



**ADAPTER UNE MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE EN
DIRECTION D'UN NOUVEAU PUBLIC EN SITUATION DE
HANDICAP PSYCHIQUE**

Florence TOURLAND

2010

cafdes



Remerciements

L'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible sans :

- ✚ Les conseils avisés de Madame Agnès FOURESTIER, directrice de mémoire,
- ✚ L'aide apportée par Alain GRESSIER du cabinet Alliance Expertise dans le chiffrage du projet,
- ✚ Le stage que j'ai effectué au Centre Hospitalier Inter Communal de Meulan/Les Mureaux,
- ✚ La relecture attentive et bienveillante de Gérard CHAUMONT, Directeur de la M.A.S de POISSY (Yvelines),
- ✚ La complicité et l'amitié de mes camarades de la promotion CAFDES,
- ✚ Le concours des membres du comité de direction de l'entité M.A.S/F.O,
- ✚ La patience et le soutien sans faille de mon mari.

A tous, Merci.

Sommaire

Introduction	3
I – LA M.A.S LEON HERZ ET SES USAGERS.....	- 5 -
1. Présentation de l’A.G.E.H.V.S, l’association gestionnaire	- 5 -
2. Cadre législatif et réglementaire de la M.A.S.....	- 7 -
2.1 Présentation du cadre administratif et juridique des M.A.S.....	- 8 -
2.2 Historique de la M.A.S « Léon HERZ ».....	- 8 -
3. Rencontre avec les usagers de la structure	- 9 -
3.1 Une population très dépendante : la pathologie des usagers et leur parcours de vie avant la M.A.S.....	- 9 -
3.2 La population majoritaire : le polyhandicap et ses besoins en accompagnement.....	- 11 -
4. L’offre de service proposée par la M.A.S à ce jour	- 14 -
4.1 Un accompagnement global de la personne : environnement, qualité de vie et projet de vie individualisé.....	- 16 -
4.2 La stratégie qui a contribué à une prise en charge de qualité et reconnue.....	- 19 -
a) Un comité de direction fédérateur	- 19 -
b) La création et la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002	- 21 -
c) Un personnel qualifié et bienveillant	- 22 -
d) Un partenariat avec les familles	- 26 -
e) Une relation de confiance établie avec la DDASS	- 26 -
II – LA QUESTION DU TERRITOIRE, SES ENJEUX ET SES CONSEQUENCES EN INTERNE	- 28 -
1. Une évolution récente des politiques publiques favorisant l’émergence des besoins pour le public du handicap psychique	- 28 -
1.1 La loi HPST et la création des ARS	- 28 -
1.2 La reconnaissance du handicap psychique.....	- 29 -
1.3 Le décret du 20 mars 2009 applicable aux M.A.S.....	- 31 -
2. De nouveaux enjeux au niveau du département	- 31 -

2.1	L'offre de service du département en direction des personnes handicapées	- 33 -
a)	Se situer : quels équipements sur le territoire de la M.A.S ?.....	- 35 -
b)	Les attendus du schéma départemental en matière de handicap psychique.....	- 36 -
c)	Les attendus du PRIAC.....	- 37 -
2.2	Le schéma départemental propre à la psychiatrie	- 38 -
a)	Une politique de fermeture de lits	- 39 -
b)	Une forte demande de collaboration avec le secteur médico-social	- 40 -
2.3	La nouvelle gouvernance associative	- 40 -
3.	Les conséquences en interne	- 42 -
3.1	La prise en compte du handicap psychique et ses effets sur les orientations en M.A.S	- 42 -
3.2	L'arrivée d'une nouvelle population à la M.A.S Léon HERZ	- 42 -
a)	Rencontre avec le handicap psychique	- 42 -
b)	Les spécificités de son accompagnement	- 45 -
4.	La problématique d'une offre adaptée aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique	- 47 -
4.1	Un accompagnement qui répond partiellement à leurs besoins et attentes	- 48 -
a)	La qualité du partenariat existant avec le secteur de la psychiatrie	- 48 -
b)	Une individualisation de l'accompagnement insuffisante	- 49 -
4.2	Un accompagnement qui met en difficulté les autres usagers et le personnels	- 50 -
 III – LE PROJET DE CREATION D'UNE UNITE DE TYPE CANTOU, SA PLACE ET SON ROLE DANS L'EVOLUTION DU PROJET D'ETABLISSEMENT... - 52 -		
1.	Un organe de direction, pilote du projet, intégrant la dimension psychiatrique	- 54 -
1.1	Conserver une unicité de direction avec de nouvelles délégations	- 54 -
1.2	L'élaboration du projet de service et la refonte du projet d'établissement	- 54 -
2.	La création d'une unité dédiée aux personnes porteuses de handicap psychique : le cantou	- 55 -
2.1	Quelques exemples européens s'inspirant de cette modalité d'accompagnement	- 56 -
2.2	La population visée	- 58 -

2.3	Le projet architectural.....	- 60 -
3.	L'élaboration d'un projet de soin garantissant la continuité des soins..	- 63 -
3.1	Développement du partenariat avec le secteur sanitaire	- 63 -
3.2	Développement en interne de la prise en charge médicale et paramédicale	- 65 -
a)	Le renforcement du positionnement du médecin psychiatre	- 65 -
b)	La prise en charge psychologique	- 65 -
c)	Un infirmier référent du service	- 66 -
d)	Le positionnement des professionnels	- 66 -
e)	L'utilisation de la chambre d'apaisement	- 66 -
4.	Permettre un accompagnement éducatif convivial et structuré autour d'un CANTOU	- 69 -
4.1	Un projet éducatif basé sur la vie en « CANTOU ».....	- 69 -
4.2	Les spécificités du personnel éducatif de ce service.....	- 70 -
4.3	Les activités spécifiques à ce service	- 71 -
4.4	Les activités communes à tous les usagers de la M.A.S.....	- 74 -
5.	Former les professionnels à ces nouveaux modes d'accompagnement, les accompagner et les soutenir	- 75 -
6.	Inscrire le projet dans une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité	- 77 -
7.	Volet financier	- 79 -
7.1	Délocalisation du Foyer Occupationnel.....	- 80 -
7.2	Création d'une unité spécifique dédiée au handicap psychique	- 80 -
7.3	Coût global de l'opération	- 81 -
	Conclusion.....	- 83 -
	Bibliographie	- 84 -
	Liste des annexes	- 86 -

Liste des sigles utilisés

- A.G.E.H.V.S : Association de Gestion des Etablissements pour Handicapés du Val-de-Seine
- AMP : Aide Médico-Psychologique
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social ou de service d'intervention sociale
- CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale
- CHL : Coordination Handicap Local
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CODIR : Comité de Direction
- COTOREP : Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel
- CVS : Conseil de la Vie Sociale
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- ESMS : Etablissement et Service Social et Médico-social
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ETP : Equivalent Temps Plein
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FO : Foyer Occupationnel
- GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- I.M.E : Institut Médico-Educatif
- IMC : Infirmité Motrice Cérébrale ou Infirmes Moteur Cérébral
- ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- M.A.S : Maison d'Accueil Spécialisée
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
RPSM : Réseau de Promotion de la Santé Mentale Sud-Yvelines
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
S.I.E.H.V.S : Syndicat Intercommunal du Val-de-Seine
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

Après l'obtention d'une maîtrise de droit, j'ai travaillé durant douze ans dans le secteur des Ressources Humaines dans différentes sociétés prestataires de services. Après un licenciement économique, j'ai eu plusieurs opportunités et j'ai retenu celle de travailler en tant que chef du personnel, au Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan, structure de quatre cents lits et places. Grâce à cette expérience qui a duré trois ans, j'ai découvert le secteur médico-social, dont l'objet correspond pleinement à mes aspirations d'aide et de partage, et à mon éthique personnelle du respect de l'autre, quelle que soit sa situation. Cette première approche m'a donné l'envie de prendre la direction d'une structure, afin de pouvoir davantage m'impliquer dans la vie d'un établissement.

Cela fait maintenant sept ans que je dirige deux établissements médico-sociaux, situés à ECQUEVILLY (78920) : une Maison d'Accueil Spécialisée et un Foyer Occupationnel. A mon arrivée, une lourde tâche m'attendait afin, d'une part, de créer une équipe de direction et d'autre part, de mettre les établissements en conformité avec les nouvelles exigences légales posées notamment par les lois du 2 janvier 2002¹ et du 11 février 2005².

Une fois ce travail réalisé, j'ai souhaité partir en formation, afin d'enrichir mes connaissances, confronter ma pratique et mes idées à d'autres professionnels du secteur médico-social. L'idée du CAFDES³ s'est imposée, et c'est avec beaucoup d'enthousiasme que j'ai rejoint la promotion 2008, soutenue par le Conseil d'Administration de l'association pour laquelle je travaille et les autorités de tarification et de contrôle. Dès les premières séances de regroupement à l'école, j'ai compris que le mémoire serait pour moi un enjeu majeur de cette formation et qu'il allait me conduire à mener des investigations poussées, demandant rigueur et méthodologie.

La rupture de prise en charge que j'ai prononcée en 2007 d'un des usagers de la M.A.S⁴ porteur de handicap psychique - que j'ai considéré comme un échec - m'a donné l'envie d'approfondir et de développer ce thème. La méthodologie que j'ai choisie pour conduire ma recherche est la suivante : je me suis attachée à recueillir et à étudier des textes législatifs et réglementaires, des écrits de divers auteurs sur

¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³ CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social ou de service d'intervention sociale.

⁴ M.A.S : Maison d'Accueil Spécialisée.

l'histoire de la psychiatrie et la question plus spécifique du handicap psychique. L'analyse de statistiques, la lecture d'études, de compte-rendu de colloques et de conférences ont étayé mon propos. Par ailleurs, les rencontres que j'ai faites avec différents professionnels de la psychiatrie – et notamment le stage réalisé au sein de l'hôpital psychiatrique de secteur - m'ont permis d'affiner le sujet que je souhaitais traiter. Enfin les nombreux échanges que j'ai eus avec les membres du comité de direction et du conseil d'administration m'ont conforté dans mon choix.

Ainsi, la question centrale que je souhaite aborder dans ce mémoire concerne la place et l'accompagnement des usagers en situation de handicap psychique, distincts de la prise en charge des adultes polyhandicapés, accueillis majoritairement dans l'établissement. En effet, en sept ans, j'ai constaté un fort accroissement des demandes d'admissions en M.A.S pour des personnes issues de la psychiatrie. Quelques uns ont rejoint la structure. Or, il s'avère que les besoins et les attentes de ces deux publics sont, en certains points, forts différents.

Comment alors repenser l'accompagnement proposé pour répondre, au sein d'une même structure, aux spécificités des personnes polyhandicapées et à celles des personnes issues de la psychiatrie ?

Ce mémoire se décline en trois parties. Je présenterai l'offre de service à ce jour et j'ouvrirai, dans la seconde partie, sur l'environnement et ses conséquences sur le public accueilli. Cette analyse me permettra de présenter, en troisième partie, des propositions de réponses pour adapter l'établissement à l'accueil d'un public en situation de handicap psychique.

Avant d'entamer mon propos, je souhaite préciser au lecteur que j'ai choisi de retenir le terme « usager » pour désigner les personnes handicapées et notamment les bénéficiaires des prestations de service de la M.A.S « Léon HERZ » plutôt que celui de « résident ». L'usager est étymologiquement celui qui connaît les usages, qui a droit réel d'usage. Depuis les années 20, il désigne aussi une personne qui utilise les services publics. Si cette dénomination fait référence à une position principale de consommation, elle renvoie également à une association possible, par des mécanismes de participation, à la production du service rendu. Or, l'accompagnement qui est proposé au sein de la M.A.S vise à ce que les usagers soient le plus possible acteurs de leur projet de vie et participent ainsi à la production du service rendu par la structure. Cette association ne se retrouve pas, à mon sens, dans la dénomination de « résident », que je trouve plus passive. Enfin, notons par ailleurs que le terme d'usager a également été retenu dans les textes de lois et circulaires du secteur social et médico-social.

I – LA M.A.S LEON HERZ ET SES USAGERS

*« Hâtez-vous lentement ; et, sans perdre courage,
Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage :
Polissez-le sans cesse et le repolissez ;
Ajoutez quelquefois, et souvent effacez ».*

Nicolas BOILEAU - Extrait de L'art poétique.

Avant d'exposer au lecteur l'offre de service telle qu'elle existe aujourd'hui à la M.A.S Léon HERZ, je souhaite lui présenter l'association gestionnaire dont elle dépend et évoquer le cadre législatif et réglementaire qui régit son action.

1. Présentation de l'A.G.E.H.V.S⁵, l'association gestionnaire

L'Association de Gestion des Etablissements pour Handicapés du Val-de-Seine pour laquelle je travaille est adossée à un Syndicat Intercommunal : le syndicat construit les établissements et l'association en assure la gestion. De ce fait, il existe de forts enjeux au niveau politique puisque ce sont les élus des communes qui adhèrent au syndicat qui décident des lieux d'implantation et des futurs projets gérés ensuite par l'association. De plus, l'A.G.E.H.V.S est présidée par le Président du Syndicat Intercommunal. *« Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous les pouvoirs à cet effet »* art 13 des statuts de l'association. En 1969, 16 communes des Yvelines se regroupent sous la forme d'un Syndicat Intercommunal, le S.I.E.H.V.S.⁶ présidé par le maire des MUREAUX, afin de créer un I.M.E⁷. Ces élus se saisissent des demandes de leurs concitoyens, parents d'enfants porteurs de handicap, qui ne trouvent pas d'établissement d'accueil. Après de longues et laborieuses étapes, l'I.M.E voit le jour en 1972.

L'A.G.E.H.V.S est à son tour créée en 1972 sous l'impulsion de ces mêmes élus et du maire d'ECQUEVILLY. Son objet est d'assurer la gestion des équipements créés par le Syndicat Intercommunal. Par la suite, 14 autres communes rejoignent le Syndicat. Ces 30

⁵ A.G.E.H.V.S : Association de Gestion des Etablissements pour Handicapés du Val-de-Seine

⁶ S.I.E.H.V.S : Syndicat Intercommunal du Val-de-Seine

⁷ I.M.E : Institut Médico-éducatif

communes du Nord-Ouest des Yvelines représentent, aujourd'hui, une population totale de 173 920 habitants.

Le S.I.E.H.V.S est un établissement public de coopération intercommunale à vocation unique qui a pour but le maintien et la création d'équipements susceptibles d'accueillir des personnes handicapées. Il est géré par un Comité Syndical, composé de soixante élus, soit deux délégués titulaires, représentants chaque commune adhérente. Elu président du S.I.E.H.V.S en 1977, le maire d'ECQUEVILLY a été réélu à ce poste jusqu'en 2001. Il le quitte en 2007 et passe le relais au maire adjoint de VERNEUIL-SUR-SEINE qui devient également, de par ce mandat, président de droit de l'A.G.E.H.V.S. Au sein du conseil d'administration de l'association, au-delà des membres élus, siègent de droit des représentants du Conseil Général, de l'Inspection d'Académie, de l'ANPE, des Associations de parents et des membres adhérents. Les directeurs des structures font partie du conseil d'administration à titre consultatif.

En peu de temps, l'A.G.E.H.V.S est devenue l'association la plus importante du département des Yvelines dans la prise en charge des personnes handicapées. Cette ascension rapide a été l'œuvre principalement d'un homme dont le charisme engagé laissait toutefois peu de place à ses collaborateurs directs. Grâce à ses nombreux appuis politiques, l'association a pu se développer et devenir un véritable interlocuteur des pouvoirs publics.

L'association emploie à ce jour 297,57 ETP⁸, représentant 324 personnes physiques. Les différents établissements et services de l'association prennent en charge environ 800 usagers.

L'A.G.E.H.V.S regroupe désormais quinze établissements et services sur le même territoire, le Val-de-Seine. Ces établissements tentent d'apporter des réponses aux questions que le handicap soulève aux différents âges de la vie et quels que soient les types de handicap. L'Association gère des établissements accueillant des enfants (Centre d'Action Médico-sociale précoce, Institut Médico-Educatif...), des adultes en capacité de travailler (ESAT⁹, Foyer d'Hébergement) ou non (Foyer Occupationnel, Maisons d'Accueil Spécialisées ...).

Un des objectifs de l'Association est de pouvoir offrir une continuité dans la prise en charge des personnes accueillies au sein de ses établissements. Dans son projet

⁸ ETP : équivalent temps plein

⁹ ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

associatif élaboré en 2006, l'A.G.E.H.V.S affirme qu'elle adhère aux principes éthiques suivants :

- ✚ *« Le respect de la personne handicapée en ce qu'elle a d'unique et de global ;*
- ✚ *La prise en compte de la famille car elle est le premier lieu d'accueil et d'accompagnement de la personne handicapée ;*
- ✚ *La solidarité, qui contribue à rétablir l'égalité des chances ;*
- ✚ *La laïcité en ce qu'elle exige la tolérance et l'absence de tout prosélytisme ;*
- ✚ *La démocratie, car l'élu est prioritairement à l'écoute et au service des populations en difficultés ;*
- ✚ *La citoyenneté comme engagement personnel et désintéressé au service de la société ».*

Selon le projet associatif, son action s'appuie sur les valeurs suivantes :

- ✚ *« La personne handicapée est membre à part entière de la société. Elle est appelée à y vivre au mieux de ses capacités d'autonomie grâce à la solidarité.*
- ✚ *La famille, les professionnels et l'institution, en lien les uns avec les autres, sont là pour les y aider.*
- ✚ *L'association répond individuellement et collectivement aux demandes et aux besoins des personnes handicapées et de leur famille ;*
- ✚ *Elle se veut porteuse de paroles et d'actions pour le respect et la dignité des personnes ;*
- ✚ *Elle est engagée dans la réalité économique et sociale et participe au développement local notamment par la création d'emplois ;*
- ✚ *Elle défend un mode pluridisciplinaire de prise en charge des personnes handicapées ;*
- ✚ *Elle utilise dans sa pratique des éclairages théoriques différents en excluant toute main mise de l'un d'entre eux ».*

L'association compte désormais deux M.A.S : la M.A.S Léon HERZ, située à Ecquevilly, que je dirige et celle située à LIMAY, ouverte en 2007. Toutes deux sont distantes d'une quinzaine de kilomètres. Ces deux structures sont les établissements les plus importants au niveau budgétaire pour l'A.G.E.H.V.S.

2. Cadre législatif et réglementaire de la M.A.S

La M.A.S « Léon HERZ » a ouvert ses portes en avril 1996. Son agrément porte sur *« l'accueil de quarante adultes hommes et femmes handicapés mentaux et polyhandicapés à partir de 18 ans, sans limite maximale ».*

2.1 Présentation du cadre administratif et juridique des M.A.S.

C'est le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 qui a institué les Maisons d'Accueil Spécialisées. Ces établissements sont financés par les organismes de sécurité sociale et de prévoyance et sont rattachés au Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité par le biais des D.D.A.S.S.

Selon le décret 78-1211, « *Les M.A.S. ont pour vocation d'accueillir des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou une association de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels, rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence. Ils sont tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants* ».

Les M.A.S. doivent donc assurer de manière permanente :

- ✚ L'hébergement,
- ✚ Les soins médicaux et paramédicaux correspondants à la vocation spécifique de l'établissement,
- ✚ Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies,
- ✚ Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées à préserver et améliorer les acquis et prévenir la régression des résidents.

La circulaire 62 AS du 28 novembre 1978 du Ministère de la Santé et de la Famille précise qu'il résulte de cette définition que quatre conditions cumulatives doivent être réunies pour être accueillie en M.A.S. :

- ✚ Existence d'un handicap
- ✚ Age adulte (handicap constaté avant 60 ans)
- ✚ Absence d'un minimum d'autonomie
- ✚ Besoin d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les M.A.S accueillent donc des personnes en état de « grande dépendance ». Cette notion n'est toutefois pas homogène et sous celle-ci se cachent en fait des pathologies distinctes, qui laissent aux usagers des possibilités d'autonomie fort différentes.

2.2 Historique de la M.A.S « Léon HERZ »

On retrouve trace d'un premier projet qui sera à l'origine de la M.A.S dans le compte rendu des délibérations du Syndicat Intercommunal des Etablissements du Val-de-Seine en 1991. A l'époque, le syndicat souhaitait pouvoir ouvrir un Foyer à double tarification afin de recevoir quarante adultes handicapés sur la commune de Vernouillet (78).

En 1992, suite aux difficultés d'acquisition du terrain, le S.I.E.H.V.S délibère favorablement sur l'implantation d'une Maison d'Accueil Spécialisée sur un terrain de la commune d'ECQUEVILLY, petit village des Yvelines situé dans l'ouest parisien. Le bâtiment de l'hôpital de jour Henri Huguenin sera racheté afin d'être aménagé pour recevoir, courant 1996, quarante personnes relevant du secteur handicap adulte. Au-delà du fait de répondre à un véritable besoin d'hébergement de personnes lourdement handicapées sur le territoire, le maire d'ECQUEVILLY, président du S.I.E.H.V.S et de l'A.G.E.H.V.S - je le rappelle - voit également dans cette opération l'opportunité de créer un bassin d'emplois dans cette petite commune qui compte de nombreux logements sociaux. L'établissement ouvre ses portes en 1996 : les salariés recrutés sont principalement Ecquevillois.

La M.A.S est située en plein centre du village, ce qui permet aux usagers de bénéficier des services mis à la disposition de tous les citoyens par une accessibilité facilitée puisque l'établissement est desservi par une ligne de bus. Bien qu'au cœur de la cité, la M.A.S bénéficie d'un parc de 4.5 hectares, ouvert au public. La structure est également voisine de la ville de MEULAN/LES MUREAUX, agglomération importante du département. Cette ville abrite de nombreuses infrastructures, dont un Centre Inter hospitalier. La M.A.S a développé, en accord avec les politiques publiques, une offre de service aujourd'hui adaptée aux adultes polyhandicapés et handicapés mentaux.

3. Rencontre avec les usagers de la structure

La M.A.S accueille à ce jour vingt-cinq hommes et quinze femmes dont la moyenne d'âge est de 36 ans : le plus jeune adulte a dix-huit ans alors que la doyenne de la structure a cinquante-six ans. Tous ces adultes sont protégés par une mise sous tutelle.

3.1 Une population très dépendante : la pathologie des usagers et leur parcours de vie avant la M.A.S

Sur les quarante usagers accueillis, six grands groupes de pathologie peuvent être distingués :

- ✚ 23 usagers sont des infirmes cérébro-moteurs : une souffrance néonatale ou une anoxie cérébrale (diminution ou suppression de l'oxygène dans les tissus du cerveau) au cours de l'existence entraînent un déficit mixte : des séquelles motrices accompagnées d'une déficience mentale plus ou moins sévère.
- ✚ 2 usagers sont atteints de trisomie 21 : il s'agit d'une anomalie génétique qui entraîne des malformations associées, à un degré divers, à une déficience mentale.

- ✚ 6 usagers sont autistes : une dissociation de la personnalité entraîne des troubles du comportement avec un contact plus ou moins difficile.
- ✚ 3 usagers ont des séquelles de traumatisme crânien : séquelles motrices au 1^{er} plan avec des troubles des fonctions supérieures. Elles peuvent également entraîner des désordres neurovégétatifs (par exemple : incontinence possible). Il s'agit de personnes victimes d'accident de la voie publique ou qui ont fait une tentative de suicide du fait de leur maladie psychiatrique.
- ✚ 4 usagers ont développé une psychose infantile : il s'agit de troubles de l'organisation de la personnalité et de la relation de l'enfant à lui-même, avec l'autre et avec son monde extérieur.
- ✚ 2 usagers ont développés une schizophrénie, avec handicap physique associé.

Nombre d'usagers accueillis ont eu un parcours institutionnel avant leur arrivée à la M.A.S. Certains ont connu les hospitalisations à répétition dès la naissance puis ont été placés en I.M.E. Après 18 ans, il a fallu trouver un établissement d'accueil pour adultes et la MDPH¹⁰, via la CHL¹¹, a prononcé une orientation, au vu des différents bilans des professionnels de l'I.M.E.

Pour d'autres ayant développé les mêmes pathologies, l'institution a été, au contraire, très peu présente lors de l'enfance - voir inexistante – tout comme à l'âge adulte. Ces personnes sont restées chez leurs parents. Bien souvent, la mère a arrêté de travailler pour s'occuper de l'enfant handicapé, puis de l'adulte. Ces familles se retournent vers les institutions quand elles ne peuvent plus prendre en charge l'adulte handicapé, soit par épuisement, soit de par l'âge des parents, soit après le décès du père ou de la mère. Une demande par la famille est alors faite à la MDPH, via les CHL pour qu'elle prononce une orientation. Ce sont cette fois les professionnels de la CHL qui établissent les bilans.

Bien souvent, j'ai pu constater dans ma pratique que cette deuxième catégorie de personnes polyhandicapées, qui intègre la M.A.S après 30 ans, est beaucoup plus régressée que les personnes ayant eu un parcours institutionnel dès le plus jeune âge. En effet, si certains parents stimulent autant que possible leur enfant, bien souvent, ces adultes ont vécu en étant relativement coupés du monde. Le temps d'adaptation de l'utilisateur accueilli est plus long. Les professionnels – notamment la psychologue, l'assistante sociale et la directrice que je suis - doivent également soutenir tout

¹⁰ MDPH : Maison Départementale du Handicap

¹¹ CHL : Coordination Handicap Local

particulièrement la famille pour qui ce premier placement est vécu comme un véritable déchirement.

3.2 La population majoritaire : le polyhandicap et ses besoins en accompagnement

L'établissement est composé de quatre pavillons de vie, accueillant chacun dix usagers. Depuis l'ouverture, ces pavillons ne sont pas sectorisés : les pathologies sont donc mêlées afin de viser une émulation entre les usagers. Cependant, au fil du temps et des nouveaux arrivés, j'ai souhaité que ce principe évolue quelque peu. Les pavillons situés au premier étage accueillent désormais des personnes plus déficitaires qu'au deuxième étage. Il m'est apparu effectivement important de regrouper dans des pavillons de vie des personnes qui, notamment, ont l'usage de la parole pour la qualité des échanges.

La plupart des usagers qui sont accueillis présentent des déficiences mentales sévères avec des altérations neurologiques centrales massives, le plus souvent apparues dès la naissance. Il s'agit de personnes présentant un polyhandicap, c'est-à-dire une déficience mentale moyenne ou profonde associée à un handicap moteur, voir sensoriel. Ils développent souvent des maladies épileptiques et des fragilités stomatiques qui peuvent parfois mettre en jeu le pronostic vital, notamment les troubles de la déglutition qui entraînent, s'ils ne sont pas traités efficacement, des pathologies respiratoires graves.

Bernard DUREY¹² distingue chez les personnes accueillies en établissement spécialisé plusieurs catégories :

Les sujets avérés : il s'agit des personnes ayant une certaine capacité de compréhension et d'autonomie. Il n'y en a pas dans la M.A.S que je dirige. Ces personnes sont désormais orientées vers des Foyers d'Accueil Médicalisés ou vivent de plus en plus à domicile, grâce aux aides dont ils peuvent maintenant bénéficier.

Les sujets amoindris : ce sont des personnes qui ont également une certaine capacité de compréhension et d'autonomie mais qui ont besoin d'un tiers pour les mettre en œuvre.

Lors de ma prise de fonction, cette catégorie d'usagers était assez peu représentée dans l'établissement. En sept ans, la population accueillie a changé – par de nouvelles entrées - mais a également évolué, grâce au travail réalisé chaque jour.

¹² DUREY B, « Le polyhandicapé et son soignant » Théâtète éditions, 1997 p 10

Pour illustrer cette catégorie d'usagers, je souhaite présenter au lecteur Charlène (nom effectif anonymé), jeune femme de vingt-trois ans. Charlène est I.M.C. c'est-à-dire infirme moteur cérébrale. Charlène est née ainsi alors que sa sœur jumelle « est normale » comme elle le dit. Elle bénéficie d'un fauteuil roulant électrique qu'elle conduit parfaitement. Elle s'exprime de façon cohérente et manie très bien l'humour. Elle est coquette et attache un soin tout particulier à son apparence physique. Cependant, du fait de son handicap, elle est totalement dépendante des encadrants pour se lever, se laver, se nourrir. La préhension est très difficile.

Charlène est d'un naturel gai mais connaît de très gros moments de découragement et de déprime qu'elle ne verbalise pas toujours. L'annonce de la grossesse de sa sœur jumelle a été un moment particulièrement difficile et a généré beaucoup d'angoisse et de questionnements auxquels il a fallu que nous répondions, en associant sa famille. Parfois, elle se met très en colère et peut beaucoup crier mais ces moments sont désormais plus rares, sans doute de par la maturité que Charlène a pu développer depuis son entrée, il y a quatre ans. C'était principalement l'objectif du projet de vie de Charlène lors de son arrivée : lui permettre de mieux gérer ses angoisses, ses colères en travaillant avec elle et sa famille l'acceptation de son handicap. Nous aborderons plus loin la question du projet de vie individualisé, ce qu'il recouvre et comment il est co-construit pour chaque usager au sein de la M.A.S.

Les « présumés sujets à nos yeux » : Bernard DUREY souhaite montrer avec cette catégorie que parfois, le sujet n'apparaît pas ou pas encore. Cette catégorie d'usagers a débuté un développement de la personnalité qui reste inachevé. Il est fondamental que les professionnels en guettent la moindre émergence. C'est ce qui est fait pour certains usagers de la M.A.S. comme pour Axel qui a rejoint l'établissement il y a un an. Pour le moment, le travail de l'équipe pluridisciplinaire consiste à faire émerger sa personnalité, à l'amener à s'affirmer en tant que sujet, tant au sein de l'établissement qu'avec sa famille, et notamment avec sa mère avec laquelle il a des relations très difficiles et très fusionnelles. Parfois, le travail réalisé permet d'amener des « présumés sujets à nos yeux » à la catégorie de « sujets amoindris ». Mais ce n'est pas toujours le cas.

D'autres seraient dans une position de « **sujet potentiel en soi** » ; l'émergence de leur identité est gravement entravée par leurs propres fragilités ou ils se trouvent dans une position de « **sujet partiel** » lorsque quelques acquisitions ont pu se faire, notamment dans la reconnaissance, même incomplète, de l'autre. Ces personnes ont pu aménager quelques éléments de leur identité propre sans toutefois se stabiliser suffisamment. La majorité des usagers que nous accueillons à la M.A.S se trouve dans cette catégorie là.

