

**REPENSER LE PÔLE HANDICAP PSYCHIQUE DE L'ALEFPA
EN VUE D'OPTIMISER ET DE FLUIDIFIER LES PARCOURS
DE VIE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES**

Auréli **SEYCHELLES**

2017

Remerciements

Merci !

Le premier ira aux personnes résidentes au sein de la Résidence du Bocage et à celles se trouvant dans le milieu ordinaire de vie, accompagnées par le SAMSAH psy, pour le temps accordé à mes travaux, pour les échanges enrichissants et pour m'avoir livré leurs ressentis, leurs impressions, leurs avis et tout simplement leur parole, qui constitue la véritable valeur ajoutée de ces travaux.

Le deuxième ira à l'ensemble des directrices et directeurs qui m'ont accueilli et suivi tout au long de cette période d'apprentissage : Denise, Angelina, Jean-Eudes, Nathalie et Laurence. Vous m'avez permis d'évoluer dans mon assise de directrice et d'objectiver les multiples situations de direction.

Le troisième ira à Isabelle et à Louis pour avoir su me bousculer et m'aiguiller dans l'écriture de ce mémoire. Vous avez été bienveillants avec moi, cela m'a permis de progresser plus sereinement dans l'écriture de ce mémoire.

Le quatrième ira aux professionnels ayant participé sur le terrain à la conception et à la réalisation de ce projet, bien que cela n'a pas toujours été évident pour eux.

Le cinquième ira à mes compagnons de fortune de la promotion CAFDES 2015/2017. Nous avons parcouru le chemin et nous en voyons le bout ...

Le sixième ira aux professionnels et aux intervenants de l'IRTS de La Réunion (Doris, Philippe, Sonia, Muriel, Jean-Marc, etc.).

Le septième ira à mes proches (amis, familles) et à mon conjoint Laurent, pour leur soutien, patience et amour.

« (...) Je suis le maître de mon destin ;
Je suis le capitaine de mon âme. »
Invictus, William Ernest Henley.

Sommaire

Introduction	1
1 La folie : de la personne « objet » à la personne « sujet » de droits	3
1.1 Le « fou », cet exclu de la société	3
1.1.1 Les « insensés » : la période de l'enfermement.....	4
1.1.2 Les « aliénés » : la naissance des asiles	5
1.1.3 Le « malade mental » : la naissance de la psychiatrie.....	9
1.2 La folie : un handicap, une situation, un état de santé ?.....	11
1.2.1 Le handicap mental	11
1.2.2 La situation de handicap psychique.....	13
1.2.3 La prise en compte globale de la personne : la santé mentale	16
1.3 Le cas de la personne en situation de handicap psychique : un sujet de droits ?.....	17
1.3.1 La personnalité juridique de la personne en situation de handicap psychique	18
1.3.2 La personne en situation de handicap psychique : un citoyen comme les autres ?.....	19
1.3.3 Des personnes sujets de droit et actrices de leur existence : l' <i>empowerment</i>	22
2 Le Pôle Handicap Psychique : des personnes cheminant sur leur parcours de vie	25
2.1 Le Pôle Handicap Psychique : une construction récente.....	25
2.1.1 L'ALEFPA, organisme gestionnaire : présentation et histoire	26
2.1.2 Le rapprochement entre le SAMSAH et le Foyer de vie en pôle	27
2.1.3 D'une contrainte géographique à une opportunité de rayonner sur l'ensemble du territoire de La Réunion.....	30
2.2 Un pôle ayant un ancrage territorial	33
2.2.1 Une politique de santé territorialisée.....	33
2.2.2 Une politique de décroisement des secteurs.....	37
2.2.3 Des réponses territorialisées dans le champ du handicap psychique	41
2.3 Une population sur le chemin « tumultueux » de la vie.....	42
2.3.1 La population en situation de handicap psychique en général	43
2.3.2 Les personnes au sein du Pôle Handicap Psychique	45
2.3.3 De la notion de parcours de soins à la notion de parcours de vie	47

3 De la nécessité d'optimiser et de fluidifier les parcours de vie des personnes accompagnées	53
3.1 Adapter le fonctionnement et l'organisation du pôle pour favoriser des parcours de vie continus.....	53
3.1.1 Les principes fondateurs de l'adaptation du fonctionnement et de l'organisation du pôle.....	54
3.1.2 Faire émerger une culture « polaire » commune.....	56
3.1.3 La coopération-parcours territorialisée	59
3.2 Un projet de pôle opérationnel	60
3.2.1 La phase de diagnostic : l'étape préalable au projet.....	60
3.2.2 Un projet porté par l'équipe, projet représentatif du pôle	61
3.2.3 Les objectifs opérationnels relatifs à la mutualisation des dispositifs : vers une culture « polaire » commune.....	63
3.2.4 Les objectifs opérationnels tenant à la mise en œuvre d'une coopération-parcours sur le territoire.....	71
3.3 Un projet de pôle basé sur le processus d'amélioration continue de la qualité	76
3.3.1 L'efficacité : l'évaluation en tant que principe directeur	76
3.3.2 Le pilotage de la démarche qualité	78
3.3.3 La performance : l'évaluation via des indicateurs.....	79
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	85
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAMR	Association américaine de retard mental
AFL	Association Frédéric Levavasseur
ALEFPA	Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
APAJH	Association pour adultes et jeunes handicapés
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ARS OI	Agence régionale de santé de l'Océan Indien
ASFA	Association Saint François d'Assise
ASH	Actualités sociales hebdomadaires
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAH	Comité national coordination action handicap
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIF	Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap
CIH	Classification internationale des handicaps
CIH	Comité interministériel du handicap
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Codir	Comité de direction
COMEX	Commission exécutive
Copil	Comité de pilotage
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie

CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CREAI OI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité de l'Océan Indien
CSA	Conférence de santé et de l'autonomie
CTS	Conseil territorial de santé
CTSM	Communauté territoriale de santé mentale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DF	Domaine de formation
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DOM	Département d'Outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DTP	Diagnostic territorial partagé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPHP	Echelle d'évaluation des processus du handicap psychique
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ES	Educateur(trice) spécialisé(e)
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ETP	Equivalent temps plein
ETP	Education thérapeutique du patient
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FE	Facteurs environnementaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FNAP-Psy	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
G-MAP	Grille de mesure de l'activité et de la participation
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IMP	Institut médicopédagogique
IMPro	Institut médico-professionnel
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRP	Institution représentative du personnel
IRTS	Institut régional du travail social
JO	Journal officiel
LA	Limitation d'activité

MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ME	Moniteur(trice) éducateur(trice)
MGRH	Management et gestion des ressources humaines
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
ORS	Observatoire régional de la santé
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes
PRS	Plan régional de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
QI	Quotient intellectuel
R2S	Réseau régional santé social
RBPP	Recommandation de bonnes pratiques professionnelles
RP	Restriction de participation
SAMSAH	Service d'accompagnement médicosocial pour adulte handicapé
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SRS	Schéma régional de santé
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML OI	Union régionale des médecins libéraux de l'Océan Indien
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

« (...) Un espoir adapté, c'est l'envie de croire qui résiste ;
(...) Un espoir adapté, c'est de l'espoir bousculé ;
(...) Un espoir adapté c'est faire le deuil de tous les autres (...). »¹.

Partant de ces extraits, je tiens à commencer ce travail en vous explicitant la démarche entreprise et par là même le point de départ de ma réflexion.

Ce point de départ se situe à la croisée des chemins d'un parcours « chaotique » d'une personne que nous accompagnons au sein du Pôle Handicap Psychique que je dirige, avec le concours de l'ensemble des professionnels ; et de l'ambition de mettre en œuvre un parcours continu au sein de ce même pôle.

Il s'avère que cette personne, lors de mon passage au Foyer de vie « La Résidence du Bocage » pour aller à la rencontre des résidents le matin, m'a fait part d'une question, qui ne m'a pas quitté depuis et qui constitue l'essence de nos actions futures.

En effet, celle-ci s'interrogeait sur la possibilité de maintenir des liens avec l'équipe du SAMSAH psy, quand elle était accompagnée dans son milieu ordinaire de vie. Alors qu'à présent, celle-ci se trouve être résidente, donc dans le milieu spécialisé, en institution, avec une équipe tout autre.

La réponse fût d'emblée affirmative, car, à mon sens, c'est logique qu'il n'y ait pas de rupture en passant d'un dispositif à l'autre, d'une équipe à l'autre, d'un lieu à l'autre, puisque bien évidemment la personne en situation de handicap psychique qui était accompagnée par le SAMSAH est la même que celle qui réside désormais au foyer de vie.

La nuance est que dans son parcours, qui lui appartient, à un instant « t » elle a eu besoin, compte tenu de la fluctuation des troubles, d'un accompagnement plus adapté², qui ne pouvait plus se réaliser dans son milieu de vie ordinaire.

Adapté est bien le maître mot de ma réflexion, car la capacité d'adaptation de nos structures est à réinterroger, la capacité d'adaptation des dispositifs (en milieu ordinaire, en institution, une mixité institution/milieu ordinaire : accueil temporaire) également, pour assurer une continuité de parcours ; ainsi que notre capacité en tant que professionnels à nous remettre en question et à faire évoluer nos pratiques.

¹ Grand Corps Malade, Espoir adapté, 2016-2017.

² Dans le cas de cette personne : elle n'était plus en mesure d'occuper seule son logement en milieu ordinaire, elle a donc été orientée vers le foyer, afin de lui permettre de bénéficier d'un hébergement « moins angoissant » et plus structurant pour elle.

Effectivement, diversifier les réponses à proposer à la population en situation de handicap psychique n'est pas opérant, si nous ne nous assurons pas qu'il n'y ait pas de ruptures entre les différentes réponses, les divers services et la multitude d'acteurs qui interviennent auprès de la personne.

Au sein du pôle, notre problématique se situe à deux niveaux, qui sont complémentaires, selon moi.

En interne, tout d'abord, la question est de permettre à la population en situation de handicap psychique de passer d'un dispositif à un autre (SAMSAH³ / Foyer de vie à temps complet ou à temps partiel, et inversement) sans que des ruptures viennent perturber leur parcours, voire les empêcher de se poursuivre au sein d'un projet de vie désiré par cette population. Par conséquent, que puis-je entreprendre, avec les professionnels et les personnes accompagnées, pour optimiser et fluidifier ce parcours ?

Et enfin, à l'extérieur du pôle, nous devons nous rendre à l'évidence que la fluidité de ce/ces parcours sera réellement effective à la condition de créer des relais, des passerelles en amont et en aval des dispositifs du pôle, avec les acteurs du territoire. Dans ce cas, de quelle manière procéder pour arriver à mettre en place cette fluidité sur notre territoire d'intervention, en lien avec nos partenaires-acteurs ?

Dans le but de répondre à cette problématique à deux niveaux, je me suis focalisée, en première partie, sur la personne, en tant qu'individu à part entière, en retraçant brièvement l'évolution tenant à la notion de folie, d'une personne « objet » à une personne « sujet » (1), exerçant pleinement ses droits dans la société.

Par la suite, j'ai choisi de vous exposer le parcours de la personne en situation de handicap psychique au sein du pôle (2), cela afin d'explicitier la manière dont ces personnes sont accompagnées sur notre territoire.

Enfin, dans dernière partie, je vous présenterai le projet visant à permettre l'optimisation et la fluidification du parcours de ces personnes au sein de ce pôle (3).

³ Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés.

1 La folie : de la personne « objet » à la personne « sujet » de droits

Dans cette première partie, il n'est pas question de vous présenter pour une énième fois l'histoire de la folie⁴ à travers les siècles pour arriver à la conception de celle-ci dans notre société actuelle. En effet, j'ai fait le choix d'axer mes développements sur la personne, en tant qu'individu à part entière, ayant des droits comme tout citoyen, comme vous et moi.

Bien évidemment, l'histoire sera abordée en filigrane, afin d'apporter des précisions notamment quant aux divers « noms » attribués à ces personnes, au fil des siècles et de l'évolution de notre société et des politiques sociales qui les concernent.

Je vous propose, par conséquent, d'aborder ce premier développement en trois parties.

En premier lieu, je tiens à vous présenter le « fou » en tant qu'exclu de la société (1.1.) et privé de ses droits.

En deuxième lieu, la notion de folie sera questionnée en tant qu'état de santé de l'individu, handicap et situation créant des incapacités et/ou limitations d'activités. (1.2.)

Et dernier lieu, je m'emploierai à vous démontrer que la personne en situation de handicap psychique, es qualité de sujet de droits (ayant la personnalité juridique), est actrice de sa vie et joue donc pleinement un rôle dans la société. (1.3.)

1.1 Le « fou », cet exclu de la société

Je commencerai cette partie par l'une des citations de François, Duc de LA ROCHEFOUCAULD⁵ : « Il arrive quelquefois des accidents dans la vie d'où il faut être un peu fou pour se bien tirer » (Maximes).

Dans l'histoire française, la personne emprise/en prise de folie ou considérée « folle » s'est retrouvée mise à l'écart de la société. Il s'agissait à l'époque et encore à présent de protéger la personne « folle », son entourage et la population de manière générale.

Cependant, j'estime que cette « mesure de protection » est à nuancer. Effectivement, concernant cette mise à l'écart de la société et si nous nous interrogeons sur le pourquoi, cela nous amène à nous plonger dans les peurs les plus profondes de

⁴ Michel Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972.

⁵ Paris 1613 – Paris 1680.

l'être humain : la différence, la méconnaissance de l'autre, donc la non reconnaissance de ses semblables et l'incompréhension de ce qui est invisible.

Je vais m'attacher à vous présenter les différents « noms » ou les diverses « appellations » prêtés aux personnes considérées « folles » par notre société.

Il y en a eu plusieurs : les « déséquilibrés », le « déraisonnable », le « dément », les « aliénés », les personnes atteintes de troubles mentaux, les « insensés », les « malades mentaux », etc.

Tant de termes excluant les personnes et les stigmatisant par la même occasion.

Je vous propose d'évoquer les « insensés » (1.1.1.), les « aliénés » (1.1.2.) et enfin les « malades mentaux » (1.1.3.), car ces dénominations correspondent, à mon avis, à des périodes charnières de l'évolution de la notion de folie et ainsi de la représentation qu'en avait la société au fil des siècles et finalement, des droits qui leur étaient (re)donnés d'exercer.

1.1.1 Les « insensés⁶ » : la période de l'enfermement

Je vais tenter de vous expliquer le pourquoi de l'utilisation de ce terme « insensés » (A) et ensuite je vais vous apporter des précisions sur les lieux d'enfermement des insensés (B), afin de vous situez dans quelles conditions ses personnes vivaient ou plutôt survivaient.

A) Tentatives d'explication de l'appellation les « insensés »

Cette appellation nous vient du 16^{ème} siècle, à l'époque où la religion distinguait les Hommes sages des Hommes insensés.

Les citations suivantes, issues de la bible en sont la preuve : « Les lèvres du juste dirigent beaucoup d'hommes, Et les insensés meurent par défaut de raison »⁷ ; « Tout homme prudent agit avec connaissance, Mais l'insensé fait étalage de folie »⁸.

Il s'agit, par conséquent, de l'une des raisons pour laquelle, à cette époque, les « insensés » représentaient ceux qui ne croyaient pas en dieu. C'étaient des personnes considérées comme ayant perdu la raison, le bon sens, des être impies, qui se trouvaient dans les « ténèbres ».

D'un point de vue étymologique, le terme insensé provient du latin *insensatus*⁹ : « in » : sans et « sensatus » : sensé. Cela signifie donc « celui ou celle qui a perdu le

⁶ Claude Quételet, Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours, Tallandier, 2012.

⁷ Pr 10 : 21.

⁸ Pr 13 : 16.

⁹ www.littre.org.

sens ». De quel sens parle-t-on ? Du sens de la vie dans la cité, avec ses concitoyens, du sens de la vie dans sa famille, de celui de sa propre vie (être bien dans sa peau¹⁰), ou encore de la vie professionnelle ?

Pendant cette période de l'enferment de ses personnes qualifiées d'insensées, les questions précédentes ne semblent pas se poser, en effet, seul l'internement est prévu pour ces personnes, devant être écartées de la société en raison de leur folie. Ces insensés se retrouvent donc emprisonnés et privés de leurs droits. L'anéantissement de ces derniers était guidé par la protection de l'intérêt général de la population et la sécurité publique.

B) Des lieux dédiés aux insensés : les maisons de force

Au siècle des Lumières, le 18^{ème} siècle, les insensés se sont vus internés au sein de lieux destinés uniquement à eux.

Effectivement, le but recherché était de séparer les « fous » des autres personnes se trouvant dans les hôpitaux¹¹ de l'époque.

Il s'agissait des maisons de force¹². Celles-ci ont été créées à partir de lieux déjà existant : des prisons, des pensions, des citadelles, des tours ; des lieux à connotation de privation de liberté et d'exclusion.

Les maisons de force ont été instituées suite à la Déclaration Royale de 1750 et celle de 1764 et de l'Arrêt du Conseil d'Etat de 1767 et se trouvaient donc sous la responsabilité du Roi.

Les insensés s'y retrouvaient, soit par le biais de transfert depuis les hôpitaux ; soit via les lettres de cachet, dans lesquelles les familles demandaient l'enfermement de ces insensés.

1.1.2 Les « aliénés » : la naissance des asiles

Je débiterai par la définition de l'aliénation et par là même exposer le cadre juridique des « aliénés » (A), puis je ferai un point sur les asiles (B), lieux dans lesquels ces aliénés été « traités ».

¹⁰ Un esprit sain(t) dans un corps sain ?

¹¹ Au 16^{ème} siècle, des hôpitaux sont créés, des aumôneries également ; ainsi que l'Hôpital Général à Paris.

¹² Claude Quétel, En maison de force au siècle des Lumières. In : Cahier des Annales de Normandie n°13, 1981.

A) Aliénation et aliénés : définition et législation

Contrairement au terme « insensé » évoqué supra, celui d' « aliénés » et la terminologie « aliénation » ont une attache juridique.

C'est la loi du 30 juin 1838¹³ sur les aliénés qui nous en donne le cadre juridique. Cette loi est venue répartir les compétences¹⁴ entre les autorités judiciaire et administrative et l'autorité médicale s'agissant de la question de l'entrée et celle de la sortie de l'asile. Il semble donc que l'on pouvait espérer en sortir.

En ce qui concerne les entrées, il existait deux types de placements :

- ceux qui sont volontaires, donc émanant de l'initiative privée : dans ce cas, celui qui est compétent en premier lieu est le corps médical¹⁵ ;
- ceux qui sont d'office, en raison du comportement dangereux de l'aliéné et ainsi ayant pour but la protection de la société : ici, c'est l'autorité publique (le Préfet) qui est compétente pour décider du placement afin de préserver la sécurité publique.

Ensuite, concernant les sorties, c'est l'autorité administrative qui décidait en dernier ressort¹⁶, notamment en cas de litige entre les familles et les médecins. Il est toutefois à noter que les familles avaient le droit de faire sortir la personne, lorsqu'il s'agissait d'un placement volontaire, bien que l'avis du médecin y soit contraire.

Enfin, l'aliénation peut être définie en comparaison de ce qui est « normal ».

A mon sens, elle se définit comme une situation dans laquelle se retrouve l'individu, comme si il était étranger à lui-même. En effet, ce dernier semble temporairement privé de raison.

Le Larousse¹⁷ nous énonce qu'il s'agit de quelqu'un « qui a perdu son libre arbitre » et qui se retrouve « dépossédé de ce qui constitue son être essentiel, sa raison d'être, de vivre ».

BINET et SIMON ont procédé à la définition de l'aliénation en l'opposant au normal, au criminel et aux autres malades¹⁸.

¹³ Gilles Landron, Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. In : *Déviance et société*, 1995, vol. 19, n°1, pp. 3-21.

¹⁴ Alfred Binet et Théodore Simon, La législation des aliénés. In : *L'année psychologique*, 1910, vol. 17, pp. 351-362.

¹⁵ La procédure est la suivante : 1) demande de la famille et certificat d'identité – 2) production de deux certificats médicaux (l'un d'un médecin « de ville » et l'autre de celui de l'asile) – 3) conclusion des deux médecins sur la nécessité d'enfermer la personne dans un asile pour qu'elle y soit traitée.

¹⁶ Selon la procédure qui suit : 1) opposition médicale à la sortie (droit de veto du médecin) de l'aliéné « dangereux » – 2) avis du médecin pour déclencher l'intervention de l'autorité administrative (le Préfet) – 3) deux cas de figure en prenant comme exemple un placement volontaire : soit le Préfet décide du maintien, alors le placement est transformé en placement d'office ; soit il décide de la sortie de la personne.

