

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES 2000

CRFPFD TOULOUSE

**POUR UN PUBLIC DIVERSIFIE EN FOYER
D'HEBERGEMENT, ADAPTER L'OFFRE
ET PILOTER LE CHANGEMENT**

CONSTANSA Jean

SOMMAIRE

INTRODUCTION

page 7

1ère Partie

I - SITUATION DE L'ETABLISSEMENT ET DU PUBLIC ACCUEILLI : modifications politiques et économiques découlant des évolutions législatives.

10

I-1 - CADRES et CONSTATS

I-1-1-L'Association

11

I-1-1-1 l'AFDAIM

11

I-1-1-2 Sa philosophie

11

I-1-1-3 Son organisation départementale

12

I-1-2-L'établissement

12

I-1-2-1 Besoins recensés

12

I-1-2-2 Le Service d'Accueil de jour : une première réponse

13

I-1-2-3 Le personnel

13

I-1-3-Public accueilli

14

I-1-3-1 Etude du public : handicap, cause, déficience

15

I-1-3-2 Diversité constatée : problèmes de santé mentale

17

I-1-3-3 L'engagement des familles

17

I-2 - MODIFICATIONS POLITIQUES ET ECONOMIQUES DECOULANT DES EVOLUTIONS LEGISLATIVES

18

I-2-1-La loi hospitalière du 31 Juillet 1991 complétée par l'ordonnance du 24 Avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

19

I-2-1-1 La loi n°91-748 du 31/07/91 portant réforme hospitalière

19

I-2-1-2 Enjeux et implications de l'ordonnance 96-346 du 24/04/96

19

I-2-1-3 La loi n°98-647 du 28/07/98 relative à la lutte contre les exclusions

20

I-2-2-Le projet de réforme de la loi de 75 - 535 relative aux institutions sociales et médico sociales

21

I-2-2-1 Le rapport numéro 95 - 155, décembre 1995 de l'IGAS : bilan de vingt années de loi sociale.

22

I-2-2-2 Inconvénients de la séparation du sanitaire et du social

22

I-2-2-3 Propositions de l'IGAS

23

I-2-3-Les spécificités du secteur social et médico-social au regard du sanitaire.	24
I-2-3-1 Analyse des spécificités du secteur médico-social	25
I-2-3-2 Analyse des dispositions du projet de réforme de la loi sociale se différenciant de la législation hospitalière	25
I-2-3-3 Conclusion des analyses.	26
<u>I-3 - ENONCE DE LA PROBLEMATIQUE</u>	27
I-3-1-Constat de la diversité des besoins individuels	27
I-3-1-1 Evolution de la population depuis la création du foyer	28
I-3-1-2 Le handicap et la maladie mentale : lien avec l'hôpital psychiatrique	28
I-3-1-3 Changement de perception des handicapés mentaux	29
I-3-2-Constat de nécessité de mobilisation des acteurs.	30
I-3-2-1 La place de la personne handicapée dans le dispositif	30
I-3-2-2 La place du foyer dans le dispositif	31
I-3-2-3 La place des acteurs dans le dispositif	31
I-3-3-Constat des mutations de la demande	31
I-3-3-1 Clarification de la vocation de l'établissement	31
I-3-3-2 Recentrage de l'offre de service	32
I-3-3-3 Analyse des pratiques : aide d'un intervenant extérieur.	32

2ème partie

II- ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE EVOQUEE	33
II -1 <u>ADEQUATION OU INADEQUATION DES MOYENS</u>	34
II -1-1 Analyse de l'accompagnement des usagers	34
II -1-2 Analyse de l'organisation en place	34
II -1-3 Analyse de la qualité de vie	35
II -2 <u>DE LA PRISE EN CHARGE A L'OFFRE DE SERVICE</u>	35
II-2-1 Droit des usagers	36
II-2-2 Construire l'action à partir du bénéficiaire	36
II-2-3 Individualisation de l'offre de service	36

II-3	<u>REPONDRE AUX MUTATIONS DE LA DEMANDE</u>	37
II-3-1	Sanitaire et médico-social vers une complémentarité d'action	38
II-3-1-1	Recherche de réponse dans les nouveaux dispositifs	38
II-3-1-2	Le CMP : réussir l'articulation entre le sanitaire et le social	39
II-3-1-3	Le SAVS : une ouverture à préparer	40
II-3-2	Evolution du projet d'établissement	43
II-3-2-1	La qualité dans la réponse aux besoins	43
II-3-2-2	Le projet personnel : les objectifs à mettre en place	44
II-3-2-3	L'accompagnement social : aide matérielle, aide psychologique	44
II-3-3	Une problématique d'insertion nécessitant un accompagnement global	45
II-3-3-1	L'insertion fondée sur la normalisation	45
II-3-3-2	Réduire les handicaps	46
II-3-3-3	L'accompagnement social en relation avec la mise au travail	46

3ème partie

III	STRATEGIE POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SERVICE AUX BESOINS DE LA POPULATION, MISE EN MOUVEMENT ET PILOTAGE DU CHANGEMENT	48
III-1	<u>EVOLUTION DANS L'ENVIRONNEMENT DU SECTEUR MEDICO - SOCIAL et SANITAIRE : UNE PRISE DE CONSCIENCE DES PARENTS</u>	49
III-1-1	La remise en question du projet associatif par les parents	49
III-1-1-1	Vers un changement de culture	49
III-1-1-2	La prise en compte des nouvelles orientations de l'Association	50
III-1-1-3	La mise en oeuvre de ces orientations	50
III-1-2	Les grandes lignes du projet personnel	50
III-1-2-1	La question de la citoyenneté	51
III-1-2-2	Le projet personnel	52
III-1-2-3	La coordination et la mise en réseau du sanitaire et du social	52

III-1-3 Développement de la coordination des actions : le cadre des politiques sociales et sanitaires en matière de coordination	53
III-1-3-1 Politiques sociales et coordination	54
III-1-3-2 Politiques sanitaires et conventionnement	54
III-1-3-3 Les aspects partenariaux du projet de réforme de la loi sociale	55
III-2 - <u>MISE EN MOUVEMENT DU CHANGEMENT : MOBILISATION DES ACTEURS AUTOUR DU PROJET PERSONNEL</u>	56
III-2-1 En interne, nécessité d'un travail préalable à la mise en réseau	57
III-2-1-1 Avec les parents	58
III-2-1-2 Avec l'équipe de l'établissement	58
III-2-1-3 Avec les établissements de l'association	59
III-2-2 En externe, mêmes nécessités	60
III-2-2-1 Avec le secteur psychiatrique	60
III-2-2-2 Avec les services tutélaires	61
III-2-2-3 Avec les divers dispositifs d'accompagnement	61
III-2-3 Mise en oeuvre de contractualisation et conventionnement	62
III-2-3-1 Au niveau interne à l'association : convention de fonctionnement et coopération liant les établissements	62
III-2-3-2 Au niveau externe : contractualisation avec le secteur psychiatrique et les services tutélaires	62
III-2-3-3 Dispositif organisationnel et management	63
III-3 - <u>PILOTAGE STRATEGIQUE DU CHANGEMENT</u>	64
III-3-1 Une démarche et des principes méthodologiques	64
III-3-1-1 L'intérêt du pilotage	64
III-3-1-2 Le pilotage stratégique	65
III-3-1-3 Une démarche cohérente	66
III-3-2 Des outils et dispositifs à mettre en oeuvre	66
III-3-2 -1 Nécessités et limites	66
III-3-2 -2 Le tableau de bord : outil de fonctionnement, outil de pilotage	67
III-3-2 -3 Le changement avec ou sans interventions extérieures	69

III-3-3	Piloter le changement par une action sur la stratégie interne	69
III-3-3-1	La formation : une contribution forte dans la mise en oeuvre du changement	70
III-3-3-2	Informations et communications internes : outils de dynamisation sociale	71
III-3-3-3	Reconnaissance des efforts du personnel pour une mobilisation durable	72
	Conclusion partielle	73
	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE	76

GLOSSAIRE

ADAPEI	Association Départementale Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
AFDAIM	Association Familiale Départementale d'Aide aux Infirmes Mentaux
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CMP	Centre Médico Psychologique
CNOSS	Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMP	Institut Médico Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

INTRODUCTION

Parmi les changements importants intervenus ces dernières années dans le champs de la santé, l'un d'eux mérite une attention particulière car il a une implication directe sur les établissements ; c'est la transformation de la psychiatrie publique et l'orientation d'un nombre important de « patients » vers les structures sociales et médico-sociales.

En matière d'organisation de la psychiatrie publique et du système de santé mentale, un certain nombre de rapports se sont succédés, ils ont en commun la volonté de voir réformer le système.

En 1992, dans son rapport¹ Gérard MASSE préconise « *il importe de redéfinir au plus vite une politique de santé mentale [...], plus proche des usagers, (qui englobe) l'ensemble des "forces" de la psychiatrie : service public, associatif et libéral* » .

Nous pouvons noter au cours de ces dernières années dans le foyer d'hébergement que je dirige une évolution de la typologie des personnes accueillies et un changement important de l'environnement socio-économique du fait de ce basculement.

Ainsi, la direction de toute institution sociale n'échappe pas à la réflexion sur l'adaptabilité des structures et du projet institutionnel. L'évolution paraît inéluctable et se pose à l'institution sous forme de déficit permanent dans un effort d'invention, d'innovation et de changement.

L'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées par maladie mentale inspire maintenant les valeurs de l'ADAPEI de l'Aude et constitue l'objectif légitime.

L'analyse de la population est une démarche obligée afin de mieux concevoir un parcours vers l'objectif d'insertion. Cette réponse, en adéquation avec l'évolution des usagers présentant des troubles psychiques, implique un projet adapté et une définition de l'accompagnement qui soit à même de prendre en considération les spécificités de ce public.

Dans le même temps, une analyse nous montrera que les difficultés d'intégration et les demandes de ces personnes sont croissantes et variées. De plus, plusieurs services interviennent souvent

¹ MASSE Gérard, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rennes, ENSP 1992

auprès de la même personne (CAT, organismes tutélaires, institutions psychiatriques) avec des logiques propres et des modes d'interventions multiples qui sont parfois contradictoires.

La mission de chacun, les perceptions des différents acteurs ne sont pas clairement repérées sur le terrain, et la politique de santé mentale qui encourage une psychiatrie ouverte sur la cité avec pour corollaire le partenariat ne va pas de soi. « *C'est pourquoi, il est essentiel que les dispositifs psychiatriques, sociaux, médico-sociaux avancent vers des modes de coopération qui tiennent compte, par-delà leurs logiques propres, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes* ». ²

De ce fait, et pour toutes ces raisons, cela m'amène à repenser les stratégies d'accompagnement mise en oeuvre et à interroger le projet d'établissement à plusieurs niveaux :

- ◇ quelles modifications au plan interne ?
- ◇ comment clarifier les missions respectives des divers intervenants dans le cadre du sanitaire et du médico-social ?
- ◇ faut-il ouvrir de façon plus importante la structure aux personnes handicapées par maladie mentale ?
- ◇ peut-on et faut-il envisager des conventionnements et avec qui ?

C'est dans la perspective de mise en place d'une organisation élaborée et maîtrisée en relation avec le secteur sanitaire que je souhaite réaliser ce travail.

La première partie s'attachera à situer l'établissement dans son contexte, à en définir le cadre réglementaire au regard des politiques sociales et sanitaires, à déterminer les caractéristiques et la problématique du public accueilli.

² JAEGER Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod 2000

La deuxième partie examinera le dispositif d'accompagnement mis en place et tentera d'analyser son degré d'adaptation aux besoins des personnes accueillies, ainsi que les mutations des demandes et les réponses que cela induit.

Enfin la troisième partie s'appliquera à concevoir et à présenter la stratégie que je mets en place pour adapter l'offre de service, et la manière dont j'impulse et pilote le changement pour y parvenir.

PREMIERE PARTIE

SITUATION DE L'ETABLISSEMENT ET DU PUBLIC ACCUEILLI :

**Modifications politiques et économiques découlant des
évolutions législatives**

Je propose d'aborder cette première partie à partir de trois thèmes. Les cadres et les constats associatifs précéderont les modifications politiques et économiques découlant des évolutions législatives, avant de définir la problématique de l'établissement.

I-1 CADRES ET CONSTATS

I-1.1 L'ASSOCIATION

L'Association gestionnaire, sa philosophie, et son organisation départementale constitueront les cadres de ma réflexion.

I -1.1.1. L'AFDAIM

En 1955, plusieurs familles audoises placées devant le rejet de leur enfant handicapé se regroupent et fondent l'Association Familiale Départementale pour l'Aide aux Infirmes Mentaux (AFDAIM) sous le régime de la loi 1901³.

Ces familles mettent en commun leur volonté, leurs compétences, leur enthousiasme et toute la force de leur drame, dans l'action de leur président qui va animer les plus hautes instances et faire entendre leurs différences et leurs objectifs politiques.

I - 1.1.2. La philosophie

Même si en 1955 tout restait à faire, ce groupe de pionniers ne va pas baisser les bras. Ainsi, rapidement, dans une villa de Carcassonne, ils vont créer le premier IMP de l'Association en 1956. Leur devise « toujours oui » à l'accueil des personnes handicapées, toujours une réponse aux familles, note la détermination de ce groupe de parents motivés.

Ils ne cesseront de développer des établissements et services allant du secteur enfant à l'adulte au travail, en hébergement pour répondre au plus large éventail des besoins, accueillir et faire

cohabiter une population hétérogène, pour ne laisser personne « à la porte ».

Pour donner plus de force à leurs actions, ils fonderont avec d'autres parents l'UNAPEI⁴ en 1960.

I - 1.1.3. L'organisation départementale

A ce jour, l'AFDAIM a créé 27 établissements et services répartis sur cinq secteurs géographiques du département de l'Aude .

Chaque secteur : Lauragais, Limouxin, Narbonnais, Minervois-Corbière et Carcassonnais regroupe plusieurs types d'établissements, IME, CAT, FOYER D'HEBERGEMENT, MAS, SESSAD, ce qui place les usagers et leur famille à proximité des structures.

Le siège social est volontairement situé à Carcassonne (Préfecture de l'Aude).

Dans chaque établissement un administrateur représente l'Association et un Président est nommé par secteur. Actuellement, l'AFDAIM accueille 800 personnes handicapées, compte 700 familles adhérentes et 550 salariés.

I - 1.2. L'ETABLISSEMENT

Chaque structure gérée par l'Association a été créée pour répondre à des besoins insuffisamment pris en compte dans le département.

I - 1.2.1. Les besoins recensés

Le foyer JOULIA que je dirige depuis 1993 est situé à Arzens (10 kms de Carcassonne). Sa capacité d'accueil est de 35 lits.

Les personnes handicapées travaillent en majeure partie en CAT, ces adultes gravement handicapés sur le plan du retard mental, associent des déficiences du psychisme : troubles du caractère et du comportement, des troubles psychiatriques graves et des handicaps associés.

Cette structure a ouvert ses portes en 1982 avec 20 résidents hommes issus des différents foyers existants, en dépassement d'agrément ou vivant dans des familles vieillissantes qui ne pouvaient plus faire face à la prise en charge de leur enfant devenu adulte.

³ AFDAIM agréée le 6/07/1955 pour l'Aude. J.O. du 14/07/1955 sous le numéro 2868

⁴ Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés, Association déclarée N°14-803 reconnue d'utilité publique le 30/08/1963

Par cette reconnaissance des besoins le département a répondu aussi aux demandes d'admission des familles qui n'acceptaient plus de voir de jeunes handicapés placés en hôpital psychiatrique, faute de réponses associatives adaptées.

I - 1.2.2. Le service de jour : une première réponse partenariale

L'Association qui est la plus ancienne du département doit maintenant faire face au vieillissement de ses usagers.

Faisant une fois de plus preuve de son sens à l'égard de l'action à entreprendre et à concrétiser, elle a créé avec l'aide du Conseil Général dans chaque lieu d'hébergement adulte un service d'accueil de jour, financé à moitié sur fonds associatifs.