Je veux présenter ici Lucas, jeune homme de vingt-cinq ans, rescapé d'un accident de la route alors qu'il n'avait que cinq ans. Lucas est désormais tétraplégique : il est totalement dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Aphasique, il ne peut parler ni sourire. C'est par son regard qu'il communique et qu'il s'exprime. Lorsqu'il s'ennuie ou que la réalité est trop difficile à supporter, Lucas s'évade en se coupant du monde. Il suffit toutefois qu'il entende la voix de quelqu'un qu'il apprécie, dont il est proche, pour s'éveiller quasiment immédiatement. Sachant que ces moments d'absence sont préjudiciables à son état de santé, le projet de vie de Lucas prévoit, entre autres, une stimulation importante de tous ses sens avec des moments de repos planifiés.

Par ces divers exemples, j'ai souhaité illustrer le fait que sous l'appellation « polyhandicapés » se cache une grande disparité de pathologie et des degrés divers de dépendance. Il est essentiel que les professionnels sachent prendre en compte ces différences pour répondre au mieux aux besoins de ces personnes.

Avant d'aborder les besoins particuliers des personnes polyhandicapées, je souhaite définir la notion de besoin. En langage courant, le besoin est de l'ordre de la nécessité impérieuse. Le plus souvent, on emploie ce terme pour désigner ce qui est vital : manger, boire, dormir.

Dans le champ de la psychanalyse, Freud parle des « besoins primaires » qu'il rattache aux pulsions, ces exigences de notre vie biologique qui demandent à être satisfaites. Selon lui, les besoins sont à la base de la vie psychique.

Il existe des tentatives de définition des besoins psycho-sociaux, notamment par A. MASLOW et V. HENDERSON.

A. MASLOW a défini une hiérarchisation des besoins qu'il organise sous la forme d'une pyramide : le sujet ne peut gravir l'échelon supérieur que lorsque l'échelon inférieur est satisfait. A la base, A. MASLOW situe les besoins vitaux, liés aux nécessités biologiques de notre organisme. Puis s'échelonnent les besoins de protection et de sécurité que suivent les besoins d'amour ou d'appartenance à un groupe. Les deux derniers étages de la pyramide sont l'estime de soi et le besoin de réalisation de soi par le développement de ses capacités à créer. La principale critique de cette formalisation des besoins réside dans son chaînage et le fait que les besoins sont liés par une causalité linéaire et non réversible, ce qui n'est pas si simple pour notre public.

.

V. HENDERSON, quant à elle, identifie quatorze besoins fondamentaux de la personne : respirer ; boire et manger ; éliminer ; se mouvoir et maintenir une bonne posture ; dormir et se reposer ; se vêtir ou se dévêtir ; maintenir sa température ; être propre, soigné ;

éviter les dangers ; communiquer ; agir selon ses propres croyances et valeurs ; s'occuper en vue de se réaliser ; besoin de se recréer ; besoin d'apprendre. Cette grille de lecture, retenue en interne, est interrogée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire lors de la réunion de synthèse et est, ensuite, déclinée dans le projet de vie individualisé de chaque usager accueilli. Ces quatorze besoins sont les fondements théoriques de l'institution.

Nous voyons donc que la question des besoins est complexe et jamais définitivement statuée. Elle renvoie de plus à une déclinaison en termes de besoins identifiés, ou supposés, voire même créés par des institutions. L'accompagnement que nous proposons est sensé répondre aux besoins tels que nous les repérons en tant que professionnels et qui relèvent à la fois du « cure » (soigner) et du « care » (prendre soin). La direction que je représente se doit de veiller et le fait, avec l'aide et l'adhésion de tous les professionnels de la structure, à ce que la prise en charge des personnes polyhandicapées leur apporte plus spécifiquement :

- ✚ Un état de santé satisfaisant : ces usagers ont dans l'ensemble une santé fragile. C'est donc un point qui occupe tout particulièrement l'ensemble des professionnels. Le seul fait de respirer peut être parfois très difficile car la pathologie entraîne souvent des difficultés respiratoires très importantes, notamment des pneumopathies. Les médecins et les kinésithérapeutes veillent donc à faciliter leur respiration. La posture de ces usagers est donc très importante. Le bon état de santé passe également par des repas adaptés savoureux et donnés avec soin.
- ✚ Du confort : par des soins d'hygiène et de nursing très attentifs, des changes réguliers, des manipulations douces et des positions adaptées dans les fauteuils et sur les podiums de repos.
- ✚ Des activités adaptées telles que la balnéothérapie, la boccia (pétanque adaptée), les randonnées en fauteuil, les contes et la stimulation multi-sensorielle. Ces activités tout particulièrement mises en place pour les personnes polyhandicapées ne sont pas les seules proposées : ces personnes bénéficient, comme tous les usagers de la M.A.S de sorties socialisantes, culturelles, ludiques...

4. L'offre de service proposée par la M.A.S à ce jour

Avant de préciser l'offre de service telle qu'elle existe aujourd'hui, je souhaite expliquer au lecteur les conditions de ma prise de poste en janvier 2004.

Lors de mon recrutement, le Président m'a exposé que la précédente équipe de direction (directeur, directeur adjoint, chef de service) avait été licenciée pour faute grave. Ces licenciements, prononcés à titre individuel, étaient intervenus à quelques mois d'intervalle : une fois le directeur parti, l'association a statué sur le fait que tous les cadres savaient ce qui se passait dans l'établissement, étaient complices et se couvraient les uns les autres, retirant chacun des avantages de la situation. Ces propos m'ont questionnée quant au rôle de l'association, son management et sa fonction de contrôle. Interrogé sur ce point, le Président de l'époque m'a expliqué qu'il avait fait confiance aux hommes qu'il avait nommé et que pour certains, celle-ci n'était pas méritée. Cette affirmation pouvait interroger sur le rôle du Président et sur la question de la confiance. Cependant, si j'ai accepté le poste, c'est avant tout parce que j'ai été émue par la population accueillie – la première visite de la structure a été pour moi une vraie rencontre avec les usagers - et que j'ai compris qu'un important travail était à réaliser au sein de cet établissement pour que l'accompagnement soit de qualité. J'ai trouvé le défi intéressant : des besoins existants, un secteur motivant et un projet à construire.

Cet échec – dont le Président, le Conseil d'Administration et le Secrétaire Général assumaient pleinement les conséquences – a sonné la fin d'une époque pour l'A.G.E.H.V.S. Il est apparu nécessaire que le siège s'étoffe afin de pouvoir exercer pleinement ses missions, en terme de pilotage associatif, de soutien aux établissements et également, de contrôle. Cette montée en charge n'est pas totalement terminée mais une responsable des ressources humaines et un conseiller technique ont désormais rejoint le siège. Ces interlocuteurs me sont précieux car, en plus de travailler sur les projets futurs, ils harmonisent les pratiques au sein de l'association et m'amènent leurs compétences lorsque je les sollicite pour des questionnements que je peux avoir dans l'exercice de mes fonctions. L'association s'est aujourd'hui dotée d'une politique de ressources humaines co-construite avec les directeurs, de divers analyseurs lui permettant de connaître le climat social des établissements et la qualité de ses cadres.

Lors de ma prise de poste, la M.A.S n'avait plus de direction depuis six mois et ne relevait pas d'une organisation formelle. Selon Henry MINTZBERG¹³, « *Ce qui distingue avant tout une organisation formelle d'un quelconque rassemblement d'hommes – d'une foule, d'un groupe informel – c'est la présence d'un système d'autorité et d'administration,*

¹³ MINTZBERG H. « Le management Voyage au centre des organisations », Les éditions d'organisation, 1989, 544 pages.

personnifié par un ou plusieurs managers dans une hiérarchie plus ou moins structurée et dont la tâche est d'unir les efforts de tous dans un but donné ».

En janvier 2004, la M.A.S était un rassemblement d'hommes et de femmes qui s'auto-administraient. Mon prédécesseur qui avait ouvert l'établissement en 1996 s'était très vite retiré de la scène. Ceci se traduisait par un établissement sans projet, un personnel dans l'ensemble indécis et peu impliqué, un très fort taux d'absentéisme et des usagers laissés pour compte. Les locaux étaient vétustes et le mobilier inadapté. J'apprendrai plus tard que le personnel éducatif choisissait les meubles dans des grandes surfaces : ils arrivaient parfois dans l'établissement mais souvent, ils disparaissaient avant même leur installation. L'établissement était centré sur lui-même et fonctionnait en système fermé. Une grande partie de mon travail lors de ma prise de poste a été – toujours en référence à Henry MINTZBERG « *de faire passer la structure de la stratégie de consensus dans laquelle elle se trouvait (entente des acteurs) à une stratégie du « grassroots », stratégie s'adaptant au terrain au fur et à mesure que l'entreprise évolue, de même que les racines des plantes s'adaptent aux obstacles qu'elles rencontrent dans le sol lorsqu'elles se développent* » ceci pour que l'organisation se mette enfin au service des usagers.

4.1 Un accompagnement global de la personne : environnement, qualité de vie et projet de vie individualisé

En sept ans, je me suis attachée, soutenue par l'association qui m'avait donné mandat à cet effet, à faire évoluer la structure afin d'améliorer la qualité de vie des usagers. En effet, pouvoir accueillir les usagers dans des lieux confortables, spacieux et fonctionnels fait partie intégrante de la qualité de l'offre de service.

Ainsi, avec l'appui des cadres de la structure, j'ai réalisé les objectifs suivants :

- ✚ Réhabilitation totale des locaux,
- ✚ Création de divers équipements qui me semblent indispensables compte tenu du public accueilli :
 - ✓ La salle de soins m'est apparue nécessaire car avec l'avancée en âge des usagers, le corps infirmier a de plus en plus de soins à prodiguer. Elle permet d'avoir un lieu spécifique dédié à la « bobologie » et aux soins plus lourds, comme les aspirations trachéo-pulmonaires.
 - ✓ La salle de défoulement permet aux résidents de dépenser - et de canaliser - leur énergie de façon ludique. Ce lieu est totalement sécurisé dans le sens où les murs

sont capitonnés et le chauffage se fait par le plafond afin que les usagers ne puissent pas se blesser.

- ✓ La salle snoezelen permet d'entrer en contact par une communication non verbale en utilisant les différents sens (ouïe, odorat, touché, vue) et en les stimulant. Cette prise en charge est réalisée par les équipes socio-éducatives qui sont formées à cet effet ou par la psychomotricienne. Dans ce lieu, l'unicité du corps est également travaillée. Le but est de permettre à certains usagers, qui n'ont pas conscience du fait qu'ils ont un corps, ou qui sont totalement morcelés, petit à petit de tenter de se le réapproprier. C'est également un lieu qui amène l'apaisement, la détente.
- ✓ La salle d'esthétique est conçue comme la cabine d'un institut de beauté. Elle permet aux équipes socio-éducatives de proposer aux usagers des soins esthétiques du visage mais également des soins du corps, des massages. Ces activités visent à travailler l'image de soi, l'estime de soi, l'acceptation du corps.
- ✓ Enfin, pour que les usagers puissent bénéficier du parc qui entoure la structure, il existe désormais une allée piétonnière, accessible aux fauteuils. Des grandes tables de pique nique ont été installées afin de favoriser les moments conviviaux à l'extérieur de l'établissement dès que le temps le permet.
- ✚ La sécurité des usagers étant également une donnée très importante, j'ai mis en place un logiciel de contrôle des accès et des pièces présentant des risques (comme les escaliers par exemple) et j'ai fait installer aux fenêtres des anti-défenestants.

Les projets individualisés, tant dans leur élaboration que dans leur formalisation, ont également constitué un axe fort de mon action. Au XVIII^e siècle, Edouard SEGUIN¹⁴ affirmait que « *l'éducation doit embrasser tous les modes de vitalité de l'individu* », préfigurant déjà l'idée du projet individuel pour chaque « idiot ». Ce terme apparaît de façon explicite dans les annexes 24 du décret du 27 octobre 1989 qui définissent les conditions d'accueil des enfants en établissement d'éducation spéciale. Le législateur voulait renverser la logique qui prévalait à l'époque : celle du placement qui voulait que tous les « attardés mentaux » étaient traités de la même façon, dans des établissements spécialisés pour les mêmes troubles. Avec ce texte, il ne peut plus y avoir de prises en charge uniformisées pour les mêmes troubles : chaque enfant est un sujet et les professionnels dans les institutions doivent adapter leur mode d'accompagnement

¹⁴ SEGUIN E, « Traitement moral des idiots » BALLIERE, 1846.

éducatif ou soignant. L'accompagnement doit sortir également de la seule logique de l'établissement pour envisager la prise en charge des enfants handicapés dans leur milieu : famille et école. Les annexes 24 réhabilitent également les familles comme partenaires du projet individuel. C'est à partir de cette orientation de l'action sociale qu'apparaît la formule « mettre l'utilisateur au centre du dispositif ».

La notion de projet individuel ne figure pas explicitement dans la loi du 2 janvier 2002. Cependant, on peut noter la nécessité « d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé » devant faire l'objet d'un contrat de séjour. Tous les usagers de la M.A.S ont un projet de vie individualisé. Celui-ci se décline en projet de soin et en projet éducatif. Il est écrit suite à la réunion de synthèse que je conduis, à laquelle est présente toute l'équipe pluridisciplinaire. La famille – lorsqu'elle existe - est invitée tout comme le représentant de l'utilisateur lorsque ce n'est pas la même personne. Quand cela est possible, l'utilisateur est associé à la réunion de synthèse en amont pour qu'il donne son avis sur l'année qui vient de s'écouler et également à la fin de la réunion, en petit comité, pour lui expliquer les grandes lignes de son nouveau projet et obtenir son accord. Quand cette possibilité est inexistante, la psychologue de l'établissement a en charge de faire un retour à l'utilisateur de son nouveau projet de vie individualisé.

Une coordination de tous les professionnels est indispensable pour que le projet de vie ait un sens et ne soit pas « un écrit de plus » remisé au fond des placards. La cohérence des actions entreprises est vérifiée, l'objectif global ajusté et connu de tous. Pour ce faire, chaque professionnel, selon son domaine d'activité présente un bilan écrit de l'année écoulée du résident. Ces bilans sont transmis quelques jours avant la réunion de façon à ce que tous les professionnels autour de la table puissent en avoir pris connaissance. La famille et/ou le tuteur posent toutes les questions qu'ils souhaitent, répondent aux nôtres et font également des propositions.

Les besoins sexuels des usagers sont également interrogés sans tabou et de façon explicite dans le cadre de l'élaboration de leur projet de vie. Cette interrogation porte sur la recherche de l'équilibre permanent entre laisser satisfaire le besoin et le contenir, avec le risque d'entraîner une frustration, facteur déclenchant de certains troubles comportementaux. Enfin, la notion de régression est également abordée car pour certaines pathologies, celle-ci est inévitable et accentuée du fait de l'avancée en âge. Nous devons accompagner cette régression et non pas sans cesse chercher le progrès, ce qui condamne à l'impossible les usagers.

Une fois le projet écrit, il incombe ensuite à chaque professionnel - tout particulièrement aux référents de l'utilisateur et à la coordinatrice du pavillon ou il réside - de s'assurer que ce qui est écrit dans le projet est bien mis en pratique ou d'interroger pourquoi cela ne l'est

pas ou qu'en partie. L'équipe pluridisciplinaire, en fonction des besoins peut être amenée à tout moment à réajuster le projet de soins ainsi que le projet éducatif de la personne accueillie. Ce peut être, par exemple, la mise en place d'une nouvelle activité suite à la demande d'un résident. Ce peut être également, suite à l'émergence d'une période de grande agressivité, la prescription d'un nouveau traitement médicamenteux. Les familles et/ou les tuteurs sont associés aux réajustements des projets de vie, tout comme les usagers. Comme le souligne Bernard DUREY, l'appel au « présumé sujet à nos yeux » au « sujet potentiel en soi » ou au « sujet partiel » est fondamental pour que ces personnes ne soient pas de simples objets pour lesquels les professionnels et les familles construiraient des projets de vie pour eux, mais en dehors d'eux.

4.2 La stratégie qui a contribué à une prise en charge de qualité et reconnue

a) Un comité de direction fédérateur

Lors de ma prise de poste, il n'y avait plus d'équipe de direction. Pour Henry MINTZBERG, déjà cité, « *Pour gérer une stratégie, il faut savoir modeler ensemble, pensée et action, contrôle et apprentissage, stabilité et changement* ». Je pense qu'un directeur qui travaille seul ne peut pas élaborer et gérer sa stratégie de direction en prenant en compte tous ces paramètres. Venant du secteur industriel et commercial, j'ai l'expérience d'une équipe de direction restreinte autour d'un dirigeant réunissant son comité de direction. Le staff de pilotage dont fait mention Jean-René LOUBAT¹⁵ dans son ouvrage « *Penser le management en action sociale et médico-sociale* » est incontournable dans ces secteurs d'activité professionnelle.

Ayant vu les bienfaits de ce type d'instance de management, j'ai souhaité mettre en place mon propre comité de direction car, si le directeur doit pouvoir rester celui qui conserve une autonomie de décision, c'est – à mon sens - après avoir réfléchi, débattu avec ses collaborateurs directs. Le CODIR¹⁶, que je réunis toutes les trois semaines, est composé du chef de service paramédical, des chefs de service éducatif des deux structures que je dirige, de l'attachée de direction et du chef d'entretien. J'ai recruté, avec validation par l'association, toutes les personnes qui occupent ces postes aujourd'hui. Les fonctions de chef de service paramédical et d'attachée de direction ont été des créations.

L'instauration de ce « staff de pilotage » résulte d'une triple volonté de ma part :

¹⁵ LOUBAT J-R, « *Penser le management en action sociale et médico-sociale* » DUNOD, Paris, juin 2006, 392 p.

¹⁶ CODIR : Comité de direction

. **Une volonté politique** afin de générer davantage d'implication, de motivation et d'adhésion de la part des cadres qui m'entourent, qui gèrent les équipes au quotidien et qui sont, dans un premier temps, garants de la qualité de l'accompagnement offert.

. **Une volonté organisationnelle** pour obtenir et faire partager davantage d'informations, gagner en réactivité, en efficacité et en efficience, et « *éviter les zones d'ombres ou d'incompréhension, créateurs de féodalités et de stratégies contradictoires* » Jean-René LOUBAT.

. **Une volonté d'anticipation et de confort dans le travail** : si au sein de l'équipe de direction les objectifs et les priorités ne sont pas clairement définis, ils ne peuvent être, par conséquent, anticipés et l'exercice de la mission de chacun se fait alors dans l'immédiateté. Or, l'immédiateté, temps sans recul ni préparation, caractérise toutes les situations qui déstabilisent et exigent une réaction dans l'instant. C'est ainsi le règne de l'imprévu, du non programmé, de l'inopiné, de la sollicitation. C'est en fin de compte un temps où l'on n'a jamais le temps. Le cadre ne se sent plus acteur : il est sans cesse débordé, ce qui peut l'amener à des débordements émotionnels.

Pour que ce CODIR fonctionne, j'ai clarifié le positionnement des cadres au sein de l'entité M.A.S./F.O¹⁷. et leur propre positionnement au sein du comité. Tous les membres connaissent les fiches de poste des participants, ce qui permet un repérage des missions et des compétences de chacun. Enfin, la construction de l'identité du CODIR a été facilitée – et l'est encore - par une formation spécifiquement dédiée. Chaque année, le CODIR part en formation quatre jours (deux fois deux jours) pour réfléchir sur sa propre pratique, sur les évolutions du secteur médico-social et sur les grands chantiers à mettre en place au sein de l'entité. Cette formation est animée par un consultant extérieur, spécialisé dans le coaching des équipes de direction d'entreprise. J'ai souhaité ne pas faire appel à un prestataire spécialisé dans le secteur médico-social car je pense que la fonction de direction nécessite une ouverture à ce qui se fait ailleurs que dans son propre domaine d'exercice et une attitude de veille par rapport à ce qui se fait à l'extérieur.

Les membres du comité de direction animent tous des réunions avec leurs propres équipes, auxquelles je participe parfois. Ils participent également activement aux réunions institutionnelles que j'organise quatre fois par an et qui réunissent tout le personnel de l'entité M.A.S / F.O. Ces moments me permettent de donner corps à une identité collective : ce sont de véritables temps d'échanges avec le personnel qui sont très appréciés par tous, y compris par la directrice que je suis. Ils demandent un grand temps de préparation car, au-delà de leur aspect fédérateur pour l'ensemble du personnel, je

¹⁷ F.O : Foyer Occupationnel

souhaite que l'information soit fluide, compréhensible par chacun et génératrice de discussions, de questionnements, de re-motivation. Il est donc essentiel de trouver le bon ton, de détendre parfois l'atmosphère par une boutade afin de faciliter la parole de chacun. Ces réunions me permettent également d'expliquer au personnel les nouvelles orientations des politiques publiques, les priorités qui sont retenues au niveau national et régional et les incidences que ces décisions peuvent avoir sur l'association et l'entité M.A.S/F.O., notamment en terme budgétaire. J'informe également les salariés des positions adoptées par le Président et le Conseil d'Administration sur toutes les questions qui relèvent de leur propre compétence et de la vie associative. Enfin, ces temps sont l'occasion d'explicitier aux salariés certaines décisions arrêtées concernant l'entité ou de présenter de grandes orientations pour l'avenir afin de les y faire adhérer. L'organigramme de la structure est porté en annexe 1.

b) La création et la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002

. **Un conseil de la vie sociale actif** : cette instance permet aux usagers d'être associés à la vie de la structure et de faire entendre officiellement leur point de vue. C'est un lieu d'échanges et de débats qui n'est pas présidé par la directrice que je suis mais par un représentant des familles. La vice-présidence – quant à elle - est assurée par un usager choisi par ses pairs, ce qui donne une dimension tout à fait particulière à ces réunions. Au total, cette instance est composée de seize personnes dont quatre usagers et quatre représentants des familles. Le conseil de la vie sociale a été mis en place en 2005 et a déjà été renouvelé une fois. L'élection des usagers est toujours un moment particulier car cette occasion donne lieu à une véritable campagne électorale, soutenue par le pôle animation et les équipes. Le moment du vote est solennel et tous les professionnels aident les usagers à exprimer leurs préférences. Divers supports sont utilisés dont les pictogrammes et les photos. La tenue de ces élections et la participation au conseil de la vie sociale sont des moyens de soutenir la citoyenneté des usagers, de les rendre acteur en les associant pleinement à la vie de l'établissement.

. **Un projet d'établissement servant de référence aux professionnels** : le projet d'établissement est un outil de pilotage de l'action qui découle du projet associatif que j'ai déjà évoqué (valeurs, éthique, missions). C'est une œuvre collective : il doit être en cohérence avec le projet associatif et placer l'utilisateur au centre du dispositif, selon les termes de la loi du 2 janvier 2002. A la M.A.S, il a été réalisé en 2005. Pour ce faire, plusieurs groupes de travail ont été mis en place, par thème. Toute l'équipe pluridisciplinaire a été impliquée, soit directement, soit par le biais de rapporteurs qui avaient été nommés. Ces personnes avaient pour tâche – outre le fait de participer aux groupes de travail - de rapporter, à leurs collègues, l'avancée des travaux. Lors de la

cession suivante, ils faisaient part aux groupes des suggestions de leurs collègues. L'écriture de ce document a été pour moi un levier essentiel afin de faire adhérer le personnel au changement de culture professionnelle qui était incontournable, pour faire de la structure un établissement de qualité. Toutes les fonctions, méthodes de travail, pratiques qui avaient cours au sein de la M.A.S. ont ainsi pu être analysées et discutées.

J'ai souhaité redonner du sens à l'action de chacun.

L'étayage théorique - sur la bientraitance, les pratiques professionnelles, les incontournables du métier et ses risques (routine, désengagement, maltraitance) amené par l'association, le cabinet de consultant qui nous a accompagné et moi-même - a permis d'entrer dans le dialogue. Peu à peu, des pistes de travail ont émergé afin d'améliorer la qualité des prestations offertes aux usagers et l'adhésion d'une partie du personnel s'en est suivie.

Mais le projet d'établissement ne doit pas être un document qui monopolise l'attention durant un an - le temps de son écriture - et qui tombe ensuite dans l'oubli ! C'est, au contraire, une « bible » qui doit servir de référence aux acteurs, vivre et évoluer. La directrice que je suis est le « pilote » du système. L'utilisation de cet outil me permet, encore aujourd'hui, de favoriser l'adhésion des équipes à la progression de la structure. Il contribue à la régulation interne en ce sens qu'il s'oppose à la toute-puissance des uns et des autres : chacun s'inscrit dans un tout collectif – le projet d'établissement - qui sert de référence.

. Des **contrats de séjour** établis tout comme le **règlement de fonctionnement** et le **livret d'accueil** : ces documents, eux-aussi institués par la loi du 2 janvier 2002, ont été réalisés et mis en place en 2006. Le livret d'accueil est porté en annexe 2.

c) Un personnel qualifié et bienveillant

Dans son ouvrage « Les relations interpersonnelles en soins infirmiers »¹⁸, Hildegard PEPLAU, docteur en éducation, part d'un double constat : d'une part, la maladie ou le handicap constitue une expérience à laquelle la personne peut donner du sens ; d'autre part, dans une situation de dépendance à des professionnels, le discours et l'attitude de ces professionnels est l'un des éléments fondamentaux sur lesquels la personne va s'appuyer pour donner du sens à ce qu'elle vit. Cet auteur invite le lecteur à penser la relation de soins en partant du postulat que l'être humain est un être de sens, de choix, d'interprétation, soignant comme personne soignée, quel que soit son handicap. Dans la

¹⁸ PEPLAU H., Les relations interpersonnelles en soins infirmiers, Masson, 1995, 189 p

relation de soin, ces sens et ces interprétations vont aussi s'échanger, s'opposer, s'étayer. Sa théorie vise à rendre le soignant autonome, observateur de ses sensations et de celles de la personne soignée, capable d'entendre ce que la personne ressent et d'entendre ce que ce ressenti évoque chez elle en écho. Inspirée par la psychanalyse, H. PEPLAU souhaite apporter à chaque soignant les moyens d'écouter, de comprendre sans juger, de guider sans contraindre.

Une part de la réflexion de cet auteur concerne les différents rôles du soignant qui peut, selon ce qu'il lit de l'attente de la personne handicapée, être plus ou moins centré sur la transmission d'information, sur l'écoute, sur le soin, sur l'étayage psychique ou affectif. Dans tous les cas, quelle que soit la dominante de ce rôle, les bases de la relations à l'autre sont la confiance, la prise en compte de son unicité, le fait que le professionnel doit avant tout être dans l'écoute, dans l'attention à l'autre et aider la personne à s'aider elle-même, en fonction de son histoire, de ses désirs, de ses conflits résolus ou non.

Même si cette théorie est principalement enseignée aux étudiants en soins infirmiers, elle guide l'esprit de ma pratique et sert de référence aux différents professionnels de la structure. Ainsi, en application de cette théorie, accompagner pour les professionnels de la M.A.S, de mon point de vue, signifie considérer l'utilisateur comme une personne, entendre sa parole, le valoriser afin de contribuer à le rendre plus autonome. Il faut prendre en considération ses difficultés et cheminer dans l'échange et la négociation, pour envisager avec lui l'amélioration de ses conditions d'existence, favoriser la mise en œuvre des possibles, reconsidérer et réadapter son projet de vie.

Lors de ma prise de poste, comme je l'ai déjà mentionné, très peu de salariés travaillaient selon ce principe. Là-encore, il a fallu, avec les membres du comité de direction, que j'accompagne le changement et que je contournais les réticences de certains qui ne voulaient pas changer leurs pratiques professionnelles. J'ai dû me séparer – avec l'accord de l'association - de certains personnels pour lesquels le changement de posture était impossible, ce qui constituait une quasi faute ou incompétence professionnelle.

La réorganisation de l'organigramme et la création du poste de chef de service paramédical a été – après l'élaboration du projet d'établissement - un autre levier pour obtenir l'adhésion du personnel à ces nouvelles pratiques. Ce cadre infirmier a fédéré, avec mon appui, l'équipe paramédicale qui a ainsi pu travailler en proximité et en complémentarité des équipes éducatives. Il a également dispensé formation et information sur la façon de prendre soin en fonction du principe des relations interpersonnelles dont je viens de faire mention.

Pour compléter cette dynamique, j'ai souhaité également faire entrer dans les équipes des aides soignants dont la formation, à mon sens, est complémentaire au niveau du soin à celle des aides médico-psychologiques. J'ai également développé la formation professionnelle pour accompagner le changement. C'est, aujourd'hui encore, un levier incontournable pour un accompagnement de qualité. Pour ce faire, je m'appuie sur le plan de formation de la structure et sur la mutualisation des moyens qu'offre l'association (certaines actions sont désormais mutualisées ce qui, d'une part, en réduit le coût et d'autre part, permet aux salariés de rencontrer d'autres professionnels de l'association).

Le plan de formation - je reviendrai sur son élaboration en troisième partie de ce mémoire - me permet de qualifier une partie du personnel et également d'apporter des compétences aux professionnels qui exercent au sein de l'établissement. Ainsi, devant les manquements professionnels de certains personnels lors de ma prise de poste, j'ai pendant longtemps privilégié les formations en intra, afin que les formations bénéficient à un maximum de salariés. Les thèmes suivants sont récurrents une année sur deux :

- ✚ Alimenter convenablement une personne IMC,
- ✚ Bienveillance et institution,
- ✚ Relation d'aide : quelle place pour l'aidant et l'aidé ?

La formation étant incontournable pour lutter contre l'usure, la maltraitance et la routine, je tente également de saisir les opportunités des formations gratuites dispensées par notre organisme collecteur paritaire. Enfin, certains professionnels sont mis à contribution pour informer les personnels sur les pathologies et sur les modes de fonctionnement des usagers (médecin généraliste, médecin psychiatre, psychologue). A l'issue de deux sessions de formation sur la bienveillance, les participants (dont j'étais) ont rédigé une charte de bienveillance, remise à chaque salarié lors de l'embauche et dont il est fait référence sur chaque fiche de poste. Ce document est joint en annexe 3.

Toujours dans l'optique d'un accompagnement amélioré, des groupes de travail ont été mis en place pour élaborer une charte d'accueil à destination des familles lorsque celles-ci viennent chercher ou ramener leur proche. Ce travail a été réalisé avec le conseil de la vie sociale.