¹⁷ www.larousse.fr.

En voici la substance :

- L'individu dit normal par rapport à l'individu aliéné :

Quelle est la frontière entre l'homme « fou » et l'homme « sain d'esprit » ? Un élément de réponse, l'aliéné est un malade et plus précisément un malade avec des troubles mentaux, ce qui n'est pas le cas pour l'homme sain.

- La personne aliénée ne s'apparente pas à une personne criminelle :

Le criminel n'est pas un malade contrairement à l'aliéné. Le code pénal, dans son article 64 distingue le criminel de l'aliéné. De plus, le criminel ne présente pas des troubles mentaux à la différence de l'aliéné. BINET et SIMON différencient le criminel de l'aliéné : « le criminel est un individu qui jouit de l'intégrité de ses facultés intellectuelles; il sait ce qu'il fait, il s'en rend compte, et par conséquent il est responsable ; au contraire l'aliéné agit dans un désordre intellectuel plus ou moins accusé, il ne se rend pas bien compte de ses actes, et par conséquent il en est irresponsable ». Enfin, ces deux auteurs précisent que les aliénés ne sont pas maîtres d'eux-mêmes, car leur volonté n'est pas libre ; et sont des personnes dont la sensibilité est exaltée (instabilité des sentiments et de l'humeur).

- La distinction de l'aliénation d'avec les autres pathologies relatives au cerveau :

ESQUIROL nous explique que la fièvre doit être prise en considération afin de classer les aliénés des autres pathologies. Pour lui « l'aliénation est formée de troubles mentaux non fébriles ; le délire proprement vésanique¹⁹ est un délire non fébrile ». Quant à FALRET, il distingue le délire aigu fébrile du délire chronique ou vésanique. Finalement, c'est MAGNAN, en 1882, qui va proposer la classification suivante : états mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie (paralysie générale, épilepsie, alcoolisme, etc.) / folies proprement dites (manie, mélancolie, délire chronique, folie intermittente, etc.) / idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

L'individu aliéné se retrouve également dépossédé de ses droits, ses droits sont aliénés, c'est-à-dire se situant en dehors de sa personne. Il est ainsi considéré comme une personne « objet », dépourvue de droits.

¹⁸ Alfred Binet et Théodore Simon, Définition de l'aliénation. In : L'année psychologique, 1910, vol. n°17, pp. 301-350.

¹⁹ Qui se rapporte à une maladie mentale.

B) Les asiles : moyens de traitement des aliénés ?

« Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vu grossièrement nourris, privés d'air pour respirer ; d'eau pour éteindre leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enfermés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces, que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales »²⁰ (1818).

Selon ESQUIROL, « une maison d'aliénés est un instrument de guérison dans les mains d'un médecin habile ; c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales »²¹.

Je vous propose donc de voir en quoi les asiles représentaient des traitements (a) et je vous présenterai par la suite les inconvénients d'un tel mode de traitement (b).

a) *Le traitement des aliénés via l'asile*

Les asiles étaient construits dans des lieux isolés, afin, selon DUCLOS, d' « isoler le patient de la société, l'enlever à l'influence des causes qui l'ont mis dans cet état et à ses habitudes de désordre pour le soumettre à une discipline d'ordre et d'autorité »²². Il était préconisé qu'ils accueillent 350²³ personnes maximum.

Les soins qui y étaient prodigués sont les suivants : bains, douches, travail occupationnel (culture de terres), activités artistiques (théâtre, musique).

Le traitement moral s'ajoute aux soins ci-dessus. La personne bénéficie d'une attention particulière, basée sur la bienveillance et la raison.

b) *Les inconvénients du traitement asilaire*

Les asiles en tant que traitement ont présenté des points négatifs majeurs.

En effet, d'un point de vue architectural, des quartiers étaient dédiés aux femmes et d'autres aux hommes. De plus, à cette séparation entre genres s'ajoutent des pavillons,

²⁰ Jean-Etienne Esquirol, Toulouse 3 février 1772 – Paris 12 décembre 1840. C'est le successeur de Philippe Pinel (Jonquières 20 avril 1745 – Paris 25 octobre 1826), celui qui a retiré les chaînes des aliénés dans les asiles. Il préconise le traitement « moral » de l'individu.

²¹ Henri Vermorel et Madeleine Vermorel, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », L'information psychiatrique 2012/9, vol. 88, pp. 759-770.

²² Henri Vermorel et Madeleine Vermorel, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », L'information psychiatrique 2012/9, vol. 88, pp. 759-770.

²³ Ce chiffre fût souvent dépassé.

que je nommerai « ségrégationnistes », car ces derniers distinguaient les personnes « curables », les personnes « incurables » et les personnes dites « idiotes » à l'époque.

Cela conduisait à hiérarchiser la folie et non à la traiter.

Puis, s'agissant du traitement moral qui y était appliqué, les pratiques se faisaient par le biais de la « terreur »²⁴, ce qui opprimait les patients. Ces pratiques violentes et autoritaires ont fait perdre aux personnes leur individualité, leur humanité, leur dignité.

Enfin, l'asile pouvait également aboutir à déclencher chez la personne une chronicisation de sa maladie, ce qui engendrait une aggravation de celle-ci.

1.1.3 Le « malade mental » : la naissance de la psychiatrie

Le terme de « malade mental » est encore employé de nos jours. Terme stigmatisant d'une population, encore trop souvent, à la marge de notre société.

Avec ce terme vient l'avènement de l'hôpital psychiatrique et ainsi de la psychiatrie en tant que discipline à part entière.

Je vais m'attacher à énoncer les conséquences de la maladie mentale sur les droits des personnes qui en sont atteintes (A) et à évoquer la naissance de la psychiatrie (B).

A) Les droits de la personne « malade mentale »²⁵

La loi du 3 janvier 1968 relative aux incapables majeurs²⁶ vient redonner au patient interné un certain nombre de ses droits civils²⁷. En effet, auparavant il était dépossédé de

²⁴ Henri Vermorel et Madeleine Vermorel, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », *L'information psychiatrique* 2012/9, vol. 88, pp. 759-770.

²⁵ Les maladies mentales désignent génériquement des pathologies dont les symptômes les plus apparents se situent au niveau des fonctions mentales du sujet. C'est dire qu'il peut s'agir aussi bien d'une maladie liée à une atteinte organique du cerveau, une démence par exemple, que d'un trouble du comportement lié à une anomalie fonctionnelle plus ou moins subtile telle qu'une perversion. Ce n'est pas sa cause qui fait qu'une maladie est mentale, c'est sa manifestation au niveau de la personnalité et des relations interhumaines. Une maladie d'origine essentiellement émotionnelle, donc psychique, peut se manifester uniquement au niveau des fonctions corporelles : on dit alors qu'elle est psychosomatique et non pas mentale. Les malades mentaux, eux, ont en commun de manifester leur maladie à un niveau fonctionnel particulier : celui du psychisme. On désigne sous ce terme l'ensemble des fonctions qui permettent à l'organisme à la fois de maintenir la constance du moi et d'établir avec le monde extérieur des échanges significatifs (sur le plan émotionnel et comportemental). Ce sont donc essentiellement des fonctions d'intégration capables de traduire en termes d'évolution la contradiction entre les exigences de l'être et celles du monde. Paul SIVADON, E.U., « MALADIES MENTALES », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 1 août 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/maladies-mentales/>.

²⁶ Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs. Elle pose aussi le principe de la séparation du médical et du régime de protection (juridique).

²⁷ Exemples : droit à la vie privée, droit à la liberté de pensée, respect des correspondances, etc.

ses droits lorsqu'il se trouvait sous le régime de la loi du 30 juin 1838 relative, elle, aux aliénés (cf. supra).

CORNU nous dit, en préface de « La condition civile du malade »²⁸, que « c'est tout le droit civil que l'auteur (Jean PRADEL) fait traverser à son malade »²⁹.

Il est ainsi instauré un régime de protection visant l'adéquation de la mesure par rapport au degré de gravité de la maladie. Un système d'individualisation de la mesure de protection au cas par cas est donc mis en place.

En conséquence, trois régimes sont institués :

- La tutelle : régime d'incapacité le plus élevé, les personnes mises sous tutelle ont besoin d'être représentées dans tous les actes de la vie civile ;
- La curatelle : régime d'incapacité partielle (niveau intermédiaire des 3 régimes), les personnes sous curatelle bénéficient de conseils ou de contrôle dans leurs actes de la vie civile ;
- La sauvegarde de justice : mesure innovante n'entraînant pas d'incapacité, la personne malade mentale continue à gérer ses biens et/ou se faire assister dans les actes de la vie civile.

En l'espèce, la personne malade mentale n'est pas systématiquement considérée irresponsable et par conséquent déchu de ses droits.

B) La naissance de la psychiatrie³⁰

La psychiatrie, en tant que discipline médicale, est née concomitamment avec la notion de maladie mentale. Avec cette dernière, l'avènement de l'hôpital psychiatrique vient compléter la « machine » à guérir le malade atteint de troubles mentaux.

Le fait d'avoir individualisée la maladie mentale de la maladie somatique a fait émerger la psychiatrie. Elle s'est basée sur des connaissances existantes sur le fonctionnement du cerveau (distinction entre la neurologie et la psychiatrie) et sur celui de l'esprit (développement de la psychologie³¹).

A cela se sont ajoutées des pratiques spécifiques de traitement des malades mentaux.

²⁸ Jean Pradel, La condition civile du malade, coll. « Bibliothèque de droit privé », t. XXXIX, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1963, 278 p.

²⁹ Jean Pradel, La condition civile du malade. In : Revue internationale de droit comparé, vol. n°16, n°2, avril-juin 1964, pp. 458-461.

³⁰ Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques. www.larousse.fr.

³¹ Discipline qui vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement. www.larousse.fr.

Effectivement, d'après REIL³², la maladie mentale est « universelle » et les malades doivent, par conséquent, être traités avec humanité, pour qu'ils puissent bénéficier de soins de qualité. La méthode thérapeutique de la psychothérapie³³ est ainsi utilisée.

1.2 La folie : un handicap, une situation, un état de santé ?

La notion de folie revêt différentes significations, notamment liées à l'évolution de la société et des connaissances scientifiques.

Je vous propose, alors, d'aborder le handicap mental (1.2.1.), puis la situation de handicap psychique (1.2.2.) et pour finir la prise en compte de la personne dans sa globalité : la santé mentale (1.2.3.).

1.2.1 Le handicap mental

Je commencerai par vous définir la notion de handicap mental (A) avant de vous présenter la classification qui en a été faite (B).

A) La définition du handicap mental

La personne malade atteinte de troubles mentaux est-elle donc assimilée à une personne « handicapée mentale » ?

L'amalgame a pu, en effet, être fait entre une personne atteinte de troubles mentaux (psychiques) et une personne déficiente intellectuelle (handicap mental).

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

³² Johann Christian Reil, 20 février 1759, Rhaude – 22 novembre 1813, Halle.

³³ Toute utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique. www.larousse.fr.

De plus, l'OMS définit le handicap mental³⁴, ou déficience intellectuelle³⁵, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

La notion de déficience intellectuelle remonte à 1838 avec ESQUIROL (cité supra), qui la définit comme suit : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. C'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. L'état de l'homme en démence peut varier ; celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup des traits de l'enfance. Celui-là conserve beaucoup de la physionomie de l'homme fait »³⁶.

D'après l'Association Américaine de Retard Mental (AAMR), en 2002, « le retard mental est une incapacité caractérisée par une limitation significative aussi bien dans le fonctionnement intellectuel que dans le comportement d'adaptation, tels qu'ils s'expriment dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité se manifeste avant l'âge de 18 ans ».

Je peux par conséquent en déduire, de façon synthétique, que le handicap mental est reconnu lorsque les facultés intellectuelles sont touchées et que cette altération des facultés intellectuelles entraîne des conséquences en termes de concentration, d'adaptation et d'ordre social.

B) La classification internationale des handicaps

Cette classification internationale des handicaps (CIH) : déficiences, incapacités et désavantages, vient nous donner des éléments d'éclairage permettant de mieux discerner les contours de la notion de handicap en général et de handicap mental/déficience intellectuelle en particulier.

Il s'agit d'un manuel³⁷ de classification des conséquences des maladies.

³⁴ Les causes du handicap mental sont multiples : – à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques – trisomie, syndrome de l'X fragile –, incompatibilité sanguine...) ; – pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...) ; – à la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...) ; – après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies...). La trisomie 21 est la forme la plus connue de handicap mental, et vient d'une anomalie chromosomique. www.ccah.fr.

³⁵ Mesure du quotient intellectuel (QI).

³⁶ Roger Salbreux, Roger Misès « La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques », *Contraste* 2005/1 (N° 22 - 23), pp. 23-47.

³⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS), novembre 1988.

Ce manuel définit la déficience : « dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ». Et il la classifie également.

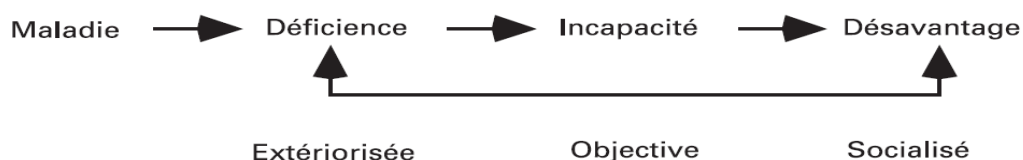
En effet, il existe plusieurs catégories de déficience : la déficience intellectuelle, que je préciserai ci-dessous, la déficience du psychisme, la déficience du langage et de la parole, la déficience auditive, la déficience de l'appareil oculaire, la déficience des autres organes, la déficience du squelette et de l'appareil de soutien, la déficience esthétique et la déficience des fonctions générales, sensibles et autres.

Voyons plus en détail, la déficience intellectuelle, qui est catégorisée de la manière suivante :

- Déficience de l'intelligence : retard mental profond, retard mental sévère, retard mental moyen, autre type de retard mental, autres déficiences de l'intelligence ;
- Déficience de la mémoire : amnésie, autres déficiences de la mémoire ;
- Déficience de la pensée : déficience du déroulement et de la forme de la pensée, déficience du contenu de la pensée ;
- Autre déficience intellectuelle.

D'après JAMET³⁸, « La déficience appréhende les altérations corporelles organiques ou fonctionnelles. L'incapacité apprécie les réductions partielles ou totales, limites des capacités qui permettent d'accomplir une activité. Le désavantage correspond à la résultante de la déficience et de l'incapacité ».

Le schéma ci-après nous montre les liens entre ces trois concepts qui permettent de définir le handicap. « La déficience est extériorisée, l'incapacité est objectivée et le désavantage socialisé », le point de départ étant la maladie.



1.2.2 La situation de handicap psychique

La notion de personne en situation de handicap psychique va particulièrement m'intéresser, car il s'agit de la population sur laquelle se base mon mémoire.

³⁸ Franck Jamet, De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF), La nouvelle revue de l'AI, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, pp. 163-171.

La notion de handicap psychique³⁹ ne possède pas de définition juridique, néanmoins elle bénéficie d'une reconnaissance légale (A). Nous verrons également les conséquences de ce terme « handicap psychique » au regard de la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) (B).

A) La situation de handicap psychique : la reconnaissance légale d'une population « invisible »

Dans les années 2000, les associations, telles que l'UNAFAM⁴⁰ et la FNAP-Psy⁴¹ se sont fortement mobilisées afin de rendre visible la population emprise avec leurs troubles psychiques. L'objectif alors poursuivi était de faire « exister une population »⁴² confondue avec celle ayant des déficiences intellectuelles ou avec un handicap mental.

A cela s'ajoute la publication d'un livre blanc en 2001 (avec les professionnels de la psychiatrie) relatif aux partenaires de santé mentale en France et qui pose les trois objectifs suivants :

- « faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité » ;
- « informer la collectivité sur la vraie nature de ce handicap appelé « psychique » et sur les risques qui lui sont liés » ;
- « aider les responsables du social dans la cité et ceux qui vont répartir les ressources disponibles et les validations officielles, à faire en sorte que les droits des personnes en cause soient mieux protégés ».

Enfin, la loi du 11 février 2005⁴³ est venue « reconnaître »⁴⁴ ce handicap « invisible ». En effet, le handicap dit psychique a été longtemps confondu avec le handicap mental, voire la maladie mentale à proprement parler.

Dans son article 2, cette loi énonce que « constitue un handicap, (...), toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou

³⁹ Il se définit par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles.

⁴⁰ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁴¹ Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie.

⁴² François Chapiro, Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français, Revue de l'association française de sociologie, vol. n°9, 2014, pp. 1-11. <http://socio-logos.revues.org/2824>, consulté le 11/09/2017.

⁴³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁴⁴ A nuancer, car la loi ne reconnaît pas explicitement le handicap psychique, mais bien l'altération des fonctions psychiques. Le raccourci permet toutefois de faire évoluer la prise en considération d'une population « invisible » et qui avait besoin de la reconnaissance de leur existence.

définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Dorénavant, il est nécessaire que ce handicap psychique soit pris en compte et que cette prise en compte se réalise avec un accompagnement complémentaire aux soins⁴⁵.

Ce n'est plus la personne qui est handicapée, mais bien une situation créant des restrictions de participation sociale et/ou limitations d'activités.

En effet, « c'est le trouble qu'on peut qualifier de psychique, (...) »⁴⁶.

Le handicap dit psychique fait partie d'un groupe cible⁴⁷, désormais, à l'image du polyhandicap, du handicap mental, du handicap moteur, du handicap visuel, etc., ce qui permet de lui être appliqué le régime de compensation adéquat.

B) Le handicap psychique et la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap

La CIF⁴⁸ opère un changement radical dans la manière d'appréhender le handicap. Le modèle médical du handicap (CIH) est dépassé. Désormais, c'est la situation de handicap qui doit être considérée. Nous passons de l'« handicapé » à la « personne handicapée » pour arriver au final à la « personne en situation de handicap ».

Selon DUSART, il y a une transformation de la conception du handicap : un « changement de regard » : de la « conception essentialiste du handicap » à la « conception qualitative du handicap » vers la « conception situationnelle du handicap » que nous connaissons aujourd'hui.

Le schéma⁴⁹ ci-après décrit la manière dont le handicap est pris en compte dans la CIF⁵⁰.

⁴⁵ Anne Dusart, Le handicap dit « psychique », Bulletin d'informations du CREAL Bourgogne, n°328, septembre 2012, pp. 5-13.

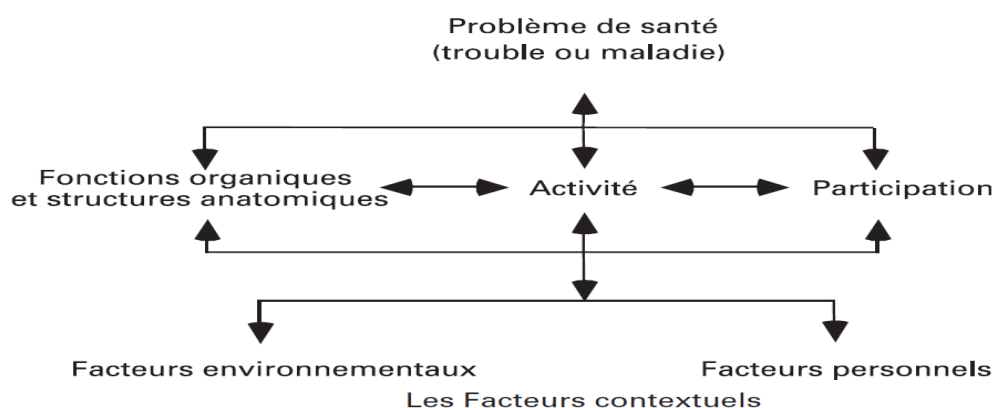
⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Depuis la loi d'orientation de 1975 et « jusqu'en 2005, les politiques sont organisées en fonction de groupes cibles au sein desquels chaque handicap est caractérisé par une atteinte d'organe ou de fonction ». : François Chapiro, Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français, Revue de l'association française de sociologie, vol. n°9, 2014, pp. 1-11. <http://socio-logos.revues.org/2824>, consulté le 11/09/2017.

⁴⁸ Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001.

⁴⁹ Franck Jamet, De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF), La nouvelle revue de l'ASIS, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, pp. 163-171.

