d'hygiène, de sécurité élémentaire, peu ou pas de notions de lecture et de calcul
RETARD MENTAL LEGER	18 personnes	Aptitudes pratiques, notions de lecture et de calcul acquises grâce à une éducation spécialisée
11 - DEFICIENCE DU PSYCHISME		
EN RAPPORT AVEC DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES GRAVES	2 personnes	
AUTRES : troubles psychologiques ou relationnels et de la conduite	8 personnes	
DEFICIENCE INTERMITTENTE DE LA CONSCIENCE	2 personnes	11.1 EPILEPSIE

¹³⁸ les 26 personnes se répartissent sur 11 CAT différents (VAL DE MARNE & PARIS)

RECAPITULATIF DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCUEIL POUR ADULTES

11.1.1.1

CATEGORIES DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES ADULTES	
HEBERGEMENT	TRAVAIL
➤ FOYER D'HEBERGEMENT POUR TRAVAILLEURS HANDICAPES	➤ ATELIER PROTEGE
➤ FOYER OCCUPATIONNEL	➤ CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL
➤ FOYER A DOUBLE TARIFICATION (<i>FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE</i>)	➤ ENTREPRISE D'INSERTION
➤ MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE	➤ CENTRE DE PREORIENTATION POUR HANDICAPES
➤ CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE READAPTATION SOCIALE	➤ EQUIPE DE PREPARATION ET DE SUITE DU RECLASSEMENT
➤ ETABLISSEMENT EXPERIMENTAL EN FAVEUR D'ADULTES HANDICAPES	➤ CENTRE DE REEDUCATION, READAPTATION ET FORMATION PROFESSIONNELLE

11.1.1.2

EQUIPEMENTS PRIS EN COMPTE PAR LA CARTE SANITAIRE DE PSYCHIATRIE (<i>STRUCTURES DENOMBRABLES EN TERMES DE LITS OU DE PLACES</i>)	
	HEBERGEMENT
➤ UNITE D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET	➤ HOPITAL DE NUIT
➤ HOPITAL DE JOUR	➤ SERVICE D'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE
➤ CENTRE DE CRISE	➤ CENTRE DE POST-CURE
	➤ APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES

11.1.1.3

STRUCTURES NE RELEVANT PAS DE LA CARTE SANITAIRE DE PSYCHIATRIE	
HEBERGEMENT	
➤ CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	➤ SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE
➤ CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT (<i>répond aux urgences</i>)	➤ APPARTEMENTS ASSOCIATIFS
➤ ATELIER THERAPEUTIQUE	➤ APPARTEMENTS COMMUNAUTAIRES
➤ CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL	

12 - ASSOCIATION ENTRE MARNE & BRIE

ASSOCIATION LOI 1901

DECLARATION LE 20 JUILLET 1965 SOUS LE N° 43,
PARUTION AU JOURNAL OFFICIEL LES 9 & 10 AOUT 1965.

BUTS DE L'ASSOCIATION (ARTICLE III DE SES STATUTS)