La lutte contre l'épuisement professionnel, la routine et les risques psychosociaux :

La relation professionnel/usager est une relation à risques qui nécessite la vigilance de tous : ce risque est d'autant plus prégnant dans une M.A.S ou l'on travaille en proximité de personnes très lourdement handicapées. J'ai souhaité amener le personnel à ce qu'il réfléchisse sur la banalisation, la négation, le cadre légal et réglementaire et les moyens

mis à leur disposition pour lutter contre la maltraitance. J'ai voulu débattre avec eux – notamment à la suite d'un licenciement pour faute grave que j'ai prononcé consécutivement à des actes de maltraitance – de la maltraitance au quotidien, appelée également maltraitance « passive » ou « en creux ». Celle-ci peut s'installer de manière insidieuse, sans que personne n'en prenne réellement conscience. Elle peut être faite d'attitudes, de comportements, de gestes, de réflexions, d'une façon de travailler qui s'inscrivent dans des pratiques sur lesquelles il n'y a plus de recul des professionnels.

Toujours dans l'idée de soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions, il m'a semblé nécessaire de mettre en place des séances d'analyse des pratiques professionnelles.

Ces réunions sont prévues une fois par mois pour toutes les personnes au contact direct et quotidien des usagers : équipes éducatives et animateurs. Ces temps leur permettent d'échanger sur les difficultés rencontrées, les divergences d'impression, de vécu ou de ressenti. Afin d'aborder les situations de manière plus sereine et avec recul, ces réunions ont également pour objectif de pointer les compétences tant techniques que génériques des professionnels. Pour que la parole soit libre, j'ai choisi que ces réunions soient animés par un professionnel extérieur à l'établissement. La confidentialité des propos tenus est totalement respectée. Je sais que ces temps leurs sont précieux et leur permettent « de redonner du sens à leur mission », « de se situer », « de dédramatiser des situations » ou encore, simplement, « de parler de leurs pratiques ».

J'ai souhaité travaillé l'ouverture vers l'extérieur en accueillant des stagiaires et en participant activement à la formation des futurs professionnels du secteur. Ainsi, la M.A.S est aujourd'hui site qualifiant pour recevoir des futurs infirmiers, éducateurs spécialisés, AMP, auxiliaires de vie, ... Le futur professionnel ou le professionnel confirmé qui effectue un stage dans le cadre de la formation continue permet un « regard neuf » et extérieur sur l'accompagnement de l'utilisateur et soulève un questionnement qui suscite, le plus souvent, une prise de recul et une remise en question des pratiques des salariés de l'établissement. En tant que directeur d'établissement, je pense que cette dynamique est essentielle. Bien plus, les salariés « tuteur » ou « référent » du stagiaire se sentent reconnus dans leurs compétences et leur professionnalisme. Même si ces fonctions ne sont pas gratifiées pécuniairement, elles sont très valorisantes pour le personnel, ce qui à mon sens est aussi important que la dynamique que je viens de mentionner.

Toujours dans l'idée de lutter contre les risques d'usure professionnelle et de prendre soin des salariés, sur l'idée de l'attachée de direction, j'ai mis en place des moments d'échanges informels avec le personnel autour de petits déjeuners. Ce sont « les petits

déjeuners de direction » qui se déroulent environ une fois tous les deux mois dans la salle de pause créée il y a deux ans. L'idée est simple : réunir le personnel qui veut se joindre aux membres du comité de direction et converser en toute convivialité. Suite à mon départ en formation, je suis moins présente au sein de l'établissement et lorsque j'y suis, il m'est difficile d'être autant disponible qu'avant le cursus, l'agenda étant fort chargé. J'ai ressenti le besoin de maintenir le lien avec le personnel. J'ai évoqué ce point en comité de direction et l'attachée de direction a proposé cette idée que j'ai aussitôt adoptée. Ces temps informels sont très appréciés des salariés qui s'organisent en roulement pour pouvoir prendre part à ces collations.

La lutte contre les risques psychosociaux et la mise en place de bonnes conditions de travail passent également par un dialogue constructif avec les membres du Comité d'hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (C.H.S.C.T). La réalisation du document unique d'évaluation des risques et des plans de préventions avec les sous-traitants sont des incontournables afin de veiller à la sécurité des personnels.

Enfin, suite à des événements professionnels vécus difficilement par des salariés (décès d'usagers dans des circonstances pénibles, actes particulièrement violents), je n'hésite pas à faire appel à un psychologue extérieur à la structure, spécialisé dans le débriefing post traumatique. Cette méthode, utilisée également auprès de personnes ayant subies de grandes violences, (entre autres attentats, détournements d'avions) – et que j'ai moi-même éprouvée – permet de dépasser plus facilement des épreuves difficiles. Après un événement douloureux, je propose au personnel qui a été exposé de profiter de cet outil. Jusqu'à présent, les quelques salariés qui en ont bénéficié, ont ressenti un réel confort.

d) Un partenariat avec les familles

Le travail réalisé à la M.A.S n'aurait pas de sens s'il n'était pas relayé par les familles quand elles prennent leur enfant (même si ce sont des adultes, ils restent les enfants de leurs parents) à leur domicile ou en week-end. Le statut d'adulte est donc beaucoup questionné car certains parents ont tendance à considérer les usagers comme « de petits enfants » et à entretenir une dépendance plutôt que d'aider leur enfant à progresser. Une grande partie du travail de tous les professionnels de la M.A.S est fait en direction des familles, pour les aider à accepter le handicap (bien souvent, le deuil de l'enfant « normal » n'est pas fait) et les amener à considérer leur enfant comme un adulte avec des besoins mais également avec des possibilités d'exprimer des choix et des envies.

e) Une relation de confiance établie avec la DDASS¹⁹

¹⁹ DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

En sept ans, j'ai toujours travaillé dans la transparence avec l'organisme de tarification et de contrôle qu'est la DDASS. Grâce à de nombreux courriers et à un dossier de rebasage déposé, à des échanges téléphoniques réguliers avec les trois inspecteurs successifs que j'ai eu comme interlocuteurs durant ces années et à une conviction inébranlable, j'ai pu obtenir des moyens supplémentaires pour l'institution, permettant d'améliorer l'accompagnement quotidien proposé aux usagers et les conditions de travail des salariés.

Bien plus, une mesure d'inspection décidée suite à la réception par la DDASS en 2007 d'une lettre anonyme « dénonçant des mesures d'isolement non justifiées » s'est en fait soldée par une lettre du directeur de la DDASS félicitant l'association pour le travail remarquable accompli au sein de l'établissement et pour la qualité de l'accompagnement effectué.

Enfin, depuis cinq ans, alors que la M.A.S était déficitaire dès son ouverture, les comptes administratifs se soldent par de légers excédents, notamment du fait de la réduction de l'absentéisme. Tous ces paramètres font que les relations entre le tarificateur et la structure n'ont fait que s'améliorer en sept ans et qu'un véritable lien de confiance s'est créé, chacun gardant sa place néanmoins. Il est très confortable pour un directeur d'ESMS²⁰ de sentir de l'écoute, de l'intérêt et même du soutien de la part de l'inspecteur auquel est rattaché son établissement.

Conclusion de la première partie

Tout au long de cette première partie, j'ai voulu démontrer au lecteur l'évolution de la qualité des prestations désormais offertes aux usagers et à travers celle-ci, ma conception du rôle de direction. Cette évolution s'est faite grâce à l'adhésion du personnel à de nouvelles pratiques professionnelles que j'ai impulsées et qui ont été travaillées, en premier lieu, avec les membres du comité de direction. Cette démarche s'est enrichie au fil du temps des propositions des équipes, grâce à leur participation dynamique en relation avec leur capacité professionnelle et leur implication personnelle. Grâce à ce travail, les salariés ont aujourd'hui gagné en reconnaissance, motivation et compétence.

Cependant, la population que nous accueillons évolue peu à peu, du fait de récentes modifications de l'environnement et des politiques publiques. Quelques usagers issus du secteur de la psychiatrie sont désormais accueillis à la M.A.S. Ce sont ces évolutions et leurs conséquences sur l'établissement que je souhaite présenter maintenant au lecteur.

²⁰ ESMS : Etablissement social et médico-social

II – LA QUESTION DU TERRITOIRE, SES ENJEUX ET SES CONSEQUENCES EN INTERNE

*« Il ne suffit pas de faire le compte des manques pour percevoir correctement les besoins. C'est parce qu'on a procédé ainsi jusqu'à maintenant, omettant de compter aussi sur les ressources et sur les potentiels du sujet, que l'action sociale, amenant de l'aide, a souvent conduit à l'assistance ».*²¹

Dans son ouvrage « Penser le management en action sociale », J-R LOUBAT nous rappelle que « dans un univers en pleine mutation, le dirigeant doit se trouver plus que jamais en prise sur les tendances de son environnement »²². Je souhaite présenter maintenant au lecteur les évolutions récentes en matière de politique publique et les impacts qu'elles ont sur le public accueilli au sein de la M.A.S.

1. Une évolution récente des politiques publiques favorisant l'émergence des besoins pour le public du handicap psychique

1.1 La loi HPST²³ et la création des ARS²⁴

Un élément d'actualité intervient qui va transformer la configuration de l'offre de soins sur les Yvelines : les complémentarités entre les établissements de santé et les structures médico-sociales sont amenées à beaucoup se renforcer, dans le contexte de l'application de la loi HPST du 21 juillet 2009. En effet, cette loi s'ouvre sur un principe important : les établissements de santé « *participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent* »²⁵.

²¹ ZUCMAN E. Handicaps et inadaptations, les cahiers du CTNERHI, Oct-Déc. 1982, n°20, p 17/18.

²² LOUBAT JR, Penser le management en action sociale, Op. Cit.

²³ HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

²⁴ ARS : Agences Régionales de Santé

²⁵ Article 1 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), devenu article L. 6111-1 du code de la santé publique.

Les ARS vont donc avoir un rôle décisif dans la structuration de l'offre de service, sachant que la vitalité des dispositifs qui seront proposés et retenus dépendront des déclinaisons locales et des pratiques, tant au niveau du sanitaire qu'au niveau des établissements sociaux et médico-sociaux. L'anticipation est donc plus que jamais très importante : dans ce cadre, je me suis d'ores et déjà rapprochée des instances dirigeantes de l'hôpital psychiatrique dont dépend la M.A.S que je dirige afin d'évoquer les enjeux et les bénéfices réciproques au développement de l'articulation déjà mise en place et que je décrirai en partie II de ce mémoire.

Afin de mieux connaître ce partenaire désormais incontournable et affiner le projet que je souhaite mettre en place et que je vais présenter en partie III de ce document, j'ai choisi de faire le stage relatif à l'écriture de ce mémoire dans cet hôpital. Il s'agit du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan/Les Mureaux qui m'a accueilli durant une semaine sur le site de BECHEVILLE, au pavillon psychiatrique les quatre vents. C'est, en partie, grâce aux échanges que j'ai eu avec ces professionnels que ce projet a pris toute sa dimension.

1.2 La reconnaissance du handicap psychique

Ces dernières années, avec la loi du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005, un certain nombre d'évènements ont modifié en profondeur l'environnement dans lequel je travaille, comme je l'ai montré dans la première partie de ce mémoire. Une autre évolution doit être mentionnée ici : la reconnaissance du handicap psychique.

En effet, comme le font remarquer Gérard ZRIBI et Jacques SARFATI ²⁶ « *On a longtemps distingué de façon très catégorique le handicap mental (l'absence de raison, le manque d'intelligence...) de la folie et des troubles psychiques (la déraison, les troubles de la raison ...). Il y a peu, on affirmait encore par rapport au handicap mental que le problème résidait uniquement dans le déficit d'intelligence qui serait fixé une fois pour toute. Pour les personnes atteintes de troubles psychiques, c'était la notion de maladie qui était mise en avant supposant la mobilité et la réversibilité* ». Avec cette distinction, les enfants reconnus comme handicapés et examinés par les commissions spéciales (CDES²⁷) étaient orientés vers le secteur médico-éducatif alors que les autres, pourtant eux-aussi concernés par le handicap pour le désavantage social qu'il apporte, ne relevaient pas de ces commissions mais étaient orientés vers les établissements et services sanitaires. Cette distinction perdurait à l'âge adulte. Ainsi, les personnes affectées de troubles

²⁶ ZRIBI G., SARFATI J. « *Handicapés mentaux et psychiques - Vers de nouveaux droits* » EHESP, 2008.

²⁷ Commission départementale d'éducation spéciale

psychiques graves ou de « maladies mentales évolutives » constituaient donc une population à part. Déjà, une circulaire ancienne du ministère de la santé du 16 mars 1972 avait dénoncé « cette séparation trop rigoureuse » entre maladie mentale et déficience mentale qui engendrait une rigidité dans le fonctionnement des établissements par rapport à la réalité des besoins des populations accueillies.

Depuis quelques années, ces définitions sont beaucoup moins tranchées, voire contestées. G. ZRIBI nous rappelle dans son ouvrage précédemment cité « *qu'on admet beaucoup plus facilement qu'un handicapé mental soit affecté de troubles psychiques (dépression, troubles suicidaires, agressivité...) et que son efficience et son devenir soient largement influencés positivement ou négativement par l'environnement familial, la qualité de l'éducation, des soins et de l'accompagnement social* ».

Une autre notion est également admise désormais : on peut être handicapé psychique toute sa vie, sans guérison. Cette évolution fait qu'aujourd'hui la scission entre handicap mental et maladie mentale ou handicap mental et handicap psychique tend à disparaître dans les textes récents ; maladie et handicap ne sont jamais que deux aspects d'un même processus envisagés sous des angles différents. La loi du 11 février 2005 dont j'ai déjà fait mention - dans sa définition du handicap qu'elle donne pour la première fois - englobe la notion de psychique. Désormais, selon l'article 1^{er} de cette loi constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

L'assouplissement des barrières entre ces catégories de handicap et la reconnaissance du handicap psychique présentent à mon sens au moins deux intérêts pour la professionnelle que je suis : celui d'appréhender un sujet dans sa singularité propre et non au travers d'une classification de type médicale ou administrative et celui de devoir élaborer des solutions - institutionnelles et/ou non, sanitaires et/ou médico-sociales - beaucoup plus variées.

Fort logiquement, le secteur de la psychiatrie s'est saisi de cette évolution au travers notamment du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, qui a mis l'accent sur les « inadéquations » existantes au sein des établissements hospitaliers entre certains publics accueillis et leurs besoins et la nécessaire articulation à mettre en place entre sanitaire, médico-social et social.

1.3 Le décret du 20 mars 2009 applicable aux M.A.S

Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie est d'importance car, outre le fait qu'il fait entrer dans l'agrément des M.A.S, des F.A.M et des SAMSAH²⁸ les personnes porteuses de handicap psychique, il dresse également un cahier des charges des prestations devant être offertes. Ainsi, les dispositions de la section 1-1 définissent les modalités devant être mise en œuvre pour assurer la qualité et la continuité de l'accompagnement, l'organisation et le fonctionnement des établissements et services notamment en terme de personnel (composition et fonctionnement) salarié ou non de l'établissement. Ce texte précise en outre en son article 344-5-12 que « *la composition de l'équipe pluridisciplinaire et les effectifs doivent tenir compte des spécificités des personnes accompagnées qui nécessitent un accompagnement renforcé* ». Ce décret prévoit par ailleurs que « pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements [M.A.S, F.A.M et SAMSAH] (...) passent une convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes. » Ce texte insiste sur la nécessité d'apporter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique et l'accompagnement médical coordonné garantissant la qualité et la continuité des soins. Enfin, ce texte préconise l'accueil des personnes handicapées par petits groupes au sein d'unités de vie.

En application de ce texte, la M.A.S doit désormais répondre à un cahier des charges extrêmement précis, y compris sur la spécificité du handicap psychique. Mais l'établissement pourra également compter sur l'arrivée de moyens supplémentaires pour mettre en place cet accompagnement, s'il démontre que les personnes qui présentent un handicap psychique nécessitent un accompagnement renforcé.

2. De nouveaux enjeux au niveau du département

Avant de proposer au lecteur d'examiner les nouveaux enjeux qui apparaissent actuellement sur le territoire dans lequel j'exerce, il convient de lui donner un rapide éclairage géographique, économique et social de celui-ci.

²⁸ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

A l'ouest de PARIS, le département des Yvelines s'ouvre sur le grand bassin parisien. Créé en 1968, c'est le plus étendu des départements français : il s'étend sur 2 284 km² et compte 262 communes, dont plus de la moitié sont des communes rurales. Situé au centre du bassin parisien, à l'ouest et au sud-ouest de Paris, à une vingtaine de kilomètres de la capitale, il est limitrophe des départements du Val-d'Oise au nord, des Hauts-de-Seine à l'est, de l'Essonne au sud-est, d'Eure-et-Loir au sud-ouest et de l'Eure au nord-ouest. Sa préfecture se situe à VERSAILLES. L'est du département, ainsi que le nord le long de la Seine, font partie de l'agglomération parisienne, tandis que le reste du département est encore rural, et possède de vastes zones boisées. Avec 1 370 443 habitants, le département est le plus peuplé de la Grande Couronne et le huitième de France. Il se caractérise par la jeunesse de sa population dont 28 % a moins de 20 ans (source INSEE²⁹).

Dynamiques, les Yvelines concentrent 548 500 emplois, soit 9 % du total régional. De ce fait, l'économie de ce département se situe au quatrième rang des départements de l'Ile-de-France, après PARIS, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Comme dans le reste de la région, le secteur tertiaire est largement dominant avec plus de 75 % des emplois, mais nettement moins que dans les autres départements franciliens (82 % en moyenne régionale). En revanche, ce département est le plus industrialisé d'Ile-de-France avec 96 506 emplois industriels, soit plus de 16 % du total régional. L'agriculture occupe une place marginale avec 1 % des emplois, part qui reste toutefois plus importante que dans les autres régions d'Ile-de-France. L'économie départementale s'est montrée relativement dynamique entre 1999 et 2006 avec une croissance de l'emploi total de 7,5 %.

Toujours selon l'INSEE, le taux de chômage dans les Yvelines au 1^{er} trimestre 2009 était de 5,9% contre 7,4% en Ile-de-France et 8,7% en France Métropolitaine. Aussi, avec près d'un point et demi de moins que la moyenne régionale et 0,8 point de moins que la moyenne de la grande couronne, les Yvelines présentent le plus faible taux de chômage de la région.

Au niveau administratif, le département des Yvelines est divisé en 39 cantons. ECQUEVILLY est rattaché au canton de Mantes-la-Jolie qui compte onze communes et 32 116 habitants.

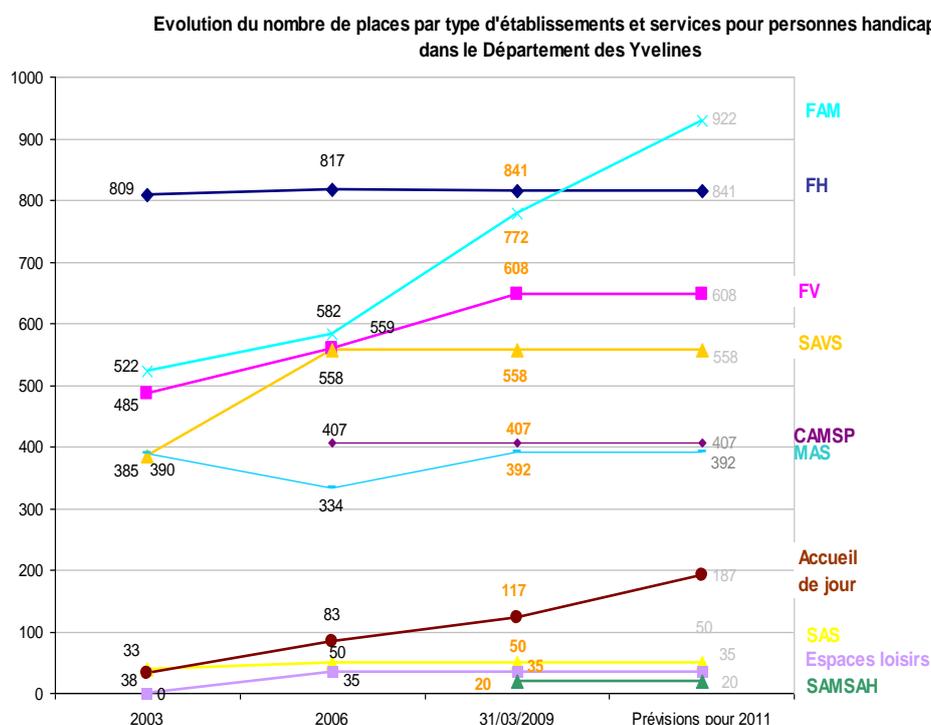
Mais, au-delà du tableau quelque peu idyllique présentés par les divers sites internet que j'ai consulté pur réaliser ce portrait de mon département, les Yvelines, ce sont aussi des

²⁹ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

villes comme LES MUREAUX ou MANTES-LA-JOLIE, connues pour abriter des citées où la violence est quotidienne. ECQUEVILLY n'est pas épargné et compte une citée qui abrite de nombreux trafics. La M.A.S est voisine de celle-ci et a subi par le passé de nombreuses dégradations, des incendies et des vols. Ces incidents – qui auraient pu avoir parfois des conséquences dramatiques pour les usagers et le personnel – m'ont conduit à mettre en place une politique sécurité (entre autres gardien de nuit, caméras de surveillance, portail automatique, éclairage du parking). Grâce à celle-ci, les incidents se font plus rares.

2.1 L'offre de service du département en direction des personnes handicapées

Comme le montre ce schéma, le département des Yvelines est fort bien doté en équipements pour personnes handicapées et notamment en M.A.S et en F.A.M.



(Source : Conseil général et DDASS des Yvelines)

En effet, les établissements et services sociaux et médico-sociaux à destination des personnes handicapées ont fait l'objet d'efforts importants dans le cadre de la précédente programmation. L'A.G.E.H.V.S, a elle seule, a permis l'implantation d'une M.A.S de 48 places et d'un F.A.M de 65 places situés à LIMAY.

Le taux d'équipement Yvelinois en F.A.M (1,105 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans en février 2009) est largement supérieur à la moyenne régionale (0,474 ‰) et place les Yvelines en tête des départements franciliens. Ce taux est cependant plus faible

(0,538 ‰), quoique quasiment identique à la moyenne régionale (0,545 ‰), pour les M.A.S.

Taux d'équipement en établissements pour adultes par type de handicap au 15/2/2009

	Déficients intellectuels et handicapés vieillissants	Autisme	Déficiência motrice	Polyhandicap	Déficiência psychique	Traumatisés crâniens
Yvelines	0,56	0,13	0,01	0,65	0,13	0,06
Ile-de-France	0,20	0,14	0,12	0,33	0,24	0,07

Source : DDASS des Yvelines

L'examen des taux d'équipement par type de handicap met en évidence un taux d'équipement élevé en ce qui concerne les déficiences intellectuelles et les personnes handicapées vieillissantes, mais un taux d'équipement faible pour les adultes présentant un handicap psychique.

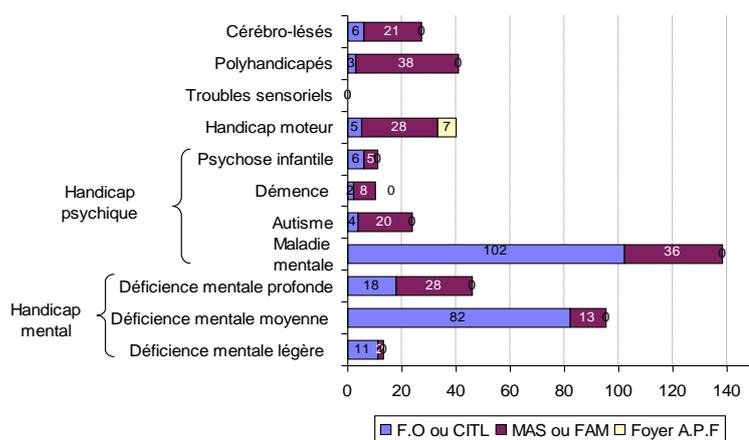
La CDAPH³⁰ a prononcé 312 décisions d'orientation et 179 décisions de placement en 2008. A la fin de l'année 2008, 445 personnes étaient en attente de placement suite à une orientation de la CDAPH. Ce chiffre s'inscrit dans une tendance globale à la hausse depuis le milieu des années 1990, avec cependant une légère baisse de 2007 à 2008.

Parmi ces personnes, celles présentant un handicap psychique (maladie mentale, autisme, démence ou psychose infantile) sont les plus nombreuses : elles représentent ensemble 46 % des personnes en attente. Cela révèle le manque de structures et de solution de prise en charge adaptées au handicap psychique soulevé plus haut.

Le graphique ci-après fait apparaître qu'à fin 2008, 69 personnes porteuses de handicap psychique étaient en attente d'un placement en M.A.S.

³⁰ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Personnes en attente de placement au 31 décembre 2008, par type de handicap et par orientation

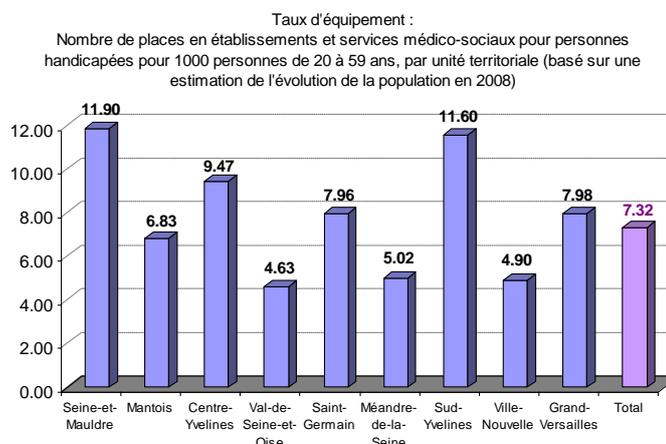


Source : MDPH78

La MDPH constatait au même moment, fin 2008, que 159 places en établissements et services étaient libres, ce qui interroge la professionnelle que je suis sur l'adéquation entre l'offre et le besoin.

a) Se situer : quels équipements sur le territoire de la M.A.S ?

Depuis 2008, le département des Yvelines est divisé en neuf territoires d'action sociale. La M.A.S fait partie du secteur de la Seine-et-Maudre (confère annexe 4) auquel est rattaché également le Centre Hospitalier intercommunal de MEULAN/LES MUREAUX. Bien que ce secteur soit géographiquement moins étendu que d'autres du département, le graphique ci-dessous montre que c'est le secteur des Yvelines qui est le mieux pourvu en ESMS, sans doute du fait de l'action de l'A.G.E.H.V.S (source schéma départemental).



Le département compte aujourd'hui dix M.A.S. Sur ces dix établissements, huit sont spécialisés dans l'accueil des personnes polyhandicapées et handicapées moteur, une dans l'accueil de personnes sourdes et aveugles. Seule une structure est spécialisée

dans l'accueil des personnes atteintes de déficience mentale. Renseignements pris, cet établissement est complet et sa liste d'attente est longue. De plus, il n'est pas spécialisé dans l'accueil des personnes « psychiatriquées ». Sur le département, il est prévu l'ouverture en septembre 2010 d'un F.A.M spécialisé dans l'accueil de personnes développant des troubles psychiques. J'ai pris contact avec la fondation qui est à l'origine de ce projet pour connaître exactement quelle sera la population retenue. Ce nouvel établissement accueillera uniquement des adultes schizophrènes ayant une certaine autonomie. Ainsi, si le département est bien doté en terme de M.A.S., il n'existe pas de Maison d'Accueil Spécialisée offrant un service dédié aux personnes porteuses de handicap psychique dans le département des Yvelines.

b) Les attendus du schéma départemental en matière de handicap psychique

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale du département des Yvelines vient d'être rendu public. Celui-ci est un outil de planification et d'aménagement social et médico-social du territoire qui coordonne les actions qui seront menées à partir de 2010 et pour cinq ans. De ce schéma dépend la programmation des structures et des futurs appels à projets à l'intention des promoteurs. Ce schéma a été réalisé suite à la consultation de professionnels par le biais de groupes de travail. L'A.G.E.H.V.S est intervenue notamment sur les groupes relatifs aux secteurs de l'enfance et du handicap psychique.

Après avoir fait le constat d'un manque d'équipement pour les personnes porteuses de handicap psychique, insisté sur le fait que cette population représente 41 % des personnes en attente de placement, et dressé le constat qu'il existe un manque de coordination entre les professionnels qui prennent en charge le handicap psychique, le nouveau schéma départemental prévoit de :

- Favoriser la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social pour faire émerger des solutions innovantes en matière de prise en charge du handicap psychique (fiche action n°14 portée en annexe 5)
- Développer l'offre en matière d'hébergement des personnes souffrant de handicap psychique en diversifiant les types de mode de vie proposés (Foyer d'hébergement, Foyers de vie, F.A.M et M.A.S). Des mesures sont détaillées dans la fiche action 21, produite en annexe 6. Ces deux fiches action ont un niveau de priorité 1 – ces niveaux vont de 1 à 4 -. Ces premiers éléments me confirment que la prise en charge du handicap psychique sur le département des Yvelines est un enjeu majeur. Mais qu'en est-il au niveau régional ?

c) *Les attendus du PRIAC³¹*

Les PRIAC veillent à l'évolution et à l'adaptation de l'offre collective d'accompagnement, et l'un de leurs objectifs est de diversifier l'offre des services pour permettre l'expression du choix de la personne. Prévus par la loi du 11 février 2005 (article 58), les PRIAC établissent, à hauteur de la région, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services pour les personnes handicapées relevant de la compétence tarifaire de l'état. Ainsi, le département des Yvelines relève du PRIAC d'Ile-de-France.

Ce document, établi pour la période 2009 – 2013, fait état de la création future de 1000 places d'accueil, sur la région, à destination des personnes adultes porteuses de handicap psychique. Mais ce document traite également de la nécessité de prendre en charge le handicap psychique dès l'enfance par du dépistage précoce avec la création de CAMSP spécifiquement dédiés et celle de SESSAD. Là encore, au niveau régional, la nécessité de créer des structures ou des services spécifiquement dédiés aux personnes porteuses de handicap psychique existe.

Mais ce besoin est affirmé plus encore dans le « Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie ». Ce document, élaboré par la DGAS³² et la CNSA³³, consolide les PRIAC au niveau national et arrête la programmation de 2008 à 2012. Il indique, entre autres, que « *La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 va également générer dans la continuité des soins psychiatriques des besoins d'accompagnement médico-sociaux nouveaux et diversifiés* ». Ainsi, au niveau national, ce document de programmation préconise la mise en place de réponses pour prendre en charge les troubles du comportement et le handicap psychique selon des modes diversifiés :

- ✚ une meilleure desserte territoriale en CMPP³⁴, qui fonctionnent selon un mode ambulatoire (20 M€ supplémentaires soit l'équivalent de 30 nouvelles structures) ;
- ✚ 1550 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) en établissements et 1450 places en SESSAD³⁵ spécialisés. Ces réponses seront programmées et élaborées en liaison avec la pédopsychiatrie, l'Education Nationale,

³¹ PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

³² DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

³³ CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

³⁴ CMPP : Centre Médico-psycho-pédagogique

³⁵ SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et la Protection de l'enfance (Conseil Général).