Fonctionnant de 9 H à 17 H ce service accueille les retraités, les personnes invalides, les ouvriers à temps partiel et les personnes en arrêt ou accident du travail. Situé dans le foyer, les personnes continuent à vivre dans un cadre chaleureux qui est le leur, conservent leurs repères ce qui contribue à les rassurer et à les sécuriser, notamment pour les reconduire vers leur activité professionnelle.

Bien que ce dispositif permette de faire face à l'urgence, je constate qu'il y a de ce côté là un travail à développer.

I - 1.2.3. Le personnel et la structure

Le foyer JOULIA dispose de lieux d'hébergement situés sur deux niveaux, accessibles par un ascenseur. Les chambres sont individuelles et un tiers est équipé de sanitaires.

Dans un souci de confort et de soutien à certains projets personnels, nous avons créé trois chambres à proximité du foyer.

Au rez-de-chaussée, des salles de jour spacieuses permettent d'accueillir pour les repas et les activités plusieurs groupes. Ces derniers sont constitués selon une démarche technique de l'équipe pluri-disciplinaire. L'Association a fait le choix de maintenir dans les établissements d'hébergement une lingerie et une cuisine, que nous gérons, pour répondre au mieux aux besoins de cette population diversifiée.

L'ensemble des locaux couvrent 3 600 m², un parc de plusieurs hectares met en valeur la richesse de la construction ancienne.

En ce qui concerne le personnel, l'établissement dispose pour son fonctionnement de 19,01 ETP.

PERSONNEL	AUTORISE 2000
Directeur	1
Secrétariat	0.10
Animateurs 2ème catégorie	9
Surveillants de nuit	2
Ménage + Lingerie	2
Agent Polyvalent	0.89
Cuisine	2
A.M.P. Service de jour	0.50 *
Emploi jeune Service de jour	1
Psychiatre	0.01
Psychologue	0.01

(* 0.50 ETP AMP sont financés par l'Association)

Bien que le ratio du personnel soit relativement élevé, 0.54 ETP, je constate que les postes de techniciens sont largement insuffisants : l'encadrement d'une partie du public accueilli nécessiterait des postes d'éducateurs spécialisés.

I - 1.3. LE PUBLIC ACCUEILLI

Sa situation en zone rurale, et volontairement à l'écart de la vie villageoise a permis à l'Association de constituer un groupe de personnes handicapées souffrant de troubles mentaux, associés à des problèmes d'instabilité et de comportements graves.

Ce n'est qu'à mon arrivée en 1993 que cet établissement est devenu mixte.

Pour étudier ce public, je propose dans un premier temps trois tableaux quantitatifs qui seront commentés dans un deuxième temps. L'engagement des familles viendra clôturer cette étude.

I - 1.3.1. Etude du public

La répartition des usagers est la suivante :

- 8 résidentes d'une moyenne d'âge de 35,50 ans
- 27 résidents d'une moyenne d'âge de 47,29 ans

Moyenne d'âge : 44,60 ans.

Les situations individuelles se décomposent de la façon suivante :

- 4 retraités
- 1 invalide
- 30 ouvriers handicapés

Il est cependant intéressant de situer les résidents par tranches d'âge pour étayer les commentaires.

Tableau n°1 : répartition par tranches d'âge.

Tranches d'âge	Résidents	Résidentes	Total
+ de 60 ans	4	0	4
de 50 à 59 ans	9	0	9
de 40 à 49 ans	10	3	13
de 30 à 39 ans	0	3	3
de 20 à 29 ans	4	2	6
TOTAL	27	8	35

Nous constatons que la majorité des résidents a entre 40 et 59 ans.

Les résidentes, quant à elles ont entre 20 et 40 ans, plus jeunes et moins nombreuses, leur entrée en foyer d'hébergement est récente, moins de cinq ans en moyenne.

Pour aborder l'étude des handicaps et des déficiences, je vous propose d'utiliser comme support technique les nomenclatures de l'enquête E.S. 95, DRASS « *Enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés en difficultés* » .

Les informations ont été établies par le médecin psychiatre, toutefois pour actualiser les données utilisées en 2000, ce travail a été entièrement repris.

Les nomenclatures utilisées distinguent « *la cause de handicap* » maladie ou accident, de « *la déficience principale* » qui la caractérise.

La déficience principale peut être définie comme celle qui apparaît la plus invalidante.

Tableau n° 2 : Cause du handicap (situation Avril 2000)

Cause du handicap	Résidants	Résidentes	Total
Psychose infantile devenue adulte	5	1	6
Autisme	1	0	1
Autres psychoses	6	2	8
Trisomie et autres aberrations chromosomiques	3	1	4
Cause inconnue	12	1	13
Autres causes de handicap	0	3	3
TOTAL	27	8	35

Ce tableau permet de constater que 15 personnes sont inscrites dans la maladie mentale, et que les causes inconnues des handicaps représentent 1/3 des résidants.

Tableau n°3 : Déficience principale (Situation Avril 2000)

Déficiences intellectuelles	Résidants	Résidentes	Total
Retard mental profond et sévère	5	1	6
Retard mental moyen	7	2	9
Retard mental léger	1	1	2
TOTAL	13	4	17
Déficiences du psychisme	Résidants	Résidentes	Total
Déficiences du comportement en rapport avec les troubles psychiatriques graves	6	1	7
Troubles du caractère et du comportement	8	3	11
TOTAL	14	4	18

Ce tableau complète l'étude et permet d'observer une répartition pratiquement égale des déficiences intellectuelles, avec les déficiences du psychisme. Cependant, un commentaire est

nécessaire pour constater plus finement la diversité du public.

I - 1.3.2. Une diversité constatée : des problèmes de santé mentale.

Au delà de la diversité des situations personnelles évoquées, le tableau n° 3 est révélateur de la situation de l'établissement et de ses difficultés de prise en charge.

Nous constatons que les personnes atteintes de déficiences intellectuelles composent la moitié de l'effectif et que six usagers présentent un retard mental profond.

A l'ouverture en 1982, l'ensemble de l'effectif était marqué par la déficience intellectuelle profonde⁵ et moyenne. Les diverses orientations réalisées vers les Foyers à Double Tarification et les Maisons d'Accueil Spécialisées ont permis de modifier la population accueillie. A la demande des parents, les places libérées ont permis d'accueillir d'autres usagers. Ces derniers souffrant de déficiences du psychisme étaient placés en hôpital psychiatrique ou en Institut Médico Educatif.

La mise en place de la sectorisation, l'ouverture des hôpitaux psychiatriques et la demande massive de places en hébergement adulte ont créé des déséquilibres dans le public accueilli. Les caractéristiques personnelles, sociales et pathologiques complexes rendent difficile et très fragiles les processus de socialisation et d'autonomie de ces nouveaux usagers. Une prise en charge spécifique et spécialisée est indispensable.

L'accompagnement de ces deux types de déficiences demande une approche différente même si dans les actes collectifs des similitudes existent. L'équipe se trouve confrontée à d'autres attentes de la part des usagers et de leur famille. Je développerai ce point par la suite.

I - 1.3.3. L'engagement des familles

L'association et les familles ont longtemps milité contre l'utilisation des structures psychiatriques. Il n'était pas possible alors, d'envisager un partenariat ou une hospitalisation avec ce secteur.

5 JAEGER Marcel, « L'arriération mental profonde » aux frontières du sanitaire et du social, in L'information psychiatrique n°5 Mai 1992

La réponse associative aux usagers était unique et identique à tous les cas, qu'ils présentent des déficiences intellectuelles ou du psychisme.

Or, c'est par la pression des autres parents insatisfaits de la réponse des hôpitaux psychiatriques, qu'en 1990, des personnes handicapées par maladie mentale sont arrivées en établissement. Les actions sur l'aide sociale départementale qui recevait sans cesse la pression des différentes associations, mais également à la faveur des nouvelles orientations du travail en psychiatrie ouverte sur le secteur, ont permis de créer des places d'accueil et d'orienter ces personnes vers le secteur médico-social.

Les familles militantes et impliquées ont posé d'autres exigences pour leur jeune adulte en foyer d'hébergement, bousculant les réponses attendues par les autres parents.

Ils tiennent à se rapprocher des orientations de la réforme de la loi n°75-535.⁶, notamment des droits des usagers tels que : le droit à la dignité, à la vie privée, le libre choix entre les prestations offertes ainsi qu'une prise en charge individualisée.

Une exigence supplémentaire s'est posée pour la mise en oeuvre des dispositions sur la coopération entre établissement afin d'aboutir à un véritable décroisement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

I-2. MODIFICATIONS POLITIQUES ET ECONOMIQUES DECOULANT DES EVOLUTIONS LEGISLATIVES

Mon objectif est de mettre en exergue les modifications politiques et économiques découlant des évolutions législatives récentes dans le secteur. Aussi j'aborderai en I-2-1 la loi hospitalière du 31 juillet 1991 complétée par l'ordonnance du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, en I-2-2 le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 et je terminerai par les spécificités du secteur social et médico-social au regard du sanitaire.

6 Réforme de la loi sociale de 1975, *Projet de loi*, Travail Social Actualité, n°795 Septembre 2000

I-2.1 LA LOI HOSPITALIÈRE DU 31 JUILLET 1991 COMPLÉTÉE PAR L'ORDONNANCE DU 24/04/1996 SUR LA RÉFORME DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVÉE.

I-2.1.1 La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Malgré son ambition affichée de répondre aux déficits du XXIème siècle, la loi hospitalière de 1991 s'est rapidement révélée insuffisante pour atteindre les objectifs de maîtrise de dépenses de santé et de réforme du système de protection sociale.

Faisant suite à la loi n°70-1318 du 31/12/1970 qui consacra l'organisation hospitalière avec pas moins de dix-huit modifications entre le discours sur l'hôpital en tant qu'entreprise et les réalités quotidiennes fort différentes.

La loi de 1991 qui n'était pas en rupture avec la loi de 1970, dont elle reprenait l'architecture en s'efforçant de codifier une législation hospitalière adaptée à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé avait trouvé ses limites. Il fallait donc pour l'hôpital s'adapter, c'est à dire anticiper, prévoir et réagir, c'est l'ambition que se fixe l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

I-2.1.2 Enjeux et implications de l'ordonnance 96-346

La réforme de l'hospitalisation publique et privée s'inscrit au coeur d'une réforme globale de la sécurité sociale.

Les trois ordonnances précédées d'un rapport au Président de la République ont été publiées simultanément, elles sont relatives à l'organisation de la sécurité sociale (96-344), à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (96-345) et enfin à la réforme de l'hospitalisation publique et privée (96-346). Elles complètent la loi 91-748 qui en matière de cadre organisationnel avait précisé les règles d'organisation et de fonctionnement de tout le système hospitalier intégrant ainsi l'hôpital psychiatrique au système général.

Cette loi stipule que les établissements de santé ne doivent pas réduire leurs actions à des fonctions de soins, mais les élargir à une dimension médico-sociale et à des actions de prévention et d'éducation.

La réforme de l'hospitalisation se situe dans cette dynamique et ce prolongement. Dans le rapport du gouvernement au Président de la République⁷, il était précisé qu'elle était guidée par « *le triple souci de la responsabilisation, de la qualité des soins et de la meilleure insertion de l'hôpital dans son environnement* » et que « *son ambition est de parvenir à concilier l'accès de tous à des soins*

de qualité et à la maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières ».

Les dispositions relatives aux droits des malades, contenues dans la loi du 31 juillet 1991, sont complétées. Le même rapport du gouvernement dit que *« pour tous les acteurs de l'hospitalisation, le malade doit être plus que jamais le cœur de l'action »*. Il y est confirmé que *« la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé »*.

L'ensemble du dispositif législatif et réglementaire, entraîne donc les institutions de soins psychiatriques dans un processus de désaliénation et de désinstitutionnalisation, en les engageant vers une voie de complémentarité avec les autres services de santé, mais aussi avec les secteurs sociaux et médico-sociaux. Apparaissent alors les concepts distincts de réadaptation et de réhabilitation⁸ qui vont permettre à la politique de sectorisation d'aller plus loin dans l'intérêt des malades.

I-2.1.3 La loi n°98-657 du 27/07/98 relative à la lutte contre les exclusions

La crise économique et sociale dans les années 1980 a contribué à la rationalisation de notre système de protection sociale et à une réponse volontariste aux multiples formes d'exclusion. La loi 91-748 du 31 juillet 1991 a marqué une étape importante dans les articulations entre le système de soins dont celui de la psychiatrie qui est intégré au dispositif général des établissements de santé et les structures médico-sociales.

Une évolution plus nette apparaîtra dans la circulaire DH/DGS/DASn°736 du 17/12/1998 relative à la participation de l'hôpital à la lutte contre les exclusions. La possibilité est ouverte aux établissements de santé par l'article 6 de l'ordonnance 96-345 et par l'article 29 de l'ordonnance 96-346 d'impulser les réseaux de soins. Point intéressant, car il marque une évolution nette de la conception de la coopération *« La création d'un réseau de soins peut être réalisée à l'initiative d'un établissement de santé ou sur proposition de médecins libéraux, de professionnels de santé ou d'organismes médico-sociaux »*. De ce fait, elle concerne désormais aussi bien les personnes qui fluctuent entre la psychiatrie publique et les établissements pour personnes handicapées, que celles qui errent entre l'urgence sociale et les hôpitaux.

⁷ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (J.O. du 25 Avril 1996)

⁸ VIDON G., *Le mouvement de réhabilitation psychosociale. Une opportunité pour la psychiatrie française*, in L'information psychiatrique n°4 Avril 1999

La notion de réseau est reprise dans la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, de même que l'idée d'une intrication des problèmes de santé et des difficultés sociales (chapitre 3 article 67).

Comme le précise une circulaire du 8 septembre 1998, puis le décret du 29 décembre 1998, l'objectif est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social avec des objectifs multiples en direction des personnes en situation précaire. C'est un des rôles du directeur que d'assurer une fonction d'interface. Les besoins des partenaires doivent correspondre aux fonctions assurées dans l'établissement. Il est nécessaire d'organiser avec eux des actions communes. On trouve également la notion de réseau dans le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales.

I-2.2 LE PROJET DE RÉFORME DE LA LOI 75-535 RELATIVE AUX INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

La loi « hospitalière » du 31 décembre 1970 confiait les missions de soins de la population française à des établissements à caractère exclusivement sanitaire. Dès lors, les établissements dont la mission concernait également l'hébergement de personnes risquaient de se trouver dans un vide juridique. Aussi, l'adoption le 30 juin 1975, d'une autre loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, destinée à régler l'ensemble des problèmes que peut engendrer la volonté de répondre à des besoins, par la création et le fonctionnement d'institutions sociales et médico-sociales fût-elle décidé.

Cette loi dont la mise au point a nécessité quelques années concerne les établissements publics et privés. Elle prévoit la mise en place de procédures d'autorisation avant la création de nouvelles institutions. L'autorisation est accordée sur des critères de besoins d'institutions nouvelles dans l'aire géographique concernée et de respect des normes quantitatives et qualitatives. La nécessité d'obtenir une autorisation de création ne s'applique qu'aux équipements lourds. La loi comporte également la possibilité d'ouvrir des établissements à titre expérimental.

Cette loi qui a largement orienté l'organisation des structures sociales et médico-sociales depuis vingt ans est actuellement considérée comme dépassée. Il lui est notamment reproché de ne pas

prendre assez en compte la place, et les droits de l'usager et de son entourage, d'être trop centrée sur la notion d'établissement et d'accueil à temps complet, et d'être insuffisamment organisatrice du secteur social et médico-social.

Il est question de réformer plus en profondeur la loi n° 75-535. En 1998, l'échéance de sa refonte a été repoussé et ceci d'autant plus que la loi relative à la lutte contre les exclusions a permis de la compléter sur plusieurs points.

I-2.2.1 Le rapport n°95-155, décembre 1995 de l'IGAS : bilan de vingt années de loi sociale.

Ce bilan de vingt années d'exercice met en lumière les points forts de la législation sociale (souplesse, adaptabilité), mais aussi les fragilités du système qui sont devenues tout au long des différents « *toiletage* » réalisés, l'objet de véritables difficultés, surtout depuis la loi de décentralisation du 6/01/1986⁹.