⁵⁰ Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques. Les structures anatomiques désignent, elles, les parties anatomiques du corps. Les déficiences font référence aux problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique. L'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action. Les limitations d'activités, quant à elles, désignent les difficultés rencontrées par les personnes dans l'exécution d'activités. La participation consiste en l'implication des personnes dans une situation de vie réelle. S'agissant des restrictions de



La notion de handicap psychique étant une pure invention française⁵¹, la CIF ne permet pas de classer ce « type » de handicap.

Cependant, les professionnels ont à leur disposition des outils permettant d'évaluer le handicap psychique⁵² ; j'ai choisi de vous en présenter deux d'entre eux :

- le G-MAP⁵³, grille de mesure de l'activité et de la participation, qui évalue les limitations d'activité (LA), les restrictions de participation (RP) et les facteurs environnementaux (FE) : soutien social, attitudes, systèmes et politiques ;
- l'EPHP⁵⁴, échelle d'évaluation des processus du handicap psychique : cet outil a été construit à partir d'un consensus d'experts sur les mécanismes de production du handicap tels que les neurosciences cognitives permettent de les décrire. Quatre mécanismes ont été retenus : les troubles de la cognition, de la motivation, de la cognition sociale (communication avec autrui) et de la métacognition (capacité à s'évaluer et à savoir demander de l'aide).

1.2.3 La prise en compte globale de la personne : la santé mentale

Il est question ici de la santé au sens large, telle que définie par l'OMS. Effectivement, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne

participation, elles font référence aux problèmes que les personnes peuvent rencontrer lors de l'implication citée ci-dessus. Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social, attitudinal. Jean-François Ravaud, Politiques du handicap : état des lieux, Regards sur l'actualité, n°372, 2011, pp. 8-16.

⁵¹ C'est une initiative française, basée sur aucune référence européenne, voire mondiale. François Chapiro, « Quel handicap psychique peut-on mesurer ? », L'information psychiatrique 2014/4, vol. n°90, pp. 243-246.

⁵² Antoinette Prouteau, Michèle Koleck, Christian Belio, Emmanuelle Dayre, Jean-Marc Destaillets, Karine Merceron, Jean-Michel Mazaux, Mesurer le handicap psychique : enjeux et méthodes, L'Information psychiatrique, vol. n°90, n°3, mars 2014, pp. 191-195.

⁵³ Stéphane Zygart, « La notion de handicap psychique : continuités, possibilités, dangers », L'information psychiatrique 2014/3, vol. n° 90, pp. 177-181.

⁵⁴ Ibidem. D'autres outils d'évaluation existent, le CREPsy Nord-Pas-de-Calais, en septembre 2015, a publié un « référentiel » des outils destinés à l'évaluation du handicap psychique.

consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁵⁵ (Préambule de la constitution de l'OMS, 1946).

De plus, selon l'OMS, la santé mentale représente plus que l'absence de troubles mentaux ou de handicaps mentaux. Elle « est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence »⁵⁶.

La personne n'est plus réduite à sa maladie mentale, à ses troubles mentaux ou à son handicap, voire à sa situation de handicap psychique. Le champ de la santé mentale, comme mentionné ci-dessus, est vaste et va ainsi s'attacher à l'individu dans sa vie. Il bénéficie ainsi d'une définition positive de sa santé⁵⁷, ce qui représente une avancée considérable à mon sens.

Cela permet, en conséquence, de considérer la personne dans son ensemble, bien qu'il faille la prendre en compte, aussi, de manière individualisée ; de sorte à lui apporter des réponses adaptées à ses besoins (prise en charge et accompagnement).

Finalement, la personne n'est plus considérée comme un objet, elle devient bien actrice de sa santé, elle se trouve être « sujet ».

1.3 Le cas de la personne en situation de handicap psychique : un sujet de droits ?

J'axe, à présent, mon développement sur la personne en situation de handicap psychique, car il s'avère que cette population sera concernée par les parties qui vont suivre.

Je vous propose d'aborder la notion de personnalité juridique de la personne en situation de handicap psychique (1.3.1.), ensuite celle de citoyenneté (1.3.2.) et enfin la participation de cette personne à son projet de vie (1.3.3.).

⁵⁵ www.who.int.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ La promotion de la santé mentale, le but étant de préserver cette santé.

1.3.1 La personnalité juridique de la personne en situation de handicap psychique

Avant de procéder à l'étude de la personnalité juridique intrinsèque à la personne (B), je vais définir à présent ce qu'est la personnalité juridique (A).

A) Définition de la personnalité juridique

De façon synthétique, l'INSEE⁵⁸, nous en donne la définition suivante : « les personnes physiques (...) sont dotées de la personnalité juridique. Les personnes physiques acquièrent la personnalité juridique par la naissance et la perdent par le décès »⁵⁹.

Je compléterai donc cette définition par les éléments qui vont suivre.

Au regard du droit, le code civil ne définit pas ce qu'est la personnalité juridique. Néanmoins, il est admis qu'il s'agit de la capacité, de l'aptitude à être titulaire de droits et d'obligations.

Effectivement, dès notre naissance nous sommes considérés en tant que sujet de droit.

Il en résulte, par conséquent, que la personne en tant que sujet de droit possède la capacité juridique et devient ainsi actrice pouvant exercer elle-même ses droits.

En résumé et par déduction, la personnalité juridique c'est être titulaire de droits et de devoirs et être en capacité de les exercer.

B) Quid de la personnalité juridique des personnes en situation de handicap psychique ?

Ces personnes possèdent-elles la personnalité juridique ? La réponse est positive, puisque celle-ci s'acquière dès la naissance et se perd avec la mort. En conséquence, du moment où la personne est vivante, celle-ci jouit de droits et de devoirs, avec la capacité de les exercer.

De plus, concernant les personnes en situation de handicap, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies⁶⁰ leur reconnaît la personnalité juridique comme suit :

- « les personnes handicapées ont droit à la reconnaissance en tout lieux de leur personnalité juridique » (article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, paragraphe 1) ;

⁵⁸ Institut national de la statistique et des études économiques.

⁵⁹ www.insee.fr.

⁶⁰ Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, Observation générale n°1 (2014).

- « les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres » (article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, paragraphe 2).

Quant est-il réellement ?

Le Conseil de l'Europe recommande que cette personnalité juridique soit reconnue aux personnes en situation de handicap dans des conditions égales⁶¹ aux autres personnes. Ce conseil considère que la « capacité juridique est, de fait, liée à tous les droits de l'homme et à leur jouissance »⁶².

Cela signifie que les personnes en situation de handicap psychique doivent bénéficier de leurs droits et pouvoir les exercer dans tous les domaines, cela afin de participer à la collectivité et d'y être incluses.

Le conseil préconise donc les mesures suivantes : sensibiliser à la reconnaissance de la personnalité juridique des personnes en situation de handicap ; élaborer des « formules » permettant à ces personnes de prendre des décisions en étant assistées ; échanger sur les pratiques professionnelles dans le cas des « décisions assistées » ; informer sur des « systèmes d'assistance ».

In fine, la personnalité juridique et ainsi la capacité juridique leur sont acquises, car inhérentes à leur personne, en qualité de sujet de droits.

1.3.2 La personne en situation de handicap psychique : un citoyen comme les autres ?

La question que je me pose est : dans notre société qu'est-ce être citoyen ?

En effet, le sommes-nous d'emblée et/ou sommes-nous reconnus comme tels par les autres citoyens (principe de reconnaissance réciproque) ?

Je vais tâcher de répondre à ces interrogations (A) et y apporter des précisions s'agissant des personnes en situation de handicap (B) en donnant des exemples concrets.

A) Etre citoyen, mais qu'est-ce donc ?

Dans l'Antiquité, être citoyen signifiait « celui, celle qui, jouissant du droit de cité, prenait part à la vie politique et religieuse de la cité »⁶³. A cette époque, c'est le culte de la

⁶¹ Conseil de l'Europe, Droits de l'homme : une réalité pour tous, Stratégie du Conseil de l'Europe sur le handicap 2017-2023.

⁶² Ibidem.

⁶³ www.cnrl.fr.

cité et donc la participation à celle-ci qui octroyait des droits civiles et politiques aux citoyens.

Au siècle des Lumières, DIDEROT définissait le terme de citoyen comme « celui qui est membre d'une société libre de plusieurs familles, qui partage les droits de cette société, et qui jouit de ses franchises »⁶⁴. Il distingue également les citoyens dits « originaires », c'est-à-dire ceux nés dans le pays d'origine et ceux qui sont des citoyens dits « naturalisés », i.e. ceux ayant obtenus le statut de citoyens, bien que nés dans un pays étranger.

Encore, PUFENDORF reprend cette même distinction : « Il y a des citoyens que l'on appelle Originaires, ou Naturels du Pays (...); mais il y en a d'autres que nous pouvons appeler Naturalisés, qui viennent d'ailleurs dans un État déjà tout formé pour s'y établir, et y jouir des mêmes droits et privilèges que les Naturels du pays »⁶⁵.

De manière plus contemporaine, être citoyen c'est être membre d'un Etat et bénéficier des droits garantis par cet Etat.

En effet, la Charte des droits et devoirs du citoyen français⁶⁶ nous donne la définition suivante de citoyen : « Tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables. Sur le territoire de la République, ces droits sont garantis à chacun et chacun a le devoir de les respecter. A la qualité de citoyen français s'attachent en outre des droits et devoirs particuliers, tels que le droit de participer à l'élection des représentants du peuple et le devoir de concourir à la défense nationale ou de participer aux jurys d'assises ».

Il en découle que les personnes en situation de handicap psychique sont indubitablement citoyennes dans la société.

La loi du 11 février 2005 est venue aussi nous le rappeler. Cette loi est relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées. Elle énonce dans son article 2 que « toute personne a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».

⁶⁴ Denis Diderot, Citoyen, Encyclopédie, vol. n°3, p. 488.

⁶⁵ Samuel von Pufendorf, Les Devoirs de l'homme et du citoyen, Tels qu'ils lui sont prescrits par la Loi Naturelle, traduits du Latin du Baron de Pufendorf, par Jean Barbeyrac, chez Jean Nourse, 6^e édition, Londres, 1741, tome 2, p.70.

⁶⁶ Décret n°2012-127 du 30 janvier 2012 approuvant la charte des droits et devoirs du citoyen français, prévue à l'article 21-24 du code civil.

B) La personne en situation de handicap psychique : citoyenne mais comment ?

Ces personnes sont en effet des citoyennes⁶⁷, néanmoins il me paraît important d'évoquer des exemples de mesures, de processus leur permettant de participer à la vie dans la société, de la cité, de la communauté, en exerçant pleinement leurs droits.

En premier lieu, afin de pouvoir participer en tant que citoyen, les personnes en situation de handicap psychique doivent y être incluses⁶⁸. Cela signifie que ces personnes doivent s'intégrer socialement et aussi qu'il appartient à la société de tout mettre en œuvre pour les y inclure.

Dans ce cas, le processus de désinstitutionalisation est essentiel. « L'expérience a montré que la prise en charge produit invariablement des résultats moins bons, en termes de qualité de vie, que les services de proximité de qualité, ce qui se traduit souvent par une vie entière d'exclusion sociale et de ségrégation »⁶⁹.

Le Comité des Ministres de l'Union Européenne⁷⁰ recommande de proposer des modes d'accompagnement et de prise en charge hors institution, en développant des services de proximité, c'est-à-dire au plus proche des lieux de vie des personnes en situation de handicap.

La désinstitutionalisation affirme le droit à vivre avec les autres dans la société, de façon digne et égalitaire.

En second lieu, la désinstitutionalisation va de paire avec l'accessibilité au droit commun. En effet, il est nécessaire de mettre en œuvre un « droit vraiment commun »⁷¹.

Ainsi, la mention de ce vrai droit commun fait référence aux droits de tous, par conséquent, il s'agit de faciliter l'accès à ce droit commun à nous tous. Le droit commun peut se définir de la manière suivante : « il s'applique d'office, à moins qu'une disposition spéciale relevant d'une autre branche du droit ne conduise à y déroger »⁷² ; c'est un

⁶⁷ Pascal Jacob, *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Dunod, 2016.

⁶⁸ En 2004, la Commission européenne définit l'inclusion sociale comme étant la situation dans laquelle « les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérées comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux. Voir également : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux, *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du CASF (code de l'action sociale et des familles)*, mai 2012.

⁶⁹ Michel Paquet, *La France à la recherche d'un modèle de désinstitutionnalisation*, *Actualités sociales hebdomadaires (ASH)*, 6 septembre 2013, n° 2823, pp. 24-27.

⁷⁰ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, 3 février 2010.

⁷¹ Pascal Jacob, *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Dunod, 2016.

⁷² Muriel FABRE-MAGNAN, « CIVIL DROIT », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 3 août 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/droit-civil/>.

« ensemble de règles juridiques applicables à toutes les situations qui ne sont pas soumises à des règles spéciales ou particulières »⁷³.

En fait, c'est un droit d'accès universel : un accès à tout pour tous.

Un ensemble de mesures a été programmées pour que cet accès soit facilité pour les personnes en situation de handicap. Ces mesures ont été élaborées dans différents champs de notre société : la santé, le travail, la formation et l'emploi, le social.

1.3.3 Des personnes sujets de droit et actrices de leur existence : l'empowerment

Les personnes en situation de handicap psychique sont des sujets de droit et de ce fait sont actrices de leur vie.

Elles ont, par conséquent, la capacité d'agir pour et par elle-même, bien que dans certaines situations une assistance leur soit apportée.

La capacité à agir conduit la personne à prendre des décisions par elle-même. En réalité, il s'agit pour la personne en situation de handicap psychique de prendre le contrôle de sa vie ou d'en reprendre le contrôle.

La notion de capacité à agir et de prendre des décisions par soi-même est traduite en anglais par la notion d'empowerment⁷⁴.

Il me paraît essentiel de procéder à la définition de cette notion (A) et de mentionner succinctement les niveaux d'empowerment (B).

A) La définition de l'empowerment

En 1995, l'Organisation des Nations Unies (ONU) insiste sur la participation des individus pour définir l'empowerment. Selon l'ONU, « le contrôle des personnes sur leur destinée. (...) Les personnes doivent participer pleinement aux décisions et aux processus qui décident du cours de leur vie ».

L'Union européenne précise qu'il est important que les personnes possèdent les moyens pour pouvoir prendre des décisions qui soient responsables⁷⁵.

⁷³ www.droit.fr/lexique/.

⁷⁴ Pouvoir, autonomisation, auto-détermination.

⁷⁵ CCE, 2001, p. 32.

D'après ROWLANDS⁷⁶, l'empowerment est multidimensionnel et demande aux professionnels de considérer la personne en situation de handicap comme un partenaire. C'est une (r)évolution dans les pratiques professionnelles tenant à prendre en charge et/ou accompagner les personnes.

Je retiendrai l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à la notion d'empowerment.

En effet, en 2010, pour l'OMS, « la clé de l'empowerment est la suppression des barrières formelles ou informelles et la transformation des relations de pouvoir entre individus, groupes sociaux, services et gouvernements. Le pouvoir est au cœur de l'idée d'empowerment ».

Il est ainsi question de (re)donner aux personnes le pouvoir sur leur propre existence, le pouvoir de se réapproprier leur vie.

B) Les niveaux d'empowerment

Trois niveaux⁷⁷ d'empowerment. Ces trois niveaux devant être en synergie et non cloisonnés, permettant le passage de l'un à l'autre.

- Le premier : le niveau individuel, psychologique, interactionnel⁷⁸ : l'objectif est que la personne devienne plus autonome et participe pleinement aux décisions la concernant, cela en contribuant à la vie de la communauté ;
- Le deuxième : au niveau des services et de leur développement⁷⁹ : il est important que les personnes possèdent un véritable pouvoir décisionnel, qu'elles aient accès à l'information, qu'elles puissent avoir plusieurs choix possibles, et qu'elles acquièrent des compétences qu'elles jugent essentielles.

⁷⁶ Jo Rowlands, « Empowerment examined », *Development in Practice*, n° 5, 1995, pp. 101-107 : *“Empowerment” is a term often used in development work, but rarely defined. This article explores the meaning of empowerment, in the context of its root-concept : power. Different understandings of what constitutes power lead to a variety of interpretations of empowerment, and hence to a range of implications for development policy and practice. “Empowerment” terminology makes it possible to analyse power, inequality, and oppression; but to be of value in illuminating development practice, the concept requires precise and deliberate definition and use (abstract).* Voir aussi : Anne-Emmanuelle Calvès, “Empowerment” : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement, *Revue Tiers Monde* 2009/4 (n°200), pp. 735-749.

⁷⁷ Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012, 341 p.

⁷⁸ Espoir, respect, sentiment d'appartenance. Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012, 341 p.

⁷⁹ Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Erès, 2012, 341 p.

- Le troisième : le niveau sociétal⁸⁰ : afin de dé-stigmatiser cette population, force est de constater qu'il est impératif que l'ensemble de la société comprenne que tout le monde, y compris les personnes en situation de handicap et notamment psychique, jouissent de droits, il faudra aussi que les personnes avec un handicap soient transparentes à ce sujet.

Conclusion de la première partie :

Cette première partie s'achève sur le fait que les personnes, peu importe la situation dans laquelle elles se trouvent (handicap, exclusion, vulnérabilité, etc.) et quelque soit l'environnement (milieu ordinaire de vie, institution spécialisée, milieu de travail), sont des sujets de droit et que c'est pour cette raison qu'elles bénéficient du droit (que nous avons en) commun.

En effet, à travers les siècles le « fou » a vu son statut évolué. Les lignes de nos représentations ont bougé, le statut du « fou » a été dépassé dans la société pour aboutir à une prise en compte positive de la santé mentale.

Bien que des obstacles soient encore forts présents (stigmatisation, méconnaissance, cloisonnement), l'ambition reste d'offrir à cette personne autrefois qualifiée de « folle » et exclue de la société, la place qui lui revient de droit. Et ainsi, lui donner l'opportunité, enfin, d'agir en son âme et conscience pour son propre bien et pour celui de la société.

Finalement, elles pourront contribuer à la vie en société comme tous citoyens, même s'il s'avère que ces personnes aient besoin d'être assistées pour pouvoir y parvenir. L'essentiel est qu'elles puissent faire le choix d'être assistées ou non et également par qui et comment elles seront accompagnées dans l'exercice de ce choix. Voilà, là, à mon sens, le véritable pouvoir de décider de sa vie.

⁸⁰ Ibidem.

2 Le Pôle Handicap Psychique : des personnes cheminant sur leur parcours de vie

L'ALEFPA⁸¹, à l'image d'autres associations ou d'autres acteurs dans divers champs (privé lucratif, public, privé non lucratif, sanitaire, social, médicosocial, etc.), s'est lancée ces dernières années dans le regroupement de ses activités en pôle.

En effet, la tendance était et est encore à ce jour de regrouper des activités qui semblent bien se marier pour rendre une prestation de qualité aux usagers.

Néanmoins, à la qualité du service rendu, s'ajoute un certain nombre de raisons, que je vais vous énumérer.

En rapprochant des services et établissements offrant des prestations dans un champ similaire (handicap, gériatrie, protection de l'enfance, emploi et insertion professionnelle, etc.), les finalités sont les suivantes :

- Instaurer une complémentarité : ensemble nous sommes plus forts ;
- Optimiser les moyens : qu'il s'agisse de moyens humains, matériels, voire de locaux (mutualisation) ;
- Etre plus performant et efficient : une prestation de qualité avec en filigrane la rationalisation des moyens (notamment financiers) ;
- Se rendre visible sur le territoire : rayonner dans son environnement, ce qui permettrait de développer des partenariats ;
- Mettre en place la transversalité : échanger sur les pratiques professionnelles ;
- Offrir une palette de réponses adaptées aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées sur le territoire, en cohérence ;
- Etc.

Suite à ceci, je m'emploierai à vous présenter la construction du pôle handicap psychique (2.1.), ayant une assise territoriale (2.2.) et qui accompagne une population en situation de handicap psychique dans leur parcours de vie (2.3.).

2.1 Le Pôle Handicap Psychique : une construction récente

L'étude de la construction de ce pôle me conduira à rappeler l'historique de l'association l'ALEFPA (2.1.1.) en la présentant, puis à vous exposer le rapprochement du SAMSAH⁸² psy et du Foyer de vie « La Résidence du Bocage » en pôle (2.1.2.) et enfin de l'opportunité de rayonner sur le territoire d'intervention de ce pôle (2.1.3.).

⁸¹ Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie.

⁸² Service d'accompagnement médicosocial des adultes handicapés.