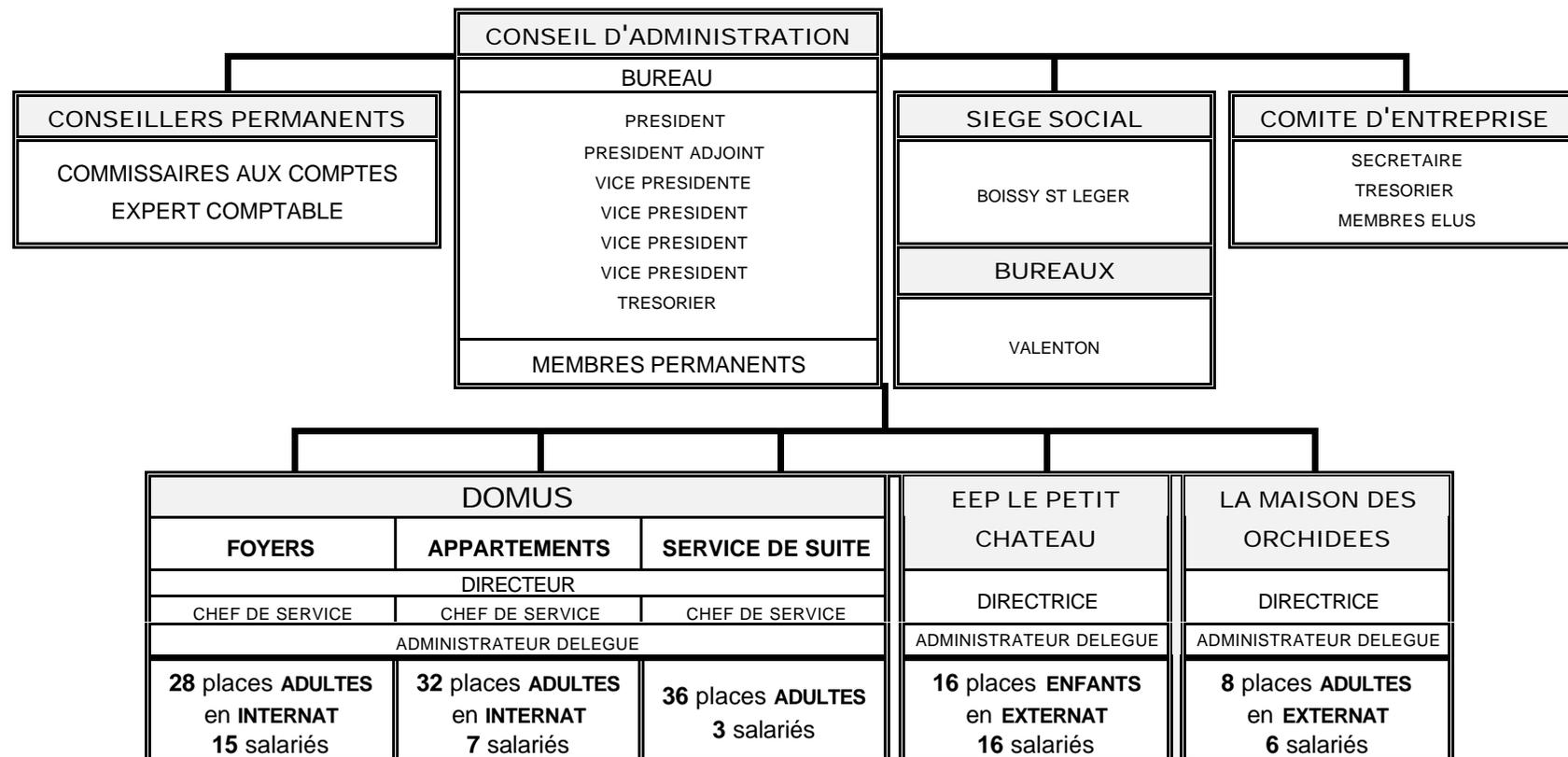
« L'Association a pour but, en liaison avec l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) et à toutes fins charitables :

- ❶ de poursuivre, au point de vue matériel et moral, l'étude et la défense des intérêts généraux de toutes les familles comportant des enfants déficients et inadaptés en vue de favoriser le plein épanouissement de ces enfants.
- ❷ D'entretenir, entre les familles, l'esprit d'entraide et de solidarité nécessaire et de leur apporter l'appui moral et matériel indispensable.
- ❸ De leur venir en aide par des renseignements et des conseils et, généralement, de promouvoir et de mettre en œuvre tout ce qui pourrait être nécessaire pour le meilleur développement physique, intellectuel et moral de leurs enfants (*notamment création et gestion d'établissements appropriés tendant à l'éducation, la rééducation, l'adaptation, la mise au travail et l'insertion sociale*).
- ❹ De mettre à disposition de ses membres actifs, autant qu'il sera possible, des maisons de vacances, de santé, de repos et de retraite, des foyers où les sujets déficients, privés de soutien, puissent également, et au même titre que les enfants des adhérents, être reçus et soignés dans une atmosphère familiale. »