La loi sociale du 30 juin 75 relative aux institutions sociales et médico-sociales ne prend pleinement son sens qu'à la lumière de la loi hospitalière du 31/12/70. Celle-ci posait en effet le principe que les établissements hospitaliers ne devaient se consacrer qu'aux seules activités sanitaires.

La loi sociale consacre la séparation entre le sanitaire et le social voulue par le législateur dès 1970. Elle introduit une notion nouvelle, « *le médico-social* » présentée comme secteur intermédiaire relevant simultanément du sanitaire et du social.

I-2.2.2 Inconvénients de la séparation du sanitaire et du social.

S'agissant des personnes handicapées, les progrès des soins médicaux et l'allongement de la durée de vie conduisent non seulement à poser le problème de l'hébergement des handicapés vieillissants, mais également à faire « *glisser* » du sanitaire vers le médico-social certaines pathologies mentales stabilisées, certaines maladies neurologiques dégénératives et certains comas végétatifs.

⁹ Loi n°86-17 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'Aide Sociale et de santé (dite « loi particulière »).

Les interactions entre le domaine sanitaire et le médico-social ne peuvent plus être ignorées dès lors que se pose un problème massif de reconversion des structures hospitalières dans un contexte financier très tendu. On peut craindre cependant, que sous la pression des urgences, des reconversions se réalisent sans prise en compte suffisante de l'état des besoins sociaux ou médico-sociaux et de l'intérêt des usagers.

Pour certaines populations, la séparation du sanitaire et du social vient perturber la continuité des prises en charge, en particulier pour les soins des personnes âgées, de l'éducation et de la pédopsychiatrie pour les jeunes handicapés, l'accompagnement des malades mentaux stabilisés et des toxicomanes. En matière d'estimation des besoins et de planification, la scission des réponses à caractère médico-social et celle relevant de la pédopsychiatrie aboutissent à des schémas différents alors qu'ils devraient les concevoir en terme de complémentarité.

L'absence de coordination et la pluralité des décideurs depuis le partage des compétences liées à la décentralisation présente des difficultés face à des publics dont l'état permet de moins en moins d'établir des distinctions claires entre l'état de maladie, relevant des structures sanitaires et celui du handicap ou de dépendance, relevant des institutions sociales.

I-2.2.3 Les propositions de l'IGAS

Dans son rapport¹⁰ l'Inspection Générale des Affaires Sociales donne les raisons principales pour lesquelles il faudrait changer la loi :

- l'insuffisance des travaux prospectifs face aux enjeux de l'avenir : enjeux de qualité, de coordination et de découplage, enjeux en réponse à de nouveaux besoins.
- l'insuffisante prise en compte de l'évolution du champ de l'institution sociale dans le rétrécissement de la séparation sanitaire et sociale, dans la réforme de la tarification en fonction du handicap et non de la demande, dans l'encadrement des restructurations sanitaires vers le social et le médico-social, enfin dans la délimitation des frontières avec les structures d'insertion.
- le manque d'adaptation des modes de régulation aux nouveaux enjeux financiers en raison du volume accru du secteur, de l'enlisement du contentieux de la tarification, et de l'existence d'autorisations non financées par limitation des crédits de médicalisation.

¹⁰ Extraits du rapport n°95-155 de Décembre 1995.

Ce triple constat implique des révisions comme le suggère le rapport de l'IGAS.

L'inspection générale des affaires sociales les axe dans cinq directions :

- affirmer la place des usagers et des règlements intérieurs de manière à recentrer la politique sociale en leur faveur.
- s'engager vers une réelle démarche de coordination (par voie institutionnelle ou conventionnelle) et de planification,
- adapter le champ de la loi à un nouveau contexte (définition réglementaire de l'établissement, intégration de la notion d'accueil temporaire et d'accompagnement).
- diversifier les modes de régulation (dispositif moins contraignant d'autorisation, introduction d'une évaluation, régulation du pouvoir de fermeture),
- fixer l'indispensable aménagement des règles de tarification vers un système de tarification à la personne, et un rapprochement avec les règles d'autorisation.

On voit à quel point ces suggestions doivent redonner à nos obligations de directeur un nouveau type d'orientation.

I-2.3 LES SPÉCIFICITÉS DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL AU REGARD DU SANITAIRE.

Dans son article « *réforme de la loi 75* », Pierre GAUTHIER Directeur de l'Action Sociale¹¹ affirme que « *la loi hospitalière comme la loi sociale sont deux législations définissant l'organisation générale de ces deux secteurs. C'est à ce titre que les deux textes couvrent une séquence identique, à savoir les liens existant entre la planification, les autorisations, l'allocation de ressources et l'évaluation du fonctionnement des structures, toutefois, si les deux législations traitent inévitablement des mêmes sujets, les réponses apportées sont très sensiblement différentes dans l'un et dans l'autre cas* ».

¹¹ P. GAUTHIER Travail Social Actualité n°721, 15 janvier 1999

I-2.3.1 Analyse des spécificités du secteurs social.

Pour le Directeur de l'Action Sociale, si les textes qui régissent les institutions sanitaires et les institutions sociales et médico-sociales couvrent une séquence identique, il existe tout de même six spécificités incontournables :

- ◇ différences d'évolution : un secteur hospitalier exédentaire en lits, notamment en psychiatrie, un secteur social en déficit quantitatif et qualitatif en matière de réponses à la demande ;
- ◇ implication déterminante depuis la décentralisation des collectivités locales dans le secteur social, là ou les hôpitaux relèvent de l'Etat seul et d'un financement quasi exclusif de l'assurance maladie ;
- ◇ différences en termes de poids dans les dépenses publiques : le secteur hospitalier est huit fois plus coûteux que le secteur social ;
- ◇ inégalité dans l'identité des personnes morales la gestion étant assurée principalement par des associations dans les institutions sociales et médico-sociales, hors le domaine des personnes âgées ;
- ◇ Différences de techniques et de durée de prise en charge avec, d'un côté, une forte technicité médicale pour les durées moyennes de séjour de plus en plus brèves, de l'autre, un travail axé sur la socialisation et la citoyenneté dans le long terme ;
- ◇ Différences dans les modalités d'autorisation, qui font l'objet de modifications dans le projet de réforme de la loi de 75 sans décalquer la législation hospitalière.

Il n'est donc pas question, pour le moment, de mettre fin à la séparation des législations et des filières. Par ailleurs, il n'est pas non plus envisagé de toucher à la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées pour l'intégrer dans une politique plus globale des luttes contre les exclusions.

I-2.3.2 Analyse des dispositions du projet de réforme de la loi sociale se différenciant de la législation hospitalière.

Trois dispositions importantes prévues dans le projet de réforme différent du droit hospitalier.

En effet, le droit des usagers et de leur entourage est très développé, ils sont le résultat de prise en charge qui sont plus longues dans notre secteur. C'est la raison pour laquelle sont affirmés l'obligation d'un projet d'établissement, d'un livret d'accueil, de la charte des droits et des libertés

des personnes accueillies, de règlement de fonctionnement et d'un contrat de séjour.

Par ailleurs, l'élargissement des missions des établissements et services doit tenir compte des évolutions considérables observées depuis vingt ans. Le projet donne une reconnaissance juridique aux prises en charge avec ou sans hébergement, à titre temporaire. Il confère une base légale aux structures nouvelles de lutte contre les exclusions, aux foyers à double tarification, et aux services à domicile pour personnes handicapées. Par ailleurs, la mise en place d'un régime expérimental, instaure une procédure souple pour prendre en compte des structures innovantes.

C'est sans doute sur le thème d'une démarche concertée de programmation de l'offre sociale et médico-sociale que se différencie le plus de la gestion hospitalière. En effet en matière de planification il n'est pas prévu de « carte sociale ». De plus le degré d'opposabilité des schémas régionaux, départementaux, sociaux et médico-sociaux qui instaurent une compatibilité entre leurs objectifs et les autorisations sont bien moindres que dans le secteur sanitaire dès lors que les annexes au schéma ne sont pas opposables mais indicatives.

En matière d'autorisation, le dispositif retenu dans le projet de réforme s'écarte bien du droit hospitalier. Malgré certains points repris en l'état dans la loi hospitalière, par exemple les périodes et les dépôts d'examen par le secteur social du CROSS pour les projets de même nature ; mais l'objectif était de limiter les effets pervers du « *premier arrivé, premier servi* » et de comparer les projets entre eux. S'agissant des autorisations à durée déterminée, la loi hospitalière s'échelonne de sept à dix ans, alors que pour la proposition du secteur social la durée est fixée à dix ans avec un mécanisme de reconduction tacite de l'autorisation, ce qui n'est pas le cas du sanitaire.

I-2.3.3 Conclusions des analyses

Trois autres dispositions importantes sont à noter :

- ◇ le maintien de la disjonction autorisation et financement qui n'a jamais existé dans la législation sanitaire ;
- ◇ le maintien du mécanisme de droit commun des autorisations tacites qui n'existe pas dans la loi hospitalière ;

- ◇ l'instauration d'une procédure légère de déclaration, lorsque le projet répond à une situation d'urgence sociale.

En ce qui concerne l'évaluation, un conseil national de l'action et l'évaluation sociale et médico-sociale va être créé . Il sera chargé de valider des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de donner un avis sur des références de bonnes gestions. Il constituera un point commun avec le droit hospitalier : c'est la création d'un lien entre évaluation et renouvellement de l'autorisation.

Cependant le reste du dispositif ne comporte pas d'accréditation obligatoire des établissements comme dans le secteur sanitaire.

En conclusion, alors que la loi hospitalière met en oeuvre des dispositions reflétant la nécessité de recomposer et restructurer une offre de soins, notablement exédentaire, le projet de réforme de la loi du 30 juin 75 s'inscrit dans le contexte d'un secteur social et médico-social en expansion, créateur d'emplois, et facteur d'aménagement du territoire et du développement des services de proximité.

I-3 ENONCE DE LA PROBLEMATIQUE

A partir de la situation développée en I-1, la problématique de cet établissement se situe à mon sens dans les constats suivants :

I-3.1 CONSTAT DE LA DIVERSITÉ DES BESOINS INDIVIDUELS .

Le public accueilli dans l'établissement est composé de personnes handicapées présentant des situations et des déficiences différentes. Nous ne donnerons pas les mêmes réponses aux retraités et aux personnes en situation d'emploi ou à une personne invalide.

Comment satisfaire les besoins et les demandes individuelles d'une population aussi diversifiée ?

Ce constat sera étayé par le développement des points suivants :

- évolution de la population depuis la création du foyer

- le handicap et la maladie mentale : lien avec l'hôpital psychiatrique
- changement de perception des handicapés mentaux.

I-3.1.1 Evolution de la population depuis la création du foyer.

Lors de la création de cet établissement en 1982 la population était composée de déficients intellectuels ayant un retard mental profond ou moyen, tous en situation de travailleur de CAT.

Les décès intervenus depuis 1982, les extensions importantes et non importantes de l'établissement ainsi que les orientations ont permis une rotation relativement significative de vingt places. Cette nouvelle population est plus autonome, plus demandeuse de possibilités personnelles et d'attentes tournées vers l'environnement, nécessite aussi des structures de soins.

De plus ces constats font apparaître la limite de l'intervention de chacun, nous touchons là un aspect sensible et déterminant dans l'optique d'un travail de partenariat et de réseau sur lequel je ne manquerai pas de revenir.

Quelles réponses faut-il apporter pour s'adapter à ces nouvelles contraintes entre le secteur sanitaire et médico-social ?

I-3.3.2 Le handicap et la maladie mentale : lien avec l'hôpital psychiatrique.

Sont considérés comme handicapés les personnes reconnues comme telles par la COTOREP. Depuis 1980, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a adopté la classification internationale du handicap de Wood, qui donne un éclairage de ce concept de handicap.

Cette classification distingue :

- « la déficience, c'est à dire la perte de substance ou l'altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique
- l'incapacité, c'est à dire la réduction partielle ou totale résultant d'une déficience, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normale
- le désavantage ou handicap, c'est à dire la limitation ou l'empêchement de l'accomplissement d'un rôle normal, dans une société donnée, en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs socioculturels »¹²

12 P. LAZAR Directeur de l'INSERM, préface à la publication française de la classification internationale des handicaps (CTNERHI 1988)

La déficience serait donc l'altération d'une fonction par maladie, accident ou malformation. L'incapacité serait la conséquence fonctionnelle de la déficience, le handicap, la conséquence sociale de l'incapacité, affectant durablement l'existence de la personne.

Au regard de cette réflexion, qu'en est-il donc de la place des personnes souffrant de maladies mentales, dès lors qu'elles ne sont plus en situation d'hospitalisation. Rien, à priori, n'interdit de les considérer comme faisant partie intégrante du champ du handicap.

Si l'on admet, comme nous l'avons montré, que le handicap est bien la traduction de la déficience et que cette même déficience peut résulter de maladie, les malades mentaux doivent donc être considérés comme des personnes ayant un désavantage social dû à la maladie mentale, donc comme des personnes handicapées par maladie mentale. C'est pour cela que je me pose la question suivante :

Comment mettre en oeuvre une modification du projet de prise en charge pour prendre en compte les besoins individuels et diversifiés des personnes handicapées par maladies mentales ?

I-3.1.3 Changement de perception des handicapés mentaux

Nous avons tous connu les querelles d'école entre maladie et handicap mental et on a trop souvent opposé la maladie mentale au handicap mental.

Les travaux de P. Wood repris par l'OMS ont bien montré que le handicap résultait de la combinaison et de l'interaction de plusieurs composantes. Le schéma de Wood est donc un modèle dynamique ou rien n'est figé. Et si la déficience, l'incapacité et le désavantage sont la conséquence de la maladie, une évolution de l'une des composantes peut avoir un effet direct sur les autres.

On comprend mieux alors le caractère artificiel du clivage entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le handicap résulte d'une affection psychique, pour lesquelles

une démarche globale est nécessaire en faisant appel à une palette d'approches diversifiées, jouant sur les divers registres de la maladie, de la déficience, de l'incapacité et du désavantage.

Il est important que puisse se conjuguer un projet de soins, avec un véritable projet de vie, d'animation, de socialisation, voire même de réinsertion en milieu ordinaire.

I-3.2 CONSTAT DE LA NÉCESSITÉ DE MOBILISATION DES ACTEURS.

La résolution de la problématique évoquée ne peut se concevoir que dans une logique de concertation, de participation active et dynamique très large d'un ensemble de partenaires : directeur, équipe éducative et autres intervenants tels que les Associations tutélaires, le Centre Médico Psychologique, le service d'accompagnement à la vie sociale, mais aussi l'Association gestionnaire, les usagers et les parents.

1-3.2.1 La place de la personne handicapée dans le dispositif

L'ensemble du dispositif réglementaire apporte des réponses aux difficultés rencontrées par la personne handicapée. Le sujet social peut être pris en charge, soutenu par le dispositif collectif, mais comment répondre au sujet désirant qu'est tout être humain ?

Cette question est souvent abordée, très fréquemment laissée sans réponse, car par proximité de situation, le personnel et les résidents ne savent et ne peuvent réagir convenablement.

Il est donc primordial de bien repérer les missions de l'établissement, de tenter de trouver les régulations nécessaires pour gérer les désirs des uns et des autres. Nulle part les missions qui s'appuient sur les bases réglementaires et législatives ne prévoient de répondre au sujet de désir qu'est tout usager.

La prise en charge assurerait-elle des besoins ? L'accompagnement est-il une réponse possible au désir ?

La réponse actuelle au besoin des usagers est insatisfaisante sur le plan de l'épanouissement général et personnel. Pour améliorer sa mission, l'établissement doit mieux répondre à ces besoins.

1-3.2.2 La place du foyer dans le dispositif

En terme de mobilisation des acteurs, le foyer a un rôle de coordination à jouer. Il peut en effet solliciter par rapport à un projet précis tel ou tel intervenant, et développer une action partenariale pour arriver à l'objectif fixé. animateur et porteur du projet avec l'utilisateur, il se doit de rechercher dans l'environnement le meilleur appui.

Quelle stratégie des établissements peuvent-ils mettre en place pour répondre aux besoins de développement des compétences individuelles ou collectives ?

1-3.2.3 La place des acteurs dans le dispositif.