2.1.1 L'ALEFPA, organisme gestionnaire : présentation et histoire

A) Un bref historique

L'Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie (ALEFPA) est une association « loi 1901 »⁸³, à but non lucratif et est fondée le 25 juin 1959 dans le nord de la France métropolitaine par des militants du Syndicat National des Instituteurs. Elle est reconnue d'utilité publique depuis le 11 avril 1973⁸⁴.

Elle intervient dans l'accompagnement des enfants, des adolescents, des adultes et des familles en situation de handicap, en difficultés sociales ou malades.

B) Présentation générale de l'ALEFPA

L'ALEFPA a son siège social à Lille⁸⁵ et est présente sur le territoire métropolitain et domien. Effectivement, plus d'une centaine d'établissements, de lieux d'accueil et de services sont répartis en France (Métropole et DOM⁸⁶).

L'objectif de l'ALEFPA est d'assurer et de garantir la dignité humaine dans une société d'égalité d'appartenance.

L'ALEFPA s'est dotée d'un projet associatif⁸⁷ basé sur des valeurs qui sont détaillées infra.

« Le principe fondateur est que chaque personne participe pleinement de l'Humanité, valeur universelle, caractère commun à toutes les existences humaines et processus continu de construction du sens de la vie.

L'éducation est une valeur universelle qui postule le droit pour chaque personne d'accéder aux connaissances, de construire les compétences propres à soutenir son projet de vie et ouvrant à l'exercice de l'autonomie.

La laïcité, pierre angulaire des valeurs républicaines, est le socle institutionnel indispensable pour garantir l'égalité des droits et des chances à chaque citoyen.

La démocratie requiert dans la conduite des organisations humaines le concours de chaque citoyen afin d'établir la meilleure régulation possible entre les domaines relevant de l'intérêt général et ceux relevant des intérêts particuliers.

La solidarité en est la valeur corollaire qui exprime la communauté d'intérêts et d'engagements des citoyens dans la République ».

L'ALEFPA ambitionne de préparer l'avenir en adaptant ses réponses à l'évolution des besoins du public ; en améliorant la lisibilité de ses actions ; en contribuant à

⁸³ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

⁸⁴ J.O. du 19 avril 1973.

⁸⁵ Centre Vauban – Bât. Lille, 199-201 rue Colbert, BP 72, 59003 Lille Cedex.

⁸⁶ Département d'Outre-mer.

⁸⁷ Cf. annexe 1.

l'innovation sociale ; en renforçant son professionnalisme et son bénévolat ; en prenant en compte les priorités des politiques publiques (européennes, nationales et locales).

Pour se faire, l'ALEFPA s'appuie sur des valeurs, sa charte associative, le référentiel des engagements « Qualité, Ethique et Environnement » et la démarche qualité ; ainsi que sur les équipes, composées de professionnels et/ou de bénévoles.

Pour résumer, l'ALEFPA intervient dans les champs suivants :

- Accueil de mineurs et jeunes majeurs au titre de la protection de l'enfance ou de la prévention de la délinquance (Maison d'Enfants à Caractère Social et autres dispositifs d'accompagnement social) ;
- Accueil de mineurs isolés ;
- Accompagnement d'enfants, d'adolescents et d'adultes en situation de handicap mental et psychique ;
- Aide et soutien par le travail / Insertion socioprofessionnelle ;
- Inclusion ;
- Soins de Suite et de réadaptation pédiatrique.

L'ALEFPA s'est implantée à La Réunion en 1975. A cette période, d'autres associations coexistaient et avaient été créées dans un contexte où la religion était prépondérante dans la société réunionnaise et où le concept de charité « chrétienne » avait toute sa place. L'ALEFPA a donc su, à l'époque, véhiculer ses valeurs laïques et pérenniser ses actions sur ce territoire.

2.1.2 Le rapprochement entre le SAMSAH et le Foyer de vie en pôle

Je vais, en premier lieu, procéder à une brève présentation de ses deux structures (A) et en second lieu, exposer les conditions de ce rapprochement en mentionnant les freins qui se sont révélés à nous (B).

A) Le pôle composé d'un SAMSAH et d'un Foyer de vie

a) *Le SAMSAH psy*

Ce service a vu le jour en janvier 2012 et se situe sur la commune de Saint-Pierre. Il intervient ainsi sur le territoire sud de l'île de La Réunion⁸⁸ : soit des Avirons à Saint-Philippe.

⁸⁸ Cf. carte en annexe 2.

Il possède une capacité de 20 places et accompagne des personnes en situation de handicap psychique orientées par la CDAPH⁸⁹. Il est ouvert 250 jours par an. Le financement du SAMSAH est assuré via l'assurance maladie par l'Agence régionale de santé de l'Océan indien et par le Conseil départemental de La Réunion.

Nous avons une file active de 31 personnes, en constante augmentation depuis l'ouverture. Notre liste d'attente est également en augmentation, en effet, à la fin de l'année 2016 il y avait 45 personnes avec une notification SAMSAH psy.

Nous avons vocation à intervenir dans le milieu ordinaire de vie des personnes et pour cela nous nous sommes dotés d'une équipe socio-éducative et d'une équipe paramédicale. Ces deux équipes⁹⁰ se complètent, ce qui nous permet d'offrir aux personnes un accompagnement pluridisciplinaire, avec une graduation des interventions en fonction des besoins et attentes de ces personnes.

Nous tissons également des partenariats multiples et variés sur le territoire, afin de proposer des accompagnements et des activités dans le milieu de vie des personnes.

b) Le Foyer de vie : « La Résidence du Bocage »

Nous avons choisi de dénommer notre Foyer de vie « La Résidence du Bocage », car il se situe dans un lieu-dit « Le Bocage » se trouvant sur la commune de Sainte-Suzanne⁹¹, mais surtout, car selon nous, il est plus agréable d'y vivre en se disant que nous sommes dans une résidence, composée d'appartements, que dans un « foyer de vie ».

En effet, nous n'avons pas souhaité que ce lieu collectif où interviennent des professionnels accompagnant des résidents soit stigmatisant pour ces mêmes résidents et également dans un souci de bien s'intégrer dans le quartier.

Nous avons donc misé sur le côté facilitant de cette appellation. Nous verrons plus tard si ce pari est réussi.

Notre résidence est récente ; en effet, elle a ouvert ses portes en avril 2016. Il s'agit de la première résidence accueillant des personnes en situation de handicap psychique sur le territoire de La Réunion.

Elle a une capacité d'accueil de 19 places, dont 3 places d'accueil temporaire. Cette résidence bénéficie d'un financement via le Conseil départemental de la Réunion.

Notre file active est de 19 personnes, avec une liste d'attente de 21 personnes. Bien que l'ouverture soit récente, nous nous apercevons que les places ont vite été

⁸⁹ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

⁹⁰ Cf. annexe 3 – composition des équipes du pôle handicap psychique.

⁹¹ Cf. carte en annexe 2.

occupées, il nous reste tout de même à trouver un « rythme de croisière » concernant la gestion des 3 places d'accueil temporaire.

La résidence est ouverte 365 jours sur 365 et au sein de laquelle intervient une équipe socio-éducative⁹², qui œuvre afin de maintenir ou de développer l'autonomie des personnes qui y résident.

B) La construction du pôle : principe et freins

a) *Un principe « louable »*

Comme évoqué supra, l'ALEFPA a procédé, ces dernières années, à la réunion des services et établissements en complexes, puis en pôles, sur un même site, voire un même territoire géographique.

L'objectif était l'optimisation des moyens, afin de rendre une prestation de qualité aux personnes, à un coût régulé.

De ce fait, nous avons aussi été concernés par cette logique associative de regroupement des établissements et services.

Je tiens à signaler et à souligner que nous sommes, actuellement, le seul pôle dédié au handicap psychique sur le territoire de La Réunion. Le fait d'être en pôle donne une meilleure visibilité de notre « existence » sur le territoire, nous sommes plus facilement repérables.

Par conséquent, la volonté associative de nous inscrire dans une logique de pôle est tout à fait louable.

Je me retrouve, effectivement, dans une telle logique, néanmoins il m'appartient de me l'approprier en la transposant dans les établissements et services que je dirige, en faisant en sorte que les équipes et les personnes accompagnées (et leurs familles ou aidants) y trouvent du sens.

b) *Des freins à « surmonter »*

Ces freins sont au nombre de trois et sont, principalement, la conséquence de la distance entre le SAMSAH psy et La Résidence du Bocage.

Le premier, tient au fait qu'il n'est pas évident de regrouper un SAMSAH situé à Saint-Pierre (territoire sud) et une résidence située à Sainte-Suzanne (territoire nord-est),

⁹² Cf. annexe 3 – composition des équipes du pôle handicap psychique.

deux structures, d'un point de vue géographique, opposées⁹³, une centaine de kilomètres les séparant.

Je me dois de vous préciser que les conditions de circulation sur l'île sont difficiles⁹⁴, c'est pour cette raison que l'éloignement de ces structures sur des territoires différents représente un frein. Notamment, en termes de logistique. En effet, la mutualisation de locaux et de moyens matériels est complexe à mettre en œuvre.

Le deuxième frein concerne plus spécifiquement le volet ressources humaines, en effet, la mutualisation des moyens humains et l'échange de pratiques entre les professionnels restent problématiques. Cela, car les personnels se trouvant sur La Résidence du Bocage fonctionnent de sorte à ce que la résidence soit ouverte H24. Il est donc difficile de les libérer pour rencontrer les personnels du SAMSAH psy, sachant qu'il faut prendre en considération le temps de trajet, variant de 3 heures à 4 heures aller/retour. Donc une demi-journée de « perdue » sur la route. Il en est de même pour les professionnels du SAMSAH, l'équipe n'est pas nombreuse ce qui ne permet pas non plus de libérer un certain nombre de personne.

Quant au troisième frein, et il n'est pas des moindres, il s'agit d'instaurer une culture commune entre les professionnels du pôle, un sentiment d'appartenance et ainsi d'œuvrer pour un même but qui fait sens (répondre aux besoins et attentes du public) et dans une direction qui est partagée par l'ensemble, ce qui n'est pas des plus aisés à mettre en place lorsque les personnels ne se rencontrent pas ou peu.

2.1.3 D'une contrainte géographique à une opportunité de rayonner sur l'ensemble du territoire de La Réunion

Cependant, l'éloignement géographique entre le SAMSAH psy et la Résidence du Bocage, ne doit pas être considéré comme une contrainte mais bien une opportunité de rayonner sur le territoire réunionnais.

J'entends par là, une opportunité de s'ouvrir sur son environnement et par conséquent d'être ouvert à son environnement également.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM) présente dans une recommandation⁹⁵ les pratiques professionnelles préconisées à une telle ouverture.

⁹³ Cf. la carte en annexe 2.

⁹⁴ Au minimum deux heures de route pour rejoindre le nord en venant du sud à l'aller ; et souvent beaucoup plus.

⁹⁵ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux : ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008.

Pour se faire, il est intéressant de définir ce qu'est l'ouverture (A) et par la suite de préciser en quoi cette ouverture du pôle à et sur le territoire dans lequel il intervient, représente une opportunité et ce, notamment pour les personnes accompagnées et/ou accueillies (B).

A) La définition de l'ouverture du pôle à et sur son environnement

D'ores et déjà, je peux affirmer que cette ouverture implique réciproquement une action qui va vers le dehors et une autre qui va vers le dedans. En fait, cela ressemble à un mouvement de balancier « in/out » - « out/in ».

Néanmoins, cette ouverture ne représente pas uniquement le concept du « hors les murs » ou du « dans les murs ». En effet, il représente, à mon avis, davantage, c'est-à-dire que l'établissement, le pôle, composé des professionnels et des personnes accompagnées, est de façon simultanée une ressource sur le territoire en interaction avec les autres acteurs du même territoire et que l'environnement est un support sur lequel le pôle pourra s'appuyer.

Par conséquent, le pôle est en articulation, en synergie avec son environnement.

La définition de l'ouverture à et sur son environnement nous vient des travaux de l'ANESM, issue d'un consensus entre professionnels, associations représentatives des usagers et les usagers eux-mêmes.

Selon l'ANESM, « l'environnement recouvre deux niveaux dans cette recommandation : le territoire, mais aussi l'environnement familial et social des personnes accompagnées. Cet environnement, par ailleurs en évolution, nécessite une adaptation continue des actions d'ouverture ».

De plus, toujours selon l'ANESM, « l'ouverture sur l'environnement est donc comprise comme une dynamique impliquant les professionnels de l'établissement, les personnes accompagnées, leurs proches et les acteurs du territoire ».

Il en résulte que trois principes régissent cette ouverture :

- Les interactions entre le pôle et son environnement sont à double sens : la réciprocité ;
- Il existe un compromis entre les missions du pôle, les populations concernées et leurs caractéristiques ;
- L'adaptation des projets personnalisés doit nécessairement se réaliser avec et pour les personnes accueillies/accompagnées.

B) De l'opportunité d'ouverture du pôle à et sur son environnement

Cette opportunité de nous ouvrir à et sur notre environnement se situe à trois niveaux.

En effet, cette ouverture produira des effets sur l'inclusion des personnes (a), sur la coopération à l'échelle du territoire entre les différents acteurs (b) et sur les pratiques professionnelles des personnels du pôle en l'occurrence (c).

a) L'ouverture : facilitatrice de l'inclusion des personnes

L'ouverture permettra aux personnes d'exercer leurs droits et leur citoyenneté dans la société, en étant accompagnées ou assistées si cela s'avère nécessaire.

Cette ouverture a, aussi, pour but de maintenir ou de développer le lien social ou familial sur le territoire où vivent ces personnes. Il est ainsi recommandé de « favoriser le développement de liens et de relations sur le territoire de vie et la création d'un réseau relationnel qui permette aux personnes accueillies de développer des opportunités plus étendues pour leur vie amicale, affective et sexuelle »⁹⁶.

De plus, donner la possibilité aux proches des personnes de garder des liens avec celles-ci aboutira à mettre en œuvre une véritable coopération, ce qui nous amènera à proposer un projet personnalisé prenant en considération les personnes dans leur globalité et créant une relation de confiance avec l'entourage, cette relation de confiance pouvant être utile en cas de « décompensation » des personnes.

b) L'ouverture à la coopération territoriale entre les acteurs

S'ouvrir sur son territoire et à son environnement signifie initier des partenariats, en consolider certains, mais également participer à des partenariats initiés par d'autres acteurs.

En l'espèce, il s'agit d'acteurs de divers champs : le sanitaire, le médico-social, le social, les acteurs du milieu ordinaire (entreprises, collectivités, organismes publics, concitoyens), etc.

Il est ainsi préconisé⁹⁷ d'interagir avec les acteurs de son environnement en participant « aux actions initiées par l'environnement », en devenant un « lieu-ressource pour l'environnement », en encourageant le rapprochement avec le monde du travail, en facilitant « l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) » et en incitant et soutenant « l'intervention de bénévoles ».

⁹⁶ RBPP, ANESM, Ouverture à et sur son environnement, décembre 2008.

⁹⁷ Ibidem.

c) *L'ouverture : la nécessaire adaptation des pratiques professionnelles*

En effet, qui dit ouverture dit s'ouvrir à l'inconnu, à l'autre différent de nous, dit également changements. Cela demande par conséquent une adaptation de nos pratiques visant à, premièrement, nous donner les moyens de faire évoluer nos modalités d'accompagnement (accompagnement aux changements) et deuxièmement, partager nos expériences dans l'objectif de renforcer les compétences des professionnels, dans une démarche de transversalité et de co-construction.

2.2 Un pôle ayant un ancrage territorial

Le Pôle Handicap Psychique s'inscrit dans une logique de territoire, basée sur une politique publique de santé territorialisée (2.2.1.), au plus proche des citoyens, sur une politique publique de décloisonnement des secteurs (2.2.2.) avec pour finalité le parcours des personnes et enfin sur le contexte local en termes d'apport de réponses aux personnes en situation de handicap psychique à l'échelle du territoire (2.2.3.).

2.2.1 Une politique de santé territorialisée

Il convient, ici, de rappeler le cadre général des politiques publiques visant la territorialisation : la révision générale des politiques publiques (A) avant de développer mon argumentaire sur la politique de santé à l'échelle locale (B) ayant pour objectif d'apporter des réponses de proximité en santé à la population.

A) La territorialisation : la révision des politiques publiques (RGPP)

Compte tenu du « mille feuilles » territorial⁹⁸ (déconcentration, décentralisation, multiplicité des administrations et organismes publics, etc.) et de la dépense publique grandissante, l'Etat français s'est lancé dans une réforme de modernisation de son administration territoriale, en révisant ses politiques publiques. L'objectif principal est de rendre plus cohérente, plus visible et lisible son action sur l'ensemble du territoire et de rationaliser les coûts.

⁹⁸ Emmanuel Elliot, Véronique Lucas-Gabrielli et Catherine Mangeney, Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français, Revue Francophone sur la santé et les territoires, juin 2017, pp. 1-11.

Le processus de révision globale des politiques publiques a débuté en 2007⁹⁹ et a pour ambition de rendre les politiques publiques performantes, répondant à des critères de qualité du service rendu, d'efficacité et d'efficience.

Cette révision se fait en trois étapes : la phase de diagnostic, la phase d'analyse des résultats avec décision de maintien de la politique publique, de modification ou de suppression de celle-ci et la phase de mise en œuvre des décisions prises compte tenu des résultats.

Cette RGPP est basée sur le concept du *new public management*¹⁰⁰. Le *new public management*¹⁰¹ se traduit par la nouvelle gestion publique et il est caractérisé par :

- « une séparation de la prise de décision stratégique relevant du pouvoir politique de la gestion opérationnelle relevant de l'administration ;
- l'orientation des activités administratives et l'allocation des ressources en fonction des produits et services à délivrer plutôt qu'en fonction de règles ou procédures ;
- la décentralisation et l'instauration d'agences comme instrument de régulation ;
- l'abandon du statut de fonctionnaire et l'avancement à l'ancienneté des agents pour une rémunération au mérite ;
- l'introduction des mécanismes de marché dans l'offre de biens et services d'intérêt général ;
- la logique de la transparence tant sur la qualité que sur les coûts des prestations ;
- la recherche de l'efficience dans l'emploi des fonds publics ;
- la participation des usagers dans la définition et l'évaluation des prestations publiques »¹⁰².

B) La territorialisation de la santé : une réponse de proximité

Le domaine de la santé a également été touché par la révision des politiques publiques.

⁹⁹ François Lafarge, La révision générale des politiques publiques : objet, méthodes et redevabilité, *Revue française d'administration publique* 2010/4 (n° 136), pp. 755-774.

¹⁰⁰ Culture du résultat et inspiration du privé (pratiques et outils de gestion).

¹⁰¹ Le *new public management* est né au début des années 1980 au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, et s'est déployé ensuite dans la plupart des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) dont les États-Unis, le Canada, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, sans oublier la Belgique avec son plan « Copernic » de modernisation de l'Administration fédérale. Béatrice Van Haepere, Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne, *Reflets et perspectives de la vie économique* 2012/2 (Tome LI), pp. 83-99.

¹⁰² Yves Chappoz, Pierre-Charles Pupion, *Le New Public Management, Gestion et management public* 2012/2 (Volume 1/n°2), pp. 1-3.

En effet, suite aux rapports BUR¹⁰³ et RITTER¹⁰⁴ (2008), la réforme de la santé a eu lieu pour un certain nombre de raisons et des enjeux à la clé (a). Cette réforme s'est concrétisée par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) sur les territoires de santé (b) et un focus récent sur la santé mentale (c) a été fait via la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

a) *Raisons et enjeux de la réforme de la politique de santé*

Tout d'abord, les raisons sont multiples et connues depuis des années. Elles tiennent aux coûts et dépenses en matière de santé élevés avec des résultats qui ne sont pas à la hauteur de l'investissement ; une organisation des institutions à repenser ; ainsi que des outils qui sont, soit peu opérants, soit jugés insuffisants ; des défauts quant au pilotage de la politique de santé que l'on se trouve au niveau local ou au niveau national (problèmes d'articulation, cloisonnement entre les différents champs et acteurs, mauvaise gestion des dépenses, etc.) et le « cloisonnement entre les autorités compétentes »¹⁰⁵.

Il découle de ce qui vient d'être évoqué des enjeux multiples.

En premier lieu, le pilotage doit être unifié à l'échelle territoriale et responsabilisé, en y incluant le secteur médicosocial.

En deuxième lieu, au regard de l'opérationnalité, il conviendra d'améliorer « l'efficacité des politiques publiques »¹⁰⁶ et « l'efficacité du système »¹⁰⁷ de santé.