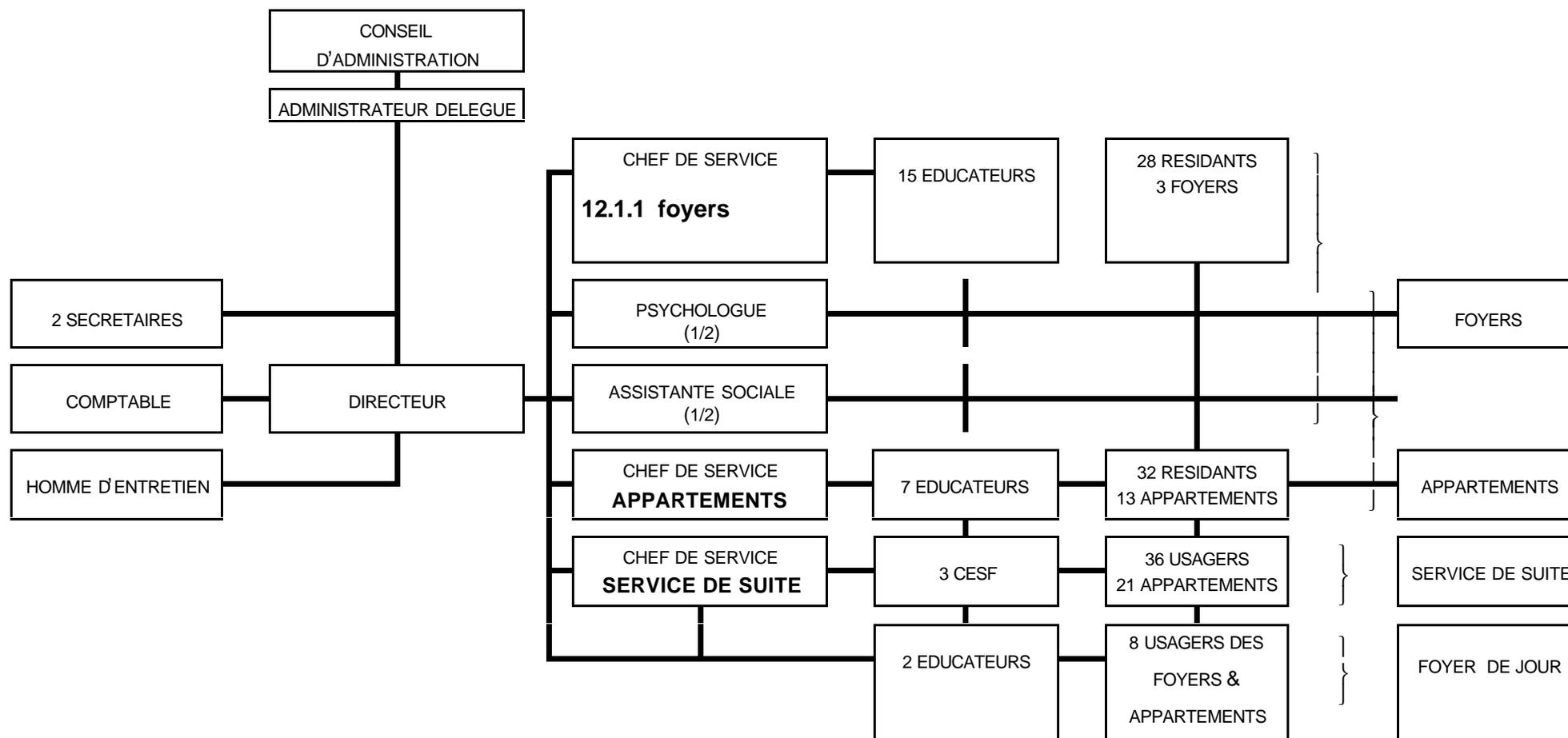
LES ETABLISSEMENTS & SERVICES DE L'ASSOCIATION

NOM	FONCTION	CREE EN	PLACES	OBSERVATIONS
LA SELLERIE PARISIENNE	CAT	1971	85	Repris par une autre Association en janvier 2002
LA SELLERIE PARISIENNE	Atelier protégé	1985	24	
FOYERS DOMUS	Hébergement pour adultes handicapés mentaux	1976	28	PROJET : extension de 12 places pour malades mentaux stabilisés
APPARTEMENTS DOMUS		1981	32	
SERVICE DE SUITE & D'ACCOMPAGNEMENT DOMUS	Accompagnement social pour adultes handicapés mentaux	1993	36	
FOYER DE JOUR DOMUS	Externat pour adultes handicapés mentaux	1998	8	PROJET : extension à 12 places
LE PETIT CHATEAU	Externat pour enfants poly-handicapés (EEP)	1975	16	
LA MAISON DES ORCHIDEES	Externat pour adultes poly-handicapés	1990	8	PROJET : extension à 12 places