La programmation est complétée pour les adultes présentant un handicap psychique avec 2000 places de M.A.S-F.A.M et 3750 places de SAMSAH. « *Cette programmation devrait prioritairement s'adresser aux personnes handicapées psychiques sans solution et contribuer à titre complémentaire à l'adaptation des réponses médico-sociales pour les personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie, qui en relèvent en complément des transformations issues du secteur sanitaire (pour mémoire le nombre de personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie relevant de réponses sociales et médico-sociales est estimé à 12000 dans le plan santé mentale)* ».

L'étude de ces documents confirme l'existence de personnes souffrant de handicap psychique qui se trouvent sans solution ou dans des lieux inadaptés. Que ce soit au plan du département, de la région ou au niveau national, la nécessité de proposer des solutions innovantes pour accompagner les personnes handicapées psychiques – notamment celles sortant de psychiatrie – est désormais considéré par les pouvoirs publics comme une priorité.

Afin que mon étude soit la plus complète possible, il convient d'éclairer maintenant le lecteur sur l'évolution récente de la psychiatrie et sa collaboration avec le secteur médico-social.

2.2 Le schéma départemental propre à la psychiatrie

La rencontre de la psychiatrie et du handicap n'a pas été aisée. D'une part, la psychiatrie française ne s'attendait pas à la loi d'orientation du 30 juin 1975³⁶. Elle n'avait pas du tout été associée à l'élaboration de cette loi qui était essentiellement demandée par les familles qui ne voulaient plus que leurs enfants soient dans des établissements psychiatriques, dans des foyers de l'aide sociale à l'enfance gérés par les hôpitaux, ou dans des hospices. Cette loi a été l'objet de beaucoup de malentendus et de polémiques parce que les psychiatres ne voulaient pas que l'on parle de handicap à propos de leurs patients. Ce terme était pour eux beaucoup trop stigmatisant. C'était tellement violent à l'époque que le corps des médecins psychiatres parlait de « loi scélérate » et que certains praticiens avaient préconisé le boycott des commissions prévues par la loi (COTOREP³⁷ et CDES).

Cette hostilité s'expliquait essentiellement pour trois raisons :

³⁶ Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées

³⁷ COTOREP : Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel

- ✚ d'une part, en 1970-75, plus de 100.000 patients étaient encore hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques, dont de nombreux patients au long cours pour lesquels, il n'existait aucune perspective de sortie,
- ✚ d'autre part, c'était une constante de la psychiatrie de refuser l'idée que l'on puisse proposer des soins aigus et des soins chroniques, sur le modèle des soins somatiques pour lesquels il existe des services de court séjour, de long séjour et de moyen séjour. En psychiatrie, on revendiquait à l'époque une seule psychiatrie égalitaire qui prétendait soigner les patients du début jusqu'à leur guérison, voire jusqu'à leur mort.
- ✚ Enfin, en 1975, la politique de secteur venait de démarrer : il s'agissait qu'une même équipe s'occupe d'une population sur un territoire donné. Mais il est important de souligner que ce n'est pas l'aspect géographique qui était primordiale, mais l'idée d'une continuité des soins, conçue parfois sur un mode totalisant puisqu'elle intégrait la dimension du dépistage, des soins, de l'assistance, de la réinsertion et de la réhabilitation psychosociale. Cette nouvelle politique pouvait conduire un grand nombre de médecins psychiatres à refuser de penser que leurs patients pouvaient bénéficier d'autres modes d'aide en particulier dans le champ social et médico-social.

Cette situation de quasi-hostilité du secteur psychiatrique à l'encontre du terme « handicap » pour désigner les malades soignés en psychiatrie s'est renversée avec la loi du 11 février 2005. En effet, par l'acquisition du statut de personne porteuse de handicap psychique, les malades pouvaient désormais avoir des droits pour compenser les difficultés liées à leur maladie. En outre, cette loi – pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - supprimait du vocabulaire officiel des mots jugés stigmatisants comme « éducation spéciale », « intégration scolaire » au profit d'accessibilité, de compensation, d'équité, de citoyenneté, de participation. C'est donc un nouveau chapitre qui s'ouvre entre le secteur sanitaire, social et médico-social au profit des usagers porteurs de handicap psychique.

a) *Une politique de fermeture de lits*

Sous l'angle médical, l'hospitalisation psychiatrique peut être définie comme l'offre de traitement qui concentre le plateau technique le plus performant avec du personnel spécialisé compétent et en nombre suffisant, dans des conditions d'accueil contenant et de sécurité tant pour les personnes soignées que pour les soignants. L'hospitalisation psychiatrique est donc considérée comme le traitement de référence pour les cas les plus compliqués et les plus graves. Son objectif est de traiter en temps réel, 24 heures sur

24, 7 jours sur 7, les troubles mentaux aigus de courte ou de plus longue durée, ainsi que les troubles mentaux subaigus instables, parfois sur une très longue durée. Cependant, au vu de la concentration des moyens humains qu'il nécessite et du coût de fonctionnement qui en découle, le traitement hospitalier est le traitement le plus cher. Or, compte tenu de la diminution des crédits financiers alloués aux hôpitaux – et également de l'évolution des mentalités quant à la nécessité de traiter les personnes en intra-hospitalier que je viens de mentionner - nous sommes passés, en France en 2007, de 120 000 lits de psychiatrie à 56 907 lits. Entre 1997 et 2004, plus d'un lit d'hospitalisation complète sur six a été fermé tandis que les capacités d'accueil de jour et de nuit sont restées quasiment stables. La densité nationale d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle est passée de 164 à 138 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2004 ³⁸.

b) Une forte demande de collaboration avec le secteur médico-social

Le département des Yvelines n'a pas échappé à cette réalité puisqu'il comptait au total (offre publique et privée) au 1^{er} janvier 2007 une capacité de 1583 lits d'hospitalisation³⁹ (dont 1048 en hospitalisation complète) ce qui représente 121 lits pour 100 000 habitants. Compte tenu de ces données, l'hôpital psychiatrique de BECHEVILLE – tout comme les autres - n'hospitalise les personnes qu'en cas de crise aiguë et ne conserve les patients qu'un temps minimum, l'hospitalisation ambulatoire (l'extra-hospitalier) prenant le relais à la sortie. Le secteur psychiatrique dont dépend la M.A.S D'ECQUEVILLY est donc dans une demande forte de partenariats divers avec le secteur médico-social pour offrir d'autres alternatives, d'autres modes de prises en charge, aux personnes souffrant de handicaps psychiques.

2.3 La nouvelle gouvernance associative

Notre nouveau président souhaite pouvoir orienter la politique de développement de l'association plus particulièrement vers le handicap psychique du fait des besoins non couverts sur le territoire. A ce titre, notre association mène un travail prospectif avec le secteur sanitaire afin, d'une part, d'éclairer les pouvoirs publics sur les besoins non couverts aujourd'hui des personnes porteuses de handicap psychique et d'autre part, d'y répondre.

Les résultats de ce travail montrent d'ores et déjà que les personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent de nombreuses difficultés pour se loger. Ce premier constat

³⁸ Données statistiques de la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques et DHOS.

³⁹ Sources INSEE

rejoint en tous points celui faite par le schéma départemental des Yvelines⁴⁰ qui reprend cette question dans sa fiche-action 21 relative au développement de l'offre en matière d'hébergement des personnes souffrant de handicap psychique.

Ce document indique qu'« *Au-delà des difficultés de tout un chacun liées au coût du logement dans le secteur privé et à la disponibilité de ces logements, les personnes handicapées psychiques sont souvent confrontées ensuite à un problème d'acceptation de leur handicap par leur environnement en milieu ordinaire. En milieu protégé, les places sont très peu nombreuses Le problème de l'hébergement est crucial pour ces personnes et les solutions proposées se doivent d'être multiples afin de répondre aux différentes attentes et capacités de ces personnes et afin de s'adapter dans le temps à la variabilité de la pathologie de la personne.* » Dans l'optique de répondre à ce besoin, l'A.G.E.H.V.S. prévoit de s'inscrire très rapidement dans la création d'un SAMSAH et d'appartements thérapeutiques, répondant en cela aux besoins du territoire relevé dans le schéma.

Je souscris à la nouvelle orientation que prends l'A.G.E.H.V.S. D'une part, dans ma pratique professionnelle, je m'aperçois au vu des dossiers d'admission que je reçois, que de nombreuses personnes accueillies à l'hôpital psychiatrique sont en attente de placement.

D'autre part, les chiffres produits par l'OMS⁴¹ indiquent qu'une personne sur cinq chaque année développe des troubles psychiques, une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière⁴². La majorité de ces personnes ne relève pas d'hospitalisation lourde mais ont besoin d'une prise en charge au niveau social (entre autres, réinsertion professionnelle, aide au logement, accès aux loisirs) et au niveau-médico-social. Les associations ont toute leur place pour répondre à ces divers besoins en proposant des solutions innovantes.

⁴⁰ Schéma d'Organisation sociale et Médico-sociale et Yvelines 3^{ème} génération 2010 - 2015

⁴¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

⁴² Sources : Rapport COUTY – Revue Pluriels – n° 78 – Avril 2009

3. Les conséquences en interne

3.1 La prise en compte du handicap psychique et ses effets sur les orientations en M.A.S

Comme nous l'avons vu précédemment, la loi du 11 février 2005 a reconnu que la maladie psychique pouvait entraîner une nouvelle forme de handicap : le handicap psychique. Cette reconnaissance a ouvert une nouvelle opportunité dont se saisit, à raison, le secteur hospitalier. Par ce biais, petit à petit, les hôpitaux psychiatriques libèrent les lits occupés parfois depuis des années par des patients souffrant de grosses pathologies chroniques, très souvent en rupture du fait de leur histoire de vie avec leur famille et la société. Pour le personnel soignant, ces patients sont stabilisés : le traitement est adapté mais un retour à domicile est toutefois impensable du fait de l'état de grande dépendance que présentent désormais ces patients. L'hôpital psychiatrique juge qu'il a rempli son rôle et que le patient a désormais besoin d'un véritable lieu de vie.

Depuis la loi du 11 février 2005, les services sociaux des hôpitaux psychiatriques demandent à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, via la Coordination du Handicap Locale, qu'elle statue sur l'orientation de ces personnes, au vu des rapports des professionnels de l'hôpital psychiatrique. Or, pour toutes les personnes qui ont besoin de l'assistance d'un tiers pour l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne, c'est une orientation en M.A.S qui est prononcée. Actuellement, toutes les MDPH sont saisies de demandes émanant du secteur hospitalier : la MDPH de VERSAILLES ne fait pas exception. Le besoin de placement au sein du département des Yvelines est donc grand : c'est pourquoi je reçois désormais beaucoup de dossiers de candidature de personnes issues de la psychiatrie.

3.2 L'arrivée d'une nouvelle population à la M.A.S Léon HERZ

a) Rencontre avec le handicap psychique

Dans la première partie de ce mémoire, j'ai souhaité expliquer au lecteur le parcours effectué par la plupart des personnes polyhandicapées qui sont accueillies à la M.A.S, car l'accompagnement proposé étant global, l'histoire de vie des personnes que nous accompagnons est très importante pour nous éclairer, nous guider.

Le parcours de vie des personnes « psychiatisées » est très différent. Bien souvent, les personnes ayant développé une psychose infantile ont eu une enfance ponctuée par des hospitalisations dans des services de pédo psychiatrie avec, déjà, des problèmes de rapport à l'autre et de violence. Le diagnostic est difficile. Ces hospitalisations sont de

longue durée avec des retours au domicile des parents. La plupart du temps, c'est à l'adolescence que le diagnostic est posé, avec l'accroissement des troubles. Une orientation en I.M.E est décidée ou en ITEP⁴³. Les hospitalisations en psychiatrie se poursuivent, permettant ainsi une évaluation du traitement. Ces séjours permettent également à la famille d'avoir des moments de répit, lorsque l'établissement d'accueil n'est pas un internat.

A l'âge adulte, ces personnes peuvent être orientées par la MDPH en ESAT, car elles ont souvent la capacité de travailler. Mais la maladie poursuit son œuvre, et une forte décompensation finit par se produire –avec tentative de suicide fréquente –, nécessitant alors une hospitalisation en psychiatrie de plusieurs années.

Pour les usagers qui ont développé une schizophrénie, l'enfance n'a souvent pas posé de problème particulier. La scolarité s'est faite normalement. C'est à l'adolescence ou au début de l'âge adulte que les troubles apparaissent. Ils s'aggravent jusqu'à nécessiter, pour ces personnes également, de longs séjours en hôpital psychiatrique. L'état de ces patients fini par se stabiliser : le traitement est adapté, les troubles, même s'ils existent encore, sont moins prégnants. Le personnel soignant juge que l'hôpital psychiatrique a rempli son rôle et n'est plus adapté aux besoins du patient, qu'il lui faut désormais un lieu de vie. Un retour à domicile est toutefois impensable du fait de l'état de grande dépendance que présentent désormais ces adultes qui ne peuvent absolument plus se prendre en charge. Là-encore, il est demandé à la MDPH qu'elle statue sur l'orientation de ces personnes, au vu des rapports des professionnels de l'hôpital psychiatrique.

Le handicap psychique a comme origine soit une maladie, soit des troubles psychiatriques ou bien une perturbation d'équilibre psychologique. Les capacités mentales, cognitives et intellectuelles de ces personnes sont perturbées par des symptômes qui invalident, limitent ou déforment de façon plus ou moins passagère et à des degrés divers, leur vie mentale, affective ou physique. Dans la limite où elles se trouvent dans une situation de vulnérabilité constante et de grande dépendance, la frontière entre handicap mental et psychique est difficilement évaluable. Ces notions deviennent plus complémentaires qu'étrangères et trouvent des points de similitudes à cause de l'altération de l'état de santé, relative au psychisme (psychose précoce, psychose autistiques ou autisme infantile) et au retard important des fonctions intellectuelles (déficience mentale profonde et sévère).

Les personnes qui sont issues du secteur psychiatriques font naître en nous un étrange trouble : elles sont souvent marquées physiquement et psychologiquement. Il est

⁴³ ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

pratiquement impossible de pouvoir s'identifier à elles, mettant en cela en péril ce que P-C. RACAMIER⁴⁴ nomme « *l'idée du moi* » c'est-à-dire *la certitude que nous avons, lorsque l'on s'adresse à un autre humain, qu'il est de la même nature que nous* ». Ces personnes viennent réveiller chez nous ce que FREUD⁴⁵ appelle « *l'inquiétante étrangeté : cet univers pulsionnel que nous tentons de refouler en nous et qui se révèle à nous dans toute sa crudité, provoquant effroi et fascination* ».

Marie-Pierre est atteinte de psychose infantile. Dès l'enfance, elle a présenté des troubles importants du comportement, nécessitant de nombreuses hospitalisations en pédo-psychiatrie. Elle a aujourd'hui 35 ans et a enchaîné les séjours dans divers hôpitaux et cliniques psychiatriques jusqu'au décès de sa maman ou un placement en M.A.S a été obtenu. Marie-Pierre a un très bon degré de compréhension et s'exprime fort bien quand elle n'est pas en crise. Marchante, elle se déplace parfaitement dans l'institution car elle se repère dans l'espace. Marie-Pierre sait lire : elle peut exécuter un karaoké endiablé ou faire une partie de scrabble et se confronter aux meilleurs joueurs, salariés compris ! Marie-Pierre bénéficie donc d'une bonne autonomie, d'autant qu'elle est continente. En revanche, Marie-Pierre a des troubles obsessionnels du comportement qui sont très prégnants : ainsi, entre autres, elle veut sans cesse : ranger les affaires de ses camarades faisant pour cela intrusion dans les chambres, vider systématiquement toute la nourriture des assiettes de ses voisins et des plats sur les tables, sortir de l'établissement pour aller se promener en voiture. Ses demandes sont impératives et nécessitent une réponse rapide de la part des encadrants. Lorsque Marie-Pierre ne va pas bien, elle passe son temps à hurler et peut se masturber frénétiquement jusqu'au sang, si les professionnels n'interviennent pas. Elle peut également faire preuve d'auto-agressivité – en se frappant – ou faire preuve d'hétéro-agressivité – en frappant des usagers ou du personnel.

Maurice est fort différent et son histoire de vie aussi. Brillant médecin, Maurice souffrait de troubles bipolaires. Lors de sa dernière tentative de suicide par pendaison, Maurice a souffert d'une anoxie cérébrale. Après un long placement à l'hôpital psychiatrique, Maurice est entré dans notre établissement il y a six mois. C'est une personne très douce au quotidien, qui a besoins sans cesse d'être stimulée car Maurice a tendance à se replier sur lui-même et à se couper de la réalité. Il a toutefois besoin de se retrouver seul dans sa chambre de longs moments à ne rien faire. A son arrivée, cet homme était persuadé de venir exercer en tant que professionnel : il a gardé de nombreuses connaissances et lit

⁴⁴ RACAMIER P-C, « Les schizophrènes » Editions PAYOT, 1980

⁴⁵ FREUD S, « L'inquiétante étrangeté et autres essais » Paris, Gallimard Folio essais, 1985.

des magazines sur la médecine. La séparation d'avec sa femme et ses deux enfants en bas âge le fait beaucoup souffrir. Parfois, il peut se montrer délirant, autoritaire avec le personnel notamment lorsqu'il est sujet à des visions.

Marie-Pierre et Maurice ont des histoires de vie forts différentes. A ce jour, ils ont les mêmes besoins et des attentes similaires quant à l'intervention présente et juste des divers professionnels de la structure. Si la posture des encadrants doit être identique, en revanche, il est nécessaire d'apporter des réponses différentes et très individualisées.

b) Les spécificités de son accompagnement

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer le stage relatif à l'écriture de ce mémoire au sein d'un hôpital psychiatrique. J'ai choisi, après avoir visité longuement tous les services, d'effectuer mon stage dans une unité accueillant spécifiquement des personnes stabilisées, pour lesquels l'assistante sociale de l'hôpital recherche des établissements d'accueil dans le secteur médico-social.

Aussi, il m'a été possible de mieux comprendre les besoins spécifiques de ces personnes, ainsi que leurs attentes. Il apparaît donc que les personnes porteuses de handicap psychique nécessitent une prise en charge leur apportant spécifiquement :

. **Un état de santé psychique le plus satisfaisant possible** : le handicap psychique résulte le plus souvent d'un dysfonctionnement du système nerveux qui s'inscrit dans la durée. Assurer la continuité des soins, y compris somatiques, est donc essentiel. De plus, le moindre changement de l'humeur doit alerter tout comme un retrait au niveau du groupe ou au contraire, le fait d'être très prolixe, très démonstratif. Ces modifications peuvent être les prémices d'une décompensation de l'état de santé psychique, pouvant entraîner de nouvelles altérations. Lorsqu'elles sont en état d'extrême agitation ou de morcellement - voir d'éclatement - il est nécessaire de pouvoir contenir ces personnes. Dans ce cas, un isolement thérapeutique est bénéfique car il permet à ces usagers de se recentrer sur eux-mêmes et de s'apaiser.

. **De la sécurité** : bien souvent, ces usagers se mettent en danger en tentant de fuguer notamment. Ces personnes peuvent avoir également des idées suicidaires, lors de moments de lucidité ou au contraire, lorsqu'elles sont en crise. Il est important de les protéger d'elles-mêmes en anticipant ces moments. Pour ce faire, il est nécessaire que le personnel, d'une part, soit très disponible pour évaluer plusieurs fois par jour l'état psychique de la personne et d'autre part, soit en capacité de le faire. De même, la personne handicapée psychique est généralement terriblement sensible au stress. Son anxiété, voire son angoisse, se manifestent par un sentiment d'insécurité indéfinissable.

L'angoisse, à la différence de la peur, n'a pas d'objet concret identifiable. Elle est sans raison apparente. Enfin, à certains moments, la personne handicapée psychique perçoit la réalité de façon différente. Ce type d'erreur dans les perceptions, propre au handicap psychique, peut renforcer les difficultés habituelles à reconnaître ses incapacités. Cette attitude ne reflète ni une mauvaise volonté, ni même une négation volontaire. Elle est la conséquence d'une perception propre à la personne concernée. Elle peut provoquer cependant des difficultés majeures et des incompréhensions réciproques pouvant amener de la violence verbale et/ou physique.

Au premier rang des réalités difficiles à percevoir pour la personne, figure l'existence de son propre handicap. Ainsi, beaucoup d'entre elles nient leur handicap : cela se traduit par un déni de la maladie mentale qui peut les amener à devenir très violentes.

. **Des activités adaptées** telles que les jeux de société, les sorties culturelles, les activités socialisantes (cinéma, piscine, restaurant). Les études montrent que le lien social est gravement entravé par le handicap psychique. J'ai pu constater que le manque de personnel hospitalier engendre l'annulation de beaucoup d'activités, notamment lorsqu'elles ont lieu en dehors de l'hôpital. En conséquence, je pense que rétablir le lien social est impératif car il permet de se sentir exister !

. **Des activités relaxantes** : le manque de motivation apparent est fréquent chez ces personnes. Pour elles, la réalité est toute différente : la plupart des pathologies psychiatriques provoquent un état d'agitation intérieure intense, avec des sensations d'anxiété et d'angoisse considérables, des idées récurrentes, souvent une culpabilité, qui créent une hyper sensibilité. C'est en partie cette extrême agitation qui entrave l'action. Proposer des activités relaxantes peut les aider à calmer ces états d'agitation intérieure.

. **Des activités de soutien** (lecture, écriture, discussions autour de thèmes spécifiques). Bien souvent, le handicap psychique n'implique pas de déficit intellectuel majeur mais les troubles précédemment décrits provoquent des difficultés d'attention. L'accompagnement proposé doit permettre à ces personnes, de maintenir leurs acquis - voir de les développer - et de les aider à fixer leur attention.

. **Des moments qui n'appartiennent qu'à eux** : écouter de la musique seul dans sa chambre, regarder tranquillement sa télévision, lire ou tout simplement ne rien faire mais pouvoir se soustraire au groupe. Ces instants de calme, seuls, sont nécessaires pour ces usagers car la proximité physique avec d'autres personnes peut être source d'angoisse et donner à ces usagers, le sentiment qu'on envahit leur espace.

4. La problématique d'une offre adaptée aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique

Pour illustrer mon propos, je souhaite maintenant raconter au lecteur l'expérience que j'ai vécu avec un ancien usager de la M.A.S. Laurent a intégré la M.A.S en 1996, lors de son ouverture. Il présente une psychose infantile très déficitaire. C'est un homme de 35 ans, de haute taille, et doté d'une très grande force (certains traitements médicamenteux peuvent décupler la puissance des malades). Lorsque je l'ai connu, Laurent marchait courbé en deux, en reculant. Il n'y a que lors de ses accès de violence que Laurent se redressait pour courir après la personne qu'il souhaitait frapper. Pour que ses déplacements soient plus confortables, Laurent utilisait parfois un fauteuil roulant. Il avait de grandes difficultés à s'exprimer et bégayait beaucoup. Peu à peu, ses crises sont devenues plus nombreuses et ses coups, plus violents. Laurent se mettait en danger en s'auto-mutilant et représentait une menace pour les autres usagers, notamment les personnes I.M.C, totalement dépendantes en fauteuil coquille, car quand Laurent était en crise, il pouvait les renverser et les frapper. Ses accès de violence le plongeait dans des angoisses terribles car il se rendait compte qu'il pouvait faire du mal aux autres usagers ; ce qu'il ne voulait pas.

J'ai dû procéder à une hospitalisation d'office pour faire interner Laurent, l'hôpital psychiatrique m'opposant à plusieurs reprises un refus d'hospitalisation classique par manque de place. L'hôpital ne voulait pas garder Laurent en son sein même s'il admettait que Laurent avait eu un long parcours en hôpital psychiatrique avant son entrée à la M.A.S. De mon côté, il m'était impossible de le reprendre pour les raisons que je viens d'évoquer.

Finalement, après avoir organisé de nombreuses réunions avec des représentants de l'ex COTOREP, de l'hôpital, de l'association, et de l'ex DASS, Laurent est sorti définitivement des effectifs de la M.A.S en 2007. Il est aujourd'hui encore à l'hôpital psychiatrique et je l'ai croisé à plusieurs reprises lors de mon stage. C'est un autre homme. Laurent marche désormais normalement et s'exprime beaucoup mieux. Son traitement est stabilisé ; ses passages à l'acte sont de moindres violences et plus rares. De ce fait, il a moins d'angoisse. Cet exemple vient illustrer le fait que les soins, mais également l'environnement, sont des facteurs très importants dans la prise en charge des usagers porteurs de handicap psychique.

La maladie psychique de Laurent avait évolué depuis son entrée. Il avait besoin que le secteur sanitaire joue son rôle en le ré-hospitalisant pour que son traitement soit

totallement revu, ce qui n'était pas possible à la M.A.S. Mais Laurent, à la M.A.S, s'identifiait aux usagers polyhandicapés puisqu'il marche et parle beaucoup mieux dans un autre contexte. Cette identification peut être source de régression – comme ce fut le cas pour Laurent – voir de décompensation. Laurent a gagné également en autonomie puisqu'il est désormais capable de prendre le bus, seul, pour se rendre en centre ville afin d'aller se promener ou boire un café.

L'orientation retenue par la MDPH pour la sortie de Laurent est toujours une M.A.S, mais les recherches de l'assistante sociale de l'hôpital s'orientent plutôt vers un établissement spécialisé dans la prise en charge du handicap psychique en Belgique. C'est l'exemple de Laurent, dont j'ai fait mention en introduction ; il a été pour moi révélateur du chemin que la M.A.S devait encore parcourir pour proposer un accompagnement adapté aux personnes porteuses de handicap psychique.

4.1 Un accompagnement qui répond partiellement à leurs besoins et attentes

a) La qualité du partenariat existant avec le secteur de la psychiatrie

Alors que je débute ce chapitre, je souhaite raconter au lecteur un évènement qui l'éclairera sur les rapports entre l'hôpital psychiatrique et les Maisons d'Accueil Spécialisées.

Dans le cadre d'une enquête officielle – avant ma prise de poste, un résident de la M.A.S atteint de handicap psychique s'était défenestré – j'ai rencontré le professeur O..., figure de la psychiatrie, rattaché à l'hôpital de SAINT-ANNE de PARIS. Le professeur O... avait été chargé de réaliser une enquête sur les conditions d'accueil proposées par la M.A.S. Il devait notamment se prononcer sur une faute éventuelle de l'établissement.

Très rapidement, Monsieur O... a paru surpris par les réponses que je lui apportais, notamment sur les pathologies des personnes accueillies, sur l'organigramme de la structure, ses moyens, les activités proposées. A la fin de l'enquête, le professeur O... a émis le souhait de venir visiter la M.A.S ; cette illustre personne, pourtant très impliquée dans l'élaboration de la politique de psychiatrie française, m'a avoué qu'elle ne connaissait pas du tout le fonctionnement des M.A.S et que d'une façon générale, le secteur médico-social lui était inconnu. Cette méconnaissance existe à tous les niveaux et génère des difficultés dans la prise en charge des personnes porteuses de handicap psychique qui sont accueillies actuellement.

Lorsque j'ai intégré la structure, il n'y avait pas de médecin psychiatre à la M.A.S : seul le poste existait à l'organigramme. Or, ce professionnel est indispensable lorsque l'on accueille des personnes polyhandicapées. Je me suis donc mise en rapport avec l'hôpital

psychiatrique de mon secteur et j'ai expliqué au médecin chef de clinique les difficultés dans lesquelles nous nous trouvions. Après de nombreuses sollicitations, l'hôpital psychiatrique a fini par déléguer un médecin psychiatre qui travaille désormais à tiers temps au sein de l'établissement.

Cependant, malgré les rapports très cordiaux qui existent désormais entre la M.A.S et l'hôpital psychiatrique du secteur, il est très difficile d'obtenir des séjours de rupture, qui sont pourtant parfois nécessaires aux usagers quand ils ne vont pas bien. Ces séjours permettent une mise à plat du traitement médicamenteux. Ce changement de traitement est parfois précédé d'une fenêtre thérapeutique (c'est-à-dire la suppression de l'intégralité des traitements), qui ne peut pas être réalisée à la M.A.S puisque cet acte nécessite une surveillance constante de l'intéressé par un médecin psychiatre. De même, lorsque le médecin psychiatre qui travaille à la M.A.S part en congés, il n'est pas remplacé par un de ses confrères hospitaliers. C'est alors le médecin généraliste de la M.A.S, lui-aussi présent à 0.30 ETP, qui assure pour partie le remplacement de son collègue. Enfin, les isolements thérapeutiques – pourtant incontournables dans certains cas – ne se font pas dans les meilleures conditions car il n'existe pas de pièce spécifiquement dédiée. La continuité des soins – qui est pourtant un préalable à la bonne santé psychique des usagers, comme nous l'avons vu – n'est donc pas totalement assurée à ce jour.

b) Une individualisation de l'accompagnement insuffisante

Les personnes porteuses de handicap psychique, comme nous l'avons vu, présentent des profils psychopathologiques fort distincts du public qui était accueilli précédemment. Capables d'une plus grande autonomie lorsqu'elles vont bien, la structure doit pouvoir parfois « s'effacer » pour que puisse renaître une certaine intimité avec elles-mêmes. Cette nécessité existe tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur. Au contraire, lorsque ces usagers vont mal, qu'une crise survient, il est nécessaire d'être au plus près d'eux, pour les rassurer, les calmer, répondre à leurs nombreuses angoisses. Dans ces moments, la structure doit être très présente, prégnante même et proposer une prise en charge dite de un pour un (un soignant pour un soigné).

L'encadrant doit sans cesse ajuster son accompagnement afin de trouver la bonne distance soignant/soigné, ce qui est quasiment impossible aujourd'hui du fait du nombre de résidents au sein de chaque unité et du mode de fonctionnement de la M.A.S qui répond prioritairement aux besoins des usagers polyhandicapés. De plus, le taux d'encadrement actuel est nettement insuffisant pour pouvoir proposer les relations duelles de longue durée mentionnées ci-dessus lorsqu'elles sont nécessaires.