En troisième lieu, il est nécessaire d'insister sur la prévention, de mettre en place la fluidité des parcours des personnes et de « renforcer la territorialisation des politiques »¹⁰⁸ publiques dans le domaine de la santé.

b) *La création des Agences Régionales de Santé (ARS)*

Les ARS ont été créées par la loi dite HPST de juillet 2009¹⁰⁹, afin de décloisonner les secteurs notamment sanitaire et médicosocial (régulation et restructuration de l'offre sur le territoire) et de simplifier l'organisation de la politique sanitaire en regroupant en son sein les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DDASS), les caisses

¹⁰³ Yves Bur, Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 6 février 2008.

¹⁰⁴ Philippe Ritter, Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS), janvier 2008.

¹⁰⁵ Rapport Ritter.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Ibidem.

¹⁰⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

régionales d'assurance maladie (CRAM), des groupements régionaux de santé publique et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Il s'agit ainsi d'aménager l'action de l'Etat au niveau régional, afin de rendre la politique de santé, à l'échelle du territoire, plus cohérente et d'apporter des réponses de santé aux citoyens, de proximité, en adéquation avec leurs besoins sur un territoire donné.

Afin de décloisonner les secteurs, les ARS¹¹⁰ sont dotés d'outils, tels la planification, la restructuration/structuration de l'offre et l'amélioration de l'efficacité de l'offre.

Elles représentent donc, une autorité de régulation offrant une lecture lisible de la politique de santé nationale aux acteurs et offreurs de soins, aux usagers, aux collectivités, aux professionnels de santé, etc., au niveau local.

Elles mettent, également, en œuvre des projets régionaux de santé¹¹¹ (PRS) et des schémas d'organisation ; et concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens¹¹² (CPOM) avec des acteurs du territoire : associations, hôpitaux, collectivités.

c) La territorialisation de la politique de santé mentale

Cette territorialisation est visible à travers les différents textes législatifs venus compléter la loi de santé de 2016.

En effet, l'arrêté d'août 2016 a défini la composition du conseil territorial de santé (CTS), qui a pour but de participer à la déclinaison du projet régional de santé (PRS) et à l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire. Le CTS peut formuler des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire.

En complément, une instruction relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux en santé mentale (CLSM) est en vigueur depuis le 30 septembre 2016. Elle est venue préciser le cadre du déploiement et définir les conseils locaux en santé mentale, qui sont une « plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants ».

Enfin, l'instruction d'octobre 2016, relative, elle, à la territorialisation de la politique de santé, prise en application des articles 158 et 162 de la loi santé de 2016, nous donne

¹¹⁰ Cf. à l'annexe 4 : schéma de gouvernance, d'organisation et d'intervention des ARS.

¹¹¹ Définition des objectifs de l'ARS sur le territoire en cohérence avec les politiques nationales et des actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.

¹¹² Concernant le champ médicosocial et social, ils peuvent être conclus pour : « la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médicosociale dont ils relèvent ; la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; ou la coopération des actions sociales et médicosociales » (article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale).

la « définition des territoires de démocratie sanitaire, la démarche d'installation des conseils territoriaux de santé et leur organisation et fonctionnement, la détermination des zones du schéma régional de santé (SRS) et l'élaboration des nouveaux projets régionaux de santé (PRS) comprenant le PRAPS¹¹³ ».

2.2.2 Une politique de décloisonnement des secteurs

Cette politique visant à décloisonner les secteurs (sanitaire, médicosocial et social) est encore à l'œuvre aujourd'hui.

En ce qui concerne, notre secteur et en particulier dans le champ de la santé mentale, le décloisonnement a débuté avec la politique de sectorisation (A) en psychiatrie, suivie d'une politique globale de santé en faveur du rapprochement des secteurs (B), ayant pour objectif la continuité des parcours des personnes.

A) De la sectorisation

Dans les années 60, la politique publique dite de « secteur » a été une véritable innovation, néanmoins celle-ci n'a pas abouti à un réel décloisonnement du secteur psychiatrique.

Je vous propose donc de vous relater cette politique publique dans son principe (a) avant de vous expliciter les raisons qui démontrent que cette politique n'a pas produit les effets escomptés (b).

a) La politique publique de sectorisation

Le « secteur » est né de la circulaire du 15 mars 1960 instituant la sectorisation en psychiatrie.

Cette circulaire énonce que « le but du dispositif de la sectorisation est d'entreprendre les soins à un stade précoce, d'éviter les rechutes par un appui médicosocial efficace (...) d'éviter les hospitalisations inutiles et la désadaptation entraînée par l'éloignement du milieu naturel. L'hospitalisation dans un lieu de soins spécialisé et non plus dans un asile ne constitue plus qu'une étape du traitement commencé et poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure. Chaque département est divisé en secteurs géographiques de 67 000 habitants dans lesquels une même équipe médicosociale (médecin, psychologue, assistante sociale, infirmier, secrétaire) devra assurer pour tous les malades la continuité indispensable entre

¹¹³ Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes.

dépistage, traitement et soins avec ou sans hospitalisation et postcure. Le principe essentiel est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu (...) »¹¹⁴.

L'esprit de cette circulaire est de permettre aux personnes de ne pas être exclues de notre société, de maintenir les liens sociaux et/ou familiaux, de faire en sorte que l'autonomie de ces personnes soit recherchée et de lever les barrières entre le champ sanitaire et le champ médicosocial, cela en accentuant sur des prises en charges de proximité. Le tout médical n'est plus le principe qui prévaut à la « guérison » de ces personnes.

Cette politique de sectorisation a conduit à la diversification des modes de prise en charge pour s'adapter à l'exigence de proximité et de décloisonnement : développement des structures dites ouvertes, la mise en place de groupe de parole, création de services sociaux fluidifiant les entrées et les sorties de l'hôpital psychiatrique.

b) La sectorisation : une politique publique non aboutie

Plusieurs difficultés sont venues empêcher la politique de secteur d'arriver à ses fins.

Effectivement, il s'avère qu'à l'époque les résistances au changement y étaient également pour quelque chose. Une opposition existait entre ceux qui étaient réfractaires à l'évolution de la psychiatrie en secteur (les conservateurs) et ceux qui y étaient favorables (les réformateurs).

A cela, s'ajoute des difficultés relatives à l'organisation et au financement des mesures du secteur psychiatrique. Il s'agit de la « dualité des organismes gestionnaires et financeurs de l'intra et de l'extrahospitalier »¹¹⁵, « cette séparation budgétaire entretient dans une certaine mesure la faiblesse de financement des activités de secteur. Le niveau de ressources mis au service de l'activité extrahospitalière est limité »¹¹⁶.

Encore, il est à noter que l'activité extrahospitalière était complexe à définir, par conséquent, les pratiques professionnelles n'étaient pas cadrées, ce qui rendait difficile le travail des équipes à l'extérieur de l'hôpital.

¹¹⁴ Sylvie Biarez, Une politique publique : la santé mentale (1970-2002), Revue française d'administration publique, 2004/3 (n°111), pp. 517-531.

¹¹⁵ Benoît Eyraud et Livia Velpry, Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas, Revue de l'association française de sociologie, Socio-logos [en ligne], 7/2012, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 25 mai 2017. URL : <http://socio-logos.revues.org/2651>.

¹¹⁶ Ibidem.

Enfin, elle n'a pu aboutir à mon sens, en raison du manque de partenariat entre le champ sanitaire et médicosocial, qui aurait permis de construire une assise plus forte en ce qui concerne les activités extrahospitalières.

B) Une politique globale de décloisonnement en faveur des parcours des personnes

Il me paraît essentiel d'insister sur la notion de parcours continu résultante de la politique de décloisonnement.

La notion de parcours apparaît déjà dans la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (citée précédemment) de juillet 2009¹¹⁷. En effet, cette loi pose le principe d'amélioration de l'efficacité de notre système de santé (sanitaire et médicosocial). Cela par la mise en œuvre d'une organisation de la continuité des soins et de l'accompagnement médicosocial. Il est donc fait état de la fluidité du parcours des patients.

Elle pose également le principe de décloisonnement des secteurs, favorisant ainsi la coopération entre les divers acteurs.

Le rapport PIVETEAU de juillet 2014¹¹⁸ invite à réfléchir en termes de dispositifs et non plus à la place. Cela amène donc à un changement du mode de pensée : passer d'une logique de filière à une logique de parcours.

Effectivement, à la page 67, il y est mentionné que « les moyens supplémentaires, indispensables, ne doivent plus financer simplement des places, mais des réponses territoriales de qualité (...) qui garantissent effectivement le parcours sans rupture pour chacun ».

Le rapport énonce également que nous nous devons de travailler au service du parcours de vie des personnes, en mettant en place la transversalité entre le sanitaire, le social, le médicosocial et le scolaire, par conséquent le décloisonnement.

Le décloisonnement est donc nécessaire pour que nous arrivions à assurer une continuité et une fluidité des parcours aux personnes. En ce sens, à la page 25 de ce rapport, il est fait référence à la logique de parcours : « qui dit logique et culture de parcours dit engagement de tous les partenaires du parcours, sans exception, à faire évoluer, de façon parfois substantielle et exigeante, leurs méthodes de travail ».

La loi de modernisation de notre système de santé¹¹⁹, de janvier 2016, traite de la santé mentale dans son article 69. Cet article pose le principe d'un projet territorial de santé mentale, par le biais d'un diagnostic territorial partagé (DTP), puis de la signature

¹¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹⁸ Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. PIVETEAU D., 6 juillet 2014.

¹¹⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

d'un contrat territorial en santé mentale et la possibilité de créer une communauté psychiatrique de territoire entre les acteurs signataires du contrat ci-dessus mentionné.

L'objectif est, ici, d'améliorer de façon continue l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

A l'échelle locale, nous sommes actuellement engagés dans la phase 3 du DTP en santé mentale¹²⁰, qui concerne la mise en œuvre de la feuille de route établie sur le modèle de la rosace de l'ANAP¹²¹. Il s'agit de :

- L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- Situations inadéquates ;
- L'accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux ;
- L'accès aux soins somatiques ;
- La prévention et la gestion des situations de crise.

Vient par la suite, le rapport LAFORCADE d'octobre 2016¹²². Ce rapport vient étayer la partie santé mentale de la loi de modernisation de notre système de santé. Michel LAFORCADE nous explique que pour « éviter les ruptures de prises en charge », les parcours des personnes en situation de handicap mental devraient être améliorés par une plus grande collaboration entre les acteurs.

Récemment, la CNSA¹²³ a publié un guide sur « l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques »¹²⁴ qui vise à permettre de « favoriser les coopérations en développant un langage commun et partagé des troubles psychiques, des pratiques et des cadres d'intervention de chacun des partenaires ».

Il y est aussi mentionné que des « réponses (sont) à articuler, successivement ou conjointement, sans chronologie de mise en œuvre (...) pour une stratégie globale d'intervention et une fluidité des parcours »¹²⁵.

Je tiens, enfin, à signaler, que nous sommes, en ce moment, en cours d'élaboration du projet régional de santé (PRS) de La Réunion et de Mayotte¹²⁶.

L'Agence régionale de santé de l'Océan indien (ARS O.I.) travaille par conséquent, de façon décloisonnée, avec les acteurs du territoire afin de développer les orientations stratégiques relatives, notamment, à la santé mentale et au handicap, dans le

¹²⁰ Mené par l'Agence régionale de santé de l'Océan Indien (ARS O.I.) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

¹²¹ Agence nationale d'appui à la performance.

¹²² Rapport relatif à la santé mentale. LAFORCADE M., octobre 2016, DGOS (Direction générale de l'offre de soins).

¹²³ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

¹²⁴ CNSA, guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques, avril 2017.

¹²⁵ Page 90 du guide de la CNSA d'avril 2017.

¹²⁶ Numéro 2.

but d'organiser des parcours en santé et de renforcer la pertinence, la qualité, la sécurité, la continuité des prises en charges et des accompagnements.

2.2.3 Des réponses territorialisées dans le champ du handicap psychique

Sur le territoire de La Réunion des réponses sont apportées par l'ensemble des acteurs à la population en situation de handicap psychique. Ces acteurs proviennent de divers champs et sont très variés (A), cependant, ce grand nombre d'acteurs ne permet pas toujours d'assurer à cette population un parcours sans ruptures. Je vous en évoquerai, donc, les principales raisons (B).

A) Une variété d'acteurs proposant une multitude de réponses pour une même population

Les acteurs dans le domaine de la santé mentale, en général, et du handicap psychique, en particulier, sont nombreux, ce qui induit un nombre important de réponses également.

En l'espèce, la quantité des réponses apportées ne présage pas de la qualité des réponses en matière de continuité de parcours des personnes accompagnées. Je me pencherai sur cette question dans les paragraphes suivants (partie B de ce développement).

Afin de recenser ces acteurs se trouvant dans divers secteurs, un référentiel a été élaboré. En effet, un travail a été mené par le CREAI OI¹²⁷ entre 2015 et 2016 pour pouvoir référencer ces différents acteurs, par territoire de santé (au nombre de trois à La Réunion) et par champ (sanitaire, social, médicosocial et « usagers/familles »).

¹²⁷ CREAI OI (centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité), Répertoire territorial de ressources handicap psychique, mars 2016.

- Exemple du territoire de santé Nord-Est (de Saint-Denis à Sainte-Rose) où est représentée La Résidence du Bocage :

Secteur sanitaire	CMP (centre médico-psychologique) / Urgences psychiatriques / Equipe mobile de psychiatrie / Hospitalisation / Réhabilitation / Etc.
Secteur médicosocial	FAM (foyer d'accueil médicalisé) / Foyer de vie « La Résidence du Bocage » / SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) / SAMSAH / ESAT (établissement et service d'aide par le travail) / Etc.
Secteur social	CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) / Accueil de jour / Boutique solidarité / Etc.
Usagers/familles	GEM (groupe d'entraide mutuelle : entre pairs) / Etc.

Sur les territoires de santé Ouest et Sud sont aussi référencés les acteurs, ils sont sensiblement les mêmes, vous les retrouverez, de manière plus détaillée, en annexe 5.

- B) Le référencement des acteurs sur le territoire : un outil insuffisant pour assurer des parcours sans rupture

Le référentiel évoqué précédemment a le mérite d'exister et facilitera certainement la connaissance des uns par rapports aux autres.

Savoir identifier ses partenaires éventuels est essentiel, néanmoins cette identification n'est que la première pierre d'un édifice complexe à mettre en œuvre : des réponses de proximité aux situations des personnes que nous accompagnons en synergie avec les autres acteurs intervenant dans le parcours de ces personnes.

Il en résulte que, les acteurs du territoire sont identifiés, classés, catégorisés, ... cloisonnés, en fonction de leur secteur d'activité, cependant, force est de constater que, d'un point de vue opérationnel, la coopération entre ces divers acteurs n'est pas effective et coordonnée. Par conséquent, elle n'est pas efficiente lorsqu'elle existe.

2.3 Une population sur le chemin « tumultueux » de la vie

Le public en situation de handicap psychique traverse des épreuves pouvant les amener à être hospitalisé, à perdre leur emploi ou leur logement, à passer d'une institution à une autre, à retourner dans leur milieu ordinaire de vie, à être accompagné par des professionnels de divers champs, par leurs pairs, etc. Que de situations de rupture ou à risques de rupture, dont je viens de vous faire part.

Afin de les éviter il est nécessaire de veiller à ce que les étapes de leur vie s'enchaînent sans discontinuité et je vais oser de façon harmonieuse. Clairement, il est impératif que leur parcours soit le plus fluide possible.

Avant de vous évoquer les différentes notions de parcours (2.3.3.), je tiens à vous préciser les caractéristiques des personnes accompagnées au sein du Pôle Handicap Psychique de l'ALEFPA (2.3.2.) et à vous présenter la population de façon générale (2.3.1.).

2.3.1 La population en situation de handicap psychique en général

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), « 1 Français sur 5 sera touché par des troubles psychiques en 2020. (Les situations de handicap psychique) se distinguent des situations dites, dans le langage courant, de « handicap mental », et sont relatives aux conséquences de troubles psychiques sévères et persistants. Les capacités intellectuelles sont ainsi en général préservées, les soins doivent être réguliers et conséquents, et les manifestations des troubles sont caractérisées par leur variabilité, qui nécessite un ajustement constant »¹²⁸.

Afin de répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap psychique, le Président de La République¹²⁹, lors de la conférence nationale du handicap¹³⁰, a annoncé sept axes stratégiques :

- Déployer et accompagner le parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique ;
- Prévenir et réduire les situations de non recours initiales ou après ruptures de parcours ;
- Accompagner les personnes vers et dans le logement ;
- Favoriser l'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire de travail ;
- Impulser une démarche pour changer les représentations sociales du handicap psychique ;
- Prendre en compte la spécificité du handicap psychique dans la mise en œuvre des politiques de santé mentale ;
- Faire évoluer les pratiques des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social.

A La Réunion, suite à une étude récente de l'ARS O.I.¹³¹ de juin 2016, il en résulte que les maladies d'origine psychiques représentent plus de 30% des problèmes de santé

¹²⁸ Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016.

¹²⁹ François Hollande.

¹³⁰ 19 mai 2016.

¹³¹ In Extenso.

déclarés par les réunionnais, comme nous le montre le graphique annexé à cette présentation¹³².

De plus, dans son rapport de 2015, la MDPH¹³³ de La Réunion nous indique que « les déficiences psychiques concernent 33% des personnes »¹³⁴.

Vous trouverez également, en annexe 7, des données, de 2014, relatives à la santé mentale des réunionnais dans le rapport de l'ORS¹³⁵ Océan indien d'avril 2016. Il en ressort qu'en 2014, sur les réunionnais interrogés :

- « - la détresse psychologique au cours du dernier mois a concerné près d'un quart des Réunionnais ;
- l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois a concerné près de 10% des Réunionnais ;
- les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont concerné 5% des Réunionnais ;
- les tentatives de suicide au cours de la vie ont concerné moins de 10% des Réunionnais (moins de 1% concernés par les tentatives au cours de l'année) ;
- la consommation de psychotropes au cours de la vie a concerné plus d'un quart des Réunionnais ; 7% en ce qui concerne la consommation au cours des 12 derniers mois ».

Selon l'ANESM, dans sa RBPP¹³⁶ de mai 2016 :

- « - Les troubles des personnes sont souvent variables, intermittents et évolutifs. Ils n'empêchent pas le rétablissement et la diminution des symptômes. Par ailleurs, les personnes peuvent avoir des compétences réelles pour certaines activités et des difficultés majeures dans d'autres ;
- Elles ont besoin d'un suivi médical régulier ;
- Les personnes n'ont pas de déficience intellectuelle. Des troubles cognitifs (mémorisation, anticipation, organisation du temps et de l'espace, etc.) sont souvent associés, de façon temporaire ou permanente ;
- Elles sont victimes de stigmatisation et de rejet ;
- L'isolement et la rupture du lien social sont fréquents ;
- La vulnérabilité est à prendre en compte, surtout lors de situations difficiles de la vie, même lorsque les troubles sont stabilisés ;
- Les personnes peuvent être dans l'incapacité de demander de l'aide, la « non-demande ». Les causes de l'absence de demande pouvant être liée à des facteurs personnels ou

¹³² Cf. annexe 6.

¹³³ Maison départementale des personnes handicapées.

¹³⁴ Page 9 du rapport d'activité 2015 COMEX (commission exécutive) MDPH.

¹³⁵ Observatoire régional de la santé.

¹³⁶ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, mai 2016.

environnementaux (par exemple, inadéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé) ;

- Le caractère invisible des troubles implique que les difficultés sont parfois sous estimées ;
- L'acceptation des troubles et des difficultés qui en découlent est parfois difficile pour la personne et/ou son environnement ;
- Les personnes présentent des difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales ;
- Elles peuvent avoir des difficultés « à faire », à initier l'action ;
- Elles peuvent avoir un rapport altéré à la réalité ».

2.3.2 Les personnes au sein du Pôle Handicap Psychique

Je vous propose, tout d'abord, une étude de la population que nous accueillons et/ou accompagnons (A) et par la suite de préciser les flux de cette même population au sein du pôle (B) et enfin de l'accompagnement qui leur est proposé en fonction de leur situation de handicap psychique (C).

A) La population : leurs caractéristiques

a) *L'âge et le sexe ...*

- ... de la population accueillie au sein du SAMSAH psy :

En 2016, les tranches des 20 – 30 ans et des 40 – 50 ans sont les plus représentées (ensemble elles représentent 63% de la population). Les hommes y sont les plus représentés (63%).