Chaque acteur intervenant dans le dispositif apporte une partie de la réponse au projet. Il s'agit de mettre en réseau toutes les compétences pour que l'utilisateur en bénéficie dans le cadre de la réalisation de son projet, mais également sur un temps plus long.

Quelle est la marge de manoeuvre, dans ce contexte, pour répondre efficacement aux nouvelles attentes et piloter une stratégie de développement ?

1-3.3 CONSTAT DES MUTATIONS DE LA DEMANDE

L'organisation mise en place ne correspond plus aux demandes des usagers. On assiste à un changement qui doit être évalué dans son contexte, par étape, pour être au plus près des réponses à proposer aux usagers.

I-3.3.1 Clarification de la vocation de l'établissement

Un travail de réflexion afin de parvenir à une appréhension suffisamment claire de l'établissement est nécessaire. Il s'agit de recenser les diverses perceptions de l'utilité sociale : quel est le service rendu ? La réponse à cette question permettra d'identifier les prestations réellement fournies par l'établissement pour analyser ce qui a changé, affiner le raisonnement et développer des axes de travail concrets.

I-3.3.2 Recentrage de l'offre de service

L'utilisateur vit désormais dans une société où sa place est évolutive, où l'affirmation personnelle est importante. Aujourd'hui toute forme d'accompagnement doit être suffisamment flexible pour pouvoir s'adapter. Il est donc logique que l'on recherche une meilleure adéquation entre le projet de l'établissement et le type de personne pour en tirer un meilleur profit. Cela comprend à la fois la mission que se fixe l'établissement et l'articulation des moyens qu'il déploie. Le projet

personnel représente quant à lui, la mise en acte du projet d'établissement qui est un outil pédagogique.

Jusqu'alors l'utilisateur s'adaptait aux règles de l'établissement, aux problématiques et représentations des travailleurs sociaux. Dans le cas d'un travail par projet personnel, c'est le professionnel qui adapte ces dispositifs à la problématique de l'utilisateur. L'équipe se met au service du résident en lui proposant une prestation adaptée à sa situation.

1-3.3.3 Analyse des pratiques : l'aide d'un intervenant extérieur

Pour accompagner l'établissement dans un processus de changement tel que la clarification de sa vocation, et le recentrage de l'offre de service, il est important d'analyser les pratiques pour définir un projet global permettant de tracer les orientations générales, pour faciliter la cohérence d'ensemble et la crédibilité de l'action. Les autres étapes, la recherche de solutions, la mise en oeuvre et l'évaluation complèteront ce travail. Le constat de la nécessité de l'ouverture sur un intervenant extérieur (non impliqué dans le dispositif) peut apporter une aide objective dans la recherche et la mise en évidence des problèmes. La réalisation de ce travail servira à l'élaboration ultérieure de projets adaptés aux attentes des acteurs et aux besoins de l'établissement.

Pour continuer ce travail, il est maintenant important d'analyser la problématique évoquée par le développement de trois points :

- adéquation ou inadéquation des moyens
- de la prise en charge à l'offre de service
- répondre aux mutations de la demande

qui constitueront le cadre de la deuxième partie de notre travail.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE EVOQUEE

II-1 ADEQUATION OU INADEQUATION DES MOYENS

II-1.1 ANALYSE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

Un premier état de la situation des usagers a démontré que la quasi totalité des mouvements depuis 1990 concernait des personnes présentant des pathologies psychiques. Si le dispositif mis en place ultérieurement répondait bien aux besoins des personnes déficientes intellectuelles, il semble que nous soyons en difficulté, notamment en termes d'unité de sens, de continuité de soins et d'approche dans l'accompagnement des personnes handicapées par maladie mentale, alors qu'une très large majorité des demandes de placement concerne ces personnes.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'il y a une régression dans les réponses apportées aux besoins ou que les besoins ont changé. En effet, dans la situation initiale, les personnes sortant de l'hôpital étaient prise en charge totalement et uniquement par l'établissement et son équipe. Dès que des situations de crise apparaissaient, le fonctionnement interne cherchait tous les moyens pour faire face aux difficultés grâce à des accompagnements individualisés. La relation travail et accompagnement dans le cadre du CAT était constante et permettait souvent de résoudre l'instabilité.

Dans la situation actuelle, la personne handicapée par maladie mentale est encadrée par un dispositif éclaté, dont le partenariat et la collaboration demandent à être affinés. De plus et d'une manière quasi générale, l'intervention du secteur psychiatrique s'arrête ou bien se poursuit de manière peu coordonnée avec notre travail d'accompagnement.

La réflexion menée par l'équipe dans l'établissement, la politique de sectorisation psychiatrique plus ouverte et plus coopérative nous permettent aujourd'hui d'envisager ces situations dans les meilleures conditions.

II-1.2 ANALYSE DE L'ORGANISATION EN PLACE

Une meilleure prise en compte de la spécificité de la population occupe une place centrale dans ma réflexion. Certaines associations privilégient par leur concept, un accueil, par le regroupement de

personnes atteintes des mêmes affections. Si dans un premier temps, cette volonté permet une efficacité, elle offre aussi le désavantage de pouvoir comparer. Les évolutions peuvent être

difficile à vivre pour les résidents et le personnel peut se démobiliser.

L'association a donc privilégié un accueil plus diversifié pour composer la population de ses institutions. Cette formule ne permet pas une hyper spécialisation, mais privilégie la qualité globale de vie plutôt que des aspects particuliers. Le souci quotidien est de proposer des solutions adaptées à chacun.

II-1.3 ANALYSE DE LA QUALITE DE VIE

Analyser les composantes de l'organisation en place et interroger le projet sur l'accompagnement des usagers sont des passages obligés si l'on veut que le changement soit effectif et réponde au mieux aux raisons qui ont poussé à le mettre en oeuvre.

L'évolution du projet est un moment important dans la vie d'un établissement, c'est l'occasion donnée à l'ensemble des acteurs de réfléchir à leurs pratiques et de s'engager dans de nouvelles directions.

Nous avons constaté à partir des remarques des usagers et des parents que le dispositif ne répondait qu'imparfaitement aux besoins de la population et que des difficultés apparaissaient dans l'accompagnement des personnes handicapées par maladie mentale.

La prise en charge souffre de discontinuité, les relations sont épisodiques et mal repérées pour parler d'approche globale et intégrée répondant à l'ensemble des besoins. Cette analyse me conduit à mettre en oeuvre une stratégie d'adaptation de l'établissement qui doit permettre d'élaborer des réponses diversifiées et coordonnées que je développerai dans la troisième partie.

II-2 DE LA PRISE EN CHARGE A L'OFFRE DE SERVICE

Notre secteur est en train de passer d'une logique de placement, à une logique d'offre de service où l'on identifie sa capacité à mieux répondre à une problématique, mais aussi en fonction de son efficacité à gérer ces changements. Le projet et son évaluation deviennent les deux principaux

centres d'intérêt de l'action sanitaire et sociale.

II-2.1 DROIT DES USAGERS

Nous rejoignons ici la question centrale du droit des usagers, principe de base du projet.

*« Un principe doit être posé : toute personne a droit, si sa situation l'exige, à un service adapté à ses besoins. Ce droit suppose, pour être effectif, la possibilité d'accès aux approches éducatives, thérapeutiques et sociales les plus appropriées et la capacité d'affirmation du droit à recevoir des services de qualité ».*¹³

La position de sujet est pleinement reconnue à l'utilisateur. De la part de l'institution cela implique la mise en oeuvre d'offre de services diversifiés et donc un dispositif souple et ouvert.

II-2.2 CONSTRUIRE L'ACTION A PARTIR DU BENEFICIAIRE

La qualité de l'offre de service *« repose sur une bonne identification de la demande, un projet personnalisé et des équipes en mesure de répondre à l'obligation de moyens »*.¹⁴

L'institution a le devoir d'adapter son organisation à cette exigence, et non d'imposer aux personnes de s'y contraindre.

La même adaptation doit être demandée aux professionnels qui doivent être de véritables techniciens capables de programmer et d'accompagner ces projets.

A partir de ces deux axes, il s'agit de :

- ◇ mieux intégrer dans le fonctionnement ces concepts de citoyenneté et droit des usagers,
- ◇ mieux prendre en compte la spécificité du public et notamment des besoins des personnes handicapées par maladie mentale.

II-2.3 INDIVIDUALISATION DE L'OFFRE DE SERVICE

Elle ne sera réussie que si l'on s'appuie sur quelques principes de base :

- ◇ la primauté de la personne : c'est une démarche centrée sur la personne qui a le droit de participer aux décisions qui la concerne. Il s'agit d'assurer son droit à diriger sa vie selon ses volontés, dans le respect de sa personnalité, de sa différence, de son rythme et des moyens qu'elle choisit.

13 A. DUCAMP : *Droit des usagers dans le secteur médico-social*, EMPAM, Citoyenneté et travail social n°22 - Juin 1996

14 A. DUCAMP OP. CIT

C'est en terme d'intervention sociale, avoir pour conception une approche positive de la personne.

- ◇ la perspective d'intégration : c'est une demande orientée vers l'intégration ou le maintien en milieu normal, en donnant à chaque personne, quelle que soit sa différence la possibilité de vivre dans son milieu naturel. Il s'agit de favoriser les interactions avec les autres membres de la société, d'offrir des conditions de vie semblable à celles du milieu environnant.
- ◇ une démarche partenariale : les professionnels doivent se positionner clairement en reconnaissant la famille comme membre à part entière qui concourt à la réalisation du projet de vie. Il s'agit aussi d'identifier et de donner un rôle, une place à tous ceux qui peuvent participer à ce projet.
- ◇ une approche globale et intégrée : il faut se donner les moyens de répondre à l'ensemble des besoins de la personne, dans un système cohérent et intégré. Cela peut se faire par le partage des responsabilités et la coopération visant à l'atteinte des objectifs du projet. Mais aussi au travers d'une approche multidirectionnelle visant à utiliser au mieux les services existant et à développer les réseaux.

Ces principes de base nous permettront de répondre aux mutations de la demande des usagers bénéficiaires d'une structure médico-sociale qui expriment fortement leur désir de progresser. Quant aux autres, une stimulation d'un autre ordre doit être développée, en rapport avec les difficultés intellectuelles, notamment leur projection dans l'avenir.

II-3 REPONDRE AUX MUTATIONS DE LA DEMANDE

Pour les parents d'enfants handicapés mentaux, le secteur sanitaire est souvent redouté.

Il faut dire qu'il y a cinquante ans, les premières associations étaient créées pour permettre aux personnes handicapées de sortir de l'hôpital psychiatrique, plus souvent lieu de relégation que de soins. Bien entendu, aujourd'hui, la situation a changé.

Comment travailler ensemble au profit des personnes handicapées et de leur famille ?

II-3.1 SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL : VERS UNE COMPLEMENTARITE D'ACTION

L'hôpital est actuellement en pleine restructuration. Il ne se passe pas une semaine sans que l'on entende parler de fermeture de telle ou telle maternité, de regroupement de services et de rationalisation des équipements. De plus, il est question de reconverter des moyens du secteur sanitaire pour créer des structures médico-sociales. L'UNAPEI considère, notamment, qu'il faut que les spécificités de l'accompagnement médico-social soient respectées et que les personnes accueillies ne soient ni des « *clients* » ni des « *patients* », mais restent des usagers de ces établissements.

La question des restructurations hospitalières soulèvent dans un mouvement familial comme l'UNAPEI nombre de questions sensibles.

Le rapprochement entre le secteur sanitaire et médico-social peut permettre un certain nombre d'opportunités. Tout d'abord, parce que la mise en commun de savoir faire techniques facilite des prises en charge globale, vocation affichée de nombreux établissements médico-sociaux. Ensuite, parce que l'accueil des personnes handicapées à l'hôpital, même s'il n'est pas toujours souhaité, représente une solution dont certaines familles se sont finalement accommodées.

Mais qui dit action conjointe, signifie efforts d'adaptation partagés. Il apparaît évident que de nouvelles dynamiques de collaboration entre les deux secteurs sont à créer et à développer.

II-3.1.1 Recherche de réponses dans les nouveaux dispositifs

La logique d'établissement qui jusqu'alors voyait ses ressources reportées d'année en année pour gérer un public « *captif* » privilégiant une logique de structure et de moyen est aujourd'hui remise en question.

Une nouvelle logique amène l'établissement à s'inscrire dans l'avenir en terme de projet institutionnel, de partenariat, de développement des compétences et de prise en compte de l'environnement et de l'évolution des besoins et des réponses.

L'établissement doit gérer la complexité qui apporte une dimension vivante et interactive. La porosité des espaces, la fluidité, et la ponctualité s'opposent à la notion de système durable. Les habilitations sont accordées de plus en plus en réponse à des programmes liés par des contrats et

présentant aussi une limite dans le temps. Les établissements sont pris dans ce mouvement, d'ensemble qui valorise la communication, l'observation, l'écoute et l'expérimentation.

De nouvelles compétences sont sollicitées et supposent des directeurs capables de manager et d'accompagner des changements institutionnels techniques et humains. Compromis, négociations, et contractualisation assurent les conditions de la stratégie de direction.

C'est en me tournant vers deux dispositifs en particulier que j'ai pu en mesurer leur utilité.

II-3.1.2 Le CMP¹⁵ : réussir l'articulation entre le sanitaire et le social

Pour faire face aux demandes des usagers handicapés par maladie mentale, le Centre Médico Psychologique constitue le pivot du dispositif du secteur psychiatrique. Dès 1970, la mise en place des dispensaires d'hygiène mentale, ancêtre des CMP illustre cette volonté de sortir l'hôpital et la psychiatrie des murs ; ils sont les avant-postes de la santé mentale dans la cité.

Avec des missions clairement identifiées : accueil, consultation, diagnostic, orientation, soin ambulatoire, intervention à domicile, coordination et liaison, ils présentent pour un établissement comme le nôtre un élément clé du dispositif d'aide à la personne.

De plus, c'est un lieu banalisé dans le tissu social, même s'il dépend de l'hôpital. L'équipe pluriprofessionnelle permet une approche globale de la personne et en ce sens contribue à accompagner le glissement qui se fait jour dans la psychiatrie, celle-ci se situant davantage, désormais dans une logique de santé mentale.

Les ordonnances JUPPE insistent sur la complémentarité des établissements hospitaliers et la mise en place de réseaux de soins et de prise en charge. Les CMP ont peut-être là une carte à jouer pour étayer leurs moyens. Quoi qu'il en soit, c'est en travaillant en équipe et en portant des regards croisés sur la personne que le CMP a le plus de chance de remplir sa mission. Tout le monde est d'accord, reste la mise en œuvre.

Un réseau¹⁶ réunit des partenaires qui vont élaborer un langage commun, or dans les faits ce ne sont que des partenaires qui n'ont pas de culture commune et un travail d'adaptation reste à faire de ce côté.

15 Centre Médico-Psychologique - Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement Art.1

Cependant un partenaire ne doit pas être oublié, c'est le cas des familles, parce qu'elles expriment leur besoin d'être intégrées dans un réseau coordonné par un travailleur social, notamment lorsque leur parent, leur enfant sort d'une période d'hospitalisation et qu'il faut mettre en oeuvre un suivi et un accompagnement social.

Enfin les CMP sont un référent important dans notre situation en zone rurale où les structures sanitaires et sociales sont souvent dispersées et où sont perçus des besoins en santé mentale.

Un autre dispositif croise l'action sanitaire : les services d'accompagnement à la vie sociale, qui sont pour les usagers demandeurs un « *tremplin* » vers une autre vie que la vie institutionnelle.

II-3.1.3 Le SAVS¹⁷ : une ouverture à préparer

La dénomination « *service d'accompagnement à la vie sociale* » n'apparaît pas dans cette forme en temps qu'établissement social ou médico-social dans les textes qui régissent notre secteur. Ce constat n'a rien de surprenant étant donné l'aspect novateur de ce mode d'accompagnement. Ce type de service fait partie des institutions sociales et médico-sociales dont fait état la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et l'habilitation à fonctionner lui est donnée conformément à la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Cette convention d'habilitation signée avec le Président du Conseil Général, qui fait référence à ces textes de loi précise « *ce service prévu par la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 dite loi particulière, permet le suivi à leur domicile de ces personnes handicapées* ».