**ORGANIGRAMME DE L'ASSOCIATION ENTRE
MARNE & BRIE**



ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DES ETABLISSEMENTS & services domus



2 ETABLISSEMENTS - 2 SERVICES - 37 MEMBRES DU PERSONNEL - 96 RESIDANTS & USAGERS

12.1.1.1

TABLEAU DU PERSONNEL POUR L'ETABLISSEMENT DES APPARTEMENTS

INTEGRANT FORMATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

PERSONNEL	NBRE	ETP	AGE	SEXE	ANCIEN- NETE	FORMATION INDI-VIDUELLE EN 2000/2001	PARTICIPATION A LA FORMA-TION COL- LECTIVE EN 2001
PERSONNEL D'ANIMATION							
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	1	1	28	F	4 ans	X	X
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	1	1	35	F	5 ans	X	X
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	1	0,80	36	F	12 ans	X	X
ANIMATEUR DEUXIEME CATEGORIE	1	1	32	F	6 ans		X
ANIMATEUR DEUXIEME CAT. (<i>contrat qualif.</i>)	1	0,50	23	F	6 mois		
ANIMATEUR APRES SELECTION	1	1	32	H	6 ans	X	X
ANIMATEUR AVANT SELECTION	1	1	34	H	6 ans		X
PERSONNEL ADMINISTRATIF & DE GESTION							
ASSISTANTE SOCIALE	1	0,25	51	F	11 ans		

SECRETARE DIREC°	1	0,50	43	F	11ans	X	
ECONOME 1 ^{ère} classe	1	0,45	59	F	18 ans		
PERSONNEL DES SERVICES GENERAUX							
AGENT TECHNIQUE	1	0,50	54	H	17 ans		
PERSONNEL DE DIRECTION & D'ENCADREMENT							
PSYCHOLOGUE	1	0,375	40	F	9 ans	X	
CHEF DE SERVICE	1	1	43	F	11 ans	X	X
DIRECTEUR	1	0,40	53	H	3 ans		

STAGIAIRES				
	NBRE	AGE	SEXE	DUREE DU STAGE
EDUCATEUR SPE.	1	27	H	9 mois ⇨ de septembre 2002 à mai 2003
BTS DIETETICIEN	1	22	F	3 mois ⇨ de septembre à décembre 2002

LE PERSONNEL : 14 personnes dont 4 temps partiels

LE PERSONNEL D'ANIMATION : 7 personnes dont 2 temps partiels

L'ENCADREMENT EDUCATIF : 5,07

L'AGE DU PERSONNEL : 40 ans

L'AGE MOYENNE DU PERSONNEL : 8,7 ans

L'AGE MOYENNE DE L'EQUIPE D'ANIMATION : 5,6 ans

L'EFFECTIF TOTALISE 9,78 ETP

- un ratio d'encadrement général de 0,306

- un ratio de direction/administration de 0,050

- un ratio éducatif de 0,229

- un ratio paramédical de 0,012

- un ratio services généraux de 0,016

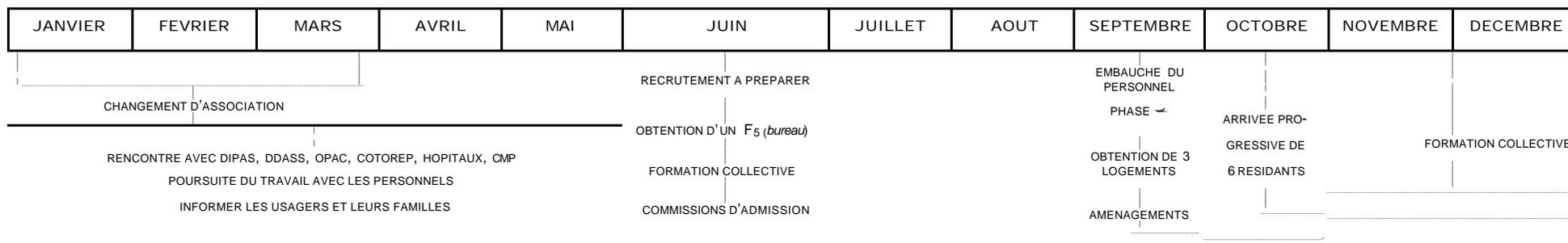
TABLEAU DE L'EVOLUTION DU PERSONNEL (PROJET)