- ... des résidents de La Résidence du Bocage :

En 2016, la tranche des 40 – 50 ans est la plus importante (43%), vient ensuite la tranche des 30 – 40 ans (29%). Les hommes sont ici, aussi, les plus représentés (76%).

b) *La provenance géographique de la population*

- Public accompagné par le SAMSAH psy :

En 2016, les personnes en situation de handicap psychique accompagnées par le SAMSAH sont du secteur sud de La Réunion. Elles proviennent, pour :

- 47% de Saint-Pierre ;
- 23% du Tampon ;
- 18% de Saint-Louis ;
- 6% de Saint-Joseph :

- 6% de l'Etang-Salé.

- Public accueilli au sein de La Résidence du Bocage :

Les résidents accueillis au sein du foyer viennent, pour l'année 2016, des différentes zones géographiques de La Réunion :

- 48% du territoire nord ;
- 5% du territoire sud ;
- 5% du territoire est ;
- 42% du territoire ouest.

B) Les flux des personnes au sein du pôle

Les flux s'entendent en amont du pôle et d'un dispositif à un autre au sein du pôle également (passage entre le SAMSAH psy et La Résidence du Bocage, et inversement).

- Flux du sanitaire vers le SAMSAH ou la résidence du pôle :

Les personnes que nous accueillons et accompagnons sur le SAMSAH ou le foyer, ont essentiellement eu un parcours au sein du champ sanitaire : en hospitalisation psychiatrique (EPSM¹³⁷ de La Réunion et CHU¹³⁸ Sud de La Réunion, voire en clinique privée¹³⁹).

- Flux du SAMSAH psy vers la résidence :

Il s'avère que les personnes ayant été suivies par le SAMSAH représentent 5 % de la population actuellement accueillie au sein de la résidence.

C) L'accompagnement de la population au sein du pôle

a) *Un accompagnement pluridisciplinaire et individualisé*

Sur le pôle, les personnes en situation de handicap psychique bénéficient, individuellement, de l'accompagnement d'équipes pluridisciplinaires¹⁴⁰.

Qu'il s'agisse de la résidence ou du SAMSAH psy, les professionnels accompagnent les personnes dans la réalisation de leur projet de vie (en institution ou dans le milieu ordinaire), en développant l'autonomie, en favorisant l'accès aux soins et en veillant à la participation effective de ces personnes.

¹³⁷ Etablissement public de santé mentale intervenant sur les zones ouest, nord et est. Un SAMASH dédié au handicap psychique y est adossé, le SAMSAH « ensemb ».

¹³⁸ Centre hospitalier universitaire intervenant sur le sud, s'agissant de la psychiatrie.

¹³⁹ Les Flamboyants 1 et 2 situés dans l'ouest et dans le sud.

¹⁴⁰ Personnel soignant, personnel socio-éducatif et personnel administratif.

b) Une volonté d'accompagner les personnes sans interruption de parcours

La création du pôle handicap psychique vise à fluidifier le parcours des personnes. Le pôle étant une étape dans ce parcours et non une finalité. En effet, la mission principale du SAMSAH et du foyer est de maintenir l'autonomie de ces personnes en situation de handicap psychique ou de les développer, afin qu'elles puissent être maintenues dans leur milieu ordinaire de vie ou y retourner.

La volonté est donc bien d'accompagner les personnes en situation de handicap psychique sans rupture de parcours, cela en tissant des partenariats (milieu ordinaire ou milieu spécialisé) afin que des relais se fassent assurant ainsi une continuité de l'accompagnement ou de la prise en charge du public en situation de handicap psychique.

2.3.3 De la notion de parcours de soins à la notion de parcours de vie

Dans le but de mieux appréhender l'évolution de la prise en compte globale de la personne, je vais vous expliciter les notions relatives aux parcours des personnes : le parcours de soins (A), le parcours de santé (B) et enfin le parcours de vie (C), car dans son parcours la personne peut se retrouver dans diverses situations : en tant que patiente, actrice de sa santé ou usagers d'une prestation. Et enfin, je vous préciserai la situation de la personne au sein du Pôle Handicap Psychique de l'ALEFPA (D) et j'utiliserai davantage la notion d'itinéraire, car représente plus la situation des personnes, dans le sens où leur chemin ne semble pas tracé à l'avance, ni figé.

A) La notion de parcours de soins

De mon point de vue, cette notion est réductrice, car ne prend en compte qu'une période du parcours de la personne et représente qu'une petite partie du parcours.

En effet, dans ce cas, la personne se retrouve à l'état de patiente, lorsqu'il s'agit de lui apporter des soins médicaux, thérapeutiques spécifiques, en général au cours d'une hospitalisation, en tout état de cause dans le milieu institutionnel spécialisé.

Le parcours de soins se définit de la manière suivante.

- Ce sont les « soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée (USLD) et EHPAD¹⁴¹ »¹⁴² ;
- « L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médicosociales notamment, mais aussi sociales). (...) Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués »¹⁴³.

B) La notion de parcours de santé

J'estime que cette notion est l'intermédiaire entre celle de parcours de soins et celle de parcours de vie. Elle représente donc plus que la notion de parcours de soins, mais ne permet pas tout à fait de prendre en compte la personne dans sa globalité.

La santé apporte tout de même une autre dimension au parcours. En effet, celui-ci, eu égard à la notion de santé à portée plus générale, est beaucoup plus large que le fait d'être cantonné à des soins.

De ce fait, le patient devient acteur de sa santé et participe à la prise en charge ou à l'accompagnement proposé.

Cette notion de parcours de santé peut donc être définie comme résultant de la « délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels.

¹⁴¹ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹⁴² Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. SGMCAS. http://www.google.fr/url?url=http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/PPT/Presentation_parcours.ppt&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQQFjAAahUKEwialdbAhobJAhVFXRQKHwCABEw&usg=AFQjCNHEBhA5YL5_uDnoaPCjAR4LqEHMAA. Consulté le 8 août 2017.

¹⁴³ Haute autorité de santé, questions / réponses, 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf. Consulté le 8 août 2017.

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre «appropriée ou pertinente» des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins »¹⁴⁴.

En complément, la loi de modernisation de notre système de santé dans son article 1^{er}¹⁴⁵, nous énonce que « La politique de santé comprend : (...) 5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ».

C) La notion de parcours de vie

Cette notion prend en considération la personne dans sa globalité, c'est-à-dire non réduite à ses troubles, à sa maladie ou à son handicap.

Elle replace la personne dans son projet de vie, qui ne se réfère pas uniquement au traitement de sa maladie. Par conséquent, la personne décide des actions à mener dans le cadre de son parcours, cela en fonction de la situation dans laquelle elle se trouve : en cours d'emploi, au sein de sa famille, d'un groupe d'amis, exerçant sa citoyenneté, etc. L'environnement dans lequel la personne évolue et avec lequel elle est en interaction tient une place importante.

Ainsi, le parcours de vie représente un système, dont l'ensemble des parties doit être coordonné et qui est composé de processus basés sur les expériences de vie des personnes en situation de handicap psychique.

La CNSA¹⁴⁶ nous apporte la définition suivante du parcours de vie.

La notion de parcours de vie désigne ainsi « l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à

¹⁴⁴ Certification V2014 – Parcours du patient en V2014. Haute autorité de santé (HAS), 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014. Consulté le 8 août 2017. La HAS estime que le développement des parcours est un enjeu pour le système de santé français et qu'il représente une évolution profonde sur le long terme. Elle contribue ainsi à cette évolution en mettant à disposition des professionnels un ensemble de démarches dans cette perspective.

¹⁴⁵ Article 1^{er} de la Loi modernisation de notre système de santé modifiant article L. 1411-1 du code de la santé publique.

¹⁴⁶ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, rapport de 2012, Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, pp. 31-55.

prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale ».

Afin que vous puissiez mieux visualiser la notion de parcours de vie, je vous propose le schéma qui suit et qui synthétise les parcours détaillés supra.



Source : Secrétariat des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS).

D) Les personnes : quel(s) itinéraire(s) au sein du pôle ?

Force est de constater que les personnes accompagnées au sein du pôle ne se voient pas proposer des itinéraires « à la carte » en fonction de leurs besoins ou attentes, mais bien un itinéraire qui peut être le suivant : entrée/admission au SAMSAH – accompagnement par le SAMSAH – fin de notification/sortie du dispositif. Le schéma s'avère être le même pour La Résidence du Bocage, avec une nuance : possibilité que les personnes soient déjà au sein du pôle, avec un suivi au préalable par le SAMSAH psy et ensuite une orientation vers la résidence.

Cela signifie donc que nous ne donnons pas encore la possibilité à ces personnes de passer d'un dispositif à un autre, car ne fait pas partie de nos pratiques « coutumières ».

Dans ce cas de figure, la notion de parcours et qui plus est de parcours de vie semblent être un non-sens, voire abstraite pour les personnes accompagnées.

Toute la problématique ou plutôt la complexité de mettre en place des parcours de vie sans ruptures se trouve à ce point d'achoppement : proposer un seul itinéraire sans risques de rupture, que nous maîtrisons ; ou proposer plusieurs itinéraires, car les personnes accompagnées sont bien différentes les unes des autres et n'aspirent pas toutes aux mêmes parcours de vie (ou itinéraires), dans ce cas il nous faut prendre des risques et modifier nos pratiques.

Conclusion de la deuxième partie :

Les freins, les contraintes, évoqués supra qui doivent être levés, couplés avec la nécessité de permettre un parcours sans rupture aux personnes que nous accompagnons au sein du Pôle Handicap Psychique, me conduisent effectivement à repenser la manière

dont ce parcours doit se dérouler, notamment lors du passage d'un dispositif à un autre. Le décloisonnement pour induire une continuité de parcours et le rendre fluide est donc de rigueur.

Je pars du principe selon lequel le pôle est destiné à intervenir sur le territoire, pour la population en situation de handicap psychique, et qu'étant composé d'un établissement (foyer de vie La Résidence du Bocage) dans le nord-est et d'un service (SAMSAH psy) dans le sud, il bénéficie d'un positionnement géographique stratégique qui favoriserait l'instauration de partenariats sur l'ensemble du territoire.

En tout état de cause, ces freins ont fait émerger un enjeu crucial pour le pôle, pour les professionnels et pour moi-même, en ma qualité de directrice. Il s'agit de l'accompagnement des personnes dans leur parcours de façon continue.

Cela en optimisant nos dispositifs (internes) et en participant à la fluidification de ces parcours, notamment en mettant en place des relais avec l'extérieur.

3 De la nécessité d'optimiser et de fluidifier les parcours de vie des personnes accompagnées

Le Pôle Handicap Psychique a pour vocation de développer la transversalité (actions, organisations) et de décloisonner des logiques, des approches différentes (éducative, thérapeutique, sociale, gestionnaire, etc.), qui, pour moi, sont complémentaires.

Il m'appartient, en conséquence, de mettre en place une organisation qui conduirait à cette complémentarité ; une articulation des dispositifs qui favoriserait les parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap psychique ; d'instaurer la transversalité dans nos pratiques, etc.

A cet effet, et afin de répondre à la problématique que j'ai posé au départ de cet argumentaire, je vais élaborer, avec mes collaborateurs et les personnes elles-mêmes (car directement concernées par ce projet, puisqu'impactant leur projet de vie en termes de continuité de leurs parcours notamment), un projet destiné à optimiser ce qui est proposé concernant les réponses qui sont apportées aux personnes accompagnées et également à fluidifier leurs parcours au sein du pôle, mais aussi en amont et en aval de celui-ci.

A cette fin, je vous propose donc de vous présenter ce vers quoi nous allons tendre en ce qui concerne le projet à mettre en œuvre en débutant mes développements par l'enjeu stratégique d'adapter le fonctionnement et l'organisation du pôle pour favoriser les parcours de vie de ces personnes (3.1.), puis en rentrant dans le vif du sujet : le côté pratique de ma démarche de projet : un projet opérationnel (3.2.) et finir en vous exposant le processus dans lequel le pôle s'engage dans le cadre de la mise en place de ce projet : la démarche qualité le concernant (3.3.).

3.1 Adapter le fonctionnement et l'organisation du pôle pour favoriser des parcours de vie continus

Qui dit favoriser des parcours continus de vie pour les personnes en situation de handicap psychique, dit optimiser nos réponses, nos dispositifs et fluidifier les trajectoires prises par cette population au sein du pôle et aussi à l'extérieur de celui-ci.

Je tiens à vous exposer les principes sur lesquels reposent les objectifs portant sur l'adaptation de notre fonctionnement et de notre organisation : la notion de logique de parcours (versus logique de filière) et la théorie des organisations et la logique systémique (3.1.1.).

Par la suite, je vous présenterai l'ambition principale du pôle : la mise en place d'une culture « polaire » commune (3.1.2.) et l'ambition complémentaire qui est de coopérer à l'échelle du territoire dans le cadre des parcours (3.1.3.). Ces deux volets sont destinés à favoriser ces parcours en adaptant notre organisation et notre fonctionnement polaires, avec la collaboration et la participation de tous.

3.1.1 Les principes fondateurs de l'adaptation du fonctionnement et de l'organisation du pôle

Il s'agit de la théorie des organisations et de l'approche systémique de MINTZBERG (A) et de la logique de parcours (B) qui fait partie désormais de nos préoccupations majeures, que nous soyons issus du secteur, social, sanitaire, médicosocial, scolaire, de l'insertion professionnelle, etc.

A) La théorie des organisations et l'approche systémique de MINTZBERG

L'organisation actuelle du pôle et son fonctionnement doivent évoluer pour inclure la notion de parcours de vie sans rupture.

MINTZBERG définit l'organisation comme étant un « regroupement d'individus qui, après répartition des tâches, travaillent à un objectif commun, à savoir la production de biens et de services pour la société »¹⁴⁷. Il en ressort que le pôle est une organisation composée de professionnels ayant un but commun : l'intervention auprès d'une population afin d'apporter une réponse, par le biais d'un accompagnement spécifique, à leurs besoins.

L'apport de MINTZBERG est qu'il considère l'organisation en tant que système, cela signifie qu'elle est évolutive, qu'elle ne reste et ne peut rester figée ; et qu'il existe par conséquent des relations/interactions entre les différentes parties qui composent ce système. Cela signifie donc que si cette organisation ne bouge pas, elle meurt.

En effet, selon lui, un système peut se définir de la manière qui suit : « un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée les autres le sont aussi et que par conséquent, tout l'ensemble est transformé »¹⁴⁸.

Par conséquent, en modifiant notre organisation et son mode de fonctionnement, cela impactera nos procédés et nos pratiques, ici, le but est bien de les orienter vers une

¹⁴⁷ Henry Mintzberg, *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisations, 2^{ème} édition, 2004, 704 p.

¹⁴⁸ Module de management et de gestion des ressources humaines (MGRH) dans le cadre du domaine de formation (DF) 2 / 2016-2017 – Institut régional de travail social (IRTS) de La Réunion. Voir aussi : *La systémique sociale* de Lugan (1996).

logique de parcours de vie pour les personnes accompagnées au sein du pôle, pour que leurs parcours soient sans discontinuité.

L'approche systémique permet de mieux appréhender l'organisation, de mieux la comprendre pour pouvoir atteindre un objectif. « D'un point de vue pratique, l'approche systémique est un mode d'investigation consistant à raisonner en priorité sur la finalité de l'objet d'étude (ce qu'on appellera le système) et sur les interactions entre les éléments de ce système, plutôt que sur le contenu de chacun de ces éléments. De préférence à une analyse fine des éléments du système, on va donc essayer de comprendre comment tout cela fonctionne ensemble (ou dysfonctionne...) »¹⁴⁹.

B) La logique de parcours

Il est essentiel que nous dépassions la logique de filière, i.e. une logique de parcours linéaire¹⁵⁰ pour parvenir à la logique de parcours.

En effet, la logique de place doit laisser place à celle de réponses adaptées et apportées au bon moment du parcours par l'acteur adéquat (professionnel du secteur social, médicosocial ou sanitaire, personnel de l'éducation nationale, etc.), sur le territoire de vie de la personne.

La logique de parcours est développée au sein du rapport PIVETEAU notamment (cité supra) et sous-tend la démarche d'une « réponse accompagnée pour tous » de Marie-Sophie DESAULLE¹⁵¹. Peu importe donc l'itinéraire pris ou la route choisie par la personne, nous devons être en mesure de lui proposer une réponse qui, malgré les obstacles sur son parcours, permettra de lui assurer une continuité de ce parcours, continuité ne devant plus se traduire par des créations de place au sein des établissements et services, tous champs confondus. Il nous faut donc rompre avec la logique structurelle, une logique qui consiste à penser en nombre de places en tant que solution (parfois unique) en réponse aux besoins et attentes des personnes.

LOUBAT¹⁵², quant à lui, nous apporte un éclairage sur cette logique, telle qu'elle modifie considérablement nos modes de pensée et de fonctionnement dans notre société :

¹⁴⁹ Daniel Crepin, « L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations », Recherche en soins infirmiers 2007/4 (N° 91), p. 97-105.

¹⁵⁰ Exemple : le parcours linéaire d'un enfant « déficient intellectuel » : il est admis dans un institut médico-pédagogique (IMP), puis intègre un institut médico-professionnel (IMPro) et enfin un établissement et service d'aide par le travail. La question est : ne pouvait-il pas par exemple intégrer une entreprise adaptée ou le milieu ordinaire de travail ?

¹⁵¹ Mission « zéro sans solution : une réponse accompagnée pour tous », diaporama de Marie-Sophie Desaulle, décembre 2016.

¹⁵² Jean-René Loubat, Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médicosociale, Les Cahiers de l'Actif n°446-447 Juillet/Août 2013, pp.1-14.

- « Le parcours entérine une société vue désormais comme un système mobile de rôles et de réseaux » ;
- « Les notions de parcours et de projet de vie rendent caduque la logique institutionnelle d'établissements traditionnels »
- « La fonction de coordinateurs de parcours et de projets est appelée à se développer et à prendre à terme une nouvelle envergure ».

Cette logique de parcours s'inscrit pleinement dans la logique de parcours en santé mentale, schématisée par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et basée sur une rosace au centre de laquelle le parcours de vie est placé et comprenant¹⁵³ :

- L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- Les situations inadéquates ;
- L'accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux ;
- L'accès aux soins somatiques ;
- La prévention et la gestion des situations de crise.

3.1.2 Faire émerger une culture « polaire » commune

Cette culture commune sera amorcée par la mutualisation de nos dispositifs internes au pôle (B), mais auparavant je tiens à revenir sur la notion de culture commune à l'instar de celle développée dans le monde de l'entreprise (A).

A) La notion de culture commune au sein du pôle

En effet, que signifie « culture¹⁵⁴ commune¹⁵⁵ » ? Que représente cette notion dans l'entreprise et au sein du pôle plus particulièrement ?

Voyons, tout d'abord, ce qu'il en est du côté de l'entreprise. RUFFAT appréhende la culture d'entreprise sous huit angles de vue :

- « une vision consensuelle des rapports sociaux internes » ;
- « une image biologique qui souligne la dimension vivante, régulée et autonome de l'entreprise » ;

¹⁵³ Cf. annexe 8.

¹⁵⁴ La culture peut se définir par « un tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société » (Edward Tylor, 1832 – 1917).

¹⁵⁵ Qui appartient à tous, qui concerne tout le monde, à quoi tous ont droit ou part : www.larousse.fr / Relatif au plus grand nombre : www.cnrtl.fr. / Pouvant être rapproché de communauté : État, caractère de ce qui est commun à plusieurs personnes ou identité dans la manière de penser de plusieurs personnes : www.larousse.fr / étymologie : ensemble de personnes : www.cnrtl.fr.

- « la différence, car la culture permet de penser les spécificités de chaque entreprise par rapport aux autres » ;
- « un nouveau levier de pouvoir qui offre au dirigeant une technique rénovée de commandement se substituant aux modalités bureaucratisées et tayloriennes du rapport hiérarchique » ;
- « un frein au changement lorsque la tradition paraît limiter l'innovation. Evaluer la prégnance et la perméabilité de la culture permet alors d'en infléchir l'influence » ;
- Une matrice intériorisée par les individus. Dans une vision plus déterministe, contrôler cette matrice constitue un moyen de maîtriser la variabilité des comportements individuels » ;
- Un moyen de séduction et de production de sens qui améliore l'adhésion des salariés, aux côtés des mécanismes plus classiques ou rationnels de motivation et de contrôle » ;
- Une fonction sociale de l'entreprise où s'expriment d'autres logiques que celles liées à la fonction de production (économique et technique) ».

A la lecture des paragraphes ci-dessus, il en découle que la notion de culture commune au sein d'un pôle médicosocial ayant vocation pour intervenir auprès de personnes en situation de handicap psychique n'est guère différente de celle que nous pouvons retrouver dans l'entreprise.