Depuis la promulgation de la loi d'orientation n° 75.534 du 30 juin 1975, qui déterminait entre autre les conditions d'admission des personnes handicapées en Centre d'Aide par le Travail (CAT), nous pouvons noter, en particulier au cours de ces dernières années une importante

16 BANTMAN P., DUFOUR-ZELMANOVITCH L. *La notion de réseau en psychiatrie*, in L'information Psychiatrique, n°8 Octobre 1995

17 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale : Accueil en milieu ordinaire de vie ou de travail alternative à l'accueil en Institution. Ces services sont en développement avec des reconnaissances variables d'un département à l'autre

évolution dans la typologie des personnes accueillies. Les raisons en sont multiples : la situation générale de la société française, les contraintes économiques diverses, les exclusions, et l'ouverture des hôpitaux psychiatriques.

Dans le même temps, la personnalisation de la prestation et une meilleure prise en compte des besoins et demandes de l'individu ont modifié les approches en matière d'hébergement et d'accompagnement de ces personnes.

Ces phénomènes ont directement influé sur la structure d'hébergement que je dirige. Face aux problèmes de places d'accueil insuffisantes dans le foyer, il est important de rechercher à l'extérieur des solutions innovantes et adaptées aux usagers ne nécessitant qu'une prise en charge ponctuelle. L'établissement d'hébergement n'est pas en effet la seule réponse et la pratique originale d'un SAVS et le développement d'un mode de vie autonome en logement, paraît être une réponse.

Le SAVS au titre de facilitateur et médiateur, aide donc la personne en situation de handicap à établir des liens sociaux avec son environnement et par conséquent à repérer les agents sociaux qui constituent le réseau auquel elle aura recours dans ses démarches d'insertion.

Les apports du service sont subsidiaires, ils compensent dans la mesure du possible temporairement, le déficit de capacité de la personne à assumer totalement ce qui représente dans notre société un statut d'adulte.

Le directeur du service va donc s'engager dans un rôle de coordonnateur des actions à entreprendre avec un réseau de partenaires adhérents aux objectifs d'insertion sociale de la personne. Bien entendu ce type de partenariat s'engage sur des objectifs excluant toute notion d'exclusivité, mais acceptant au contraire la perméabilité et l'échange.

Faire connaître le SAVS, sa démarche, ses objectifs, ses moyens, participent à son inscription dans le réseau des partenaires intervenant dans le secteur social. De la qualité des premiers contacts dépendra souvent la valeur des relations à venir.

Le maintien d'une relation de qualité, avec les services qui apportent leur concours aux personnes,

est une des conditions de réussite des projets d'insertion et sans prétendre être exhaustifs je citerais les services tutélaires, le CMP, les services de protection maternelle et infantile, les services d'aide à l'enfance.

Au même titre que les autres formules d'accompagnement que sont les foyers, le SAVS s'inscrit dans un dispositif permettant d'engager des processus d'évolution. Il concourt avec les équipes des foyers à la préparation et à la l'élaboration des projets personnalisés.

Cette alliance des connaissances et des moyens doit permettre de repérer les motivations et les capacités des personnes à s'engager dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle, de proposer un programme à leur mesure et de planifier la gestion des places qui se libèrent.

Dans le même esprit de collaboration, le SAVS pourra examiner avec les équipes des foyers, des solutions de vie plus adaptées pour les personnes qui accompagnées par le service sont momentanément ou durablement en situation d'échec.

Les équipes se retrouvent aujourd'hui face à une évolution des façons de penser et de travailler. Depuis plusieurs années, les diverses associations établissent des liens, croisent leurs compétences composent des projets conjoints. Ce maillage doit bien évidemment éviter la confusion des rôles et viser à une meilleure cohérence du dispositif dans l'intérêt des usagers.

L'adaptation du SAVS aux besoins de la population accueillie s'articule donc autour de deux axes : la mise en oeuvre du projet individualisé et un travail de réseau avec les structures partenaires.

Au travers de la promotion de la compétence sociale, le projet individualisé, par la personnalisation de l'intervention, place l'adulte au centre du dispositif, dans une position de sujet de droit, autour duquel va s'organiser l'accompagnement, dans une logique de prestations de services.

L'animation en réseau¹⁸ avec les autres partenaires peut permettre de développer, autour de ces projets, une action structurée, dans le cadre d'une démarche globale, prenant en compte les divers aspects de la personne.

Cependant pour réussir à travailler avec ces dispositifs, il est aussi important de faire évoluer le

projet d'établissement pour être au plus près des réalités qui nous entourent.

II-3.2 EVOLUTION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Il est important pour l'établissement de bien analyser la demande externe pour produire une offre de services qui soit adéquate, mais également de se projeter dans l'avenir, d'anticiper sur les pistes de développement et d'amélioration de la qualité de sa prestation. Il doit être en prise directe avec l'évolution des besoins de son environnement.

II-3.2.1 La qualité dans la réponse aux besoins.

Une meilleure prise en compte de la spécificité de la population occupe une place centrale dans ma réflexion. La première analyse a montré que nous sommes confrontés à un questionnement très fort concernant l'accueil, le suivi et l'orientation future de la personne handicapée par maladie mentale.

Il n'est plus guère de secteur qui échappe à la pression du concept de la qualité. Une démarche de ce type dans le secteur médico-social a commencé depuis quelque temps. Toutes les décisions doivent prendre en compte avant tout, l'intérêt de la personne, elle doit être à chaque fois que possible consultée, associée et informée.

Cette notion de qualité qui s'impose à notre secteur entraînera certes, tout un chacun à s'améliorer et permettra aux structures de garantir un niveau de prestation optimal. Toutefois, l'enjeu va au-delà de la simple amélioration de l'accompagnement. L'enjeu réel de la démarche qualité dans notre domaine reste la prise en compte globale de la personne handicapée et dans l'idéal le projet personnel en demeure l'ossature.

II-3.2.2 Le projet personnel : les objectifs à mettre en place

La personnalisation du service affirme la volonté de privilégier l'insertion et la socialisation.

18 BAILLON Gérard, *Le réseau, mot magique et piège*, in *Information psychiatrique* n°2 Février 1999

Cependant, il faut s'interroger sur les capacités que possèdent la personne. La priorité accordée au développement des compétences qui met l'accent sur l'évaluation et le suivi, ramène aussi à la nécessité de personnaliser le projet établi avec le bénéficiaire.

La mise en place des objectifs passe par :

- ◇ La personnalisation des prestations,
- ◇ La promotion de la compétence sociale de l'utilisateur en lui permettant d'être gestionnaire de sa vie et en lui donnant ensuite les moyens utiles pour réaliser cette gestion,
- ◇ L'organisation d'un travail par contractualisation, le projet personnel se présentant comme l'aménagement de la mission globale de l'établissement auprès de chaque personne.

Un plan d'action est obligatoirement écrit et sert de base à la contractualisation.

II-3.2.3 L'accompagnement social : aide matérielle, aide psychologique.

L'accompagnement social dans le cadre d'une intervention sociale « *repose sur trois compétences de la pratique professionnelle* :

- ◇ *La prise en compte de la situation sociale telle qu'elle est construite par l'utilisateur, sujet de droit,*
- ◇ *La compréhension de la dynamique de l'action dans le cadre des contraintes, des potentialités et des événements qui la fondent,*
- ◇ *L'adaptation de l'action commune à un champ de possibilités stratégiques »¹⁹.*

Le recours à la notion d'accompagnement n'est pas un choix fortuit. D'autres termes existent, qui font références à d'autres pratiques d'actions sociales : aide, assistance, tutelle, suivi.

Ce qui caractérise l'accompagnement, c'est le fait qu'il suppose au départ un libre arbitre des futurs partenaires, qu'il débouche sur une relation volontaire, où la place et le rôle de chacun, tout comme l'objet de la relation et sa durée sont clairement définies. L'accompagnant conseillera, négociera et orientera la personne, cela demandera donc un accord formalisé ou implicite entre au moins deux personnes.

19 BARREYRE Jean Yves, *Dictionnaire critique d'Action Sociale*, Paris BAYARD 1995

Malgré l'évolution du projet d'établissement qui s'est structuré, il ne faut pas oublier la problématique d'insertion qui nécessite un accompagnement global de la personne.

II-3.3 UNE PROBLEMATIQUE D'INSERTION NECESSITANT UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Les textes et règlements utilisent fréquemment le terme d'insertion pour encourager et décrire les dispositifs en faveur des citoyens qu'ils ne souhaitent pas voir exclus.

Du latin *in sere*, c'est à dire introduire dans, entrelasser, le mot insertion désigne à la fois un processus et un état qui conduit un sujet à trouver une place reconnue dans un système.

II-3.3.1 L'insertion fondée sur la normalisation

Partant du postulat que l'existence en milieu normal est la meilleure possible, il faut insister sur la recherche d'une adaptation réciproque de la personne handicapée et de son environnement social.

*« Tout d'abord conçu et développé à la fin des années cinquante par le Danois Bark-Mikkelsen, et une dizaine d'années plus tard par le suédois Nirge, le principe de normalisation (Zribi, Poupée-Fontaine, 1976) est réellement la première formalisation de l'approche sociale retenue aujourd'hui, à savoir la priorité donnée au processus de désinstitutionnalisation et d'intégration et, à défaut, la mise en place d'institutions et de services respectant les standards de vie normaux ».*²⁰

En effet, les changements des conditions de vie, ainsi que les modifications opérées dans l'environnement, ont des effets favorables sur l'autonomie, la qualité de vie et d'intégration sociale des personnes handicapées.

Le principe de normalisation correspond aujourd'hui aux pratiques professionnelles et aux politiques sociales modernes qui encouragent les processus d'intégration, sans remettre en question l'existence des services spécialisés lorsqu'ils sont justifiés.

²⁰ ZRIBI Gérard, *L'avenir du travail protégé*, ENSP 1998

II-3.3.2 Réduire les handicaps

Le succès incontestable du mot *handicap* qui a détrôné les termes d'infirme, invalide ou inadapté considérés comme négatifs et stigmatisants, s'expliquent par une volonté et un espoir de définir sur des bases positives d'intégration, ou tout au moins de tolérance, un phénomène qui jusque là entraînait l'exclusion.

Après plus de vingt ans au cours desquels la classification internationale a été diffusée, l'OMS a entrepris de la revisiter afin d'en faciliter l'utilisation. Il est important en particulier d'étudier comment l'environnement peut être pris en compte dès lors que l'on considère que le handicap d'une personne est en relation étroite avec celui-ci.

Cette approche du handicap conduit à l'élaboration d'une nouvelle classification : la CIH 2 (Classification Internationale du Handicap). En effet, des facteurs contextuels intègrent la nouvelle classification. Environnement et facteurs personnels influencent la constitution du handicap et la formulation positive en référence à la dimension de participation, qui prend en compte les capacités intégratives des usagers et leur évolution.

II-3.3.3 L'accompagnement social en relation avec la mise au travail

Les objectifs d'intégration professionnelle qui s'inscrivent dans la politique sociale du handicap sont bien évidemment et seront toujours plus encore liés aux profondes mutations sociales et économiques actuelles et à venir.

Les CAT d'aujourd'hui sont très différents de ceux des années 1970. Le foyer que je dirige est en prise directe avec cette problématique. Les CAT pour lesquels travaillent les usagers doivent s'adapter à cette population et à ses particularités.

Nous sommes amenés à réfléchir à la mise en oeuvre d'une forme d'accompagnement en relation avec l'activité professionnelle qui permet de répondre au mieux aux attentes de ces personnes.

Or, le travail contribue fortement à la réalité de la participation active d'un individu normal ou handicapé à la communauté sociale. Exercer un emploi même protégé, permet de s'insérer dans un réseau organisé, avec des collègues, des relations à des clients, à l'environnement et une

perception de la réalité et la mise en avant de son utilité sociale et professionnelle.

Après avoir posé le cadre réglementaire et les constats de la situation, j'ai analysé dans cette deuxième partie la problématique du foyer d'hébergement. Nous avons pu constater que le dispositif ne répondait qu'imparfaitement aux besoins de la population handicapée par maladie mentale et que des difficultés apparaissaient et pouvaient être corrigées.

C'est à ce sujet que j'ai négocié à la Direction Départementale de la Solidarité avec l'unité de contrôles des établissements, un compromis, visant à accepter un programme d'actions concertées de deux ans concernant les soins des personnes handicapées par maladie mentale.

En effet, pour rééquilibrer les traitements, organiser certaines prises en charge spécialisées et préparer un véritable projet individuel, il était nécessaire d'hospitaliser des usagers. Cela avait obligatoirement un impact sur les journées à réaliser, et l'évaluation était difficile à proposer dans le budget prévisionnel, puisqu'elle dépendait du secteur psychiatrique.

Notre accord a donc porté sur cette incidence financière, le projet d'établissement posant clairement des constats et des objectifs précis en matière d'évolution de l'accompagnement.

Cet accord a aussi reconnu l'utilité de formation dans l'établissement, notamment la transformation de postes de moniteur éducateur en éducateur spécialisé dans un contrat d'objectif.

Cette analyse et cet accord me conduisent à mettre en oeuvre un projet visant l'adaptation de l'offre de service aux besoins de la population, axé en particulier sur une mise en mouvement et un pilotage du changement.

TROISIEME PARTIE

STRATEGIE POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SERVICE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Mise en mouvement et pilotage du changement.

III - 1 EVOLUTION DANS L'ENVIRONNEMENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET SANITAIRE : une prise de conscience des parents

Dans cette approche de modifications des besoins, de conception d'un dynamisme nouveau, le directeur doit être le catalyseur des énergies entre les diverses instances.

Le repérage de l'évolution de la clientèle est un indicateur ; les variations des concepts d'intégration ainsi que les adaptations des projets nous ont conduit à envisager une solution plus adaptée pour l'insertion des personnes issues du secteur psychiatrique.

Le projet associatif remis en question, le projet personnel et la coordination des actions en sont les grands axes.

Les résistances aux changements sont importantes, surtout si des phases et des paliers ne sont pas atteints en collaboration avec les différents partenaires.

III -1.1 LA REMISE EN QUESTION DU PROJET ASSOCIATIF PAR LES PARENTS

III-1.1.1 Vers un changement de culture

L'ADAPEI de l'Aude est une association de parents pour laquelle tout changement représente une source d'inquiétude. Les parents tiennent un discours plutôt favorable sur la nécessité de privilégier l'insertion professionnelle, mais lorsque nous abordons l'insertion sociale, l'hyper protection et l'angoisse refont surface.

Il s'agit de préparer les parents à porter un autre regard sur celui qu'ils considèrent trop souvent comme *un enfant* .

Cependant ces dernières années le renouvellement des parents dans les instances représentatives a permis de remettre en question le projet associatif avec des attentes, des demandes, où les solutions d'intégration dans une structure ne suffisaient plus, mais plutôt de nouvelles orientations vers l'environnement et l'encouragement à développer d'autres formes d'accompagnement²¹.

Nous pouvons dire qu'un basculement a eu lieu vers un souhait d'intégration sociale porteuse de projets, de différences et de solutions innovantes en matière d'hébergement, de loisirs et de vie personnelle.

21 POGGI Dominique *Voyage au pays des CMP - Photographies et perspectives* Etudes, Recherches, Actions en prévention Paris Mia 1994
ERAP

III-1.1.2 La prise en compte des nouvelles orientations de l'association

Les concepts de normalisation, d'intégration, de qualité de vie, modifient sensiblement l'intervention des professionnels auprès des personnes déficientes ou des personnes handicapées par maladie mentale.

L'objectif est de faire accéder ces adultes à des conditions et modes de vie aussi proche que les nôtres. Dès lors, l'institution n'est plus perçue comme un ensemble, mais reconnue pour chacune des fonctions qu'elle remplit. Elle est vue par l'utilisateur comme une prestation dont la fiabilité et le sens doivent être mesurés en fonction de son intérêt et adaptée à son cas.

Cela se traduit peu à peu pour les parents par l'abandon d'attitudes protectionnistes qui ont prévalu jusqu'alors et qui n'ont fait qu'aggraver la mise à l'écart des personnes handicapées mentales.