	L'EXISTANT		LE PREVISIONNEL	
	ETP ACTUEL	ANCIEN-NETE	EXTENSION PHASE  AU 01.06.2003	EXTENSION PHASE  AU 01.01.2004
PERSONNEL D'ANIMATION				
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	1	4 ans	-	-
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	1	5 ans	-	-
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	0,80	12 ans	+ 0,20	-
ANIMATEUR DEUXIEME CATEGORIE	1	6 ans	-	-
ANIMATEUR DEUXIEME CATEGORIE (contrat qualification)	0,50	6 mois	+ 0,30	+ 0,20
ANIMATEUR APRES SELECTION	1	6 ans	-	-
ANIMATEUR AVANT SELECTION	1	6 ans	-	-
CESF	-	-	+ 1,00	-
CESF	-	-	+ 1,00	-
CESF	-	-	-	+ 1,00
ANIMATEUR PREMIERE CATEGORIE	-	-	-	+ 0,50
TOTAL	6,3	-	8,80	10,50
RATIO	5,30		4,31	4,19

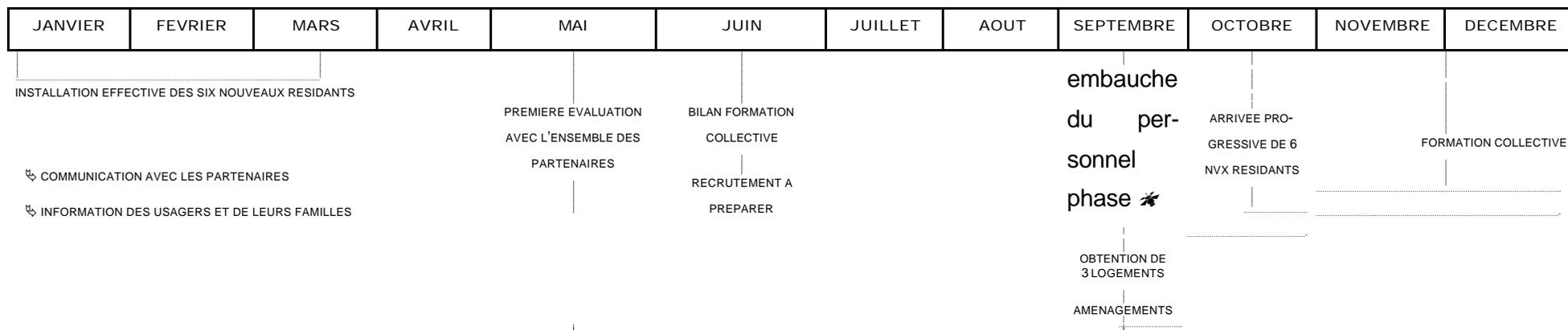
PERSONNEL MEDICAL & PARA-MEDICAL				
INFIRMIER PSYCHIATRIQUE	-	-	+ 0,50	+ 0,50
PERSONNEL ADMINISTRATIF & DE GESTION				
ASSISTANTE SOCIALE	0,25	11 ans	+ 0,15	-
SECRETAIRE DIRECTION	0,50	11ans	+ 0,15	-
ECONOME 1 ^{ère} classe	0,45	18 ans	-	-
PERSONNEL DES SERVICES GENERAUX				
AGENT TECHNIQUE	0,50	17 ans		+ 0,30
PERSONNEL DE DIRECTION & D'ENCADREMENT				
PSYCHOLOGUE	0,375	9 ans	+ 0,30	-
PSYCHIATRE	-		+ 0,20	0,15
CHEF DE SERVICE	1	11 ans	0,70 ⇨ APPARTEMENTS 0,30 ⇨ EXTENSION	-
DIRECTEUR	0,40	3 ans	0,20 ⇨ APPARTEMENTS 0,10 ⇨ EXTENSION	-
TOTAL GENERAL	9,78		13,8	16,325
RATIO GENERAL	3,27		2,75	2,69