Effectivement, pour moi, cette culture commune permet incontestablement de rapprocher les Hommes, de mettre en commun des savoirs, des compétences, d'échanger sur nos pratiques, de mieux connaître l'autre, ce qui permet de connaître la sphère d'intervention de chacun et donc nos limites, de partager des espaces communs (optimisation des lieux, espaces de dialogues, etc.) et des outils. Tout ceci, afin d'optimiser et de fluidifier le parcours des personnes au sein du Pôle Handicap Psychique de l'ALEFPA.

B) Mutualiser les dispositifs au sein du pôle : la coopération-efficience¹⁵⁶

La culture commune au sein du pôle handicap psychique est le ciment qui permettra l'articulation entre nos dispositifs et ainsi la continuité de parcours des personnes que nous accompagnons, en mutualisant le SAMSAH psy et La Résidence du Bocage. La coopération-efficience vise à améliorer l'efficacité des organisations à partir d'une mutualisation de moyens. Nous nous retrouvons parfaitement dans ce type de

¹⁵⁶ Terme employé par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans son guide méthodologique sur les coopérations dans le secteur médicosocial (avril 2012) : www.anap.fr. « Ces coopérations peuvent être réduites à la co-utilisation d'une fonction logistique jusqu'à des prises en charge déléguées de tout ou partie de l'activité ».

coopération : l'organisation actuelle du pôle, pour être plus efficiente, demande à ce que les moyens soient mutualisés.

J'ai choisi de développer les apports de cette mutualisation pour les professionnels (a) et aussi pour nos bénéficiaires (b).

a) La mutualisation : un enrichissement pour les professionnels

Cet enrichissement, par le biais de la mutualisation des dispositifs SAMSAH et Foyer de vie, revêt plusieurs aspects positifs pour les professionnels.

En premier lieu, cette mutualisation favorisera les échanges de pratiques professionnelles, le croisement des expériences conduisant à une meilleure compréhension du handicap psychique ; et à une amélioration et adéquation des accompagnements proposés. Le code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que « le travail social contribue à promouvoir, par des approches (...) collectives, le changement social, le développement social et de la cohésion (...) »¹⁵⁷.

En second lieu, elle facilitera la pluridisciplinarité entre les équipes permettant de travailler de manière plus efficiente entre les divers corps professionnels (soignant, social, éducatif, médical, etc.) et de partager des outils « collaboratifs », des outils construits ensemble.

En dernier lieu, elle mènera, via l'interaction entre ces professionnels, à un sentiment d'appartenance au pôle et d'œuvrer pour un but commun : l'intérêt de la personne en situation de handicap psychique.

b) La mutualisation : les bénéfices pour les personnes en situation de handicap psychique au sein du pôle

Cette mutualisation représente un bénéfice considérable pour les personnes accompagnées au sein du Pôle Handicap Psychique. Elle permet de répondre en partie à leur volonté de bénéficier d'un parcours sans rupture.

En effet, les personnes bénéficiaires ne seront pas impactées lors du passage d'une structure à une autre, car l'articulation entre les deux dispositifs entrainera une fluidité de celui-ci.

De plus, elles pourront partager des moments entre elles, entre pairs, au sein du pôle, voire à l'extérieur, notamment avec les personnes accompagnées par le SAMSAH

¹⁵⁷ Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social et article D. 142-1-1 du CASF.

psy (milieu ordinaire). Ceci promeut l'inclusion sociale des personnes et le développement des liens sociaux.

Finalement, ces personnes représenteront une ressource pour les unes et les autres, en raison des expériences partagées et d'une confiance qui se sera instaurée entre elles.

3.1.3 La coopération-parcours¹⁵⁸ territorialisée

Il s'agit du volet complémentaire à la mutualisation évoquée ci-dessus conduisant à mettre en place la fluidité des parcours de vie des personnes pour lesquelles nous intervenons via les dispositifs SAMSAH et Foyer de vie.

Effectivement, les parcours pour être continus doivent être envisagés concomitamment en amont et en aval du pôle et aussi pendant la période où les personnes y sont accompagnées, cela sur l'ensemble du territoire de La Réunion.

Cela signifie, donc, pour le pôle que je dirige, que nous devons voir plus loin qu'en interne, porter notre regard sur l'environnement extérieur est essentiel.

L'ANAP nous explique que les coopérations-parcours « visent à répondre à l'évolution des besoins des usagers liée notamment à l'allongement de l'espérance de vie et en meilleure santé, l'accroissement des maladies chroniques et des polyopathologies et à l'exigence du citoyen fragile, qu'il soit handicapé ou âgé, de vivre au maximum de son autonomie et hors de l'institution. Ce type de coopération se traduit généralement par une implication d'acteurs médico-sociaux et sanitaires, voire sociaux, professionnels de l'habitat, de l'éducation, de l'insertion... »¹⁵⁹.

Il m'apparaît donc nécessaire de participer à la coopération sur le territoire avec les autres acteurs (de la santé mentale, les associations d'usagers, du milieu ordinaire, etc.), que je qualifierai, par conséquent, de partenaires « potentiels » et également d'en développer en fonction des besoins et attentes des personnes en situation de handicap psychique, propres à éviter des situations de rupture.

Il m'importe, par conséquent, de développer l'enjeu stratégique tenant à la mutualisation et à la coopération à l'échelle du territoire au sein d'un projet opérationnel pour le pôle.

¹⁵⁸ Terme employé par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans son guide méthodologique sur les coopérations dans le secteur médicosocial (avril 2012) : www.anap.fr.

¹⁵⁹ Ibidem.

3.2 Un projet de pôle opérationnel

Le fait de repenser le Pôle Handicap Psychique entraîne indubitablement des actions concrètes à mettre en œuvre. Je tâcherai alors de vous exposer le processus d'élaboration de ce projet opérationnel par la réalisation au préalable d'un diagnostic (3.2.1.), la mise en place d'une équipe projet (3.2.2.), avant de vous en expliciter les objectifs opérationnels visant, d'une part, la mutualisation des dispositifs du pôle (3.2.3.) et d'autre part, la coopération à l'échelle du territoire (3.2.4.).

3.2.1 La phase de diagnostic : l'étape préalable au projet

La phase de diagnostic représente une étape primordiale avant la mise en œuvre d'un projet et par là-même des actions qui vont en découler.

Cette phase a consisté en l'élaboration d'un outil de diagnostic (A) permettant de procéder à l'évaluation de nos pratiques internes et ensuite à mettre en place ledit diagnostic : le déroulement (B).

A) L'élaboration d'un outil de diagnostic

La référence de base de cet outil est la RBPP de l'ANESM sur les spécificités du handicap psychique dans l'accompagnement de la population adulte. Elle représente une véritable ressource pour les professionnels du pôle.

D'un point de vue purement pratique, il a été question de s'inspirer de cette recommandation, pour construire un référentiel interne, en l'adaptant à nos dispositifs (par exemple les thèmes concernant les ESAT n'ont pas été pris en compte lors de l'évaluation) et en y appliquant un système de cotation :

- A pour atteint
- B pour partiellement atteint
- C pour non atteint
- D pour non concerné.

De plus, en fonction des thèmes à investiguer des binômes ont été constitués pour réaliser les évaluations des pratiques de leurs collègues ou collaborateurs, suivant un calendrier d'entretiens fixés à l'avance et la diffusion de cet outil aux professionnels et personnes participants à cette évaluation, à ce diagnostic.

B) Le déroulement de la phase de diagnostic

Ce diagnostic s'est déroulé en deux temps.

Le premier concernait la communication (en interne) sur le début de cette évaluation. La communication était destinée aux professionnels et aux bénéficiaires.

Elle s'est faite en réunion de service pour les professionnels, avec en complément un courriel explicatif à l'ensemble des professionnels de la démarche accompagné de l'outil de diagnostic.

Cette communication était également destinée aux bénéficiaires. Le choix s'est, ici, porté sur la diffusion d'un courrier explicatif et l'organisation d'entretiens collectifs ou individuels, afin de préciser la démarche et aussi pour les rassurer sur le déroulé de cette évaluation, en mentionnant qu'il s'agissait surtout pour eux de pouvoir s'exprimer.

Le second temps, était lui consacré à la planification des entretiens avec les professionnels et aux modalités de participation des bénéficiaires à ce diagnostic.

A donc été élaboré un calendrier d'entretiens prenant en compte les temps d'absences programmées des professionnels, en donnant aussi la possibilité aux professionnels travaillant la nuit et/ou les jours fériés d'y participer.

Concernant la participation effective des bénéficiaires se trouvant soit à la résidence, soit accompagnées par le SAMSAH, nous nous sommes attelés à mentionner à l'ordre du jour des groupes/espaces d'expressions¹⁶⁰ sur les deux dispositifs le point relatif à l'évaluation en cours et ainsi à recueillir leurs avis, propositions, etc.

3.2.2 Un projet porté par l'équipe, projet représentatif du pôle

Avant de vous exposer la composition de l'équipe projet et ses modalités de fonctionnement (B), je tiens à vous définir ce que représente la notion de projet pour les personnes du pôle (professionnels et personnes accompagnées) (A).

A) Le projet : quelle définition pour le pôle ?

Dans notre secteur, le terme « projet » est très souvent employé : projet personnalisé, projet individualisé, projet de pôle, projet de vie, projet pédagogique, projet thérapeutique, projet éducatif, projet associatif, projet d'établissement ou de service, appel à projet, etc.

En conséquent, il est important de savoir ce que nous mettons derrière ce terme « projet », car il est évident que si nous ne sommes pas d'accord sur la définition de celui-

¹⁶⁰ Se réunissant deux fois par mois. Cette fréquence a été choisie pour favoriser le dialogue entre les bénéficiaires et avec les professionnels. Elle permet de revenir plus rapidement sur des points laissés en suspend lors des réunions précédentes ou d'aborder des points plus d'actualité.

ci, il nous sera compliqué de travailler ensemble sur un projet commun et ainsi se l'approprier.

D'un point de vue étymologique, le mot projet vient de « projicio »¹⁶¹ signifiant « lancer devant soi », « jeter en avant ».

Cela évoque donc un mouvement en avant, une dynamique vers le futur, un but à atteindre.

Le fait de se projeter implique nécessairement des actions tenant à réaliser le but ou les objectifs posés.

Nous sommes, par conséquent, unanimes sur ce que représente la notion de projet, pour nous au sein du pôle. Il s'agit de la fixation de résultats à atteindre (en anticipant) et des actions à entreprendre pour y arriver (le côté opérationnel du projet).

Le projet en tant que tel est susceptible d'évoluer, en fonction du chemin parcouru, il nous demande donc d'être en capacité d'évoluer, de nous remettre en question, de réinterroger les actions du projet, etc.

A ce stade, en ma qualité de directrice je m'interroge sur le pilotage stratégique de ce projet. Découle une question primordiale que ce soit pour les professionnels ou les personnes accompagnées : quel positionnement adopter ?

En ce qui concerne le projet actuel, je me situe à deux niveaux : le premier est stratégique¹⁶² et le second opérationnel¹⁶³ en raison de la taille du pôle et de l'effectif qui le compose.

B) L'équipe projet : composition et modalités de fonctionnement

Cette équipe se situe au niveau opérationnel¹⁶⁴, entre le niveau stratégique¹⁶⁵ et le niveau d'exécution¹⁶⁶.

Cette équipe projet est composée de professionnels issus de l'instance de direction intitulée Codir¹⁶⁷ (comité de direction) et de professionnels ayant déjà un rôle

¹⁶¹ www.dicolatin.com. / ANESM, Repères concernant la notion de projet, 2009.

¹⁶² Ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue d'atteindre un but précis / ensemble des choix d'objectifs et de moyens qui orientent à moyen et long terme les activités d'une organisation, d'un groupe : www.cnrtl.fr / Art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but : www.larousse.fr.

¹⁶³ Qui est propre à la réalisation d'une opération; qui, après études et mises au point, est suffisamment éprouvé pour être apte à atteindre l'objectif recherché : www.cnrtl.fr.

¹⁶⁴ Va répondre à une commande de la direction.

¹⁶⁵ Consiste à fédérer, repérer les freins, communiquer.

¹⁶⁶ Intervention des partenaires (extérieur) et des ressources internes, ils contribuent au projet, les équipes sont impliquées dans le projet.

¹⁶⁷ Différencier les étapes, anticiper, valider auprès des institutions représentatives du personnel (IRP) et auprès des instances de dialogue avec les usagers et leurs familles (espace d'expression, espace de dialogue, conseil de la vie sociale).

transversal au sein du pôle, de part leurs missions sur la qualité, les soins ou l'encadrement de proximité et aussi représentant les catégories professionnelles du pôle.

Cette équipe est ainsi composée :

- Directrice : cheffe de projet¹⁶⁸ ;
- Chef de service : en transversal sur le SAMSAH psy et le Foyer de vie « La Résidence du Bocage » ;
- Infirmière coordinatrice des soins : mission relative à la prise en charge soignante et à la continuité des soins, en transversal sur le pôle ;
- Educatrice spécialisée : référente qualité du pôle ;
- Psychologue.

L'équipe projet a pour but de répondre à la commande du Codir, qui pilote le projet au niveau stratégique, par conséquent, cette équipe va mettre en œuvre le projet via une feuille de route élaborée par le Codir et lui rendre compte de l'état d'avancée du projet.

A ce niveau, en ma qualité de cheffe de projet, mon rôle est de définir la temporalité des actions à mettre en place ou à initier, d'établir les fiches de poste ou de fonction « transversales », de corriger les « dérives » et les écarts par rapport à la feuille de route de départ pour arriver au résultat escompté.

J'effectuerai, par conséquent, un va-et-vient constant entre les objectifs fixés et la faisabilité sur le terrain (prise en compte de la réalité du terrain), afin de faire en sorte que les actions soient en concordance avec ce qui est possible de faire, en donnant du sens à ces dernières.

Nous avons mis en place un retro-planning, de type diagramme de Gantt¹⁶⁹, visant le suivi des étapes de ce projet, que vous retrouvez en annexe 10.

3.2.3 Les objectifs opérationnels relatifs à la mutualisation des dispositifs : vers une culture « polaire » commune

Au préalable, l'équipe projet a été missionnée pour réaliser un diagnostic sur la base de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « spécificités de

¹⁶⁸ Cf. Les qualités des responsables de groupe projet en action sociale : sortir des évidences de Daniel Gacoin : <http://danielgacoin.blogs.com/>, consulté le 11/07/2017. Pour lui, il s'agit de la conduite de projets en tant que nécessité (avec ses représentations, ses méthodes et ses malentendus) ; de promouvoir un positionnement ouvert avec des modèles qui sont à adapter ; des responsables de groupes projets qui sont nommés sur des qualités effectives et des compétences identifiées. Voir également : Christophe Baret et al., Elaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médicosociales : acteurs, savoirs, outils. Journal de gestion et d'économie médicales 2014/7 (vol.32), pp. 427-429.

¹⁶⁹ Permet de représenter visuellement l'état d'avancement des différentes activités qui constituent un projet. C'est un outil de gestion de projet, qui nous a permis de communiquer plus facilement sur les avancées de nos actions et aussi de donner des informations tenant à la réalisation dans le temps de ces actions.

l'accompagnement des adultes handicapés psychiques »¹⁷⁰ de l'ANESM. J'ai, en effet, considéré qu'il nous était nécessaire qu'un état des lieux de nos pratiques soit établi pour que nous puissions par la suite travailler ensemble sur l'amélioration de celles-ci. Je vous présenterai donc les résultats de ce diagnostic sur les deux dispositifs du pôle (A), avant de vous exposer les mesures à entreprendre pour que la mutualisation soit effective et efficiente (B), notamment en mettant en place des actions dont le but est d'améliorer nos pratiques professionnelles communes.

A) Les résultats du diagnostic de nos pratiques professionnelles

L'évaluation interne de nos pratiques¹⁷¹, avec pour référence la recommandation de l'ANESM citée ci-dessus, a abouti sur les résultats que je vais vous présenter brièvement ci-après.

Ces résultats concernent, dans un premier temps, nos points forts (a) et dans un second temps, nos points à améliorer (b).

a) *Nos forces*

Je tiens à vous mentionner nos points forts, sur lesquels nous pourrions nous appuyer, en termes de ressources pour l'ensemble des professionnels.

Au sein du tableau suivant sont distinguées les forces de la résidence, celles du SAMSAH et celles qui sont communes aux deux dispositifs.

<u>Forces du SAMSAH psy</u>	<u>Forces de la résidence</u>	<u>Forces communes</u>
Reconnaissance des capacités d'autodétermination des personnes	Reconnaissance des capacités d'autodétermination des personnes	Reconnaissance des capacités d'autodétermination des personnes
Lutte contre l'isolement relationnel, soutien et développement des habiletés sociales		
Accompagnement autour de la vie familiale et affective		
Accompagnement des personnes dans leurs droits à la défense et leur réinsertion		

¹⁷⁰ Mai 2016.

¹⁷¹ Voir annexes 9a et 9b.

<u>Forces du SAMSAH psy</u>	<u>Forces de la résidence</u>	<u>Forces communes</u>
Faciliter l'accès à l'habitat adapté et prévenir les ruptures		
Co-construire la capacité d'agir avec les personnes	Co-construire la capacité d'agir avec les personnes	Co-construire la capacité d'agir avec les personnes
Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et les professionnels non spécialisés	Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et les professionnels non spécialisés	Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et les professionnels non spécialisés
Favoriser la mobilité et le déplacement des personnes	Favoriser la mobilité et le déplacement des personnes	Favoriser la mobilité et le déplacement des personnes
Permettre l'accès aux ressources financières		
Co-construire avec les personnes leur projet d'emploi, faciliter le maintien dans l'emploi et éviter les ruptures		
Faciliter la reconnaissance sociale	Faciliter la reconnaissance sociale	Faciliter la reconnaissance sociale
Traiter et répondre aux non demandes		
Accompagner à la prise de traitements psychotropes		
Garantir l'accès et la continuité des soins	Garantir l'accès et la continuité des soins	Garantir l'accès et la continuité des soins
Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique		
Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement		
Repérer, prévenir et gérer les « crises » et les hospitalisations et améliorer leur prise en charge pendant l'hospitalisation		
Assurer la continuité pendant et à la sortie de l'hospitalisation		
	Prendre en compte les conduites addictives	

Il apparaît dans ce tableau que le SAMSAH psy possède un nombre important de points forts, notamment car ce dispositif est antérieur au dispositif du Foyer de vie, ce qui a permis au SAMSAH d'améliorer ses pratiques au fil des années et en fonction des expériences vécues.

Il convient donc de nous appuyer sur les expériences et compétences du SAMSAH pour développer celles du Foyer de vie et également d'initier des actions communes concernant nos points forts « communs », mais aussi d'échanger sur ces points forts afin d'enrichir l'un et l'autre des dispositifs.

b) Des points « communs » à améliorer

Je vais vous détailler dans le tableau ci-après les points à améliorer des deux structures du pôle et les points faibles qu'elles ont en commun.

<u>Points à améliorer du SAMSAH psy</u>	<u>Points à améliorer du Foyer de vie</u>	<u>Points « communs » à améliorer</u>
Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes	Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes	Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes
	Lutte contre l'isolement relationnel, soutien et développement des habiletés sociales	
	Accompagnement autour de la vie familiale et affective	
	Faciliter l'accès à l'habitat adapté et prévenir les ruptures	
	Accompagner à la prise de traitements psychotropes	
	Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique	
	Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement	
Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire	Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire	Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire

Dans le tableau ci-dessus, il s'avère que les points d'amélioration concernent davantage la résidence, en raison de ce que j'ai déjà évoqué dans la partie précédente. Il

sera question ici de développer des compétences en commun afin d'améliorer nos pratiques.

- B) Des actions « communes » à engager sur le pôle pour une mutualisation efficiente

Compte tenu des résultats du diagnostic, j'ai choisi de regrouper les actions à entreprendre par thème et de distinguer des actions à destination de l'une ou l'autre des structures en s'appuyant sur la structure ressource adéquate (a) ; de celles qui sont à réaliser pour les deux structures (b).

- a) *Des actions à mener en appui de la structure ressource idoine du pôle : apprendre de l'expérience de l'autre*

Mon objectif, ici, est de créer une synergie, une articulation entre ces deux dispositifs, de mettre en place une équipe¹⁷² du Pôle Handicap Psychique qui intervient sur l'un et l'autre des dispositifs.