III-1.1.3 La mise en oeuvre de ces orientations

Pour réaliser la mise en oeuvre de ces orientations, l'établissement ne peut plus se situer comme une référence absolue, s'exerçant sur les personnes ou leur famille, mais comme un prestataire de service sur lequel l'utilisateur peut exercer un choix et dialoguer avec chaque fonction.

L'établissement doit s'intégrer dans les réseaux qui le décroissent et le diluent dans l'environnement. L'accompagnement social des personnes ne peut se concevoir et se développer sans ces relations porteuses de solutions.

L'intégration sociale évolue vers une prise en compte accrue de cet environnement, les orientations actuelles s'inscrivent dans ce droit fil.

III-1.2 LES GRANDES LIGNES DU PROJET

Le projet s'articule autour de trois axes. En premier lieu, la question de la citoyenneté et la place de l'utilisateur dans le dispositif. Puis le projet personnel, qui prend racine dans le passé de la personne mais qui tire surtout son sens de la situation présente et de la façon dont l'utilisateur la vit et la maîtrise. Vient s'ajouter ensuite la question de la coordination des divers partenaires et

structures intervenant ou étant en mesure d'intervenir auprès des personnes que nous accompagnons, nécessité que je mets en évidence en III-3-1.

III-1.2.1 La question de la citoyenneté

La récente loi contre les exclusions tente de rendre à tous une citoyenneté que certains avaient perdu par manque de statuts. Depuis 1975, les personnes handicapées ont un statut bien défini, sans pour autant être systématiquement reconnues en tant que citoyen.

La reconnaissance de la citoyenneté est le principe de base du projet mis en oeuvre. En 1971, la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées de l'Organisation des Nations Unies (ONU) définissaient les droits des personnes présentant une déficience, physique, mentale ou intellectuelle.

L'article 4 précisait : « *Le déficient mental a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y subsistant, de participer à toutes les formes de la vie communautaire et de s'adonner à des activités récréatives compatibles avec son état* ».

En 1982, Nicole QUESTIAUX alors ministre de la Solidarité Nationale indiquait : « *Qu'il faut prendre en compte que ces bénéficiaires ont des droits à exercer quelles que soient leurs difficultés passagères ou chroniques, qu'il faut permettre aux individus concernés de devenir acteur du changement de leur condition et de leur cadre de vie et qu'il faut inventer à la disposition de ces projets individuels et collectifs des outils souples et pertinents plus orientés à prendre en compte les besoins des populations...* ».²²

Mais alors comment se traduit cette citoyenneté ? Pour l'établissement cette citoyenneté se concrétise par la réelle mise en oeuvre d'une intégration, symbole et acceptation de la différence, de la volonté d'être et de vivre parmi les autres, c'est une valeur fondamentale.

Mettre en valeur tout ce que l'intégration suppose donne un sens et valorise tous les acteurs, résidents et personnels et se décline par des actions positives, et dynamiques, qui concourent à des retombées non négligeables pour tous.

22 N. QUESTIAUX *Orientations sur le travail social* 28-03-82

L'accompagnement peut être le moyen de réussite pour la personne, nous pouvons le définir comme étant un dispositif souple, en référence aux principes évoqués par Nicole QUESTIAUX.

La coordination de la mise en réseau est un outil facilitateur de lisibilité et de fluidité nécessaire à l'émergence des pratiques innovantes, fondées sur le développement d'offres de services adaptées à une plus grande citoyenneté.

Mais n'est-ce pas là l'essentiel ? Impliquer l'environnement, ce qui conduit à une mobilisation de plus en plus forte des acteurs locaux au service de la personne handicapée par maladie mentale.

III-1.2.2 Le projet personnel

Tel que défini en deuxième partie, le projet personnel nécessite la mise en place d'objectifs et un plan d'action qui sert de base à la contractualisation. Les notions de fins, de buts et d'objectifs, souvent associées au projet ne sont pas confondues avec lui ni entre elles.

Les finalités sont de l'ordre des enjeux, des valeurs de références ; alors que les buts et les objectifs sont plus opérationnels et traduisent les finalités de l'action.

Le projet personnel est un mode de réaction à l'assujettissement car il permet de personnaliser, d'acquérir des compétences, du pouvoir et de donner sens à la vie, de se socialiser en s'intégrant dans des réseaux , en s'appropriant des finalités et des valeurs sociales.

III-1.2.3 La coordination et la mise en réseau du sanitaire et du social

Nous pouvons donc mesurer dans ce schéma, l'importance de la coordination²³ dans le cadre d'offre de services à une population présentant un handicap par maladie mentale. Cette nécessité est renforcée dans le cadre de la mise en oeuvre des projets personnalisés.

23 LOPEZ A. *Le secteur psychiatrique en devenir*, in L'information Psychiatrique, n°3 Mars 1999

Dès lors que l'objectif de l'intervention sociale se place dans une perspective intégratrice, l'inscription de l'institution dans le territoire devient une évidence.

Lors d'une journée d'étude Pierre GAUTHIER, Directeur de l'Action Sociale, parlant de territoires, de réseaux et de coordination déclarait : « *Les institutions sociales sont implantées sur un territoire et elles ne peuvent pas rester étrangères à la réalité de ce territoire... L'institution sociale est interpellée, parfois secouée physiquement par son environnement. Il importe qu'elle se positionne (par rapport à lui)* » et concluant en précisant « *on parle de territoire, de partenariat, de réseau, de développement social, souvent c'est autant d'incantations pour masquer notre impuissance. Je crois que derrière les mots, il y a des réalités graves... qui nous interpellent et donc pour les institutions sociales un rendez-vous à ne pas manquer* ». ²⁴

Partant de là, l'institution ne peut plus ignorer son environnement et continuer à oeuvrer sans relation aucune avec celui-ci.

La coordination et la collaboration sont par conséquent des éléments constitutifs de réalisation du projet. Elle se situera à plusieurs niveaux :

- ◇ En interne avec l'association, avec les autres établissements et services,
- ◇ En externe, elle concernera le secteur psychiatrique, les organismes tutélaires et les autres associations et établissements ou services oeuvrant dans le cadre des loisirs, du logement, de l'accompagnement à domicile.

III-1.3 DEVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DES ACTIONS : Le cadre des politiques sociales et sanitaires en matière de coordination

S'impliquer aujourd'hui dans une démarche de coordination²⁵ signifie que l'on choisit une forme de gestion qui donne une autre place à l'homme. Dans une telle démarche l'aspect relationnel est reconnu dans sa capacité structurante.

C'est une démarche qui pour s'inscrire dans la durée, nécessite rigueur et méthodologie. Aussi est-il impératif de formaliser et d'évaluer chacune des étapes d'un projet de coordination.

24 GAUTHIER P. Actes de la journée régionale d'étude du 10/11/95 CREAI Midi-Pyrénées

25 PERRET J. Sanitaire et social, entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle ; une articulation cohérente des compétences, in L'information psychiatrique, n°8 Octobre 1995

III-1.3.1 Politiques sociales et coordination

La question de la coordination est abordée plusieurs fois dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

L'article 2 traite de la coordination des interventions qui peut être assurée par la constitution de groupements d'institutions sociales ou médico-sociales, ou la conclusion de conventions entre divers organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire.

Ce texte non contraignant, cherchait une collaboration institutionnelle volontaire qui puisse s'exercer sur un territoire dans une logique de proximité adaptée.

L'article 2-2 introduit par la loi complémentaire du 6 janvier 1986, définit le schéma départemental au travers duquel nous constatons une inflexion de la seule coordination d'origine vers une démarche de planification.

Si l'on note de plus que le schéma départemental n'a pas de caractère opposable, on ne peut que constater les effets limités de la coordination dans la loi sociale de 1975. Cette coordination est essentiellement fondée sur une démarche volontaire. Néanmoins, elle apparaît dans ce texte et peut être un point d'ancrage pour de futures évolutions.

III-1.3.2 Politiques sanitaires et conventionnement

En matière sanitaire, en référence à l'article 29 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et à l'article 6 de l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la circulaire n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, précise la création et la mise en oeuvre de réseaux de soins qui doivent favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement, en s'inscrivant dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des moyens.

Ces réseaux, ont entre autre pour objectifs d'assurer la continuité et la coordination des soins pour l'ensemble des patients par l'ouverture de l'hôpital sur la ville, grâce en particulier à une meilleure liaison avec les services sociaux et médico-sociaux.

La psychiatrie est un des domaines d'activité relevant plus particulièrement de cette logique d'organisation en réseau²⁶. La création peut être réalisée à l'initiative de l'établissement de santé ou sur proposition d'un organisme social ou médico-social.

Les conventions constitutives doivent préciser les objectifs, les modalités organisationnelles, et le champ d'application pour chaque réseau.

III-1.3.3 Les aspects partenariaux du projet de réforme de la loi sociale.

La notion de coordination est une notion centrale des différents travaux et textes préparatoires à la loi sociale.

Mr BARROT alors ministre du travail et des affaires sociales, lors d'une intervention devant la section sociale du CNOSS, le 3 octobre 1996, précisait que « *le développement et le redéploiement des structures vers des formes de prises en charge souples, modernes et adaptées, privilégiant l'insertion sociale devaient être encouragées et que la coordination et la régulation régionale et départementale devaient devenir une réalité* ».

A ce titre, en conférant aux structures d'accompagnement social en milieu ordinaire une base législative claire, il engageait les acteurs à instaurer des filières coordonnées de prise en charge par la mise en oeuvre de « *réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés et de communautés d'établissements* », notions qui figurent dans l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

26 BANTMAN P., DUFOUR-ZELMANOVITCH L., *La notion de réseau en psychiatrie*, in L'information psychiatrique n°8 Octobre 1995

Ces notions demandent à être adaptées aux institutions sociales et médico-sociales de manière à instaurer des modalités fortes de coopération²⁸ entre secteur social et médico-social, mais aussi entre domaine sanitaire et action sociale.

Le cadre juridique doit être ajusté aux nouvelles pratiques et de dépasser la stricte notion d'établissement pour développer une gamme de prestation et de services diversifiés et coordonnés,

répondant à la multiplicité des situations rencontrées.

Les dispositions générales qui devraient être prises, doivent permettre de favoriser la collaboration, la coordination, la complémentarité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; instaurer des possibilités réelles et effectives de conventionnement et de mise en réseau avec le secteur sanitaire, de manière à garantir la continuité de la prise en charge.

Autant d'éléments qui m'apparaissent comme essentiels par rapport au sujet traité et qui confortent les points d'ancrage que j'évoquais précédemment.

III-2 MISE EN MOUVEMENT DU CHANGEMENT : MOBILISATION DES ACTEURS AUTOUR DU PROJET PERSONNEL

La finalisation des politiques autour des projets implique un déplacement du centre de gravité de l'action sociale. Il ne s'agit plus de partir des institutions, mais de mobiliser des compétences diverses sur des objectifs précis, selon le principe de la globalité de la démarche²⁹ qui demande une intervention sans rupture, du diagnostic au suivi, en intégrant des réponses coordonnées aux différents besoins des personnes.

La complexité des demandes, la diversité de l'intervention et la multiplicité des acteurs réclament une forme imbriquée de partenariat, véritable maîtrise d'oeuvre collective, construite à partir d'une chaîne intégrée de réponses fédérant l'ensemble des opérateurs sur une production commune.

Cela appelle un modèle d'intervention circonscrit dans le temps, contractuel, bâti autour d'un projet individualisé et soumis à évaluation, intégré à un réseau qui soit, lui aussi, contractualisé.

C'est à partir de cette base de réflexion que j'ai engagé l'équipe à retravailler le projet institutionnel. La nécessité d'un travail de réseau n'est pas apparue immédiatement dans l'établissement. C'est petit à petit, au cours des difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes et en particulier des malades mentaux, que cette exigence a été ressentie par les intervenants.

28 BIRCK G., *Un psychiatre entre sanitaire et sociale*, in L'information Psychiatrique n°8 Octobre 1995

29 JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2000

La réalité a montré qu'il était impossible de s'en tenir au mode de fonctionnement antérieur et que les interactions avec l'environnement ne pouvaient être écartées par le seul désir des professionnels. De plus, le principe de la globalité de la démarche et la mise en oeuvre des projets personnels ne pouvaient s'accomoder de ce type d'intervention.

J'ai donc été amené à intervenir pour que des relations puissent se nouer et s'engager vers un partenariat soutenu par un réseau d'intervenants, tel que développé ci-après.

III-2.1 EN INTERNE, NÉCESSITÉ D'UN TRAVAIL PRÉALABLE À LA MISE EN RÉSEAU.

Comme pour la mise en oeuvre du projet personnel, le travail en réseau est conditionné par un profond changement de culture. Il s'agit de passer d'une logique d'établissement à une intervention externe dans l'environnement de vie de la personne accompagnée. La prise en considération de cette nouvelle dimension n'est pas spontanée. Elle s'est construite aux vues des difficultés de l'équipe. A partir de cette problématique mon action s'est orientée dans trois directions :

- ◇ amener les professionnels sur la question du partenariat pour considérer l'ensemble des contraintes et avantages que cela implique, c'est la fonction manageriale.
- ◇ mieux positionner l'établissement dans son environnement, c'est la fonction politique.
- ◇ mais également, engager une communication participative avec les parents sur ce thème.

III-2.1.1 Avec les parents

La question de l'implication de la famille dans le projet personnel de son « enfant » est d'actualité et mérite d'être sérieusement pensée par les professionnels. Nous sommes soumis tout d'abord à un devoir d'information qui doit être défini quant à sa forme. Si informer est une chose, faire participer, négocier en est une autre.

Cela sous entend de rechercher un compromis, une solution consensuelle³⁰ et non pas imposer un seul point de vue. L'important est de mettre en place les cadres d'un fonctionnement par projet qui s'affine progressivement au fil des expériences.

Il ne s'agit plus de parler que de l'amélioration des conditions de vie matérielle, mais de réfléchir à la manière de définir le service rendu, examiner les objectifs ainsi que les dispositifs mis en oeuvre et les résultats obtenus pour anticiper tous les modes d'interventions.

Il est nécessaire de garder à l'esprit quelques principes clés : mettre le dispositif à la hauteur de la compréhension de la famille pour adopter un style de communication pertinent favorisant l'objectif de promotion de l'utilisateur ; considérer des éléments apportés par les parents pour les mettre en position d'expert, pour réellement s'engager et avoir la capacité de négocier.

Comme l'écrit J.R. LOUBAT « *La première étape, indispensable à toute communication entre institutions et familles, est la capacité de la part des professionnels d'énoncer et d'annoncer la nature du service rendu par l'établissement. Il est capital de pouvoir définir clairement la nature de la relation qui va unir le prestataire et la famille* ». ³¹

III-2.1.2 Avec l'équipe de l'établissement

L'adhésion de l'ensemble du personnel à ce projet me paraît absolument nécessaire. Des contraintes concernant le personnel au niveau d'un positionnement professionnel ; la nécessaire conceptualisation et clarification du travail est indispensable à la mise en réseau de l'intervention.

Sans cette phase préalable, le directeur ne peut tout faire s'il est seul à oeuvrer dans cette direction.

Pour compléter leur formation et parfaire leurs acquis, j'ai demandé aux éducateurs de participer à plusieurs journées de rencontre sur ce thème avec le milieu psychiatrique et une autre association qui anime un SAVS. L'occasion d'approfondir leurs connaissances, de confronter leurs pratiques à celle d'autres professionnels exerçant dans des structures identiques ou complémentaires, a permis de développer une cohésion et un questionnement plus technique.

Dans le même temps, une réflexion s'est engagée autour des limites de notre action et peu à peu cette idée de réseau a mûri dans l'établissement.

30 Lien Social, *L'accueil temporaire spécialisé pour les personnes handicapées : un concept en évolution*, in n°507 Novembre 1999

31 Elaborer son projet d'établissement social et médico-social Ed. DUNOD

III-2.1.3 Avec les établissements de l'association.