4.2 Un accompagnement qui met en difficulté les autres usagers et le personnels

Le taux d'encadrement de la M.A.S ne permet pas aux équipes de prendre en compte des comportements exclusifs, violents ou déviants sans mettre à défaut le service que l'on doit donner aux autres usagers. De plus, comme je l'ai déjà évoqué en première partie, pour faciliter l'accompagnement et rendre le collectif plus agréable, il avait été fait le choix, lors de l'ouverture de la M.A.S, de mélanger les usagers, quels que soient les niveaux de dépendance et les pathologies. Ceci avait pour effet- et à encore mais dans une moindre mesure – de stimuler les plus dépendants mais aussi d'équilibrer les différents pavillons de vie et répartir ainsi la charge de travail pour les encadrants. Cette organisation permet également pour chaque intervenant un travail plus diversifié et favorise leur motivation.

Cependant, avec l'arrivée de ce nouveau public, je m'aperçois que la cohabitation au long cours de publics si différents dans leurs besoins et leurs attentes est difficile. Les professionnels sont obligés de privilégier au fil du temps l'accompagnement des usagers les plus dépendants, qui ont besoin davantage de calme et de repos. Les tâches de nursing prennent de plus en plus de temps au personnel. Répondre prioritairement à ces besoins vitaux restreint forcément le potentiel d'animation qui serait nécessaire aux usagers porteurs de handicap psychique

A l'inverse, la plupart des usagers présentant un handicap psychique développent des manifestations comportementales qui obnubilent les professionnels en leur demandant une vigilance accrue au détriment, parfois, des autres usagers. Ces troubles peuvent également se révéler très angoissants pour certains adultes polyhandicapés.

Conclusion de la seconde partie

Alors que l'accompagnement proposé était jugé défaillant par l'association et l'autorité de tarification et de contrôle à mon arrivée, il est aujourd'hui une référence sur la région pour la prise en charge des personnes handicapées. Au-delà de ces avancées, à ce jour, la question de la place et de la qualité de l'accompagnement pour le public porteur de handicap psychique ainsi que de sa cohabitation avec les personnes polyhandicapées est une question fondamentale pour la direction que je représente ; cette question est centrale aujourd'hui pour l'établissement que je dirige mais au-delà, elle constitue un enjeu majeur pour le secteur médico-social, qui doit apporter des réponses nouvelles en terme d'accompagnement à ces nouveaux bénéficiaires.

En effet, l'étude réalisée dans cette deuxième partie montre, d'une part, qu'il existe des besoins sur le territoire non couverts à ce jour pour des personnes porteuses de handicap psychiques stabilisées et d'autre part, que l'accompagnement proposé pour ces usagers par la M.A.S n'est pas satisfaisant sur bien des aspects (entre autres, cohabitation difficile entre les usagers, individualisation de l'accompagnement insuffisante). Je pense donc qu'il est nécessaire d'optimiser nos prestations au service du projet de vie de ces personnes et d'inscrire cette nouvelle offre dans notre dynamique institutionnelle.

La problématique de départ se confirme donc au regard de ce diagnostic : Comment faire évoluer la structure et l'offre de service pour proposer un accompagnement réellement adapté aux besoins des personnes issues du secteur de la psychiatrie ?

En conséquence de cette investigation, convaincue par les dernières orientations des politiques publiques et des besoins non couverts sur le territoire, je fonde comme directrice ce nouveau projet de création de service dédié à ce public. Je souhaite engager l'équipe dans cet objectif.

La dernière partie de ce mémoire vise à fonder des propositions pour orienter le projet d'établissement et ainsi, pouvoir répondre au sein d'une même structure, aux spécificités des personnes polyhandicapées et à celles des personnes « psychiatisées ».

III – LE PROJET DE CREATION D’UNE UNITE DE TYPE CANTOU⁴⁶, SA PLACE ET SON ROLE DANS L’EVOLUTION DU PROJET D’ETABLISSEMENT

« L'enjeu de tout projet est cette conquête de liberté par l'appropriation du présent pour mieux se jeter à la conquête de demain, pour tenter de maîtriser ce qui est l'objet d'incertitude et donc de souci et d'angoisse »

Jean Paul SARTRE.

Ce projet d'accompagnement spécifique ne sera pas une réponse standard aux besoins et aux souhaits des usagers en situation de handicap psychique mais une démarche construite, pensée collectivement ; j'y vois ainsi l'opportunité de mobiliser les membres du personnel et de développer une nouvelle dynamique au sein de la structure, propice à lutter contre l'usure professionnelle et la démobilisation. Mon rôle de pilote et de coordination sera primordial dans le cadre de ce changement. En effet, la rencontre au sein de ce projet, du sanitaire et du médico-social entraînera inévitablement des questionnements, des remises en questions, peut être même des découragements dont il faudra tenir compte. De même, il sera nécessaire que je sois attentive à ce qu'un phénomène de mode bien pensante ne m'entraîne pas dans une sorte d'idéologie dominante que je n'interrogerais plus, tant elle deviendrait évidente. Je resterai vigilante à ce que les modalités pratiques de la mise en place des droits pour la personne handicapée psychique ne se fassent pas contre ses aspirations. Je serais alors dans une reproduction du système bienfaisant, agissant sous le prétexte de savoir ce qui est bon pour elle, malgré elle. Un effort de mémoire, de décentration constant et un cadre théorique me permettront d'éviter cet écueil.

Enfin, c'est aussi toute la dimension stratégique, globale et la gestion des interactions avec l'environnement interne et externe qu'il faudra que j'appréhende, soutenue en cela par les membres du comité de pilotage, afin de faire vivre ce projet comme je l'envisage et d'obtenir l'adhésion des professionnels. Pour ce faire, je privilégierai la proximité avec les encadrants, l'écoute de leurs préoccupations et je ferai confiance aux équipes dans la capacité qu'elles ont de contribuer efficacement aux changements proposés. Je serai attentive à respecter les trois conditions favorisant l'émergence d'une organisation « implicante » :

⁴⁶ CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

Le sens, car comment s'impliquer dans un service et un projet qui n'est pas compris et dont les salariés ne peuvent s'appropriier les intentions et les logiques ?

La cohérence, car comment s'impliquer dans un service qui agit a contrario de ses discours, dont les positions sont instables, contradictoires et insaisissables ?

La réciprocité, car comment s'impliquer dans un service qui ne reconnaît pas les professionnels et qui, lui-même, ne s'implique pas vis-à-vis d'eux ?

Trois dynamiques seront donc indispensables pour soutenir la démarche : l'information, la communication et la formation. Je prévois d'informer et de communiquer sur la globalité du projet très en amont de sa mise en place lors d'une réunion institutionnelle spécifique, avec pour objectifs :

- ✚ Donner de la visibilité au personnel sur le processus et le contenu,
- ✚ Enrichir les représentations de chacun et recueillir toutes les bonnes idées,
- ✚ Susciter l'intérêt et l'engagement,
- ✚ Faire exprimer les positions des acteurs (synergies ou antagonismes)
- ✚ Identifier le cadre dans lequel peut se jouer le projet (zones d'autonomie, marges de manœuvre, limites, contraintes).

Lors de la conférence qu'il a donnée le 17 novembre 2008 dans le cadre de la formation CAFDES, Robert LAFORE⁴⁷ a affirmé que le directeur devait être producteur de sens collectif et qu'il n'était plus légitimé du seul fait de son titre. D'après cet auteur, le directeur doit impérativement gagner en intelligence collective : « *les capacités d'action professionnelles doivent prendre sens les unes par rapport aux autres et non plus en elles-mêmes* ». Le directeur doit garder en permanence à l'esprit cet objectif qu'il atteindra en grande partie par la stratégie de direction qu'il mettra en place. C'est pourquoi, fort de cette réflexion, j'intègre à mon étude la stratégie qu'il faudra mener pour obtenir du sens commun entre tous les acteurs, tout en leur laissant une grande latitude afin qu'ils s'approprient le projet.

La réussite de ce projet passera également par la mise en place d'un comité de pilotage spécifique, la création d'une unité dédiée consécutivement à la délocalisation du Foyer Occupationnel, la rédaction d'un projet de service et la refonte du projet d'établissement.

⁴⁷ R. LAFORE, Professeur de droit public, conférence ARIF le 17 novembre 2008 « Le directeur face aux nouveaux organisateurs de l'action sociale et médico-sociale ».

1. Un organe de direction, pilote du projet, intégrant la dimension psychiatrique

La création d'un comité de pilotage du dispositif m'apparaît indispensable et passera par l'élargissement du comité de direction existant au médecin psychiatre de la structure, afin de pouvoir intégrer, dans l'équipe de direction, cette compétence essentielle compte tenu du projet. Je précise ici que le comité de direction aura lui-même évolué : du fait de la délocalisation du Foyer Occupationnel, le chef de service éducatif de cette structure sera rattaché au FAM de LIMAY. Ce projet va avoir des répercussions importantes sur la M.A.S en termes de culture professionnelle, de gestion des carrières et des compétences des salariés, de politique de recrutement : l'accompagnement au changement sera donc l'axe prioritaire de mon action et de celle des membres du comité de pilotage. Je réunirai toutes les trois semaines cette instance qui aura pour missions, dans un premier temps, la communication sur le projet tant à l'interne qu'à l'externe puis sa mise en place effective. Dans un second temps, ses missions porteront sur son suivi et son réajustement, compte tenu de l'évaluation qui en sera fait. La création de cet organe de direction - espace de réflexion stratégique - et son animation garantiront la cohérence du pilotage global du projet.

1.1 Conserver une unicité de direction avec de nouvelles délégations

Parce que ce service dédié tiendra compte de l'existant dans son organisation et qu'une mutualisation de certains équipements sera réalisée, qu'une partie du personnel qui y interviendra travaillera également dans les autres unités de vie, qu'une interaction existera entre les publics accueillis et que certains salariés se porteront volontaires pour travailler au sein de ce nouveau service, la réussite de ce projet concernera toute la M.A.S. Ce succès passera par une unicité de direction entre les différents services. Il n'y aura pas de création d'un poste de cadre supplémentaire pour encadrer cette nouvelle unité : tous les membres du comité de direction verront leur délégation de pouvoir revue ainsi que leur fiche de poste de façon à intégrer ce nouveau service dans leur champ de compétence et de responsabilité. Ces délégations élargies me permettront de plus de respecter le cadre légal et de donner aux chefs de service un espace supplémentaire d'expression et d'implication dans ce projet.

1.2 L'élaboration du projet de service et la refonte du projet d'établissement

Afin que les prestations proposées par ce service particulier soient étayées et personnalisées, il sera nécessaire d'écrire un projet de service spécifique. De fait, le projet d'établissement sera refondu, ce calendrier correspondant parfaitement à

l'échéance de la révision du projet d'établissement actuel. Ce dernier, comme le projet de service, outils de communication interne et externe, seront des déclarations d'intention et d'engagement pour les cinq ans à venir. La réécriture du projet d'établissement et l'écriture du projet de service vont engager, dans un processus de réflexion, l'ensemble des acteurs en fonction des thématiques abordées dans les groupes de travail : usagers, personnel, administrateurs et direction. Les familles seront également associées par le biais du Conseil de la Vie Sociale. Le mode opératoire employé sera quasiment identique à celui retenu lors de l'écriture du premier projet d'établissement, à la différence que le médecin psychiatre fera parti de certains groupes de travail.

Le projet de service, rédigé par l'ensemble des salariés du service et des représentants de l'équipe pluridisciplinaire, définira ses objectifs spécifiques en déclinant les projets d'action à construire, entre autres :

- ✚ Mise en place d'un accompagnement adapté aux personnes porteuses de handicap psychique,
- ✚ Adapter la formation des personnels afin qu'ils soient en capacité de faire face aux besoins de cette nouvelle population,
- ✚ Développer des relations de partenariat formalisées avec le milieu hospitalier et s'inscrire dans le réseau de santé mental nord des Yvelines actuellement en construction.

Cette approche globale permettra de mettre « du lien » entre les intervenants des différents services, de la cohérence et du sens dans un ensemble de pratiques professionnelles. Ce projet, ainsi élaboré globalement et qui se déclinera sous la forme de projets de service – voir de projets de pavillon - fédèrera de nouveau l'équipe pour cinq ans.

2. La création d'une unité dédiée aux personnes porteuses de handicap psychique : le cantou

Compte tenu de l'étude de besoin que j'ai réalisé précédemment, ce service dédié passera obligatoirement par la création d'un pavillon spécifique présentant une architecture adaptée. Avant de présenter celui-ci, je souhaite donner au lecteur quelques exemples d'accompagnement novateurs existant en Europe qui m'ont aidé dans le cheminement du projet et préciser à quel type de population celui-ci sera destiné.

2.1 Quelques exemples européens s'inspirant de cette modalité d'accompagnement

Au moment où je souhaite exposer au lecteur ce qu'il m'apparaît opportun de modifier dans l'accompagnement offert en direction de certaines personnes accueillies au sein de la M.A.S, je pense utile de donner un aperçu de ce qui se fait en Europe. Les systèmes de prise en charge des personnes handicapées dans les pays européens semblent avoir suivi, durant les vingt-cinq dernières années, une inflexion inverse à celle observée dans notre pays.

En effet, pour l'ensemble de ces pays, les principes selon lesquels les personnes atteintes d'un handicap peuvent vivre de façon indépendante dans la communauté, participer à la vie de la cité et s'impliquer dans la société civile, faire des choix pour elles-mêmes selon le droit à l'autodétermination de soi et disposer de biens et de services leur permettant de mener leur existence de façon autonome, ont eu un impact très important sur les législations des pays concernés. Un mouvement social très puissant de réduction du nombre de places en institution d'hébergement de long séjour et de développement généralisé de services pluridisciplinaires de proximité s'est développé de façon accrue dans les pays comme la Suède, la Norvège, l'Angleterre, le Pays de Galles, parallèlement à des mesures politiques et techniques de grande ampleur visant à adapter l'environnement - le milieu naturel de vie - aux personnes ayant des besoins particuliers. On peut parler d'une véritable « désinstitutionnalisation » de fait.

A titre de comparaison, la France, qui compte près de 70 millions d'habitants aujourd'hui, possède plus de 6000 établissements d'hébergement et d'éducation spéciale en internat pour environ 230 000 adultes et enfants handicapés confondus, contre l'Allemagne qui, avec près de 82 millions d'habitants, recense un peu plus de 2000 établissements d'hébergement et d'éducation spéciale en internat pour 135 000 personnes seulement. Mais cette comparaison ne doit impérativement pas s'arrêter aux seules données chiffrées. La compréhension du système institutionnel résiduel de nos pays voisins se heurte en fait le plus souvent à un problème majeur de définition. Ce qu'il est notoirement convenu d'appeler en France « institutions » ne trouve plus son équivalent dans les pays anglo-saxons ou scandinaves.

Tout d'abord parce que si ces pays, qui ont amorcé dès le début des années soixante leur désinstitutionnalisation - essentiellement psychiatrique au départ – ont certes conservé des lieux d'hébergement semi-collectifs pour personnes « ayant des besoins spéciaux », il ne s'agit en aucun cas d'établissements comparables à l'échelle française, tant en termes de capacités d'accueil globale des résidents qu'en termes de configuration et de

structuration, ou bien enfin en termes de localisation ou d'implantation sur le territoire. Des pays comme la Suède, l'Allemagne ou la Suisse par exemple imposent ainsi le concept d'établissements « à taille humaine », en limitant volontairement le nombre de personnes susceptibles d'être accueillies ensemble en permanence dans une structure correspondant à leurs besoins spécifiques en soins et en matière de prise en charge (le plus souvent 24 heures sur 24).

Des établissements ou structures « éclatés », « hors murs », peuvent ainsi être parfaitement invisibles aux yeux des visiteurs potentiels parce que disséminés et intégrés au sein du paysage « ordinaire » de la collectivité locale. Telles ces réalisations en Suède par exemple, où une structure d'accueil pour personnes tétraplégiques et aphasiques à la suite de traumatisme crânien grave est incluse dans un immeuble d'habitat social traditionnel, chaque personne accueillie disposant de son propre deux-pièces (chambre médicalisée + salon pour l'accueil des visiteurs et la vie sociale et familiale) et un appartement de quatre pièces faisant office de lieu de soins, lieu de rencontres collectives (en option !...) et bureau des équipes de soignants et de l'administration...

Ou bien encore en Grande-Bretagne par exemple, configuration dans lesquelles des personnes âgées dépendantes vivent chacune dans leur propre maison qui ne se distinguent en rien des autres maisons du quartier habitées par des ménages « ordinaires » et où une maison de proximité est affectée au poste de soins, au centre d'accueil de jour pour ergothérapie et activités récréatives et occupationnelles. De plus, lesdites structures se sont restructurées et développées avec une priorité à l'implantation au cœur même des villes et des villages, à proximité immédiate des lieux de résidence de la famille et de l'entourage naturel de la personne accueillie.

Enfin, les modalités de participation effective des personnes handicapées elles-mêmes à la vie des établissements qui les accueillent est sans commune mesure avec la situation française. En effet, dans nombre de pays voisins les personnes « avec des besoins spéciaux » accueillies prennent une véritable part non seulement à la gestion administrative et financière, mais également au projet thérapeutique (élaboration, réalisation et évaluation) et à l'action éducative des structures dans lesquelles elles vivent et qui leur sont principalement destinées.

La France n'en est pas là. Toutefois, la désinstitutionalisation qui a cours actuellement dans le secteur de l'enfance représente sans doute les prémices d'une politique à venir dans le secteur des adultes. L'étude de ce qui se fait dans les autres pays de l'Europe – notamment quant à l'implication des personnes handicapées dans leur projet

de vie - me permet d'envisager une nouvelle façon de travailler autour du handicap psychique. Il faut désormais que je précise quelle sera la population cible de cette unité.

2.2 La population visée

Les dossiers d'admission que je reçois émanant des hôpitaux psychiatriques concernent principalement deux types de handicap psychique : les psychoses et les troubles bipolaires.

La psychose est une maladie grave. La personnalité du psychotique est profondément affectée dans son ensemble et présente de nombreux symptômes compromettant sérieusement son adaptation au monde extérieur et se caractérisant par une conscience plus ou moins grande du caractère pathologique des troubles. La caractéristique majeure de toute psychose est la dégradation de la relation à la réalité. Le malade projette dans le monde extérieur sa propre réalité psychique, les désirs et les affects qu'il se refuse à reconnaître pour siens. La réalité est modifiée, niée, il se met à délirer. Un psychotique délirant croit à son délire et n'a aucune conscience de sa pathologie. Il souffre parfois de visions, de sensations bizarres, il éprouve des bouffées d'angoisse et un sentiment d'étrangeté. Sigmund FREUD la définissait comme « un déséquilibre entre les lignes de développement », un décalage dans le développement de certaines fonctions ou acquisitions par rapport aux autres. On peut par exemple avoir un niveau d'expression verbale correct mais en revanche, la compréhension peut être fortement déficitaire. Il y a alors un décalage entre les deux fonctions. Ainsi, les personnes qui présentent une **psychose infantile vieillie** développent un tableau déficitaire grave : atteinte du langage, repli, isolement, indifférence à l'environnement, atteinte de la motricité associé à la persistance – variable – d'un aspect dysharmonieux ou psychotique. Ces spécificités peuvent être à la fois source de difficulté mais être également la possibilité d'une évolution positive, voir d'une amélioration. Ces aspect dysharmonieux ou psychotique engendrent des crises d'angoisse, des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif, des signes d'une recherche d'immuabilité, d'isolement, des troubles d'allure névrotiques avec des phobies, des signes obsessionnels : rituels du coucher ou du lavage, pensées obsédantes, surinvestissement d'une activité répétée...

La schizophrénie est une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par ses signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois, un repli autistique.

Autrefois appelée psychose maniaco-dépressive, **le trouble bipolaire** fait partie des troubles de l'humeur. C'est une maladie qui, dans sa forme la plus typique, comporte

deux phases : la phase manique et la phase dépressive. La phase manique se définit comme un épisode d'excitation pathologique : le sujet qui en souffre est hyperactif et euphorique. Il peut présenter divers troubles comportementaux et perdre toute inhibition. Au contraire dans sa phase dépressive, le sujet présente des signes de grande tristesse : il est ralenti et n'a goût à rien.

Pour reprendre la notion de « population visée », je reconnais que l'admission à ce service ne devrait être soumise à aucune restriction puisque la MDPH établit une orientation individualisée à laquelle les établissements doivent répondre en fonction de leurs missions. Cependant, au regard de la spécificité de ce projet, des priorités seront données aux candidats répondant aux critères des prestations de service telles que je vais les développer ci-après. L'admission au sein de la M.A.S suit déjà une procédure bien déterminée. En effet, pour examiner tous les dossiers qui nous sont adressés, j'ai mis en place une commission d'admission, que je dirige, composée des médecins (médecin généraliste, médecin psychiatre, médecin de rééducation fonctionnelle), des chefs de service paramédical et éducatif ainsi que de l'attachée de direction. Cette commission écarte les dossiers des personnes manifestement non adaptées à nos conditions d'accueil, à notre accompagnement, à nos possibilités et à nos contraintes. C'est cette même commission qui examinera les dossiers des personnes pouvant prétendre au bénéfice de ce service, sachant que c'est le directeur – et lui seul - qui prononcera les admissions, à l'issue de la période probatoire prévue au contrat de séjour. Je privilégierai les admissions progressives en laissant un maximum de souplesse dans l'accueil des nouveaux arrivants, ceci pour pouvoir s'adapter à chaque individu. Je prévois donc une montée en charge progressive du service, avec une période de stage obligatoire de chaque postulant, ceci pour être certain de la corrélation entre l'offre proposée et les besoins et les attentes des personnes admises. Le concept de participation de l'utilisateur est déterminant dans ce service particulier et il est d'un intérêt premier.

L'utilisateur y sera partie prenante de la réalisation du service avec ses compétences, mais aussi ses troubles, son handicap. La question de la participation des utilisateurs dans notre secteur se pose en terme technique mais également éthiques. De fait, l'utilisateur fait partie de la création du service, mais sa participation est requise non seulement à cause de son appartenance à ce système mais également et prioritairement au nom de son statut de sujet de droit. A ce double titre, il ne peut être exclu du projet qui le concerne et on ne peut se satisfaire d'une participation du fait de sa seule présence physique. Ce concept de la participation de l'utilisateur guide bien déjà notre pratique dans l'établissement. Cependant, au vue de la plus grande autonomie des personnes qui pourront être

bénéficiaires de ce service dédié, il sera fortement plus développé. Ainsi, la signature du contrat de séjour sera un acte fort d'engagement de la personne. Certains usagers des autres pavillons ont pu apposer leur signature sur ce document qui leur a été expliqué. Ce sera le cas pour tous les adultes souffrant de handicap psychique qui intégreront ce nouveau pavillon dont le projet architectural sera particulièrement soigné.

2.3 Le projet architectural

En première partie, j'ai indiqué au lecteur que l'A.G.E.H.V.S construisait un F.A.M sur la commune de LIMAY. Sur ma proposition, le Conseil d'Administration envisage de délocaliser le Foyer Occupationnel situé au dernier étage de la M.A.S « Léon HERZ » afin de l'intégrer au sein du futur F.A.M, pour un plus grand confort des usagers du Foyer (notamment, pour mettre un terme aux chambres doubles). Cette opération va donc libérer, à court terme, les locaux actuellement occupés par le Foyer Occupationnel présentés en annexe 7. Le Conseil d'Administration - très attentif à la question du handicap psychique je le rappelle – pourrait entériner la création d'une unité spécifique de six lits, faisant passer ainsi la capacité de la M.A.S de 40 à 46 lits, dès autorisation des ARS. En effet, sachant que le décret du 26 juillet 2010⁴⁸ prévoit, en son article D.313-2, que la procédure d'appel à projet - avec commission de sélection – n'est obligatoire que pour les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux correspondant à 30 % d'augmentation de l'activité ou de quinze places, il semblerait à l'heure où j'écris ces lignes qu'il ne soit pas nécessaire de répondre à un appel à projet. En revanche, compte tenu que ce projet ne pourra pas se faire à moyens constants, l'autorisation de l'ARS sera obligatoire.

Pendant le stage que j'ai effectué en psychiatrie, j'ai appris que lors de la construction du service, achevée en 2008, la question de l'incidence de l'architecture sur la psychopathologie avait été au cœur des préoccupations des équipes soignantes. En effet, si les espaces confinés peuvent parfois être à l'origine de troubles du comportement, « *L'inadaptation des locaux peut constituer un terrain propice à l'apparition de la maltraitance* »⁴⁹. Pour illustrer ce propos, un cadre de santé de l'hôpital m'a confié qu'il a observé un grand changement chez certains patients suite à l'installation dans le nouveau service. Auparavant, les patients étaient accueillis dans des locaux sales, mal conçus, délabrés. Certains d'entre eux refusaient de se laver. Or, dès leur arrivée dans les

⁴⁸ Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

⁴⁹ JUILHARD J.-M., juin 2003, « Matraiment envers les personnes handicapées : briser la loi du silence », (Rapport Sénat tome 1) (visité le 02/07/2010), disponible sur internet <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1>

nouveaux locaux, ces patients ont souhaité se laver, même plusieurs fois par jour. Le cadre de vie est donc très important. Il peut rendre une dignité perdue, donner du bien-être et avoir un impact fort sur le relationnel et sur l'état psychique du malade. De même, « *L'attention au cadre de vie apporte le bénéfice de changer le regard posé par les professionnels sur les usagers accueillis dans le sens d'un plus grand respect de leur intimité et d'une meilleure prise en compte de leur singularité (...) il est recommandé que les locaux soient pensés et aménagés pour que chaque usager puisse bénéficier d'un espace personnalisé* ». ⁵⁰

Dans son guide « *Pratiques de soins en psychiatrie et réflexions architecturales* » ⁵¹, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale rappelle que même s'il n'existe « *probablement pas d'architecture spécifiquement psychiatrique, pour autant on ne peut ignorer que les choix architecturaux ont très certainement un impact thérapeutique dans le sens où l'espace et la qualité de l'environnement créés influent sur le patient* ». Forte de ces lectures – et des bénéfices que j'ai moi-même constaté auprès des usagers de la M.A.S au fur et à mesure de la réhabilitation des locaux que j'ai évoqué en première partie de ce mémoire - je suis persuadée que l'aménagement des espaces doit faire l'objet d'une étude attentive. Les usagers accueillis dans cette unité dédiée devront pouvoir tout à la fois jouir d'une certaine intimité, de lieux contenant et d'espaces favorisant la vie collective et la convivialité. En réalité, une grande partie de la problématique est de réussir à concilier deux principes apparemment diamétralement opposés : respecter la liberté de chacun tout en assurant la sécurité de tous.

✚ **Espace privé du logement** : les chambres seront individuelles pour garantir aux usagers leur intimité. Elles auront un caractère accueillant et rassurant de manière à ce que rien ne vienne renforcer l'anxiété de ces usagers. Les couleurs seront douces et la lumière naturelle privilégiée. La taille des chambres (20 m² environ) permettra l'installation d'un véritable coin salon avec télévision d'un bureau et d'un lit double. Toutes les chambres bénéficieront d'une salle de bain avec douche, lavabo et toilettes. Pour des questions de sécurité, les miroirs seront incassables.

✚ **Espaces favorisant la vie collective** : ces espaces existent déjà au sein du Foyer Occupationnel et trouveront tout leur intérêt également dans cette unité. Ainsi, la cuisine

⁵⁰ ANESM janvier 2009, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, p23 disponible sur internet (site visité le 15/07/2010) http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf

⁵¹ MNASM : Pratiques de soins en psychiatrie et réflexions architecturales (visité le 25/07/2010) disponible sur internet http://www.mnasm.com/downloads/new_Version%20impression.pdf

pédagogique permettra aux usagers de confectionner leurs repas. La salle à manger, en face de la cuisine, permettra une prise de repas au calme, tandis que le salon sera l'occasion de nombreux moments d'échanges. Des salles d'activité particulières à ce service seront aménagées. Celles-ci seront détaillées dans un paragraphe spécifique.

✚ **Espace contenant** : précédemment, j'ai déjà abordé la question du bénéfice des isolements thérapeutiques pour les personnes handicapées psychiques. Cette pratique sera incontournable mais devra être encadrée de nombreuses précautions sur lesquelles je reviendrai lorsque j'évoquerai la question du projet de soin. Une chambre d'apaisement sera créée en lieu et place du bureau des éducateurs, qui sera lui-même délocalisé dans l'espace occupé aujourd'hui par le chef de service éducatif du Foyer. Cette chambre, insonorisée et capitonnée, sera dotée d'un mobilier et de toilettes spécifiques (wc suspendu avec chasse d'eau intégrée dans la cloison – lavabo incassable solidement fixé au mur). La fenêtre ne pourra pas s'ouvrir : il y aura donc lieu de prévoir la climatisation – par le plafond - de cet espace. Il n'y aura pas de prise électrique et les luminaires seront inviolables. Des hauts parleurs seront encastrés dans le plafond de façon à pouvoir diffuser de la musique apaisante. La porte sera dotée d'un oculus permettant des interventions adaptées aux situations observées.

Bien évidemment, j'ai conscience que ce type d'espace et l'utilisation qui en sera faite questionnent sans doute le lecteur sur le droit d'aller et venir de ces usagers. « *La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit* ». ⁵² C'est bien ce principe de liberté qui guidera la pratique des professionnels. Mais celui-ci ne peut pas invalider un autre droit fondamental repris dans l'article 7 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie : le droit à la protection. Ainsi, au regard de cet article qui dispose que l'établissement d'accueil garanti à l'utilisateur notamment « *le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins* », la mise en place d'une chambre d'apaisement est totalement justifiée, compte tenu de la population qui sera accueillie. Le règlement intérieur, le projet de service et le projet d'établissement aborderont, à différents niveaux, les libertés fondamentales, les responsabilités des professionnels et de l'association, les raisons et les limites à l'accompagnement proposé.

⁵² FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, Conférence de consensus, liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soin et de sécurité, Paris, 24-25 novembre 2004, Saint Denis la Plaine : ANAES, 14-02-2005, version courte 24p disponible sur internet (site consulté le 17/07/2010) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_court.pdf

3. L'élaboration d'un projet de soin garantissant la continuité des soins

Selon Frédéric WORMS⁵³, il y a deux concepts du soin, celui qui soigne l'autre en référence à l'élément relationnel que j'ai déjà évoqué avec la théorie de H. PEPLAU et celui qui soigne une souffrance, c'est-à-dire l'élément médical le « cure ». Il propose la définition suivante : « le soin est toute pratique visant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même ».