ECHEANCIER PREVISIONNEL

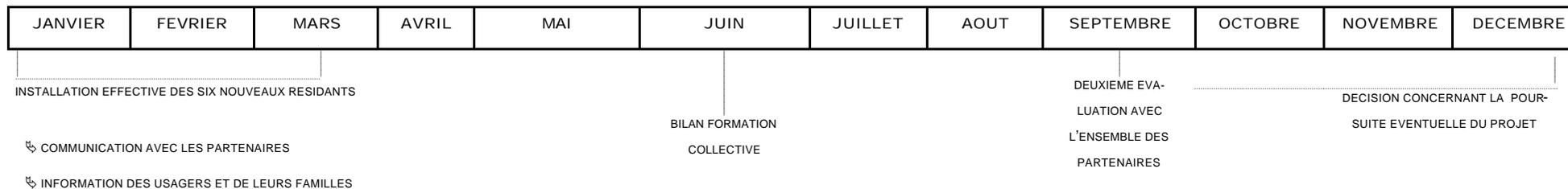
ANNEE 2003



ANNEE 2004



ANNEE 2005



GRILLE DE PROFIL DES PERSONNES A ACCUEILLIR

CAPACITES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

- ♦ hygiène corporelle
- ♦ s'habiller de façon adaptée
- ♦ sommeil
- ♦ gestion de sa santé
- ♦ gestion des médicaments

TACHES DOMESTIQUES

- ♦ entretien de l'appartement, de la chambre, des lieux collectifs
- ♦ préparer des repas simples
- ♦ faire des courses alimentaires
- ♦ entretenir le linge
- ♦ utiliser le téléphone
- ♦ utiliser les transports en commun
- ♦ gestion d'un petit budget
- ♦ démarches administratives
- ♦ gestion des loisirs, des vacances

CAPACITES RELATIONNELLES

139 ⇒

1	2	3	4	5

139 ① ⇒ autonome

② ⇒ a besoin d'un accompagnement, d'un soutien léger

③ ⇒ en cours d'acquisition

④ ⇒ a besoin de stimulations régulières

⑤ ⇒ n'est pas acquis

- ♦ comportement
- ♦ mode de relation
- ♦ socialisation
- ♦ intégration des normes et des codes sociaux
- ♦ affirmation de soi, attitudes affectives
- ♦ relations avec les autres
- ♦ place dans la relation et la communication
- ♦ vie personnelle et intime

CAPACITES PSYCHIQUES

- ♦ orientation dans le temps
- ♦ orientation dans l'espace
- ♦ compréhension et demandes
- ♦ stimulation et communication

ACQUIS SCOLAIRES

- ♦ lire
- ♦ écrire
- ♦ connaissance de l'argent

**CONVENTION DE PARTENARIAT POUR FAVORISER L'ACCOMPAGNEMENT
DE PERSONNES MALADES MENTALES STABILISEES**

ENTRE

Le Centre Hospitalier ..., domicilié ..., représenté par Mme ..., Directrice

ET

L'Association ... (*association loi 1901*), domiciliée ..., représenté par M. ..., Président.

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT

PRINCIPE

Avec le concours du Conseil Général du VAL DE MARNE, L'Association ... met en place un accompagnement spécifique dans le cadre de l'Etablissement des APPARTEMENTS pour des personnes adultes dont la maladie mentale est dite stabilisée. Ces personnes sont engagées dans un parcours de réinsertion sociale et professionnelle. La capacité de ce service est de ...

Afin d'assurer l'efficacité et la continuité de la prise en charge et d'articuler leurs interventions, les deux institutions ont convenu d'inscrire leur relation dans le cadre de la présente convention de partenariat.