En ce qui concerne les autres établissements de l'association et notamment les foyers d'hébergement et CAT, mon action a consisté dans un premier temps à développer une stratégie de communication. J'ai présenté les services aux différents partenaires possibles, en accord avec l'association, à laquelle j'avais fait part de mon projet de partenariat, et pour lequel elle m'avait donné délégation pour réfléchir à des propositions de conventionnement.

Dans un deuxième temps, après avoir repéré les divers partenaires en fonction de notre objectif, j'ai engagé les éducateurs à développer des actions communes avec les intervenants de ces structures. Une meilleure définition de leurs tâches, une acclimatation plus précise du cadre d'intervention et de leurs compétences, les ont conduit à reconnaître que d'autres étaient mieux placés qu'eux pour agir, et ainsi de les intégrer dans des logiques de complémentarité.

Dans le même temps une réflexion a été menée avec les collègues directeurs, autour de la nécessité d'un partenariat avec pour objectif de négocier une convention liant plusieurs établissements que je développerai en suivant.

III-2-2 EN EXTERNE, MEMES NECESSITES

A partir de cette base les éducateurs de foyer, de CAT et les techniciens, ont travaillé sur des projets personnels et commencé à prendre des contacts avec les équipes du SAVS et du CMP qui constituent notre proche environnement.

III-2.2.1 Avec le secteur psychiatrique

Le même soucis d'ouverture a guidé mon action en direction du secteur psychiatrique. L'obligation de considérer les attentes des usagers en matière de suivi médical, de constater leur relative fragilité, imposant même à certains des retours passagers en milieu psychiatrique, faute de

réponses adaptées, avait considérablement fait évoluer notre approche du secteur.

Les interventions d'un psychiatre dans l'établissement, m'ont permis de préciser mes attentes dans ce domaine et la manière dont je comptais impulser le travail dans un cadre plus coopératif et plus partenarial.

Il me paraissait indispensable que le suivi psychiatrique ne s'arrête pas dans certaines situations difficiles à la sortie de l'hôpital, mais qu'au contraire, le CMP puisse prendre le relais même dans l'établissement. J'ai demandé à ce médecin de favoriser les contacts avec ses collègues hospitaliers, afin d'étudier les meilleures conditions d'une collaboration des équipes. J'ai rencontré avec le Directeur Général de l'Association, le Directeur de l'hôpital pour leur préciser mes attentes. A la suite de cette rencontre, nous avons formalisé les réunions de synthèse, d'informations et mis en place une formation commune du personnel.

L'ensemble de ces actions, nous a permis de nouer des contacts positifs qui nous permettent d'envisager un développement de ce partenariat sur une base solide.

Nous avons constaté une réelle volonté de collaboration et l'existence d'attentes du côté hospitalier. Mon projet est donc de mieux préciser cette coopération de manière à nous engager dans une phase de contractualisation qui aura pour objectif de formaliser le travail de réseau.

III-2.2.2 Avec les services tutélares

La recherche de partenariat avec les trois services tutélares s'est produite dans le même temps. Nous avons travaillé en commun dans le cadre des relations avec le secteur psychiatrique.

En effet, plusieurs usagers sont suivis conjointement par plusieurs services et les attentes des établissements à la sortie de l'hospitalisation des personnes étaient analogues et complémentaires. Là aussi, j'ai rencontré les directeurs avec lesquels nous avons étudié les possibilités de conventionnement et de contractualisation avec le secteur psychiatrique. Ainsi, nous allons nous engager dans diverses actions pour développer notamment la recherche d'appartements en collaboration avec le SAVS.

III-2.2.3 Avec les divers dispositifs

Tel que présenté en première partie, le SAVS a souvent été le support pour la réussite d'intégration des usagers du foyer vers leur logement individuel.

Dans notre recherche de collaboration, il ne faut pas oublier le possible retour de certains usagers vers un hébergement « *classique* » pour répondre à une évolution de leur situation.

Si le SAVS participe aux divers montages de projets personnels des usagers du foyer, il est aussi amené à procéder à des retours vers des lieux plus structurants.

C'est donc dans des relations de travail extrêmement proche, que ce service et le foyer se sont engagés et actuellement un projet de coopération doit être formalisé.

Cependant, il concerne aussi plusieurs établissements de l'association et cette discussion est actuellement pilotée par le Directeur Général de l'Association au titre d'un partenariat interassociatif.

III-2.3 MISE EN OEUVRE DE CONTRACTUALISATION ET CONVENTIONNEMENT

L'incitation à la contractualisation est de plus en plus présente dans les textes. La recherche de conventionnement avec diverses structures auxquelles notre action est associée me paraît être le moyen à explorer dans la situation qui nous occupe.

Cette solution permet à la fois de respecter le travail interne mis en oeuvre dans chaque structure, mais aussi d'articuler l'interaction des différentes interventions menées par l'ensemble des partenaires. Mon action s'est engagée sur deux plans : interne et externe.

III-2.3.1 Au niveau interne à l'association : convention de fonctionnement et de coopération liant les établissements

Une convention de fonctionnement liant deux foyers d'hébergement et trois CAT est sur le point d'aboutir. Ce texte qui sera signé par les directeurs et avalisé par le Conseil d'Administration précisera les conditions dans lesquelles s'établissent les relations entre les diverses structures.

L'objectif recherché en priorité est de formaliser le travail de partenariat autour du projet personnel dans une perspective de prise en charge conjointe. Il s'agit de passer d'une simple phase de collaboration, à une réelle mutualisation des objectifs et des moyens répondant à la nécessité d'une maîtrise d'oeuvre collective.

Avec les foyers d'hébergement cette convention prévoit que les passages éventuels d'un établissement à un autre soient travaillés en commun par une mise en place d'un groupe de pilotage auxquels participeraient les professionnels des établissements.

III.2.3.2 Au niveau externe : contractualisation avec le secteur psychiatrique et les services tutélaires.

L'objectif de contractualisation concerne le secteur psychiatrique public³², les SAVS et les services tutélaires associatifs avec lesquels les premiers contacts ont été pris. Cependant, la nature des textes est différente. Dans le premier cas il s'agit d'un contrat avec le service public et dans le deuxième, un contrat de prestations de services entre deux associations.

Une négociation est actuellement engagée sur ces bases, l'objectif est identique au projet de conventionnement interne .

III-2.3.3 Dispositif organisationnel et management.

La mise en oeuvre du projet d'établissement, son inscription dans un travail de partenariat et de réseau impose des règles de fonctionnement où la responsabilité des professionnels est réelle et où la délégation est clairement définie.

L'autonomie de chaque intervenant dans la conduite de son action doit être privilégiée, tout en maintenant un aspect fédératif autour des objectifs institutionnels. Bien que le foyer d'hébergement soit pour bon nombre de salariés un établissement moyen (19,01 ETP), le dispositif organisationnel est clairement formalisé. Un organigramme hiérarchique est établi, chaque personnel possède une fiche de fonction qui précise outre les aspects conventionnels, sa subordination et le cadre de sa délégation, ses missions et l'étendue de ses compétences.

32 JAEGER Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2000

Un bilan annuel de fonctionnement de l'établissement est organisé, il a pour objectif d'évaluer l'activité, de mettre en évidence les manques et de préciser s'il y a lieu les différents points du projet d'établissement.

Une séparation existe en ce qui concerne la prise en charge individuelle et le fonctionnement général.

La prise en charge individuelle fait l'objet d'une délégation au coordonateur ou référent du projet et au groupe de pilotage. Ce qui relève du fonctionnement général trouve son fondement dans des options théoriques et pratiques et la politique d'orientation à court et moyen terme de l'établissement.

Or, en la matière, c'est bien le directeur qui reçoit délégation de l'association pour être garant de l'évolution de ces orientations. Il doit s'efforcer de créer un climat le plus favorable à l'élaboration de ces choix, dans la recherche de la mobilisation la plus large et il peut être amené à rappeler dans le cadre de ces exigences, des engagements fondamentaux.

III-3 PILOTAGE STRATEGIQUE DU CHANGEMENT

Piloter le changement passe par une bonne connaissance du contexte organisationnel et par la mise en oeuvre de préalables développés antérieurement, la décision qui est au coeur du fonctionnement institutionnel recadre les règles de fonctionnement et engage le devenir de l'établissement. Avant d'engager ce processus de changement, j'ai vérifié que :

- ◇ la nécessité du changement était clairement perçue par l'ensemble des acteurs,
- ◇ les moyens indispensables pour le mener à bien existaient et qu'ils devaient être stimulés,
- ◇ les perspectives d'avenir reposaient bien sur des données fiables,
- ◇ la mobilisation de l'ensemble des acteurs était bien positionnée à ce moment là

Ainsi pour conserver une logique de changement stratégique (voulu) et relativement maîtrisée, tout en repoussant un changement seulement « *subi* », une certaine forme de pilotage est nécessaire.

III-3-1 UNE DEMARCHE ET DES PRINCIPES METHODOLOGIQUES

Surmonter les freins au changement dans l'établissement est une nécessité dictée par l'environnement interne et externe, les acteurs sont confrontés à un impératif d'adaptation. Je dois pour mener à terme le projet, anticiper sur les événements, et développer une réactivité

collective.

Pour concrétiser cette volonté, l'établissement doit pouvoir *faire* le changement, c'est à dire le créer, le stimuler, le guider et l'entretenir. Pour cela, il lui faut intégrer en permanence la complexité du réel afin de tenter de le maîtriser.

L'établissement va ainsi chercher à piloter son changement.

III-3.1.1 L'intérêt du pilotage

Un extrait d'un ouvrage de Mr MIRAMON pose bien l'optique du changement : « *Un directeur-manager doit être auteur et acteur du changement. Le changement doit commencer par le haut : cette première vérité donne une orientation au métier de directeur* ». ³³

C'est donc d'une recherche de pilotage qu'il s'agit. « *La métaphore du pilotage* » ³⁴ est depuis longtemps appliquée au monde de l'entreprise. Elle provient de divers milieu : automobile, aviation et dans tous les cas elle évoque la possibilité de guider ou de manoeuvrer. C'est plus récemment que l'on a transposé la comparaison du pilotage à d'autres notions manageriales.

Le pilotage consiste donc à manoeuvrer, cela ne signifie pas pour autant qu'il doive être parfaitement maîtrisé la conduite automobile en est un exemple.

En effet, nous ne connaissons que les principes mécaniques fondamentaux, nous savons faire réagir et agir le véhicule, nous connaissons ses limites et ses possibilités principales, les règles et les outils qui permettent de manoeuvrer.

La métaphore n'est donc pas démesurée. Plutôt que d'essayer de maîtriser réellement le changement, je suis plus à même de le piloter, c'est à dire faire jouer de façon optimale toutes les ressources de l'établissement et de l'environnement.

III-3.1.2 Le pilotage stratégique

Il ne s'agit pas pour autant de piloter « *à vue* » mais de prendre en compte les enjeux, saisir les opportunités et éviter de vraies menaces donc, passer d'un pilotage tout court, à un pilotage

33 MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, ENSP, 1996

stratégique du changement.

Pour le réaliser, la simple volonté ne suffit pas, il faut se doter d'une approche, de dispositifs, d'outils permettant de localiser et détecter les signaux des évolutions à venir. C'est un point de jonction entre l'ouverture et l'anticipation qu'il faut développer comme outil de base.

Le pilotage stratégique, dans ces conditions, permet de manoeuvrer le changement par une combinaison d'actions finalisées, ayant des répercussions sur le court, le moyen, et le long terme.

Il se réalise selon une démarche cohérente facilitée par le respect de certains principes méthodologiques.

III-3.1.3 Une démarche cohérente

Pour favoriser la mise en oeuvre du changement, le projet d'établissement et le projet personnel définissent le cadre qui précise les orientations stratégiques, les procédures et les méthodes appliquées, le pilotage concerne la dynamisation interne grâce à des démarches participatives.

Le cadre et le pilotage qui se retrouvent dans le processus de changement vont constituer un fil conducteur explicite. Ce dernier permet la circulation des différentes composantes du changement, d'autant plus que l'articulation des composantes est souvent génératrice d'un plus, selon un phénomène de synergie interne.

Dès lors, la modification des comportements devient l'un des moteurs essentiels du changement dans l'établissement. Il est de plus en plus dicté par la nécessité de développer ses capacités d'adaptation permanente, aux moyens d'outils et de dispositifs.

III-3-2 DES OUTILS ET DES DISPOSITIFS A METTRE EN OEUVRE

III-3.2.1 Nécessités et limites

Il est nécessaire de concevoir des outils et des dispositifs souples qui puissent constituer un tableau de bord adaptatif pour aider le directeur à piloter le changement.

34 BARTOLI Annie, HERMEL Philippe, *Piloter l'entreprise en mutation, une approche stratégique du changement*, Paris, les Editions d'organisation, 1986

Cependant, j'ai pu constater que le fait d'introduire un outil de pilotage était déjà un changement et à ce titre nécessitait une préparation des acteurs, pour éviter des phénomènes de résistance ou du rejet. Il s'agit dans mon cas de négocier et d'élaborer l'outil avec les intéressés.

Par ailleurs, il ne suffit pas de rajouter des outils pour réellement changer l'établissement. J'ai pu vérifier à ce titre, les effets bénéfiques de l'analyse des pratiques avec le personnel, utilisée comme outil de compréhension, d'adaptation et d'information.

Certains outils d'information, de communication, de formation, de gestion, semblent nécessaires pour faciliter et mieux maîtriser la situation. Ils doivent cependant se substituer ou compléter les outils existants pour éviter un alourdissement.

III-3.2.2 Le tableau de bord : outil de fonctionnement, outil de pilotage

Dans sa fonction de pilotage, le directeur a un rôle essentiel à jouer : il a « *une fonction de leader* », prend des décisions, délègue et coordonne ; « *une fonction d'entrepreneur* » pour mettre en oeuvre les décisions et lancer l'activité, mais également « *une fonction d'observateur* »³⁵ actif pour surveiller le déroulement des activités.

L'utilisation d'un tableau de bord doit respecter un certain nombre de principes majeurs et assurer trois grandes fonctions :

- ◇ rassembler des données concrètes sur le fonctionnement de l'établissement,
- ◇ vérifier si les prévisions ou les objectifs sont atteints,
- ◇ contrôler l'accomplissement des tâches et délégations confiées à ses collaborateurs,

d'une manière générale, c'est un outil de management, puisqu'il permet de repérer les dysfonctionnements dans les activités, et de déclencher une procédure d'alerte par la mise en oeuvre d'actions correctives.

Tous les acteurs doivent tirer partie des informations fournies par cet outil, il faut donc s'assurer que les informations sont bien déclinées aux différents niveaux. En conséquence, la construction du tableau de bord doit reposer sur une démarche participative. L'ensemble des acteurs sera associé à la réflexion sur l'élaboration, les méthodes de recueil et de traitement des informations.

La qualité de ces informations reposera d'abord sur la transparence du système.

Quatre étapes ont été nécessaires à la conception de cet outil :

- ◇ La première étape a consisté à identifier les principales activités, à lister les tâches accomplies par l'ensemble de l'équipe et les moyens dont ils disposent pour les accomplir.
- ◇ La deuxième étape nous a permis de déterminer les activités essentielles à l'accomplissement de notre mission, qui sont facilement mesurables, par exemple, les dossiers traités, les

communications téléphoniques reçues ou émises et par qui. D'un commun accord, une période de référence d'un mois a été choisie pour pouvoir analyser de façon pertinente la masse des informations. A la suite de cette analyse, un nombre limité d'indicateurs a été retenu : les prévisions, les réalisations, les écarts et l'analyse des écarts.

- ◇ C'est la troisième étape, avec un accord sur le modèle de tableau, les conditions de fonctionnement et de délégation qui a permis de tester le dispositif dans la réalité quotidienne avec une évaluation des résultats de ma part selon cinq référentiels :

- La fiabilité : décrivent-ils de manière fidèle la réalité des tâches accomplies ?
- Le coût temps : le temps passé au recueil et au traitement de chacun des indicateurs est-il compatible avec l'accomplissement des tâches de chacun ?
- La pertinence : les indicateurs permettent-ils d'établir un diagnostic révélateur du fonctionnement de l'établissement ?
- La motivation : les différents acteurs comprennent-ils la finalité de l'outil et sont-ils véritablement impliqués dans sa réalisation ?
- La compétence : les différents acteurs sont-ils suffisamment formés pour accomplir les tâches qui relèvent de la réalisation de cet outil ?