Les soins sont entrepris dans un objectif précis : protéger, maintenir, restaurer, promouvoir l'autonomie des fonctions vitales ou les besoins fondamentaux, physiques et psychiques et favoriser l'intégration des personnes dans leur environnement. Les soins et l'accompagnement sont pour moi indissociables car dépourvu de sa dimension d'accompagnement, le soin n'est plus réduit qu'à une technique qui correspond certes à la maladie et à ses exigences mais pas aux attentes de ces usagers. En conséquence, le projet de soin ne doit pas être enfermé dans une thématique sanitaire mais au contraire, faire partie intégrante du projet de vie des usagers. Au sein de ce service, le projet de soin explorera le principe de la continuité des soins, tant à l'interne qu'à l'externe. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi de développer plus particulièrement le partenariat avec le secteur sanitaire et les principaux axes sur lesquels s'appuiera la politique de soin en interne.

3.1 Développement du partenariat avec le secteur sanitaire

Le médecin psychiatre de la structure va jouer, au sein de ce service, un rôle très important de régulateur. Son rôle de conseil auprès des professionnels intervenant dans ce service sera primordial. Il sera en charge également d'évaluer où sera la limite de l'intervention médico-sociale. Il coordonnera la prise en charge médicale sur le versant du psychisme et conditionnera la marge de collaboration avec le sanitaire. Cette collaboration avec le sanitaire passera obligatoirement par la signature d'une convention.

En matière de prise en charge du handicap psychique, le Réseau de Promotion de la Santé Mentale du Sud Yvelines (RPSM) assure un travail d'interface entre la psychiatrie et le secteur social et médico-social dans le cadre d'un contrat d'objectifs avec le Conseil général. Le réseau propose des conventions aux structures d'hébergement et aux services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes souffrant de troubles

⁵³ LEBLANC G, WORMS F, PIRARD V, ZACCAI-REYNER N, janvier 2006, "Les nouvelles figures du soin", revue esprit, n=1, pp 77-141.

psychiques. Ces conventions prévoient, en lien avec les secteurs psychiatriques, la continuité des soins (suivi, consultations, visite à domicile, hospitalisation si besoin, participation à la réorientation en cas d'échec du projet), la prévention et le traitement des situations de crise, la formations des professionnels et au besoin une aide à l'étude des dossiers (participation à des commissions d'attribution). Malheureusement, sur le secteur nord des Yvelines, il n'existe pas pour le moment de réseau analogue. C'est donc avec l'hôpital psychiatrique de Bécheville qu'il faudra traiter directement. Pour ce faire, il sera essentiel de tenir compte des préconisations faites dans le cadre du PRIAC d'Ile-de-France 2003 – 2008. Ce document indique en effet que « des rapports fructueux peuvent s'établir entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, dès lors que certaines conditions sont réunies. Ces conditions peuvent se ramener à deux impératifs :

✚ **« Formaliser la collaboration, de manière à surmonter l'impréparation et que chaque acteur connaisse son domaine d'intervention »**

Deux principes de base devront animer les négociations pour que les accords passés soient appliqués : le « réalisme » et la recherche de « l'intérêt mutuel ». Une fois le cadre clairement défini, il s'agira de rentrer dans le processus concret permettant à chacun des partenaires de se positionner. Bien entendu, il ne s'agit pas de demander à l'hôpital de prendre en charge la totalité des adultes présents dans le service, ni d'interférer sur les prises en charge déjà existantes. Il s'agira, de faire l'inventaire des problèmes auxquels le service pourra être confronté pour rechercher, avec le secteur, dans un cadre institutionnel, des solutions qui pourront être individuelles. L'approche que je préconise rejoint les conclusions du SROS⁵⁴ de psychiatrie, qui constate : « *Par delà le concept de réseau, la mise en œuvre concrète d'une articulation efficace entre les deux champs sanitaire et médico-social ne peut réellement exister que si elle est formalisée dans un cadre conventionnel entre secteur de psychiatrie ou entre établissements non sectorisés et établissements médico-sociaux de proximité, permettant la prise en charge de situations de crise* »⁵⁵.

✚ **« Outre une nécessaire formalisation, l'autre impératif pour une collaboration réussie est d'améliorer la connaissance réciproque des institutions entre elles ».**

Je suis persuadée que cette connaissance réciproque est un préalable à la réussite de ce projet. Le Directeur Coordonnateur Général des Soins du Centre Hospitalier

⁵⁴ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

⁵⁵ SROS psychiatrie Ile-de-France – page 224

Intercommunal de Meulan-Les Mureaux que j'ai rencontré à plusieurs reprises à la même conviction. Du reste, il est venu visiter la M.A.S, a accepté que je réalise mon stage au sein de l'hôpital et se dit tout particulièrement intéressé par la création de ce service spécifique. Ensemble, nous souhaitons développer cette connaissance mutuelle de nos institutions et de leurs pratiques afin de sensibiliser nos professionnels aux spécificités des deux secteurs et à leur complémentarité. Cette volonté passera par la mise en place d'échanges de personnel inter-établissement et d'un travail en réseau. Mais la continuité des soins s'inscrira également par un renforcement en interne de la prise en charge médicale et paramédicale.

3.2 Développement en interne de la prise en charge médicale et paramédicale

a) Le renforcement du positionnement du médecin psychiatre

Comme je l'ai déjà mentionné, le rôle du médecin psychiatre et son implication seront déterminants dans la réussite de ce projet. Le fait de l'intégrer au comité de pilotage et de l'associer à la réflexion stratégique renforcera son positionnement au sein de la structure et me permettra de compter pleinement sur ses compétences et sa collaboration. Afin que cet acteur indispensable puisse remplir les missions qui lui seront confiées, son temps de travail passera de 0.33 ETP à 0.50 ETP.

b) La prise en charge psychologique

Le suivi psychologique permet d'appréhender, de reconnaître et de faire respecter la personne dans sa dimension psychique. Il constitue, pour les usagers, un temps d'écoute privilégié. Une dynamique relationnelle s'instaure, dans un registre thérapeutique. Ce professionnel interviendra également comme personne ressource auprès de l'équipe, en lien avec le médecin psychiatre. Il proposera des temps d'information-formation à destination de l'équipe pluridisciplinaire afin de mieux comprendre les pathologies des usagers, leurs besoins et leurs attentes.

Ainsi, le psychologue de l'établissement, qui verra son temps de travail passer de 0.50 ETP à 1 ETP, organisera son activité au sein de cette unité spécifique sous forme :

- ✚ d'entretiens cliniques avec les usagers, planifiés ou à la demande des usagers eux-mêmes ou de l'équipe,
- ✚ d'entretiens avec les familles des usagers,
- ✚ d'animation de réunions des usagers (groupe de parole)
- ✚ d'une participation aux réunions de synthèse et à l'écriture du projet de vie,
- ✚ d'une validation des projets de transfert et des séjours thérapeutiques.

c) *Un infirmier référent du service*

En complément du pôle infirmier déjà existant au sein de la M.A.S et qui assure désormais la couverture de la structure 24/24 h et 365 par an, la création d'1 ETP d'infirmier référent me paraît incontournable. Ce professionnel, présent 7 heures par jour, du lundi au vendredi, viendra en soutien de l'équipe socio-éducative et accompagnera les usagers aux différents rendez-vous médicaux programmés. Il participera également aux activités et sera un collaborateur précieux du fait de sa connaissance des maladies mentales. Idéalement, ce professionnel aura travaillé dans le secteur de la psychiatrie avant son embauche.

d) *Le positionnement des professionnels*

Dans la vie de tous les jours, les relations interpersonnelles sont modulées par nombres de séparations virtuelles à travers le vouvoiement, la position hiérarchique, la tenue vestimentaire, le niveau socioprofessionnel, etc...

Si, pour certains usagers polyhandicapés, le tutoiement est préconisé par le médecin psychiatre de l'établissement, c'est bien le vouvoiement qu'il convient d'adopter face aux personnes en situation de handicap psychique et ce, pour plusieurs raisons :

- ✚ Il existe une particularité en psychiatrie : le patient est supposé atteint dans son fonctionnement psychique, ce qui constitue d'emblée, une distance avec le soignant. Cette distance a donc comme fonction première de bien asseoir la place de chacun : d'un côté les soignants et de l'autre, les patients.
- ✚ Mais cette distance devient thérapeutique lorsqu'elle permet au soignant de se différencier de l'autre, le soigné, afin de le voir dans son ensemble. Ceci suppose l'altérité permettant la relation entre l'aidant et l'aidé.

Ainsi, pour les professionnels, cette distance permet de ne pas prendre sur soi la souffrance de l'autre, de se différencier de l'autre en restant soi-même et d'être clair avec soi et avec l'autre. Pour les usagers, cette même distance leur permet d'être considéré dans leur globalité, de se sentir écouté et respecté et de recevoir un service juste. Cet espace n'est jamais fixe et ne se résume pas au vouvoiement. Il doit être sans cesse réajusté en fonction de la dynamique de la relation. J'ai bien conscience que cette notion de juste distance devra être tout particulièrement travaillée en équipe pluridisciplinaire de par la proximité qui existera entre le personnel et les usagers du fait du projet lui-même (taille du service et pathologies des usagers accueillis).

e) *L'utilisation de la chambre d'apaisement*

L'utilisation de la chambre d'apaisement sera parfaitement encadrée pour éviter tout dérapage. Dès l'antiquité, des écrits font allusion à la nécessité « d'exercer un contrôle

physique sur les personnes agitées ». Ainsi, CELIUS AURELIEN⁵⁶ recommande –t'il de faire usage de liens si les maniaques sont agités « *mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après* ». CELIUS AURELIEN reprenait ainsi les idées de son maître SORANOS d'Ephèse. SORANOS⁵⁷ s'opposait à CELSE⁵⁸ qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, la maladie de son malade. Dans ce but, CELSE enchaînait ses malades, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des cathartiques. SORANOS, lui, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. Si SORANOS considère la contention comme un mal nécessaire, CELSE estime, lui, que cette contrainte est thérapeutique.

Cet antagonisme entre SORANOS et CELSE, entre contrainte et douceur, entre soin et contention a perduré à travers les siècles et reste encore aujourd'hui d'actualité. En Allemagne, la séparation en chambre spéciale est réglemémentée par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985. Le paragraphe 29 a considère les mesures de « sécurité particulière » : elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable pour le patient lui-même, les autres patients ou le personnel. Chacune des mesures de sécurité doit être ordonnée et limitée dans le temps par un médecin et doit être immédiatement levée dès que les conditions de sa mise en vigueur ont disparu. Dans ce pays, cette pratique relève davantage de mesures sécuritaires plutôt que de mesures thérapeutiques.

En Grande-Bretagne, l'isolement est un moyen de traitement médical prévu par l'Acte de Santé mentale de 1983. Il doit être employé avec parcimonie et pour une durée aussi courte que possible. L'usage de ces chambres et les dossiers des patients dont les soins ont nécessité des mesures d'isolement sont contrôlés, une fois par an, par la Commission de Santé Mentale⁵⁹.

Au Canada, les mesures de retrait (appellation canadienne de l'isolement) sont définies comme des mesures d'intervention visant la prévention d'une désorganisation ou d'un passage à l'acte. Le but essentiel est de permettre au patient de récupérer son autocontrôle.

⁵⁶ CELIUS AURELIEN : apparaît comme le dernier grand médecin latin du Vème siècle, s'inscrivant dans une lignée caractérisée par l'observation et le positivisme.

⁵⁷ SORANOS : médecin grec du début du second siècle, chef de file de l'école méthodique.

⁵⁸ CELSE : médecin ayant vécu au temps de l'empereur AUGUSTE. Il a écrit un traité de médecine « De Arte Medica »

⁵⁹ Corps indépendant qui a la responsabilité statutaire de veiller à défendre les droits, le bien-être et la sécurité des malades.

En France, la mise en chambre d'isolement est un acte professionnel infirmier relevant du décret 2004-802 du 29 juillet 2004. Ce soin se fait uniquement sur prescription médicale écrite, immédiatement ou en différé selon le degré d'urgence, selon l'article 34 du code de déontologie médicale. L'audit clinique réalisé en France par l'ANAES⁶⁰ a permis d'élaborer un certain nombre de règles de conduites à tenir pour la mise en chambre d'isolement à l'hôpital. Ainsi, il apparaît que :

- ✚ L'isolement est une mesure thérapeutique qui relève de la compétence et de la responsabilité médicale,
- ✚ L'isolement a un effet protecteur, l'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde,
- ✚ La baisse des stimulations liées à l'environnement, l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitation,
- ✚ Le terme « d'isolement » se rapporte à la situation du patient vis-à-vis des autres patients mais d'aucune façon et en aucun cas vis-à-vis de l'équipe soignante,
- ✚ Toute mise en chambre d'isolement doit s'accompagner d'une chimiothérapie qui permette de réduire l'état d'excitation et d'angoisse qui ont motivé la mesure,
- ✚ L'information du patient doit être claire et précise, quel que soit son état clinique.

A l'hôpital de Bécheville, on ne parle plus de chambre d'isolement, mais de chambre de soins intensifs. Les hospitalisations dans ces lieux peuvent durer plusieurs jours, voir plusieurs semaines. Comme le lecteur l'a déjà compris, bien évidemment, la chambre d'apaisement n'aura pas cet usage à la M.A.S. Un protocole détaillé de l'utilisation de cette chambre sera rédigé par une commission composée du médecin psychiatre et de représentants de l'équipe pluridisciplinaire.

D'ores et déjà, suite aux divers échanges que j'ai eus avec le secteur sanitaire et le médecin psychiatre de la structure, les règles suivantes peuvent être énoncées :

- ✚ Le médecin psychiatre de la structure sera la seule personne habilitée à décider de la mesure de mise en chambre d'apaisement. Pour chaque usager, un protocole détaillé sera rédigé par le médecin psychiatre et l'équipe en fera une stricte application.
- ✚ Cette mesure ne pourra excéder quatre heures.
- ✚ Une surveillance étroite devra être réalisée par le corps infirmier et chaque utilisation de la chambre d'apaisement devra être consignée sur un cahier infirmier prévu à cet effet.

⁶⁰ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf> (site visité le 3 août 2010).

- ✚ D'une façon générale, les usagers et leurs représentants seront informés du protocole d'usage de la chambre d'apaisement.
- ✚ Les usagers utilisateurs de la chambre d'apaisement et leurs représentants, seront informés du protocole les concernant.

4. Permettre un accompagnement éducatif convivial et structuré autour d'un CANTOU

Ce service dédié, novateur dans la prise en charge éducative qu'il proposera, aura comme objectif de développer l'autonomie des usagers tout en les responsabilisant dans le partage des tâches liées à la vie quotidienne.

4.1 Un projet éducatif basé sur la vie en « CANTOU »

Avant d'occuper mes fonctions au sein de la M.A.S, j'ai travaillé durant trois ans en qualité de chef du personnel au sein d'un Centre de Gérontologie Clinique de quatre cents lits et places. Cette structure est composée de plusieurs unités qui accueillent les résidents en fonction de leur degré de dépendance. Un service avait tout particulièrement retenu mon attention : il s'agissait d'une unité « CANTOU » qui accueillait une dizaine de personnes encore valides, atteintes pour la plupart de la maladie d'Alzheimer.

En occitan, « CANTOU » signifie « coin du feu » et symbolise l'ambiance conviviale des domiciles familiaux d'autrefois, dans lesquels plusieurs générations cohabitaient. Le concept de « CANTOU », apparu dans les années 1980 dans certaines maisons de retraite, consiste à offrir à un petit groupe de résidents des conditions de vie proches du milieu familial, en leur proposant des animations centrées sur la vie courante afin de stimuler les fonctions cognitives restantes. Le but des « CANTOU » est donc de proposer une prise en charge différente de celle offerte dans des hébergements plus traditionnels. Le résident est acteur de sa prise en charge et associé à la vie de la structure dans laquelle il est hébergé. Lorsque j'ai commencé à évoquer l'idée d'une prise en charge spécifique pour les personnes en situation de handicap psychique à la M.A.S, ce concept m'a paru intéressant. Je pense qu'il est tout à fait transposable à la population visée et qu'il répondrait aux besoins et aux attentes de ces personnes.

Ainsi, les usagers accueillis dans ce service prendraient part à la vie du pavillon – avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire - en s'occupant de leur chambre (faire le lit, ranger et assurer le ménage de sa chambre), en préparant les repas (établir les menus, faire les courses, cuisiner, mettre la table et la débarrasser, remplir le lave-vaisselle puis le vider), en s'occupant de leur linge. Au-delà de l'autonomie dans les activités de la vie journalière,

la vie en « CANTOU » permettra la prise en compte de divers aspects comme la vie affective et sexuelle des usagers, leur intimité ou leur besoin - pour certains irrépressible – de fumer. Ce concept donne une toute autre dimension à l'accompagnement et au projet. C'est pourquoi, comme je l'ai déjà évoqué précédemment, la commission d'admission sera particulièrement attentive aux candidatures qui seront retenues pour intégrer ce service. Une orientation M.A.S par la MDPH ne sera pas suffisante : les personnes retenues devront trouver un intérêt à tenter cette expérience, leur laissant plus d'autonomie dans leur vie, mais leur imposant certaines contraintes. Là-encore, la communication sur la spécificité d'accompagnement offerte par ce service avec nos partenaires (entre autres, le secteur sanitaire et la MDPH) sera essentielle.

4.2 Les spécificités du personnel éducatif de ce service

Personnel de jour : contrairement aux équipes éducatives des autres unités qui travaillent principalement en « sept heures », l'équipe éducative de ce service travaillera en « douze heures » comme cela a déjà été mis en place de manière dérogatoire après consultation des instances représentatives et accord de l'inspection du travail pour le corps infirmier de la M.A.S. En effet, lors de mon stage à l'hôpital de Bécheville, j'ai retenu qu'il est très important que cette population soit prise en charge par les mêmes personnes tout au long de la journée. En effet, pour les usagers cette continuité dans la prise en charge leur donne un repère structurant et rassurant alors que pour les professionnels, travailler en douze heures permet d'avoir une vision globale des usagers sur la journée et une meilleure observation de leurs états psychiques ainsi que de leurs évolutions.

Je prévois la présence chaque jour d'un binôme de travail composé d'un éducateur spécialisé et d'un aide médico-psychologique. L'éducateur spécialisé, du fait de ses études, aura le recul nécessaire pour pouvoir adapter les animations proposées à l'état psychique des usagers. Il sera en capacité, aidé en cela par l'infirmier, d'apporter de la souplesse dans l'accompagnement proposé, en fonction des besoins et des envies des usagers. Il participera également aux animations proposées. L'aide médico-psychologique, de par sa formation, sera en capacité d'animer les activités et d'accompagner les usagers tout au long de la journée.

Pour couvrir l'année et le temps de travail journalier, les besoins en personnel éducatifs sont estimés à :

365 jours x 12 heures = 4382 heures de temps de travail effectif.

4382/1655 heures travaillées = 2.64 ETP arrondis à 3.

Soit 3 ETP d'éducateurs spécialisés et 3 ETP d'AMP.

Personnel de nuit : la nuit est un moment tout à fait particulier en psychiatrie qui génère beaucoup d'anxiété et d'angoisse ; c'est pourquoi, il m'apparaît nécessaire qu'un professionnel soit posté au sein de ce service afin qu'il y ait une présence rassurante. Ce professionnel, relié aux autres salariés de nuit de la structure par un bip de sécurité, serait en charge d'assurer la surveillance du service et de réconforter les usagers en leur proposant une boisson chaude ou en discutant avec eux afin de les apaiser. La couverture des nuits durant l'année nécessitera la création de 3 ETP d'aide soignant.

La création de ce service générera donc des ouvertures de poste. L'ensemble de la démarche permettra de mettre en place une logique de GPEC⁶¹, intégrant la formation qualifiante des personnels et la validation des acquis par l'expérience. Il sera ainsi proposé au personnel, lors des entretiens annuels, de bénéficier consécutivement à l'accroissement de l'offre de service, de nouveaux plans de carrière. Pour cela, je solliciterai les formations qualifiantes, permettant ainsi par exemple à des AMP ou à des aide-soignant qui le souhaiteraient de partir en formation d'éducateur spécialisé. Donner des perspectives aux salariés, leur permettre de changer de cadre d'intervention favorisera également la lutte contre la routine et l'épuisement professionnel. Enfin, si nécessaire, j'aurai recours à des recrutements externes pour finaliser l'équipe.

4.3 Les activités spécifiques à ce service

La plupart des activités présentées ci-dessous sont à la jonction du soin et des activités éducatives. J'ai pris le parti de les présenter dans cette section car c'est bien l'équipe éducative qui va les encadrer, même si certaines seront menées par des professionnels aguerris, non salariés de la structure. Dans ce cas, les encadrants du service participeront à ces activités pour comprendre ce qui s'y joue, observer les usagers dans un autre cadre et partager avec eux des émotions. Ils seront présents également dans une dimension soutenante et sécuritaire.

L'espace snoezelen : comme je l'ai indiqué en première partie, l'établissement dispose d'un espace « snoezelen » : il est équipé d'un matériel spécifique : matelas à eau chauffant, fibres optiques sous forme d'une gerbe lumineuse, projecteurs, colonnes à bulles aux couleurs changeantes, diffuseur d'arômes. Cet espace est un atout pour l'accueil de cette population. Au-delà de cela, « snoezelen » est un concept qui s'applique dans l'accompagnement des usagers au quotidien, et donc essentiellement en dehors de la salle, à travers la prise de conscience des sens, à faire émerger les potentialités de chacun à travers une relation fondée sur « l'être » plutôt que le « faire ».

⁶¹ GPEC : gestion prévisionnelle des carrières et des compétences

Etymologiquement, « snoezelen » provient de la contraction de deux verbes néerlandais : snuffelen qui signifie flairer dans une dimension active et doezelen, qui veut dire somnoler, renvoyant à une image de détente. En fait, il s'agit d'un état d'esprit qui regroupe le respect de la personne, la priorité aux expériences sensorielles afin d'amener détente et relaxation.

Pour moi et du fait des pathologies de ce public, ce concept doit venir en complément de celui prôné par Hildegard PEPLAU que j'ai déjà évoqué car il permet de diminuer les angoisses, favoriser la relation, centrer la personne sur ses capacités, ses forces plutôt que sur ses incapacités et ses faiblesses, découvrir du plaisir mais aussi du déplaisir, d'avoir une relation à son propre corps et comprendre qu'il ne fait qu'un.

Soins du corps : certaines pathologies psychiatriques peuvent mener à l'incurie ce qui met une barrière entre le patient et les autres. Faire tomber cette barrière par une action sur sa propre image est un axe de travail fort des services de psychiatrie – et notamment des services de l'hôpital de Bécheville - qui devra être relayé tout particulièrement par les professionnels de la M.A.S. Le Foyer Occupationnel est équipé d'une salle d'hydrothérapie avec un espace dédié aux massages. Cette salle – et l'utilisation qui en sera faite - aura toute sa place dans le nouveau projet et contribuera à positiver l'image qu'ont d'eux-mêmes ces usagers.

Art-thérapie : L'art-thérapie est une façon d'utiliser l'art et la créativité pour aider à la résolution de certains problèmes psychiques notamment. C'est une technique parallèle aux thérapies plus classiques comme la psychothérapie à la différence que celle-ci est non verbale. Certaines personnes se trouvent dans l'incapacité d'exprimer par des mots leur mal-être, leur angoisse ou leurs souffrances. Grâce à la création, ils vont pouvoir se raconter. Il s'agit donc de transformer ces souffrances en une création libératrice. Le partenariat développé avec l'hôpital de Bécheville va permettre aux usagers de cette unité de bénéficier de séances d'art-thérapie basées sur la peinture. Lors de ces séances, les usagers seront encadrés par les salariés de l'unité, sensibilisés également à cette approche.

Musicothérapie : la musicothérapie est une des composantes de l'art-thérapie qui consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne. Bien que la musicothérapie, ou les thérapies musicales, existent depuis l'antiquité sous une forme empirique, ce n'est qu'au vingtième siècle, dans les années 1960, que la notion d'une profession dans ce domaine fait son apparition, notamment au Canada et aux Etats-Unis.

Lors de mon stage à l'hôpital de Bécheville, j'ai pu constater que cet atelier avait beaucoup de succès. Là-encore, du fait du partenariat qui va se développer avec cette institution, les usagers de la M.A.S pourront bénéficier de cette prise en charge spécifique. Bien évidemment, les encadrants ne seront pas écartés de cette activité et seront, là-encore, sensibilisés à cette approche.

Equithérapie : Certaines propriétés thérapeutiques liées au cheval sont connues depuis l'antiquité. La mise au cheval était pratiquée en Grèce pour favoriser l'évolution de certaines maladies somatiques et pour fortifier les membres. Selon la société française d'équithérapie, l'équithérapie est un soin psychique, médiatisé par le cheval, et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle. C'est une possibilité de s'ouvrir à des éprouvés corporels et à l'émergence des émotions qui leur sont liées. Le cheval est le médiateur vivant de la relation entre le patient et le thérapeute. Contrairement aux séances d'équitation adaptée (proposées actuellement à la M.A.S), la progression équestre du cavalier n'est pas un objectif en soi. Plus précisément, ce type de thérapie adaptée est une thérapie de communication, qui permet de vaincre certaines inhibitions et qui favorise une meilleure relation avec l'environnement social et affectif de la personne. Le travail avec le cheval est une méthode globale car elle sollicite une participation de tout l'organisme, aussi bien physique que psychique. C'est aussi une méthode analytique car des mouvements isolés et indépendants sont réalisables avec beaucoup de précision.

Atelier théâtre : beaucoup de patients que j'ai rencontrés à l'hôpital psychiatrique m'ont évoqué le plaisir qu'ils prenaient lorsqu'ils pouvaient bénéficier de « cours de théâtre ». Ce sentiment m'a été confirmé par l'équipe soignante qui pense que cette activité est tout particulièrement adaptée aux personnes porteuses de handicap psychique. En effet, cette activité permet par son cadre et son processus de réaliser un travail sur la mémoire, la concentration, la gestuelle et la diction, de développer ses capacités d'écoute et d'observation de soi et des autres, d'entrer en inter-action avec les autres, de travailler une distanciation avec son propre personnage et de développer un autre type de relation avec le personnel. Les usagers du Foyer Occupationnel et certains de la M.A.S ont déjà pu approcher cette activité dans le cadre de leur participation aux « Journées Handi-Scène » qui se sont déroulées durant plusieurs années avec le soutien de la ville de MEULAN/LES MUREAUX. La préparation de ce festival était l'occasion, pour les usagers et le personnel, de stage de quinze jours avec une compagnie théâtrale, spécialisée dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap. Forte de cette expérience, je suis persuadée qu'un atelier théâtre au long cours aurait tout son sens au sein de cette unité spécifique.

4.4 Les activités communes à tous les usagers de la M.A.S

Le partage d'activités et de temps conviviaux avec les autres usagers de la M.A.S et ses différents professionnels sera nécessaire, d'une part, pour éviter à ces personnes le fait de ne vivre qu'entre elles et d'autre part, afin qu'elles puissent bénéficier de toutes les potentialités offertes par la structure. Ces temps – tout comme les activités spécifiques que je viens de présenter - seront bien évidemment adaptables en fonction des disponibilités psychiques et des envies des personnes accueillies. Ainsi, parmi les nombreuses activités proposées aujourd'hui aux usagers de la M.A.S, je pense que les personnes en situations de handicap psychiques trouveront de l'intérêt en participant, entre autres, aux activités suivantes :

Activités sportives : que ce soit l'expression corporelle, le yoga, le partenariat avec Handisport, le Jujitsu, la pratique de la balnéothérapie ou l'activité piscine : ces différentes façons de pratiquer le sport permettront à ces usagers de mieux gérer leurs angoisses par la sécrétion d'endomorphines, de se sentir bien et de prendre du plaisir. Le partenariat existant avec le club PARIS/SAINT-GERMAIN sera également l'occasion d'aller voir des matchs de façon privilégiée et de suivre des entraînements.

Activité jardin : cette pratique du jardinage permet aux usagers d'être en lien avec les saisons. Il est également très gratifiant de récolter ce que l'on a semé ou planté.

Atelier journal : choisir les articles du futur numéro, aller à la rencontre de personnes (salariés, usagers, artistes, grands sportifs) afin de les interviewer, rédiger les articles, effectuer la mise en page : l'atelier journal est un moyen de s'ouvrir aux autres et au monde.

Atelier poterie : dans cet atelier, les usagers donnent libre cours à leur imagination et peuvent réaliser des objets qu'ils offrent ensuite à leurs proches, ce qui est très gratifiant.

Atelier échanges : cet atelier a pour objet de créer un échange entre les usagers autour d'un sujet d'actualité. Généralement, une revue (quotidien ou magazine) sert de support pour lancer le débat.

Animations festives : tout au long de l'année, des animations ponctuelles sont organisées en référence au calendrier. Ces fêtes sont l'occasion de grands moments de joie partagés.

5. Former les professionnels à ces nouveaux modes d'accompagnement, les accompagner et les soutenir

La qualité du service rendu à l'utilisateur repose pour beaucoup, comme nous l'avons vu en première partie, sur la qualification, la professionnalisation et les conditions de travail du personnel. Les différents aspects de la prise en charge après des personnes souffrant de handicap psychique sont complexes et requièrent un encadrement pluridisciplinaire garantissant des compétences différentes et complémentaires. Mais au-delà de ces aspects de formation et de professionnalisation, je pense qu'il sera primordial, lors de l'ouverture de ce service, de laisser place au volontariat afin que les salariés, déjà en poste au sein de la M.A.S puissent s'ils le souhaitent, tenter cette nouvelle expérience.

En effet, l'accompagnement proposé auprès de ce public sera différent de celui qui existe actuellement : les salariés qui rejoindront ce service dédié devront avoir de l'intérêt pour ce type de handicap et pour la spécificité de ce projet. En référence à JR LOUBAT qui indique dans son ouvrage que « *Si la motivation est une affaire personnelle, la mobilisation est l'art et la manière de la susciter* »⁶², j'accorderai une attention particulière à la motivation des salariés qui voudront prendre part au projet et les mobiliserai par des actions de formation soutenues. Car si la formation ne remplace pas un recrutement investi, je pense qu'elle est complémentaire.