ARTICLE 1 : PERSONNES CONCERNEES ET MODALITES D'ADMISSION

Le service s'adresse à des personnes reconnues handicapées par la COTOREP. Ces personnes tendent vers l'autonomie et justifient d'un accompagnement individualisé.

Elles font, elles-mêmes ou leur tuteur/curateur, la demande de bénéficier d'un accompagnement.

ARTICLE 2 : SUIVI DES PERSONNES

Le Centre Hospitalier ... est associé au suivi des personnes relevant des secteurs qu'il dessert, accueillies par le SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT. Des modalités de liaison et des réunions de concertation entre les équipes sont mises en place conjointement suivant la fréquence suivante : ...

ARTICLE 3 : INTERVENTION DU CENTRE HOSPITALIER ...

Lorsque le personnel du SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT constatera, chez une personne suivie, une évolution psychique préoccupant, il sollicitera l'intervention de l'équipe soignante du secteur psychiatrique concerné qui évaluera dans les meilleurs délais et prendra médicalement en charge le patient si nécessaire.

ARTICLE 4 : ACCUEIL DES PERSONNES PRESENTEES PAR LE CENTRE HOSPITALIER ...

De son côté, et en contrepartie, l'Association ... s'engage à apporter ses services, en priorité, aux personnes qui lui sont adressées par les équipes des secteurs psychiatriques du Centre Hospitalier ..., dans le cadre défini par son projet socio-éducatif et professionnel.

ARTICLE 5 : AUTRES DOMAINES DE COLLABORATION

D'un commun accord entre les parties, il est prévu que les intervenants du SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT de l'Association ... et les membres des équipes du secteur psychiatrique du Centre Hospitalier ... se rencontrent afin d'échanger et d'enrichir leurs connaissances réciproques lors de visites ou de formations croisées.

ARTICLE 6 : SUIVI ET EVALUATION DE LA CONVENTION

Les deux signataires s'engagent à effectuer chaque année un bilan de l'exécution de la présente convention pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation deux mois au moins avant l'expiration de l'année.

Fait en triple exemplaire, à, le

POUR LE CENTRE HOSPITALIER

POUR L'ASSOCIATION

M./MME
Directeur/trice

M.
Président

17 - ACTIVITE DE JOUR		
TRAVAIL EN MILIEU ORDINAIRE	2 personnes	1/temps plein et 1/temps partiel
ATELIER PROTEGE	/	
CAT ¹⁴⁰	26 personnes	23/temps plein et 3/temps partiel
FOYER DE JOUR	2 personnes	
HOPITAL DE JOUR	1 personne	temps partiel
RETRAITE	1 personne	
18 - SUIVI PSYCHIATRIQUE & PSYCHOLOGIQUE		
SUIVI PSYCHIATRIE LIBERALE	2 personnes	
SUIVI CMP	8 personnes	Dans trois CMP différents
ENTRETIENS REGULIERS AVEC PSYCHOLOGUE	3 personnes	
SANS SUIVI	19 personnes	
19 - PATHOLOGIE		
PSYCHOSE INFANTILE	23 personnes	
AUTRE PSYCHOSE (SURVENUE A L'ADOLESCENCE)	6 personnes	
TRAUMATISME CRANIEN/LESION CEREBRALE (EN DEHORS DE LA PERIODE PERINATALE)	2 personnes	
AUTRE OU INCONNUE	1 personne	
20 - DEFICIENCE INTELLECTUELLE		
RETARD MENTAL MOYEN	2 personnes	Notions simples de communication, des habitudes d'hygiène, de sécurité élémentaire, peu ou pas de notions de lecture et de calcul
RETARD MENTAL LEGER	18 personnes	Aptitudes pratiques, notions de lecture et de calcul acquises grâce à une éducation spécialisée
21 - DEFICIENCE DU PSYCHISME		
EN RAPPORT AVEC DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES GRAVES	2 personnes	
AUTRES : troubles psychologiques ou relationnels et de la conduite	8 personnes	
DEFICIENCE INTERMITTENTE DE LA CONSCIENCE	2 personnes	21.1 EPILEPSIE

¹⁴⁰ les 26 personnes se répartissent sur 11 CAT différents (VAL DE MARNE & PARIS)