Il n'est bien entendu pas possible d'avoir une évaluation fiable dans un temps si court. Cependant, des réponses provisoires permettent d'effectuer une première amélioration du système.

- ◇ C'est l'objet de la quatrième étape et l'utilisation des résultats fournis par le système. Bien qu'il soit souvent utilisé comme moyen de contrôle, le tableau de bord est avant tout un outil d'information et de communication. D'une part il donne lieu à une série de contacts, avec ses collaborateurs pour obtenir leur avis sur les écarts éventuels et les moyens de les redresser. D'autre part, avec le responsable direct, pour faire remonter l'information, à propos des clignotants qui s'allument et suggérer des solutions d'amélioration.

Pour tous les membres de l'équipe qui ont reçu délégation pour l'élaboration du tableau de bord, il est important d'avoir des commentaires sur les écarts, qui valorisent ou remobilisent l'équipe quelque fois sur des objectifs collectifs ou individuels pouvant nécessiter une aide extérieure.

III-3.2.3 Le changement avec ou sans intervention extérieure

Piloter un processus de changement doit pouvoir dans certains cas être entièrement conduit de l'intérieur, dès lors qu'il existe dans l'établissement, un savoir-faire spécifique en matière de pilotage. A l'heure actuelle, ce savoir faire se construit. La décision de recourir ou de ne pas recourir à une aide extérieure doit être mûrement réfléchie, car elle n'est pas sans incidence sur le pilotage, sur les outils et les dispositifs utilisés, sur le comportement des professionnels ou sur le résultat.

Cependant, je considère que le recours à l'extérieur est à la fois un risque et une opportunité considérable qu'il convient de gérer attentivement.

Dans le cas qui m'occupe, le changement va conduire à une transformation des milieux de travail, et de ce fait interpeller les représentations et les individus, réduire les points de repérage et d'appréciation de leur travail, faire appel à d'autres compétences que celles mises en pratiques auparavant et nécessitant par ailleurs une nouvelle culture professionnelle.³⁶

C'est pour cette raison qu'il est important de reconnaître et de valoriser les compétences du personnel par une action sur la stratégie interne, ce sera mon choix.

III.3.3 PILOTER LE CHANGEMENT PAR UNE ACTION SUR LA STRATEGIE INTERNE

Pour conduire le changement, l'action sur la stratégie interne de l'établissement constitue sans doute l'une des conditions clé de la réussite. Le caractère global et interactif des éléments du changement nécessite une intervention systémique en particulier sur la formation, l'information et la communication, et la reconnaissance des efforts du personnel.

III-3.3.1 La formation : une contribution forte dans la mise en oeuvre du changement

La formation facilite le changement grâce à une double contribution :

- ◇ Celle de l'adaptation aux nouvelles caractéristiques des fonctions et situations ;
- ◇ Celle de l'évolution des comportements nécessitée par la modification des pratiques antérieures.

Il apparaît ainsi que la nécessité du changement, dictée au moins pour partie par l'environnement provoque des besoins d'adaptation importants. En outre, l'évolution de l'environnement socio-culturel et l'apparition de tendances nouvelles dans les aspirations des résidents et de leurs modes de vie créent également des besoins internes.

C'est la raison pour laquelle, il me semble essentiel de «soigner » la qualité, la quantité et la pertinence de la formation dans l'établissement. La mise en oeuvre d'un plan pluriannuel de formation permettant une projection dans le temps, oblige à des réflexions internes sur le devenir de la structure, sur les axes de développement, sur la technicité et les compétences. Ainsi il est prévu de former en cours d'emploi deux moniteurs éducateurs à la fonction d' éducateur spécialisé sur le budget de l'établissement dans un délai de cinq ans.

Il s'agira de consolider l'existant par le perfectionnement individuel, collectif, en ajoutant des formations liées à l'accueil et à l'intégration des personnes selon deux choix de l'équipe en inter-établissement :

36 LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1999

- mettre en oeuvre l'accès au droit pour les usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux,
- méthodologie de construction d'un outil d'évaluation de l'intégration socio-professionnelle des personnes en situation de handicap.

Il s'agira aussi d'accompagner des changements tels que les changements culturels et les modifications du cadre des interventions professionnelles, mais également des formations à la communication et à la transversalité. Ces projets feront l'objet d'un travail en commun dans le cadre d'une invitation à la formation intra-établissement du CMP selon deux choix retenus :

- les relations avec le malade mental,
- qualité de vie et qualité du service des établissements d'accueil de personnes handicapées mentales adultes.

Le plan pluriannuel de formation, outil de management interne doit être avant tout un processus de communication, de gestion participative par objectifs, qui suppose une approche pédagogique de l'information, de l'explication et de l'adhésion.

Un axe de recherche par le perfectionnement individuel en réponse aux nouvelles attentes du projet de l'établissement est également à l'étude. En effet, le tableau de bord fait apparaître l'acquisition nécessaire de techniques notamment dans l'accompagnement social de la personne handicapée par maladie mentale.

III-3.3.2 Informations et communications internes : outils de dynamisation sociale

Le décroisement de l'établissement et de l'équipe, la mise en oeuvre de groupes de travail transversaux, la formation intra et inter établissements, la mutualisation des compétences, sont des moyens qui réduisent les distances et renforcent la compétence collective pour structurer les conditions de communication interne.³⁷

Dans le cadre du pilotage stratégique du changement, l'information et la communication doivent atteindre à mon sens deux objectifs :

- ◇ améliorer les pratiques dans l'établissement en matière d'échange et de coordination globale ;
- ◇ développer un langage commun, avec des messages cohérents, mobilisateurs concernant le changement lui-même.

Fondamentalement, la communication cherchera à faire comprendre, faire savoir, faire apprécier une politique et les stratégies. Par ailleurs, elle entretiendra ou suscitera l'adhésion et la motivation des acteurs, des partenaires, mais également des résidents du foyer d'hébergement par leur présence dans le conseil d'établissement et une démarche active de participation à leur projet.

III-3.3.3 Reconnaissance des efforts du personnel pour une mobilisation durable

Si la formation et l'information sont deux domaines d'action fréquemment pratiqués, il est important de prendre en compte la contribution effective à la réalisation de l'objectif global des personnels pour maintenir leurs motivations.

Il s'agira de reconnaître les efforts fournis dans le travail pour obtenir une action durable sur les comportements, notamment dans le cadre d'une redéfinition de la contrepartie à la contribution. Cela peut se traduire par des améliorations des conditions de travail et de son aménagement. Des délégations, des actions de formations, des mutations ou des promotions internes, permettent un développement de l'efficacité pour l'établissement.

La gestion stratégique des ressources humaines consiste ainsi à développer les potentiels humains, dans une vision dynamique, qui repose à la fois sur la valorisation au plan individuel et collectif existant, et sur la création de nouvelles ressources humaines.

La gestion stratégique des ressources humaines est donc pour le directeur, une gestion finalisée du changement, qui vise à adapter les structures et les comportements pour accroître l'efficacité des actions, et qui repose sur la mobilisation des acteurs.

37 MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURER Jean-Bernard, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, ENSP, 1992

Conclusion partielle

L'adaptation de l'établissement aux besoins de la population accueillie s'articule autour de deux axes, la mise en oeuvre du projet personnel et un travail de réseau avec les structures partenaires.

Au travers de la promotion de la compétence sociale, le projet personnel par l'individualisation de l'intervention, place l'adulte au centre du dispositif, dans une position de sujet de droit, autour duquel va s'organiser l'accompagnement dans une logique de prestation de service.

La mise en réseau avec le secteur psychiatrique et les autres partenaires va permettre de développer, autour de ces projets une action structurée dans le cadre d'une démarche globale.

La mise en mouvement et le pilotage du changement sont conditionnés par un bouleversement culturel. En me situant dans une démarche stratégique et participative, en précisant le positionnement de l'établissement, j'ai tenté de mobiliser tous les acteurs dans une logique de concertation, de délégation et de responsabilisation.

CONCLUSION

L'évolution des politiques sociales et sanitaires, la reconnaissance de la citoyenneté aux personnes adultes handicapées et la personnalisation de la prestation ont ouvert un espace de droit, dans lequel, de nouvelles formes d'interventions sociales ont pris corps.

Les collaborations mises en oeuvre dans le foyer d'hébergement que je dirige en sont une manifestation. Une adaptation du dispositif d'accompagnement a été rendue nécessaire pour mieux répondre aux demandes et besoins des adultes que nous accueillons.

Cette adaptation se fonde sur une analyse du fonctionnement de l'établissement, sur les insuffisances qu'il recélait, mais aussi sur une forme d'incompréhension de l'environnement.

Au-delà de cette analyse notre action passe aujourd'hui par les nouvelles exigences imposées par les réalités du contexte socio-économique. Il faut associer l'autorité de contrôle à la négociation, poser des constats précis pour s'engager vers des objectifs bien définis.

Il s'agit d'engager un véritable décloisonnement des pratiques, de diversifier les modes de prise en charge pour répondre à la complexité du public accueilli, de promouvoir le partenariat et d'aider les instances politiques associatives à s'ouvrir aux multiples acteurs concernés.

Pour réaliser véritablement cela, nous devons penser aujourd'hui une articulation opérationnelle entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social qui ne soit pas une main mise de l'un sur l'autre, mais qui soit négociable par l'un et par l'autre.

Il s'agit de développer la capacité à « *passer la main* », pour éviter que chacun soit confronté à ses limites, et surtout ne s' imagine pas être dépossédé de ses compétences. L'engagement d'un travail à long terme ne remet pas en question les objectifs, mais s'inscrit véritablement dans la gestion des ressources humaines en tant que réponse axée sur un changement culturel.

Suite à l'expérience et aux difficultés que le foyer d'hébergement rencontrait dans le suivi des soins des personnes souffrant de troubles psychiques, il m'est apparu nécessaire de nous engager dans cette direction. Cet engagement qui est en relation avec le projet individuel demande l'implication active de tous les acteurs internes et externes.

A l'égard du niveau externe, ma fonction politique a pris toute sa dimension visant à situer clairement l'établissement par rapport, et dans l'environnement, pour faciliter et éclairer un travail en réseau en préparant au préalable la mise en mouvement du changement.

A l'égard de l'interne, la démarche stratégique du changement et les outils utilisés pour son pilotage ont structuré et fédéré les objectifs, soutenus par une incontournable action de formation nécessitant une approche globale et transversale des situations.

Les évolutions constatées sont de nature à permettre aux diverses structures et services intervenant d'apporter aux usagers des éléments de réponse spécifiques et différenciés, résultat d'un engagement commun.

Nous assistons aujourd'hui à un fort mouvement de transformation du social, d'ailleurs si les réformes législatives se multiplient, c'est sans doute que l'environnement sur lequel il faut agir est en profond changement.

Les directeurs en particulier du secteur médico-social sont tout autant sollicités par les aspects de gestion au quotidien que par une nécessaire adaptation à l'évolution des demandes des usagers positionnés comme sujet de droit et intégrés à part entière.

Ces mutations peuvent nous déstabiliser, elles peuvent aussi en ouvrant des espaces d'expérimentation et d'apprentissage, offrir de nouvelles occasions individuelles et collectives de développement.

BIBLIOGRAPHIE

~~~~~

### OUVRAGES

- BARBIER Dominique, CHOMPRET Philippe, OLIVARES Jean-Marc, VACQUETTE Didier, *Guide de l'intervention en santé mentale*, Toulouse, Privat 1993.
- BARTOLI Annie, HERMEL Philippe, *Piloter l'entreprise en mutation, une approche stratégique du changement*, Paris, les Editions d'organisation, 1986.
- BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 1995.
- BUDET Jean-Michel, BLONDEL Françoise, *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 Avril 1996*, Paris, Berger-Levrault, 1997.
- HANUS Michel, MARCHAL Vincent, *Psychiatrie et soins infirmiers*, Paris, Maloine, 1997.
- JAEGER Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2000.
- LAFON Robert, *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1999.
- LOUBAT Jean-René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1997.
- MASSE Gérard, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rennes, ENSP Editeur, 1992.
- MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, ENSP, 1996.
- MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, *Le métier de directeur techniques et fictions*, Rennes, ENSP, 1992.
- ZRIBI Gérard, *L'avenir du travail protégé*, Rennes, ENSP, 1998.

## **AVIS, RAPPORTS, PROJETS DE REFORME**

- CAYET Jeanine, *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, Paris, Conseil Economique et Social, 1998.
- Projet de réforme de la loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Paris, Direction de l'action sociale, 1999.
- TERRASSE Pascal, Député, *Rapport d'information sur la réforme de la loi n°75.535 du 30 Juin 1975*, Paris, Assemblée Nationale, 2000.

## **DOCUMENTS**

- Actualité et dossier en santé publique, *Santé mentale, l'individu, les soins, le système*, in n°16 Juin 1996.
- AEBY Pascale, *La santé mentale dans les méandres du partenariat*, in Actualités Sociales Hebdomadaires, n°1848 du 8 octobre 1993.
- AEBY Pascale, *Rapport Massé : une bouée pour la psychiatrie ?*, in Actualités Sociales Hebdomadaires, n°1809 du 4 décembre 1992.
- BAILLON Gérard, *Le réseau, mot magique et piège ?*, in L'information psychiatrique n°2 , Février 1999, pp. 133-139.
- BANTMAN P., DUFOUR-ZELMANOVITCH L., *La notion de réseau en psychiatrie*, L'information Psychiatrique, n°8 Octobre 1995, pp. 750-756.
- BIRCK G., *Un psychiatre entre sanitaire et social*, in L'information psychiatrique, n°8 Octobre 1995, pp. 727-730.
- BRUN-ROUSSEAU H., *Les enjeux de l'accréditation*, in L'information psychiatrique, n°2 Février 1999, pp. 141-144.
- CHAPIREAU F., *Les maladies au long cours : gravité ou handicap*, in L'information psychiatrique, n° 8 Octobre 1995, pp. 765-771.
- DUCAMP André, *Droit des usagers dans le secteur médico-social*, in Empan, Citoyenneté et travail social, n° 22, Juin 1996.
- GARANT Michèle, *La gestion d'organisations sociales et médico-sociales : quatre fonctions principales*, Lyon, Chroniques Sociales, 1996.

- GAUTHIER Pierre, *in* Actes de la journée régionales d'étude du 10 Novembre 1995 du CREAI Midi-Pyrénées.
- JAEGER Marcel, PAPANICOLAOU G., CORNEC A. BRACONNIER A., « *L'arriération mentale profonde* » *aux frontières du sanitaire et du social*, *in* L'information psychiatrique, n° 5, Mai 1992, pp. 479-489.
- JOLIVET Bernard, *Réadaptation, réhabilitation... deux concepts distincts*, *in* Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, n°2, 1992.
- LIEN SOCIAL, *L'accueil temporaire spécialisé pour les personnes handicapées : un concept en évolution*, *in* n° 507 du 11 novembre 1999, pp. 4-8.
- LOPEZ A., *Le secteur psychiatrique en devenir*, *in* L'information psychiatrique, n°3 Mars 1999, pp. 284-288.
- PERRET J., *Sanitaire et social, entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle ; une articulation cohérente des compétences*, *in* L'information psychiatrique, n°8 Octobre 1995, pp. 757-763.
- POGGI Dominique, *Voyage au pays des CMP, Photographies et perspectives*, Etudes, Recherches, Actions en prévention, Paris, ERAP, Mai 1994.
- REFORME de la loi sociale de 1975, *Projet de loi*, Travail Social Actualité, n°795 Septembre 2000, pp. 11-17.
- ROSSINELLI G., *Pouvoirs, réformes, nouvelles alliances. Quels enjeux pour la politique du secteur ?*, *in* L'information psychiatrique n°2 Février 1999, pp. 123-132.
- VIDON G., DUBUIS J., LEGUAY D., HABIB M., *Le mouvement de réhabilitation psychosociale. Une opportunité pour la psychiatrie française*, *in* L'information psychiatrique n°4 Avril 1999, pp. 348-356.