J'ai bien conscience que les professionnels auront à gérer régulièrement des troubles violents de la conduite, qui sont souvent verbalisés comme des situations de dangerosité. Je les qualifierai de « violences ». Le docteur GABBAI affirme que ces conduites, « *fort diverses, ne peuvent se comprendre qu'en référence à des modes de fonctionnement psychopathologiques, eux-mêmes divers et souvent utilisés dans leurs différents aspects chez un même patient* ». ⁶³ Malgré toutes les précautions d'accompagnement qui seront prises, il se peut que ces conduites revêtent un caractère insistant et répétitif. Il est impératif que le personnel soit formé spécifiquement à ces conduites, d'une part, afin de les décrypter comme faisant partie intégrante de la pathologie et non pas de « méchancetés » de la part des usagers à l'encontre du personnel et d'autre part, afin de savoir comment mieux les appréhender. A cette fin, et dans le cadre du partenariat dont j'ai fait déjà mention à plusieurs reprises avec l'hôpital de Bécheville, les salariés de ce pavillon seront accueillis au sein du service dans lequel j'ai effectué mon stage. En

⁶² LOUBAT JR, Penser le management en action sociale, Op. Cit.

⁶³ GABBAI P., Les conduites dites violentes dans les Troubles Envahissants du Développement à l'âge adulte, Les cahiers de l'actif n°390/391, p 151-164.

échange, la M.A.S recevra des salariés de ce même service pour qu'ils découvrent l'environnement que nous offrons aux usagers et l'accompagnement proposé.

Le plan de formation sera également un autre levier pour que les professionnels acquièrent les compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Ces besoins seront recensés lors de l'entretien annuel, déjà en place au sein de la M.A.S. Lors de ces entretiens, menés avec bienveillance et empathie par les hiérarchiques directs, les professionnels évoqueront, entre autres, leur besoins de formation afin de ne pas être en difficulté dans l'accompagnement des usagers. Ce temps sera réellement un moment privilégié où le cadre prendra le temps d'écouter et d'échanger avec chaque salarié qu'il aura sous sa responsabilité. C'est en partie sur ces demandes, validées par la hiérarchie directe, que je construirai le PAUF⁶⁴ de l'année suivante. Je ferai également appel aux compétences existantes en interne, notamment à celles du médecin psychiatre et du psychologue.

Enfin, le meilleur professionnel ne peut pas faire du bon travail s'il ne se sent pas en sécurité. Cette question devra être réfléchiée par le comité de pilotage : je pense que la sécurité du personnel – et sa tranquillité dans l'action – passera obligatoirement par la mise en place d'un dispositif d'alarme, susceptible de mobiliser le personnel des autres unités, certains paramédicaux et les cadres très rapidement.

Au total, l'équipe pluridisciplinaire spécifique à ce service sera constituée de 10.77 ETP, dont 0.10 ETP d'assistante sociale, portant le temps de travail de cet acteur au sein de la M.A.S de 0.50 ETP à 0.60 ETP. Soutenir l'équipe, de mon point de vu, c'est également lui permettre de prendre corps. Référence dans le secteur social et médico-social, l'équipe constitue « *...un élément dynamique qui tisse le lien social et l'échange entre le professionnel au sein d'une institution. Travailler en équipe reste le rêve de tout travailleur social, qu'il le pratique ou non. C'est une fiction opérationnelle, « un mythe actif » qui permet d'agir. Réalisant la synthèse entre action élaborée collectivement et action individuelle, le travail en équipe constitue un enjeu pour les professionnels et les directions* »⁶⁵. Cependant, il ne suffit pas de mettre des individus ensemble pour que l'équipe prenne corps. Il faut un objectif commun clairement défini pour fédérer les individus dans l'équipe. Cet objectif doit être atteignable et suffisamment ambitieux. Je pense que la réalisation du projet de service peut répondre à cet objectif commun pour ce

⁶⁴ PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds

⁶⁵ LEFEVRE P., Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, Dunod, Paris, 2003. P 279 et 280.

pavillon. Au sein de l'établissement, c'est la refonte du projet d'établissement qui aura cette tâche. L'équipe pourra également se construire en participant aux séances spécifique d'analyse des pratiques professionnelles que je ne manquerai pas de mettre en place dès sa constitution.

Hormis ces personnels spécifiques, une mutualisation des professionnels déjà présents dans la structure existera de fait pour l'ensemble des paramédicaux, des animateurs, du médecin généraliste et des équipes socio-éducatives. De plus, le corps infirmier déjà existant prendra le relai en l'absence de l'infirmier référent, la nuit et sur les temps de week-end.

6. Inscrire le projet dans une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité

Je souhaite engager l'équipe dans une dynamique où les complémentarités seront pertinentes au regard des attentes des personnes handicapées psychiques. J'envisage un dispositif qui sera évalué au cours des différentes étapes de sa mise en œuvre, dans le but d'ajuster au mieux qualité de service, gestion des ressources et utilisation optimale des compétences.

Evaluer permet de mesurer l'écart entre le but recherché et le but atteint. Il sera donc impératif de mettre en place des indicateurs pour vérifier l'état d'avancement du projet, la qualité de l'offre de service apportée en réponse aux besoins des personnes porteuses de handicap psychique, les répercussions qu'aura ce projet sur les autres usagers de la M.A.S, sur le personnel, et ce en dehors de la démarche qualité.

Ces indicateurs, étudiés en comités de pilotage, pourront notamment porter sur :

- ✚ Le respect des échéances arrêtées,
- ✚ La liste d'attente pour intégrer ce service,
- ✚ Le rythme et le mode de vie des usagers du service : participation à la vie du pavillon, régularité dans les activités proposées et adhésion à celles-ci,
- ✚ Les rapports des usagers handicapés psychiques avec les autres usagers de la M.A.S : évaluation des activités faites en commun, affinités, rapports d'incident,
- ✚ La durée moyenne de séjour des usagers de ce service, le nombre et la fréquence des séjours à l'hôpital, la réactivité de l'hôpital face aux besoins du service,
- ✚ La motivation du personnel à participer au projet (nombre de volontaires), sa mobilisation face aux divers axes de travail proposé (groupes de travail), sa stabilité, son taux d'absentéisme.

- ✚ La nature du climat social : fonctionnement des instances représentatives du personnel et qualité du dialogue avec les partenaires sociaux.

L'outil envisagé pour recueillir la parole des usagers de ce service pourra être, en plus des questions préparatoires aux conseils de vie sociale qui concernent tous les usagers de la M.A.S, une enquête de satisfaction ; les personnes en situation de handicap psychique étant lectrices pour la plupart. L'évaluation des résultats permettra de mesurer les changements induits chez tous les usagers en termes d'état de santé, de qualité de vie, d'autonomie et de satisfaction. L'analyse des résultats indiquera si les effets attendus auprès des professionnels sont atteints ou en cours d'acquisition, notamment en matière de dynamisme institutionnel et de lutte contre l'usure professionnelle. Enfin, s'il existe des écarts entre les objectifs et les réalisations, j'en rechercherai les causes avec les salariés et les divers partenaires et des actions correctrices seront mises en œuvre.

Ce service devra également intégrer la démarche qualité mise en place au sein de la M.A.S. Afin de définir ce que recouvre la notion de qualité dans le secteur social et médico-social, j'ai retenu la définition qui en est donnée par P. DUCALET et M. LAFORCADE. Ainsi, « *La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositif, etc...) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain.* »⁶⁶

Conformément aux attendus de la loi du 2 janvier 2002 en son article 312-8, la M.A.S a débuté la démarche d'évaluation de la qualité de ses prestations en janvier 2009, avec l'aide d'un cabinet extérieur et en lien avec le siège de l'association. Cette démarche a été initiée par le siège pour tous les établissements et service de l'association. Pour ce faire, nous avons élaboré notre propre référentiel en réunions de directeurs, référentiel décliné ensuite en fonction des spécificités de chacun des établissements ou services. La démarche vise tout d'abord à apprécier comment se situe l'établissement, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'évaluation est ici centrée sur la qualité des prestations, sur la façon dont elles sont délivrées et sur l'esprit qui préside l'action. Cet esprit se caractérise par la place donnée au respect du droit des personnes. L'évaluation permet tout particulièrement de mesurer si, au-delà de l'annonce de bonnes intentions, les pratiques

⁶⁶ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan, Paris, 2008, p 129 (livre parcouru)

quotidiennes témoignent bien d'une véritable individualisation de l'accompagnement, d'une juste réponse aux besoins et aux attentes des personnes, d'un réel respect des usagers et de leurs familles.

L'évaluation doit permettre, dans un second temps, d'avoir une vision globale de la structure et de son fonctionnement, ce qui conduit, entre autres, à interroger le projet d'établissement : le projet permet-il de répondre de façon adéquate aux attentes des personnes accueillies ? Le fait-il avec un niveau de ressources suffisant et les moyens sont-ils mobilisés à bon escient ? Le projet est-il inscrit dans une dynamique au sein de son environnement ? Favorise-t'il le travail en réseau et en partenariat ? Autant de questions posées par le groupe COPIL⁶⁷, composé de représentants de l'équipe pluridisciplinaire. Il a pu ainsi se dégager certains axes de travail prioritaires qui font d'ores et déjà l'objet de commissions de travail au sein du personnel et qui seront repris lors de l'écriture du prochain projet d'établissement.

L'évaluation des pratiques professionnelles a donc pour visée d'observer à intervalles réguliers : la cohérence, la pertinence, l'efficacité et l'impact de l'action. Elle permet l'amélioration continue des prestations offertes aux usagers. « Si elle comporte un temps spécifique d'analyse et de production de résultats, elle doit cependant s'articuler pleinement au fonctionnement régulier du service »⁶⁸. Le pavillon dédié aux personnes porteuses de handicap psychique ne fera pas exception et entrera, après sa création, dans le processus qualité mis en œuvre au sein de la M.A.S.

7. Volet financier

Le lecteur trouvera en annexe 8 le budget prévisionnel que j'ai élaboré, avec le concours du cabinet d'expertise comptable qui travaille pour l'A.G.E.H.V.S, dans le cadre de ce projet. Afin qu'il soit le plus précis possible, j'ai pris en considération les coûts qu'allaient engendrer la délocalisation du Foyer Occupationnel puis ceux qu'allaient générer la création de cette unité spécifique.

⁶⁷ COPIL : Comité de pilotage en charge de l'élaboration du plan de conduite de l'évaluation interne, de l'organisation et de la réalisation de l'évaluation

⁶⁸ CNESMS L'évaluation interne, guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, version n°1, Paris, CNESMS, 28 p

7.1 Délocalisation du Foyer Occupationnel

Le Foyer Occupationnel d'Ecquevilly occupe à ce jour le dernier étage du bâtiment qui abrite la M.A.S. Dans le cadre de son fonctionnement, le budget de cette structure assure la prise en charge des comptes liés à la vie en internat : entre autres, eau, électricité, loyer, chauffage... selon une clef de répartition arrêtée en son temps entre les autorités de tarification et de contrôle⁶⁹. Le Foyer parti, ces dépenses, chiffrées à 82 732 € (cf annexe 3) viendront automatiquement augmenter à concurrence les charges de fonctionnement de la M.A.S. De plus, au niveau du Groupe 2, certains professionnels travaillent à temps partiel sur chaque structure. Ainsi, pour exemple, 70 % du coût total généré par le poste de direction de l'entité est répercuté dans le budget de la M.A.S ; les 30 % restant sont imputés sur le budget du Foyer. Selon une clef de répartition différente (50 %), il en est de même pour le poste de chef de service paramédical et celui de comptable. Enfin, toujours au niveau du Groupe 2, les postes de surveillants de nuit, qui assurent la sécurité des personnes et des biens de toute l'entité, ont été créés sur le budget du Foyer.

Au départ du Foyer Occupationnel, il sera donc nécessaire de créer – ou d'augmenter – les postes suivants du Groupe 2 :

Poste	ETP existant	Création Augmentation	ETP projeté
Directeur	0.70	0.30	1
Chef de service paramédical	0.50	0.50	1
Comptable	0.50	0.50	1
Surveillant de nuit	0	2	2
Total ETP	1.70	3.30	5
Coût chargé	148 390 €		

Au total, la délocalisation du Foyer Occupationnel engendrera un surcoût de fonctionnement de 231 122 € pour la M.A.S Léon HERZ.

7.2 Création d'une unité spécifique dédiée au handicap psychique

Le lecteur trouvera dans le budget prévisionnel annexé au présent document le détail des groupes des dépenses et des produits.

⁶⁹ Le Foyer Occupationnel a comme autorité de tarification et de contrôle le Conseil Général des Yvelines

D'une façon générale, la plupart des comptes liés aux dépenses se sont vus appliquer une règle de trois afin de tenir compte de l'extension de 40 à 46 places. J'ai souhaité ne pas appliquer ce principe pour certains comptes en les dotant davantage du fait du projet particulier de ce service. Il s'agit principalement des comptes du Groupe 1 qui ont traités aux fournitures éducatives, aux traitements médicamenteux, au carburant, aux sorties à l'extérieur, aux transferts et aux activités éducatives (comptes 606, 6112).

7.3 Coût global de l'opération

L'étude du budget prévisionnel joint fait ressortir qu'au total, la masse budgétaire 2011 (hors reprise de résultat et élaborée sur la base de la reconduction du budget alloué 2010) s'élèvera à 4 011 312 €. Ce montant s'explique par :

- . La reconduction du budget 2010 à hauteur de 3 242 205 €
- . Les mesures nouvelles qui représentent 769 107 € et qui se décomposent comme suit :
 - . Chiffrage suite à la délocalisation du Foyer Occupationnel : 231 122 €
 - . Création de l'unité spécifique : 537 985 €, cette somme se décomposant de la façon suivante :

Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation 88 615 €

Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel 429 339 €

Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure 20 031 €

Du fait de l'extension de capacité, il est prévu que l'activité augmente de 1950 journées, déduction faite du taux d'occupation, portant ainsi le diviseur à 14 950 journées. Compte tenu de ces paramètres, la délocalisation du Foyer Occupationnel et la création de l'unité spécifique aux usagers porteurs de handicap psychique portera le coût à la place à 87 202 €, ce qui représente une augmentation globale de 7.98 %.

En conclusion, par la mise en place de ce nouveau service, la MAS disposera de 67 ETP pour 46 places, soit un taux moyen d'encadrement de 1,45 pour accueillir une population avec des problématiques très spécifiques. L'intégration de ce nouveau service qui va générer des journées supplémentaires ne fera évoluer le prix de revient journalier de la M.A.S que de 7.98 % pour une augmentation de capacité de 15 %, cet écart étant maîtrisé par une mutualisation des moyens déjà existants des groupes 2 et 3.

Dés accord du Conseil d'Administration de l'A.G.E.H.V.S, ce projet sera soumis à la délégation territoriale des ARS qui, je l'espère, le relayera et le défendra au plan régional. Il se trouve que dans le département des Yvelines, la délégation territoriale des ARS est composée des anciens inspecteurs de l'ex DDASS. Ainsi, l'interlocuteur privilégié de la

M.A.S en matière de tarification reste inchangé. J'ai l'espoir, compte tenu des besoins existants, de l'orientation des politiques publiques et des relations de confiance qui ont été nouées durant toutes ces années, que ce projet sera accueilli favorablement.

Conclusion de la troisième partie

Tout au long de cette dernière partie, j'ai voulu démontrer au lecteur que la M.A.S « Léon HERZ » disposera de nombreux atouts – en interne et à l'externe - pour proposer une réponse adaptée aux personnes en situation de handicap psychique. Ce projet, novateur dans son concept, passera obligatoirement par une mobilisation forte du personnel qu'il faudra que la direction s'attache à susciter, en lien avec les membres du comité de pilotage. La composition d'espaces contenant, l'approche pluriprofessionnelle, l'organisation très ritualisée autour d'activités vers des expériences sensorielles, structurantes et apaisantes, le partenariat avec le secteur sanitaire et l'ouverture vers la cité garantiront le cadre d'intervention. Une politique de communication claire par un comité de pilotage en cohérence, une proximité des équipes, un soutien fort de la part de la direction et une politique de formation appuyée permettront la réussite de ce projet.

Conclusion

En introduction, je m'interrogeai sur la place des usagers porteurs de handicap psychique face à celle des personnes polyhandicapées à la M.A.S et sur la nécessité de leur proposer un accompagnement spécifique.

Les recherches que j'ai effectuées dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire, le cheminement que j'ai suivi au vu des différentes analyses que j'ai menées, la confrontation des points de vue que j'ai eus avec les principaux acteurs du secteur médico-social et celui du sanitaire m'ont permis d'élaborer le projet que j'ai présenté. Celui-ci, bâti autour des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap psychique, a pour ambition d'être une réponse adaptée et non une solution par défaut, comme c'est le cas actuellement pour les quelques usagers issus de la psychiatrie que nous accueillons.

L'élaboration de cette nouvelle forme d'accompagnement a été guidée par l'idée défendue notamment par Jean-Marie MIRAMON selon laquelle « *C'est à l'institution de s'adapter à l'usager, et non le contraire* »⁷⁰.

Je suis globalement satisfaite de la qualité des prestations qui sont aujourd'hui offertes par la M.A.S aux personnes polyhandicapées. A l'issue de ce mémoire, je suis persuadée que l'établissement peut également inscrire une nouvelle offre de service de qualité à destination des personnes en situation de handicap psychique. Cette réponse à des besoins existant devra s'inscrire dans une offre plus large, relayée par différents acteurs du secteur social et médico-social en partenariat avec le secteur sanitaire.

Au moment où j'écris ces lignes, je sais que je suis en partance professionnellement : après sept ans à la direction de l'entité M.A.S/FO, j'ai décidé de relever un nouveau défi en prenant la direction de l'ESAT « LE PETIT PARC », établissement géré également par l'A.G.E.H.V.S. Le conseil d'administration de l'association a approuvé ce choix et je serai officiellement en poste de direction dans cette structure début octobre. Compte tenu de l'intérêt suscité par ce projet auprès du Conseil d'administration et de notre Président, de l'hôpital psychiatrique de secteur, du besoin actuellement non couvert sur le département et des dernières orientations des politiques publiques, je fonde l'espoir qu'il sera porté avec conviction par mon successeur.

⁷⁰ MIRAMON J-M, COUET D., PATURET J-B, « Le métier de directeur : techniques et fictions », éditions ENSP, 2005, p.20

Bibliographie

OUVRAGES

DUCALET P, LAFORCADE M., « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », Seli Arslan, Paris, 2008 (livre parcouru).

DUREY Bernard, « Le polyhandicapé et son soignant », Théète éditions, 1997.

FREUD S. « L'inquiétante étrangeté et autres essais » Paris, Gallimard Folio, essais 1985.

LEFEVRE P., « *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* », Dunod, Paris, 2003.

LOUBAT Jean-René, « *Penser le management en action sociale et médico-sociale* » Dunod, juin 2006.

MINTZBERG Henry « *Le management Voyage au centre des organisations* », Les éditions d'organisation, 1989.

MIRAMON J-M, COUET D., PATURET J-B, « *Le métier de directeur : techniques et fictions* », éditions ENSP, 2005.

PEPLAU Hildegard, « *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers* », Masson, 1995.

RACAMIER Paul-Claude, « *Les schizophrènes* » Editions PAYOT 1980

ZRIBI G., SARFATI J. « *Handicapés mentaux et psychiques - Vers de nouveaux droits* » EHESP, 2008.

RAPPORTS, DOCUMENTS ET CONFERENCES

ANESM, « *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* », janvier 2009, disponible sur internet http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf

CNESMS « *L'évaluation interne, guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », version n°1, Paris, CNESMS, 28 p

Schéma d'Organisation sociale et Médico-sociale et Yvelines 3^{ème} génération 2010 – 2015

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la Psychiatrie Ile-de-France

LAFORE R., Professeur de droit public, Sciences Po Bordeaux, « *Le directeur face aux nouveaux organisateurs de l'action sociale et médico-sociale* », conférence ARIF 17 novembre 2008

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, « *Conférence de consensus, liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soin et de sécurité* », Paris, 24-25 novembre 2004, Saint Denis la Plaine : ANAES, 14-02-2005, version courte 24p, document consultable sur internet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte-aller-venir-court.pdf>

JUILHARD J-M., juin 2003, « *Matrtaiance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* », (Rapport Sénat tome 1) disponible sur internet <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1>

REVUES

LES CAHIERS DE L'ACTIF « *Les conduites dites violentes dans les Troubles Envahissants du Développement à l'âge adulte* » GABBAI P., n°390/391, p 151-164.

LES CAHIERS DU CTNERHI, ZUCMAN E. « *Handicaps et inadaptations* », Oct-Déc. 1982, n°20, p 17/18.

Revue ESPRIT, « *Les nouvelles figures du soin* », LEBLANC G, WORMS F, PIRARD V, ZACCAI-REYNERS N, n°1, janvier 2006, pp 77-141.

Revue PLURIELS, « *Rapport COUTY* », n°78, Avril 2009.

CODES, LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES

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

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

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

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

SITES INTERNET

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

http://www.mnasm.com/downloads/new_Version%20impression.pdf

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Organigramme de la M.A.S

ANNEXE 2 : Livret d'accueil

ANNEXE 3 : Charte de Bientraitance

ANNEXE 4 : Carte du département des Yvelines – Territoires des Coordinations Handicap Local

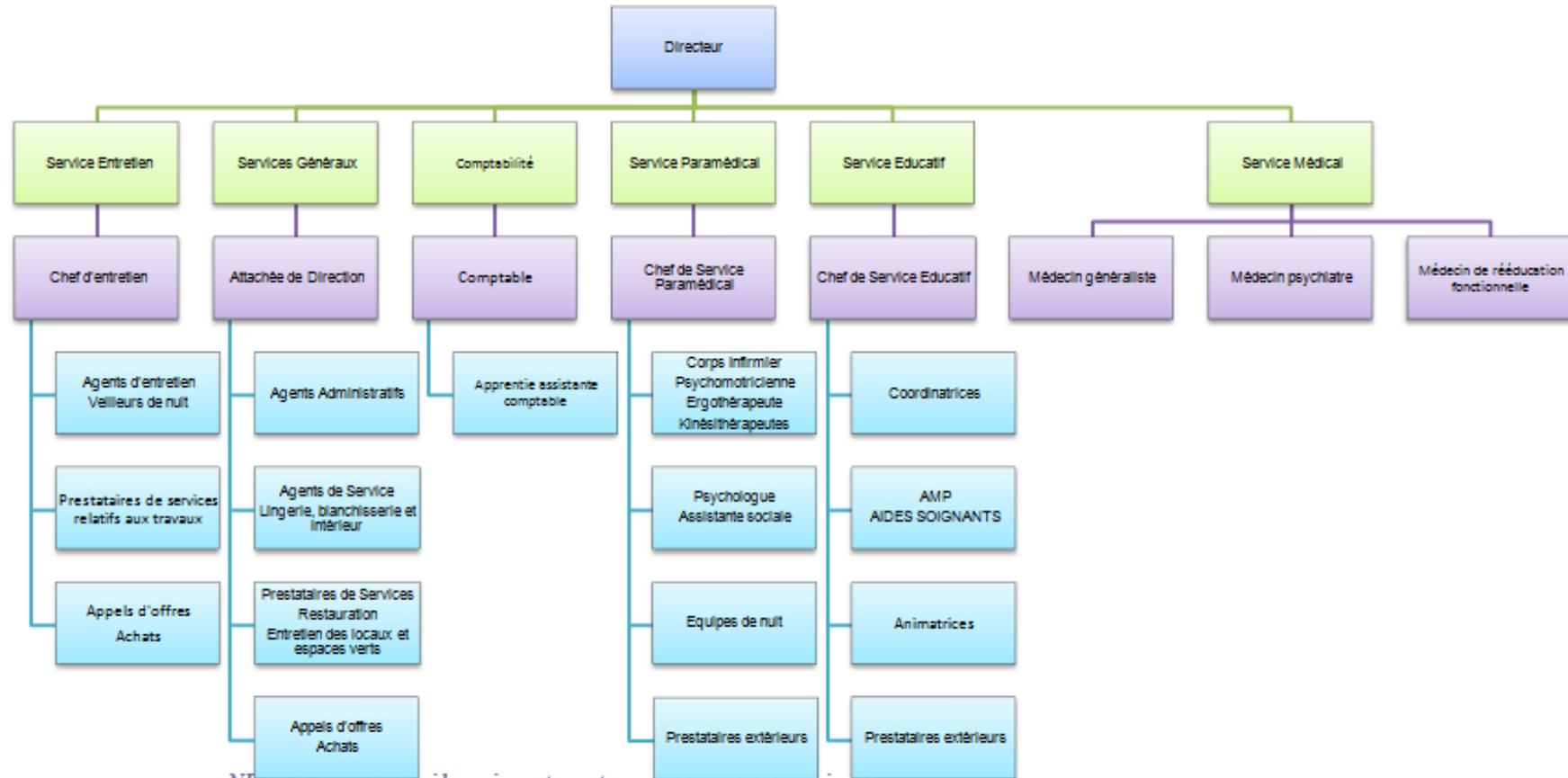
ANNEXE 5 : Fiche action n°14 du schéma départemental des Yvelines

ANNEXE 6 : Fiche action n°21 du schéma départemental des Yvelines

ANNEXE 7 : Plan du Foyer Occupationnel

ANNEXE 8 : Budget prévisionnel du projet

MAS LEON HERZ



NB : Les AMP et les aides soignants sont sous la double hiérarchie des Chefs de services paramédical et éducatif.

Septembre 2010



ANNEXE 2

**Vous êtes accueilli(e) à la
Maison d'Accueil Spécialisée « Léon Herz »**

2 rue du parc

78920 Ecquevilly

☎ 01 34.75.00.00

Fax : 01.34.75.00.01

📧 mas-ecquevilly@agehvs.org

*Ce livret d'accueil comporte des informations sur son fonctionnement,
des informations générales et administratives.*

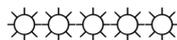
Son équipe se tient à votre disposition pour répondre à vos questions.

PREAMBULE

Adossée à 30 communes constituées en un Syndicat Intercommunal depuis 1969, notre Association vous reçoit au sein de l'un de ses quinze établissements ou services.

Pendant toute la durée de notre collaboration, l'Association soutiendra son attachement aux principes fondant son action tels qu'ils sont affirmés dans le projet général :

- Le Respect de la Personne quelle que soit sa différence.
- La prise en compte de son Environnement Familial.
- La Solidarité qui contribue à l'Egalité des Chances.
- La Laïcité qui se traduit par la tolérance et l'Absence de tout prosélytisme.
- La Démocratie qui permet à chacun d'être entendu.
- La Citoyenneté qui sollicite et respecte l'engagement personnel au service de la société.



SOMMAIRE

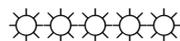
Préambule	page 2
Présentation de la MAS	page 4
Les missions de la MAS	page 4
Situation géographique	page 4
Accessibilité	page 5
Modes de financement	page 5
Processus d'admission et projet de vie	page 5
Forme de participation des usagers	page 6
Et des familles et/ou tuteurs	
Une journée à la MAS	page 6
Les activités proposées	page 7
Les temps festifs	page 9

Annexes

Annexe 1 : Organigramme

Annexe 2 : Règlement de fonctionnement

Annexe 3 : Charte des droits et libertés



Présentation de la M.A.S.

☞ Ouverte en 1996, la Maison d'Accueil Spécialisée « Léon Herz » accueille 40 adultes polyhandicapés, dépendants pour tous les actes de la vie quotidienne.



☞ L'établissement se compose de quatre pavillons de vie non sectorisés, accueillant chacun 10 usagers dans des chambres simples ou doubles non mixtes.

☞ Cette structure répond à la volonté de continuité de prise en charge au sein des établissements gérés par l'Association de Gestion des Etablissements pour Handicapés du Val de Seine (AGEHVS).

Les missions de la M.A.S.

Afin d'assurer une prise en charge optimale de la personne accueillie, l'établissement se fixe comme objectifs principaux de :

- ✓ Héberger et aider à palier la dépendance dans tous les actes de la vie quotidienne,
- ✓ Assurer une surveillance médicale et les soins nécessaires à la personne,
- ✓ Favoriser son épanouissement autour du confort, du bien-être, des activités d'éveil et de maintien des acquis, à travers des projets individualisés,
- ✓ Mettre en place toute action visant à l'amélioration de la santé physique et mentale,

- ✓ Favoriser l'ouverture vers l'extérieur et l'intégration dans les différents domaines de la vie.

Situation géographique

☞ La M.A.S. se situe en plein centre d'Ecquevilly, commune de l'ouest parisien, rattachée au canton d'Aubergenville, qui compte à ce jour 4208 habitants et qui se trouve à 40 km de Paris.



☞ La structure est implantée dans un parc paysagé de 4,5 hectares

Accessibilité

☞ En voiture, l'établissement est accessible de Paris par la Porte de Saint Cloud puis par l'autoroute A13 en direction de Rouen, jusqu'à la sortie 8 « Meulan – Les Mureaux – Ecquevilly ». Prendre ensuite le Centre-ville. L'établissement est situé à côté de la mairie, tout près de l'église.

☞ Par le train, notre établissement est accessible de la gare de Saint Lazare (ligne de Mantes-la-Jolie – Arrêt aux Mureaux). Prendre ensuite le bus No 13.

Modes de financement

☞ L'établissement est financé par la caisse primaire d'assurance maladie sous forme de prix de journées.

☞ Les usagers participent à leurs frais d'hébergement en payant le forfait hospitalier. Cette participation est réduite prorata temporis.

Processus d'admission et projet de vie de l'utilisateur

☞ Avant l'entrée au sein de l'établissement, ou le jour de l'entrée, la personne nouvellement accueillie au sein de la structure est invitée avec sa famille et son représentant légal à une *réunion d'admission*. Sont présents à cette réunion toute l'équipe pluridisciplinaire. Ce temps vise à mieux connaître la personne, en échangeant avec les divers partenaires et à préparer au mieux son intégration au sein de la structure.

☞ L'admission de l'utilisateur est suivie d'une *période d'observation de 6 mois*, pendant laquelle l'équipe est particulièrement vigilante au comportement et à la participation de la personne.

☞ Suite à cette période d'observation, *un projet de vie*, basé sur les intérêts et les besoins de la personne, est élaboré suite à une réunion de synthèse où chaque professionnel fait un compte rendu de ses observations et propose les différents axes de sa prise en charge. L'utilisateur, la famille et le représentant légal (si différent de la famille) sont également associés à ce processus.

☞ Ce projet de vie, composé d'un versant projet de soins et d'un versant éducatif, est réactualisé chaque année.

Forme de participation des usagers et des familles et/ou tuteurs

☞ *Les groupes de parole* : ces temps sont animés par le psychologue au sein de chaque pavillon, en présence de l'équipe éducative et de l'ensemble des usagers. Elle a divers objectifs :

- ↪ Partager et expliquer si besoin des informations essentielles concernant la vie de la structure,
- ↪ Permettre à chacun de s'exprimer, en fonction de ses possibilités, sur ses ressentis, ses besoins et ses désirs concernant la vie dans l'établissement,
- ↪ Plus largement, parler de ses joies et de ses peines et les faire partager.

Par ce biais, nous essayons de rendre les personnes porteuses de handicap davantage actrices de leur vie au sein de la M.A.S.

☞ Comme indiqué précédemment, *le projet de vie* de l'utilisateur est élaboré en fin de synthèse par l'équipe pluridisciplinaire en présence de la famille et/ou du tuteur. Quand cela est possible, l'utilisateur est consulté en amont afin de lui demander son avis et un retour de ce projet de vie lui est fait, soit à la fin de la réunion de synthèse, en groupe restreint, soit par la psychologue de l'établissement. Cette démarche vise à associer la personne porteuse de handicap et lui permet de devenir moteur de son propre projet de vie.

☞ *Le Conseil de la Vie Sociale* est composé de représentants des usagers, des familles, du personnel et de l'association de gestion.

Il s'agit d'une instance vivante où sont abordées des questions concrètes concernant la vie de l'établissement. Il vise à mieux associer les usagers et leur famille à la vie de la MAS.

☞ *Les rendez-vous avec les divers professionnels de l'établissement* : chaque professionnel de l'établissement est à la disposition des familles et/ou tuteurs pour les rencontrer afin de répondre à leurs questions, les informer sur leur proche dans leurs domaines de compétences. Il suffit de prendre rendez-vous pour fixer une date convenant à chacun. Si nécessaire, des rendez-vous associant plusieurs professionnels peuvent également être fixés, à la demande des professionnels ou des familles et/ou tuteurs.

Une journée à la M.A.S.

☞ **7h30/8h30** : lever des usagers et toilettes pour certains, notamment ceux qui bénéficient d'une prise en charge paramédicale dès la fin du petit déjeuner.

☞ **8h30/9h30** : petit déjeuner.

☞ **9h45/10h45** : les toilettes des usagers se terminent. Les usagers qui sont prêts à partir de 9h30 peuvent bénéficier d'une animation réalisée par les animatrices « écoute musicale – détente auditive ». De même, certains usagers bénéficient de prises en charge auprès du personnel paramédical.

☞ **A partir de 11h00** : diverses activités sont possibles comme faire des jeux de société, profiter d'un massage de mains, s'exprimer dans un groupe de parole...

☞ **12h15/13h30** : repas pris en salle de restaurant ou sur le pavillon.

☞ **13h30/14h30** : temps de change. Mise à la sieste pour certains usagers, détente en salle d'activité pour d'autres.

☞ **14h30** : début des activités. Pendant que certains sont en sortie ou en activité à l'extérieur, d'autres sont en prise en charge auprès du personnel paramédical.

☞ **16h15** : prise d'un en cas sur les pavillons.

☞ **16h30 à 18h00** : petit temps libre où, si le temps le permet, il est proposé aux usagers qui le souhaitent une promenade dans le parc. Pour d'autres, ce sera un temps commun en salle d'activité pour regarder la télévision, échanger avec les camarades, dessiner où profiter d'un temps d'intimité dans sa chambre.

☞ **18h30** : dîner sur les pavillons.

☞ **19h45** : temps de détente avant le coucher qui intervient de 20h00 à 21h00. Ceux qui en ont la possibilité peuvent ensuite regarder la télévision dans leur chambre.

Les activités proposées

Les activités sont un moyen pour imprimer un rythme de vie, stimuler les personnes afin de maintenir les acquis, de favoriser l'émergence des désirs, de permettre de nouveaux apprentissages, de développer des potentialités de communication et de création et de favoriser un bien être, un soutien moral pour les personnes accueillies.

Grâce à une analyse fine des besoins des usagers, les professionnels proposent des réponses adaptées à travers diverses activités. Celles-ci sont décidées lors de la réunion de synthèse au cours de laquelle le projet de vie est défini.

Des activités occupationnelles : elles sont liées à la vie quotidienne et au fait que l'on habite un lieu. Elles répondent à ce que le usager est capable de faire ou fait spontanément (tâches domestiques, distribution de courrier..).

Des activités éducatives : elles permettent l'évolution des acquis telles que la mobilité, la dextérité, le langage, les repères spatio-temporels mais favorisent aussi la communication notamment pour les personnes handicapées ne disposant pas du langage verbal.

Des activités divertissantes : ce sont des activités programmées ou spontanées, qui procurent des moments de détente, de plaisir et d'échange convivial entre les usagers et les encadrants.

Des activités relaxantes : elles permettent une relation individuelle visant à procurer un bien être du corps et de l'esprit.

Toutes ces activités se pratiquent à l'extérieur de l'établissement ou en interne. Nous citerons, entre autres :

Ouverture vers l'extérieur :

- Equitation,
- Piscine,
- Cinéma,
- Jujitsu,
- Randonnée fauteuils,
- Stimulation à la marche,
- Partenariat avec la bibliothèque d'Ecquevilly,
- Participation aux matchs de football en qualité de spectateur,
- Partenariat avec Handisport,
- Théâtre.



En interne,

- Activités manuelles, Poterie, Pâte à sel,
- Yoga,
- Snoezelen, (espace multi-sensoriel),
- Jardinage,



- Informatique,
- Balnéothérapie (à visée rééducative ou de détente),
- Activités sportives adaptées (Boccia – Sarbacane), Espace ludique de défoulement avec parcours moteur adapté,
- Salle d'esthétique,
- Activité cuisine
- Salle de cinéma avec projection de films, de concerts.



Les temps festifs

Les temps conviviaux sont très importants dans notre structure tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur. Ainsi, des temps festifs et des sorties sont régulièrement organisés pour les usagers, entre autres :

- Fête déguisée d'halloween,
- Fête de Noël et après-midi dansante autour d'un orchestre,
- Chandeleur et fête costumée pour le carnaval,
- Repas de Pâques,
- Fête de la musique avec venue d'un orchestre,
- Journée « Olympiades » (parcours sportif adapté),
- Portes ouvertes ou kermesse avec accueil des familles au sein de la structure,
- Repas au restaurant,
- Participation à des concerts, des comédies musicales ...



ANNEXE 3

CHARTRE DE BIENTRAITANCE INSTITUTIONNELLE DE LA MAS LEON HERZ

Nous accueillons en permanence des adultes polyhandicapés et notre mission première est de leur assurer des soins de confort et de bien être.

Nous, salariés de la Maison d'Accueil Spécialisée « Léon HERZ » considérons que ce travail doit se faire avec Bientraitance.

Aussi, soucieux d'un langage commun, nous déclinons ce que nous entendons par Bientraitance, à travers les articles suivants :

Article 1 : **HUMANISME** : Toute personne est porteuse de qualités qui ne demandent qu'à être développées.

Nos relations professionnelles sont guidées par ce postulat, tant envers les usagers qu'entre salariés.

Article 2 : **RESPECT** : de la différence de l'autre, de son intégrité, de sa dignité.

Chaque personne est un être unique que nous ne jugeons pas au préalable. Nous prenons le temps de le connaître.

Article 3 : **VIGILANCE** : être attentif et bienveillant à l'autre.

Nous prenons soin d'écouter et d'observer, pour ne pas entrer dans la routine et répondre aux attentes et besoins de chacun.

Article 4 : **PARTAGE** : donner et recevoir est notre richesse.

La Maison d'Accueil Spécialisée est le lieu de vie des usagers. Nous partageons une grande partie de leur vie et mettons tout en œuvre pour les en rendre acteur.

Article 5 : **COLLABORATION** : faire des différences des complémentarités.

Nous échangeons entre professionnels dans le respect des compétences de chacun. Nous tendons à connaître et à accepter nos limites pour passer le relais à l'autre quand cela est nécessaire.

Article 6 : **TOLERANCE** : toute personne est faillible.

Nous reconnaissons le droit à l'erreur, dans son caractère involontaire, tant que la dignité et l'intégrité de la personne ne sont pas atteintes.

Article 7 : **EMPATHIE** : se mettre à la place de l'autre.

Nous prenons l'autre tel qu'il est et nous le considérons afin qu'il se sente existé et respecté.

Article 8 : **DISCRETION** : être présent sans être intrusif.

Notre présence peut envahir l'espace personnel des usagers. Nous cherchons en conséquence à avoir la bonne distance face à leurs besoins.

Article 9 : **SECRET PROFESSIONNEL** : il est un devoir pour tous.

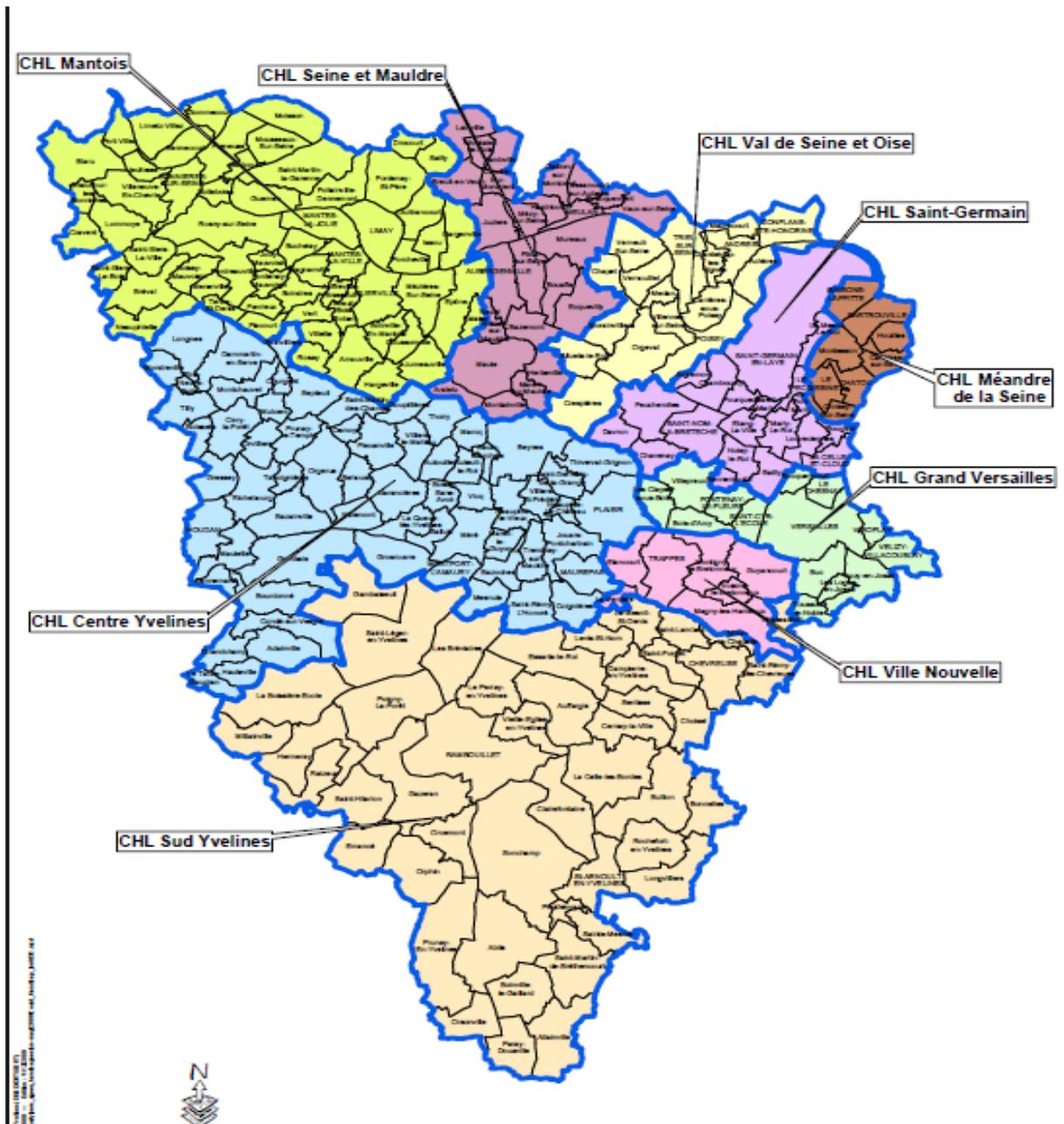
En le respectant, nous protégeons les usagers, leurs familles, les professionnels de l'établissement et l'institution

Article 10 : **SOCIALISATION** : s'ouvrir vers l'extérieur.

Nous luttons contre l'isolement et «le repli sur soi » en multipliant les échanges sur l'extérieur à travers la mise en place de divers partenariats, des activités, des transferts, etc.. Ceci nous permet également d'élargir et d'enrichir l'environnement des usagers et de les amener à se faire connaître.

ANNEXE 4

Département des Yvelines – Territoires des CHL



ANNEXE 5

Fiche action 14 (Personnes handicapées) : Favoriser la coordination entre secteur sanitaire et médico-social pour faire émerger des solutions innovantes en matière de prise en charge du handicap psychique

Niveau d'enjeu:

①②③④

Date de début de mise en œuvre : 2010

→ **Rappel de la problématique** : La prise en charge des personnes handicapées psychiques nécessite une très bonne coordination entre les secteurs, sanitaire, médico-social et social. En effet, la continuité de la prise en charge entre le sanitaire, le médico-social et le social permet souvent de prévenir les situations de crise. Le manque de structures prenant en charge des personnes handicapées psychiques est particulièrement important pour des séjours courts (séjours de rupture, d'adaptation, d'évaluation...) ou à des âges intermédiaires pour les enfants (entre 12 et 14 ans puis entre 16 et 20 ans).

Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (FAM, MAS et SAMSAH) prévoit par ailleurs que «pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements [MAS, FAM et SAMSAH] (...) passent une convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes.»

Publics visés : Personnes handicapées psychiques via les professionnels intervenant auprès d'eux.

Objectif général : Améliorer la coordination et la collaboration des professionnels du secteur sanitaire et médico-social afin d'apporter des réponses variées et souples

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Développer des instances et des temps de collaboration structurés et réguliers autour des territoires (CHL)

Objectif 2 : Identifier et mettre en œuvre des solutions mixtes et souples

ACTIONS

Plusieurs actions sont proposées. Elles ne sont ni exclusives ni nécessairement cumulatives. Il reviendra à chaque territoire de prioriser les actions qui lui semblent les plus pertinentes.

Action 1	Privilégier le travail en réseau autour des réseaux de santé mentale, des services de psychiatrie, des psychiatres libéraux, afin d'échanger et de coordonner les actions sur les territoires.
Action 2	Mettre en place une instance de régulation au niveau départemental pour traiter les cas

	difficiles
Action 3	Encourager la rédaction de conventions entre établissements médico-sociaux, établissements de santé psychiatrique, et réseaux de psychiatrie afin de favoriser la continuité des soins et de l'hébergement.
Action 4	Favoriser les stages en psychiatrie - voire développer des stages croisés psychiatrie / médico-social, des formations communes entre la psychiatrie et le médico-social - tant au niveau de la formation initiale que dans le cadre de la formation continue des personnels
Action 5	Encourager l'implication le plus en amont possible des réseaux de psychiatrie, des services de psychiatrie, e des psychiatres libéraux, dans le montage de projets médico-sociaux de prise en charge de personnes handicapées psychiques. Exemple 1 : encourager au niveau d'un territoire les offres couplées entre le secteur sanitaire médico-social, ex : lieu de vie associé à un service psychiatrique. Exemple 2 : encourager les SAMSAH avec une spécialisation psychique.
Action 6	Développer le nombre de structures offrant des prises en charge sur des temps courts ou limités ou adapter les agréments ou les capacités
Action 7	Encourager le développement de structures prenant en charge les enfants handicapés à des âges intermédiaires (15 – 21 ans)

Résultat(s) attendu(s) : L'amélioration de la collaboration et donc l'apport de réponses plus adaptées aux besoins des personnes handicapées psychiques.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de conventions signées ; Mise en place de l'instance de régulation départementale ; Nombre de projets montés en collaboration et nombre de places qui en découlent ; Evolution du délai de mise en place de solution ; Existence de formations croisées avec la Région

Pilote / responsable de la mise en oeuvre : Direction de l'autonomie, MDPH/CHL, ARS

Partenaires et services associés : établissements et services médico-sociaux, secteur psychiatrique, éducation nationale, associations d'usagers, Conseil régional

ANNEXE 6

Fiche action 21 (Personnes handicapées) : Développer l'offre en matière d'hébergement des personnes souffrant de handicap psychique

Niveau d'enjeu :

①②③④

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : Les personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent de nombreuses difficultés pour se loger. Au-delà des difficultés de tout un chacun liées au coût du logement dans le secteur privé et à la disponibilité de ces logements, les personnes handicapées psychiques sont souvent confrontées ensuite à un problème d'acceptation de leur handicap par leur environnement en milieu ordinaire. En milieu protégé, les places sont très peu nombreuses et les personnes handicapées psychiques ont souvent du mal à s'intégrer dans des environnements accueillant des personnes souffrant d'autres formes de handicap. Le problème de l'hébergement est crucial pour ces personnes et les solutions proposées se doivent d'être multiples afin de répondre aux différentes attentes et capacités de ces personnes et afin de s'adapter dans le temps à la variabilité de la pathologie de la personne

Publics visés : Personnes handicapées psychiques (ou avec d'éventuels handicaps associés)

Objectif général : Diversifier et fluidifier l'offre en hébergements disponibles pour les personnes handicapées psychiques

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Développer l'offre de logements disponibles dans le milieu ordinaire, en travaillant notamment avec les bailleurs publics

Objectif 2 : Développer l'offre d'hébergement dans le secteur médico-social protégé

Objectif 3 : Encourager les solutions mixtes permettant aux personnes handicapées psychiques de disposer d'un logement en milieu ordinaire mais avec un accompagnement spécifique

ACTIONS

Action 1	Activer le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées en lui demandant de travailler prioritairement sur la thématique de l'hébergement des personnes handicapées psychiques, afin de développer une variété de réponses réparties sur le département (logement individuel, collectif, spécialisé, solutions mixtes...)
-----------------	--

Action 2	<ul style="list-style-type: none"> - Densifier les partenariats avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour améliorer l'accompagnement. Mettre en place des SAMSAH ou des SAVS avec une spécialité handicap psychique, ou encore former les aides ménagères à ce type de handicap - Diversifier les types de mode de vie proposés : en renforçant l'offre d'hébergement dans le secteur médico-social (FH, FV, FAM, MAS) ; en facilitant l'accès à un logement HLM, ou dans le parc privé ; en proposant différents choix : colocation ou appartements regroupés, etc. ; système de sous-location en collaboration avec des associations, etc. ; en développant les maisons relais dédiées aux personnes handicapées psychiques - Favoriser l'insertion sociale liée au logement en encourageant différentes formes d'accompagnement (SAVS, SAS, SAMSAH, Pôle d'évaluation, GEM, loisir, vacances, etc.).
Action 3	Mettre en place des actions de communication et de sensibilisation du grand public afin de changer les représentations négatives de ce handicap qui constituent un frein à leur insertion par le logement

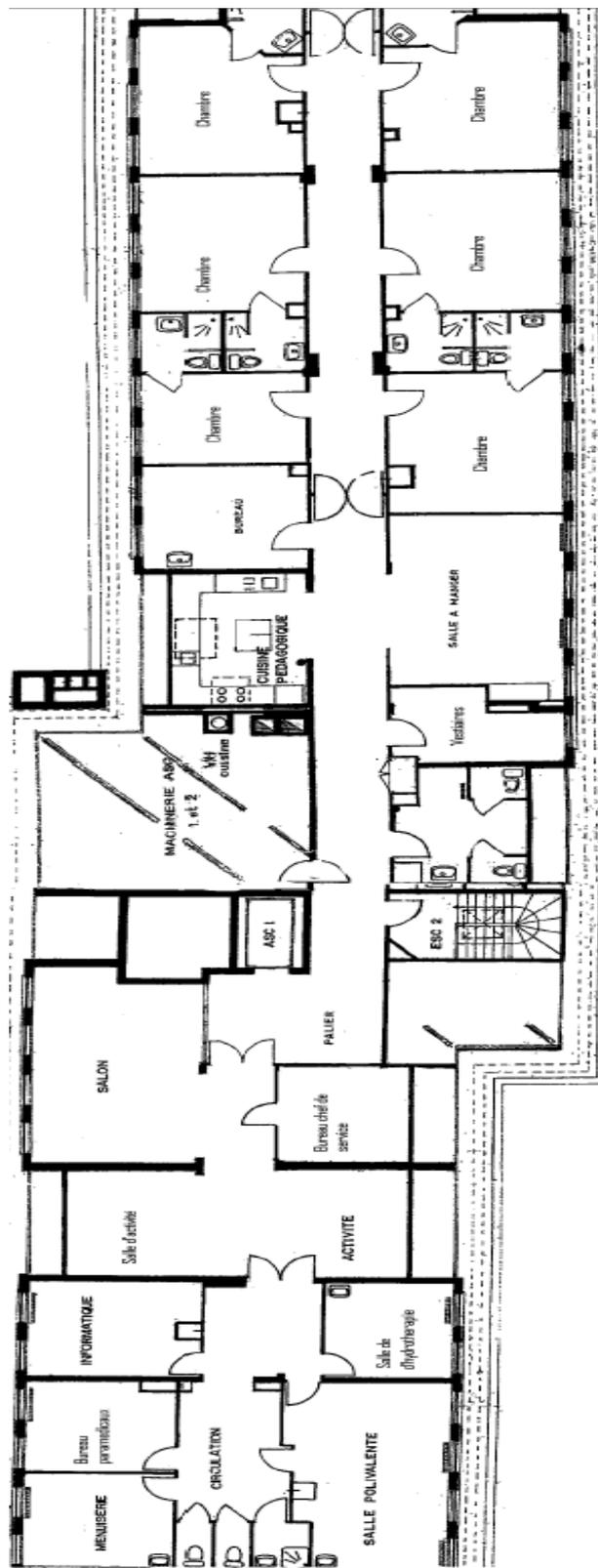
Résultat(s) attendu(s) : Développement de l'offre de logements et de solutions d'hébergement adaptées aux personnes souffrant de troubles psychiques

Indicateurs d'évaluation : Nombre de places créées pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques ; Nombre de logements réservés à des personnes handicapées psychiques dans secteur public ; Nombre de personnes handicapées psychiques accompagnées par des SAVS ou des SAMSAH ; Nombre de personnes en attente de place sur le nombre de personnes orientées.

Pilote / responsable de la mise en oeuvre : Direction de l'autonomie du Conseil général, ARS

Partenaires et services associés : préfecture, établissements et services médico-sociaux, Direction du Développement (volet PDALPD), secteur psychiatrique, bailleurs publics, CHL, les communes (ateliers santé ville), associations, usagers

ANNEXE 7 : Plan du Foyer Occupationnel



ANNEXE 8 : Budget Prévisionnel du Projet

ETABLISSEMENT :		M.A.S LEON HERZ					
ADRESSE :		2 rue du Parc - BP 18					
		78 920 - ECQUEVILLY					
ORGANISME GESTIONNAIRE :		ASSOCIATION DE GESTION DES ETABLISSEMENTS - POUR HANDICAPES DU VAL DE SEINE - 2, rue du					
TELEPHONE :		01.34.75.00.00	FAX:	01.34.75.00.01	Email	<i>mas.ecquevilly@agehvs.org</i>	
NOM DU DIRECTEUR ou de la personne ayant qualité pour représenter l'établissement:		Mme Florence TOURLAND GICQUEL					
N° FINESS :		780 000 246					
CATEGORIE :		Maison d'accueil spécialisée					
COMPETENCE :		D.D.A.S.S. Etat					
Convention Nationale Collective de Travail		C.C.N.T. du 15.03.1966					
		C.C.N. des médecins spécialistes qualifiés du 1er mars 1979					
DATE D'ARRIVEE DES DOCUMENTS :							
CAPACITE AUTORISEE :		40					

ANNEXE 11 : TABLEAUX DE SEFFECTIFS

Catégorie	A - Temps plein n-1	B - Temps partiel n-1		C - Total n-1		Variation proposée en équivalent temps plein n		Nombre d'équivalents temps plein total re.enu n
	Nombre d'agents	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	En plus	En moins	
1 - Direction/Encadrement								
- Directeur		1	0,70	1	0,70	0,30		
- Chef de service paramédical		1	0,50	1	0,50	0,50		
- Chef de service	1			1	1,00			
- Attaché de direction	1			1	1,00			
Total 1	2	2	1,20	4	3,20	0,80		
2 - Administration/Gestion								
-								
- Comptable "technicien supérieur"		1	0,50	1	0,50	0,50		
- Agent administratif principal		1	0,50	1	0,50			
- Agent administratif		1	0,75	1	0,75			
Total 2		3	1,75	3	1,75	0,50		
3 - Services généraux et restauration								
- Lingère "internat"	1			1	1,00			
- Agent de Buanderie "externat"		1	0,33	1	0,33			
- Agent service intérieur "externat"	1			1	1,00			
- Ouvrier qualifié "externat"	1	1	0,50	2	1,50			
Total 3	4	2	0,83	6	4,83			
4 - Socio-éducatif								
- Assistante sociale		1	0,50	1	0,50	0,10		
- Aide soignant	11	2	1,00	13	12,00	3,00		
- AMP	16	1	0,50	17	16,50	3,00		
- Animatrice 1 ^{er} catégorie	6			6	3,00	3,00		
- Aide Soignante	3			3	3,00			
- Surveillant de nuit						2,00		
-								
-								
Total 4	36	4	2,00	40	35,00	11,10		
A REPORTER	42	11	5,78	53	44,78	12,40		

ANNEXE 11 : TABLEAUX DE SEFFECTIFS

Catégorie	A - Temps plein n-1	B - Temps partiel n-1		C - Total n-1		Variation proposée en équivalent temps plein n		Nombre d'équivalents temps plein total revenu n
	Nombre d'agents	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	En plus	En moins	
REPORTS	42	11	5,78	53	44,78	12,40		
5 - Paramédical								
- Infirmière D.E	3	2	1,50	5	4,50	1,00		
- Psychologue		1	0,50	1	0,50	0,50		
- Kinésithérapeute		2	1,00	2	1,00			
- Ergothérapeute	1			1	1,00			
- Psychomotricienne		1	0,50	1	0,50			
Total 5	4	6	3,50	10	7,50	1,50		
6 - Médical								
- Médecin rééducation fonct.		1	0,15	1	0,15			
- Médecin psychiatre		1	0,25	1	0,25	0,17		
- Médecin généraliste		1	0,25	1	0,25			
-								
-								
-								
Total 6		3	0,65	3	0,65	0,17		
7 - Autres fonctions (préciser)								
-								
-								
-								
-								
Total 7								
TOTAL	46	20	9,93	66	52,93	14,07		

FICHE DE SYNTHESE

	COMPTE Administratif N-2 (a)	BUDGET APPROUVE N-1 (b)	BP DEMANDE N (c)	% Evolution (c) / (b)	BUDGET ACCORDE N (d)	% Evolution (d) / (c)	% Evolution (d) / (a)	Observations
60 ACHATS	279 870,70	258 407,00	306 460,00	+ 18,60				
61 SERVICES EXTERIEURS	43 708,45	39 880,00	49 886,00	+ 25,09				
dont 611 : 5.Taxe à caract. sociale ou éducat.	43 708,45	39 880,00	49 886,00	+ 25,09				
62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS	449 685,56	424 454,00	481 235,00	+ 13,38				
dont 624 Transports	493,89	1 000,00	1 000,00					
dont 625 : 625	13 300,18	15 035,00	16 950,00	+ 12,74				
dont 628 Autres prestations	435 951,49	408 419,00	463 285,00	+ 13,43				
TOTAL GROUPE I	773 264,71	722 741,00	837 581,00	+ 15,89				
621 PERSONNEL EXTERIEUR		15 000,00	15 000,00					
622 REMUN. INTERNAL & HONORAIRES	54 020,29	18 897,00	30 897,00	+ 63,50				
631 TAXES SUR SALAIRES	120 801,77	122 283,00	155 169,00	+ 26,89				
633 AUTRES TAXES	74 462,21	65 573,00	83 250,00	+ 26,96				
64 CHARGES DE PERSONNEL	2 123 266,96	2 011 148,00	2 538 314,00	+ 26,21				
641 Personnel non médical	1 501 997,11	1 419 150,00	1 792 311,00	+ 26,29				
642 Personnel médical								
649 Charges sociales	577 247,72	541 025,00	687 819,00	+ 27,13				
647 - 648 Autres Charges	44 022,13	50 973,00	58 184,00	+ 14,15				
TOTAL GROUPE II	2 372 551,23	2 232 901,00	2 822 630,00	+ 26,41				
61 SERVICES EXTERIEURS	250 482,91	258 702,00	303 848,00	+ 17,45				
dont 613 - 614 Locations et charges loc.	116 755,96	119 010,00	136 024,00	+ 14,30				
dont 615 - 616 ass. et assurances	130 200,97	136 215,00	163 562,00	+ 20,08				
dont 618 Divers	2 486,98	3 477,00	4 262,00	+ 22,58				
62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS	1 357,15	800,00	800,00					
635 - 637 AUTRES IMPOTS ET TAXES	13 353,00	13 600,00	15 115,00	+ 11,14				
66 AUTRES CHARGES DE GESTION	65 381,45	62 937,00	72 387,00	+ 15,02				
66 CHARGES FIN.								
67 CHARGES EXCEP.	6 686,01							
68 AMORTISSEMENTS & PROVISIONS	264 470,45	211 820,00	251 207,00	+ 18,59				
TOTAL GROUPE III	601 730,97	547 859,00	643 357,00	+ 17,43				
CLASSE 6 BRUTE	3 747 546,91	3 503 501,00	4 303 568,00	+ 22,84				
RECETTES EN ATTENUATION 708	215 232,00	211 040,00	242 000,00	+ 14,67				
AUTRES RECETTES EN ATTENUATION	154 407,53	50 256,00	50 256,00					
CLASSE 6 NETTE	3 377 907,38	3 242 205,00	4 011 312,00	+ 23,72				
RESULTAT N-2 REINTEGRE	-35 770,33	-12 000,00						
MASSE BUDGETAIRE	3 342 137,05	3 230 205,00	4 011 312,00	+ 24,18				
NOMBRE DE JOURNEES	13 063	13 000	14 950					
PRIX DE JOURNEE	255,85	248,48	268,32	+ 7,98				