Afin d'atteindre cet objectif, j'ai décidé de :

- Instaurer un espace d'expression, de dialogue et d'échange « commun » au SAMSAH psy et à La Résidence du Bocage :

Dans ce cadre et compte tenu de la contrainte géographique mentionnée dans la deuxième partie, il a été nécessaire de réfléchir sur le moyen le plus adapté permettant le fonctionnement de cette espace destiné à faciliter la rencontre entre les professionnels, en tout état de cause aboutissant à lever les barrières existantes et favorisant ainsi la communication entre eux.

Par conséquent, le choix d'une connexion sécurisée¹⁷³ est le plus judicieux pour réaliser entre ces professionnels des visioconférences en tant que support de rencontre, de leurs échanges, pour développer le travail en collaboration.

- Développer la transversalité entre les deux structures et l'interdisciplinarité des pratiques des professionnels :

L'équipe projet étant déjà construite sur le principe de la transversalité, il est donc propice à la mise en place de cette transversalité à l'échelle du pôle. Cette équipe devra,

¹⁷² Selon la HAS une équipe « conjugue ses actions afin de fournir le bon soin et service, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel », cette définition peut également être utilisée dans notre secteur : www.has-sante.fr, consulté le 10/07/2017.

¹⁷³ Par le biais du réseau R2S (réseau régional santé social) porté la le groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens TESIS Réunion-Mayotte, relatif à la e-santé : www.ocean-indien.ars.sante.fr et www.thesis.re (consultés le 19/08/2017). L'ALEFPA est adhérente à ce GCS.

par conséquent, décliner auprès des équipes cette tendance à travailler de concert entre professionnels d'horizons différents autour d'un sujet central, d'une préoccupation majeure : l'intérêt des bénéficiaires que nous accompagnons (apporter une assistance quand cela s'avère nécessaire, laisser toute sa place à la personne, c'est-à-dire participer avec elle à son projet de vie et non l'inverse, éviter les ruptures de parcours).

Schématiquement, il s'agit de recouper des connaissances, des compétences de professionnels de disciplines variées afin de résoudre une situation, voire proposer des accompagnements différents bénéficiant aux personnes en situation de handicap psychique.

A mon sens, introduire la transversalité au sein du pôle signifie introduire de la souplesse, de la flexibilité dans nos organisations, il m'appartient donc d'adopter un management qui donnera toute sa place et tout son sens à celle-ci. J'opte donc pour un management participatif¹⁷⁴, qui favorisera la gestion par projets et le consensus.

Cette transversalité nous permettra également d'être plus réactifs, notamment en raison de l'évolutivité des situations de handicap psychique et cette capacité à réagir et à nous adapter sera nécessaire pour pouvoir apporter la réponse la plus adéquate aux personnes accompagnées, au bon moment.

De plus, concernant l'interdisciplinarité¹⁷⁵ entre les équipes des deux structures, je considère qu'il est important de mentionner cette notion, bien que le pôle soit doté d'équipes pluri professionnelles et pluridisciplinaires. En effet, il me faut insister sur la réalité du terrain, ainsi malgré le fait que les bénéficiaires soient accompagnés par des professionnels de disciplines différentes (éducatif, médical, social, soin, etc.), cela n'est pas une évidence qu'il y ait du lien entre ces différentes disciplines et encore moins entre les différents professionnels. De ce fait, l'interaction entre les différentes disciplines et les professionnels n'est pas toujours efficiente.

Je m'attache donc, en l'espèce, à développer cette culture de l'interdisciplinarité, i.e. entre les disciplines et les professionnels qui les exercent. Pour se faire, j'estime qu'il est opportun de mettre en place, en lien avec le chef de service du pôle et les professionnels concernés, des sessions d'immersion dans l'une et l'autre des structures du pôle, afin que chacun puissent se rendre compte du travail de l'autre et du fonctionnement et de l'organisation de l'autre dispositif.

¹⁷⁴ Voir la grille d'Hersey et Blanchard sur les différents styles de management. Voir également : Pascal Charpentier, Les formes du management, la gestion du changement dans les organisations, Comprendre le management, Cahiers français n°321, pp. 29-36.

¹⁷⁵ Voir Lucien Sfez, Interdisciplinarité et communication, Cahiers internationaux de sociologie, 2001/2 (n°111), pp. 341-349 ; et Yves Lenoir, L'interdisciplinarité : aperçu historique de la genèse d'un concept, Cahiers de la recherche en éducation, vol. 2, n°2, 1995, pp. 227-265.

- Elaborer un plan de formation en interne :

Il sera proposé un plan de formation interne, à court terme (2 ans), notamment établi en fonction des forces et des points d'amélioration (développés précédemment) de l'une et l'autre des structures, avec la nomination de référents-formateurs en fonction de la thématique de la formation à mettre en place. L'objectif est de faire en sorte que les professionnels soient au même niveau de connaissance et de compétence sur l'un ou l'autre des dispositifs, afin que le professionnel soit assuré dans sa pratique et que l'accompagnement proposé aux personnes en situation de handicap psychique soit de même qualité sur l'ensemble pôle et durant son parcours au sein de ce dernier.

b) Des actions à destination de l'ensemble

En fonction des points « communs » à améliorer, je considère que la collaboration entre les équipes dans l'optique d'un intérêt commun, c'est-à-dire améliorer les pratiques professionnelles au sein du pôle pour un meilleur accompagnement, est le point central qui va guider les actions qui seront réalisées pour aboutir à une qualité de service rendu à l'utilisateur, à une qualité de prestation sur l'ensemble du pôle. L'intérêt partagé par les professionnels fait lien, donne du sens à nos actions, il crée de la cohésion, il permet de tendre vers un même but.

Ayant participé à des séances de co-développement en comité de direction (directeurs, directeurs adjoints et chefs de service), j'ai pris la décision de rapporter cette démarche, ce concept au sein du pôle avec les équipes.

En effet, le co-développement consiste à se nourrir des expériences de l'ensemble des membres qui y participent pour apporter des solutions, des points de vue, sur un cas en particulier. Cette technique de co-développement est basée sur l'intelligence de tous les membres, l'intelligence collective. En effet, « seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »¹⁷⁶. C'est cette idée d'aller plus loin qui m'anime. Nous devons nous dépasser, dépasser nos différences, dépasser nos représentations du travail de l'autre, pour transformer nos pratiques, pour élaborer des approches nouvelles dans nos accompagnements et dans nos méthodes de travail, en ne perdant pas de vue qu'il est question de les améliorer.

Le co-développement se réalise en six étapes¹⁷⁷ :

1^{ère} étape : exposé d'un cas : problématique, situation, projet ;

¹⁷⁶ Proverbe africain.

¹⁷⁷ www.afcodev.com et www.aqcp.org, consultés le 19/08/2017.

2^{ème} étape : clarification de la problématique, du projet ou de la situation évoquée : questions des membres du groupe de co-développement pour recueillir plus d'information ;

3^{ème} étape : contrat sur le type de consultation : pourquoi j'ai choisi de vous présenter ce cas ;

4^{ème} étape : réactions, commentaires, suggestions pratiques des membres du groupe de co-développement ;

5^{ème} étape : synthèse et plan d'action(s) retenues ;

6^{ème} étape : conclusion : évaluation et intégration des apprentissages par chacun des membres.

A, par conséquent, été mis en place des sessions de co-développement à l'échelle du pôle, à raison d'une séance mensuelle, portant sur des cas choisis par les professionnels.

Ensuite, dans l'optique d'améliorer nos pratiques et notamment dans le cadre du public spécifique que nous accueillons/accompagnons, j'ai estimé important de favoriser au sein du pôle l'émergence de compétences¹⁷⁸ collectives visant à prendre en considération la personne dans sa globalité et non plus qu'à la loupe de sa pratique, de sa profession, de sa discipline.

A cette fin, la création de groupes de travail sur des thématiques telles que la réhabilitation psychosociale¹⁷⁹ : le processus de rétablissement, l'empowerment, la participation effective en tant que citoyen, la co-responsabilité du parcours, etc., induira la compétence collective.

A cela, s'ajoute la mise en place de formations communes à l'échelle du pôle, destinées à créer du lien, de la cohésion, un esprit de culture commune, une culture du pôle qui est commune à chacun. Ces formations seront déclinées au sein du plan de formation et pourront être reconduites au besoin. Au préalable, les besoins en formation commune seront recensés par le chef de service et transmis par la suite à la direction.

L'ensemble des actions décrites ci-dessus ont vocation à instituer une culture commune au sein du pôle, néanmoins la mutualisation de nos dispositifs ne suffit pas à fluidifier et optimiser les parcours de vie des personnes. En effet, il me faut aller au-delà et

¹⁷⁸ Voir Jacques Ladsous, Vers une compétence collective, Vie sociale 2010/1 (n°1), pp. 171-175.

¹⁷⁹ Selon Anthony (1993), il s'agit de « vivre sa vie au-delà de la maladie » : « un processus profondément personnel et singulier de changement d'attitudes, de valeurs, de ressentis, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une manière de mener une vie satisfaisante, utile et sous le signe de l'optimisme, même avec les limites imposées par la maladie. Le rétablissement veut dire donner, peu à peu, un nouveau sens et un nouveau but à sa vie à mesure qu'on dépasse les effets désastreux de la maladie psychique », Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement, inclusion sociale, empowerment, Toulouse, Erès, 2012, 341 p.

m'intéresser à mettre en œuvre des actions d'une autre envergure, à l'échelle de notre territoire d'intervention.

3.2.4 Les objectifs opérationnels tenant à la mise en œuvre d'une coopération-parcours sur le territoire

Afin de développer mon argumentaire relatif à la coopération-parcours territorialisée, je me permets de vous citer l'un des enjeux étudié par l'ANESM : « la coordination intégrant l'ensemble des acteurs et des secteurs : pour répondre aux besoins de la personne, l'établissement possède certaines ressources et compétences en interne. Toutefois, certains besoins de la personne nécessitent de faire appel à des partenaires extérieurs exerçant sur le territoire. Pour assurer un accompagnement (parcours de vie) et construire un projet personnalisé de qualité, une coordination, une cohérence et une continuité sont à rechercher avec l'ensemble des acteurs, aussi bien en interne qu'avec ceux du territoire (du même secteur et de secteurs différents) »¹⁸⁰.

Cette coopération-parcours sera effective et opérante, à la condition de mettre en place les objectifs qui vont suivre :

- S'appuyer sur la logique de coordination, en tant qu'outil pour arriver à la logique d'intégration :

En effet, le pendant de la coopération entre des acteurs du territoire est la coordination¹⁸¹, qui demande de rechercher la cohérence des interventions entre ces acteurs et les accompagnements et/ou prises en charge proposés. Brièvement, il s'agit de savoir qui fait quoi, quand, comment, à destination de qui, il y a une délimitation des sphères d'intervention de chacun des acteurs sur le territoire.

A l'heure d'aujourd'hui, en tant qu'acteurs sur le territoire auprès d'une population donnée, nous sommes tous unanimes pour affirmer que la recherche d'une coordination sur le territoire n'est pas suffisante, c'est une première étape indispensable pour que nous puissions coopérer, cependant, cette coordination doit davantage se tourner vers un processus définissant les modalités dont les équipes, les professionnels, les dispositifs doivent s'imbriquer les uns dans les autres, se compléter, « se traverser », cela tout en veillant à garantir aux personnes une continuité de leurs parcours de vie, en choisissant leurs itinéraires.

¹⁸⁰ ANESM, lettre de cadrage « Pratiques de coopération et de coordination du parcours » des personnes handicapées, 2016.

¹⁸¹ Marcel Jaeger, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, Vie sociale 2010/1 (n°1), pp. 13-23.

En fonction de ce que je viens de vous exposer, la démarche que j'ai décidé d'entreprendre afin de mettre en place cette coopération-parcours avec nos partenaires¹⁸² du territoire est la démarche d'intégration. Mon but est de tisser des partenariats pour créer des alliances avec nos partenaires-acteurs à l'échelle du territoire, en faveur des personnes en situation de handicap psychique, en réponse à la globalité des besoins de ces personnes et en utilisant les ressources disponibles pour compléter nos dispositifs ou les améliorer.

La notion d'intégration est évoquée par la CNSA de la manière suivante : « l'intégration des services : un système d'actions et d'acteurs pour la continuité des parcours et une qualité de réponses d'accompagnement »¹⁸³. Cette définition, est à mon avis, succincte et claire. Je me dois donc employer cette méthode pour construire des partenariats sur le territoire d'intervention du pôle.

Par conséquent, c'est une méthode de travail à appliquer lors de toute coopération, qui incite à travailler collectivement à l'atteinte d'un but commun, en respectant l'identité de chaque acteur et de chaque structure.

Il s'agira de créer des conditions favorables d'intégration, en tant que processus et non pas à un moment donné pour résoudre une situation complexe en coopérant ponctuellement.

En tant qu'intervenants dans le parcours des personnes, nous sommes dépendant les uns des autres, car les besoins des personnes sont pluriels, variés, évolutifs. Il est donc nécessaire de créer des espaces d'échanges communs, de développer des règles communes, qui visent à fluidifier les parcours de ces personnes.

Il existe donc un lien d'interdépendance qui nous invite à travailler collectivement pour apporter une réponse globale aux besoins de la personne accompagnée, puisqu'aucun de nous ne détient la clé permettant d'apporter toutes les réponses nécessaires au projet de vie de la personne et lui assurant un parcours de vie sans ruptures. Les acteurs sont co-responsables de ce parcours avec la personne concernée et s'adaptent aux besoins de celle-ci.

La logique est en effet tout autre, car elle a une visée de résolution d'une problématique collective et non pas de répondre au cas par cas à des situations

¹⁸² J'utilise ici le terme de partenaire, car le plus approprié lorsque nous voulons instaurer une véritable coopération sur le territoire et donc développer un partenariat.

¹⁸³ www.cnsa.fr, diaporama sur les situations de handicap rare : le reflet du besoin d'innovation dans l'organisation sociale et médicosociale, l'enjeu des coopérations entre acteurs, consulté le 19/07/2017 / selon Contandriopoulos (2000) et Ackerman (1992), la notion d'intégration est la « façon par laquelle les sociétés développées espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé, entre autres fragmentations des soins, utilisation inadéquate de compétences, accès inéquitable à certains services ».

problématiques. Elle permet aux acteurs de capitaliser sur la ou les solutions développées ou proposées.

La CNSA distingue la coordination de l'intégration selon le tableau qui va suivre¹⁸⁴.

<u>Coordination (simple/réciproque)</u> Moyen d'animation de la complexité	<u>Intégration</u> Moyen de réduction de la complexité
Conjoncturelle	Structurelle
Centrée sur une problématique individuelle	Centrée sur une problématique collective
Volontariat « informel » / opportune	Formalisée / standardisée et systématisée
Autonomie des partenaires	Interdépendance forte
Activité d'animation, de renforcement de liens	Centrée sur la cohérence du système
Registre clinique	Registres clinique et fonctionnel
Basée sur les relations « interpersonnelles »	Fondée sur la concertation
Culture de la prise en charge individuelle, responsabilité de chacun	Culture de la prise en charge collective, en co-responsabilité
Information et dialogue interprofessionnels	Système d'information partagé
Empirisme, invention de solution ad hoc / absence ou peu d'évaluation	Capitalise la résolution d'un problème, modélise et évalue les résultats
Logique concurrentielle	Logique de coopération

- En ma qualité de directrice du Pôle Handicap Psychique, être force de propositions dans les instances partenariales du territoire :

Sur le territoire réunionnais, suite à la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, se dessine actuellement un paysage de coopérations diverses et variées entre les différents acteurs et dans des champs distincts.

Effectivement, le groupement hospitalier du territoire (GHT) Océan indien est entrain de se mettre en place et il est prévu dans son projet médico-soignant partagé¹⁸⁵ de « développer la coordination des parcours patient en santé mentale, entre les différentes structures sanitaires et médico-sociales dans le cadre d'une communauté psychiatrique de territoire, en cohérence avec le projet territorial de santé mentale. Il m'appartiendra en conséquence de participer, en ma qualité de directrice, aux travaux relatifs à cette coordination¹⁸⁶.

¹⁸⁴ Ibidem.

¹⁸⁵ Version de juin 2017.

¹⁸⁶ Voir Marcel Jaeger, L'articulation du sanitaire et du social, 3ème édition, Paris, Dunod, 2012, 201 p.

Enfin, compte tenu de la qualité de membre de la communauté territoriale de santé mentale¹⁸⁷ (CTSM) 974¹⁸⁸ de l'ALEFPA, j'aurai l'opportunité de faire part de propositions destinées à promouvoir des parcours de vies sans rupture pour la population accompagnée par le pôle sur le territoire et également d'apporter l'expertise du pôle dans l'accompagnement médicosocial de cette population.

Cette CTSM a pour mission de promouvoir la santé mentale, et d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans toutes ses dimensions¹⁸⁹.

L'ensemble des travaux entrepris dans ce cadre devra se concrétiser par l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale¹⁹⁰ (PTSM). A cette occasion, j'évoquerai les pistes de réflexions devant être menées à l'échelle du territoire et avec l'ensemble des partenaires :

- Le case management pour un accompagnement global en santé mental et un suivi coordonné/intégré : « vise à favoriser pour l'usager un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat »¹⁹¹. Le case management permet de renforcer les « compétences professionnelles afin d'apprécier, selon une

¹⁸⁷ Cf. annexe 12 : accompagnement ANAP : portage du PTSM par le CTSM 974 (version de juin 2017).

¹⁸⁸ Signature de la convention constitutive le 26 juin 2017. Sont signataires : les établissements de santé autorisés en psychiatrie, publics (Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion et Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion) et privés (groupe Les Flamboyants) / les associations gestionnaires de structures sociales ou médico-sociales suivants : Association laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie (ALEFPA), Fondation Père Favron, Association Saint François d'Assises (ASFA), Association Frédéric Levavasseur (AFL), Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH), Réseau Santé Addictions Outre-Mer (réseau « SAOME » Association Nationale en Alcoologie et Addictologie (ANPAA Océan Indien), Association Réseau Oté / les représentations des professionnels de santé de ville : Union Régionale des Médecins Libéraux OI (URML OI), Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers Océan Indien (URPS Infirmiers), Association TIP@santé / associations de représentants des usagers et/ou de familles d'usagers de la santé mentale suivants : Union Nationale des Familles et Amis des Personnes Malades et/ou Handicapés Psychiques (UNAFAM 974).

¹⁸⁹ La promotion et la prévention, l'accompagnement au plus près du lieu de vie (inclusion sociale, logement, emploi, vie sociale...), l'amélioration de l'état de santé et le rétablissement (le repérage précoce des troubles, le parcours de santé et de vie sans rupture, l'amélioration de l'accès aux soins somatiques...), la veille du respect des droits et la lutte contre la stigmatisation.

¹⁹⁰ Voir : ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, Méthodes et outils pour les territoires, décembre 2016 / le décret relatif au PTSM est paru le 9 août 2017 : « A travers ces priorités, c'est bien le suivi global – sanitaire, social et médico-social – de la personne dans son milieu de vie ordinaire qui est favorisé. Pour ce faire, le décret encourage l'organisation partenariale et coordonnée des acteurs intervenant dans les parcours de soins et de vie. Il décrit les éléments sur lesquels devront porter les diagnostics partagés précédant l'élaboration des projets territoriaux, dont la durée est fixée à 5 ans » : <http://solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 18/08/2017.

¹⁹¹ Cécile Petitqueux-Glaser et al., Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?, Vie sociale 2010/1 (n°1), pp. 109-128.

approche évaluative, le niveau d'intervention requis auprès de l'utilisateur et les ressources à mobiliser et à coordonner afin d'obtenir les services. Cela implique la participation active de la personne et de son entourage, à tous les niveaux d'intervention »¹⁹².

- La possibilité d'orienter nos approches quant au handicap psychique vers une éducation thérapeutique de la personne¹⁹³ : réfléchir à la possibilité d'accompagner les personnes avec des troubles psychiques, en utilisant l'outil « ETP » (éducation thérapeutique du patient) comme pour le traitement d'une pathologie chronique et pouvant, par ce biais, bénéficier d'un accompagnement via des programmes d'éducation thérapeutique faisant appel à un ensemble de partenaires-acteurs pouvant intervenir dans le cadre du parcours de vie de ces personnes.
- La réflexion sur les appariements de coordination thérapeutique pour les personnes handicap psychique comme partie intégrante du rétablissement : ils ne sont pas à considérer en tant qu'alternative à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation, mais comme une étape de parcours vers le rétablissement. La question que nous devons nous poser est de savoir comment allons-nous nous articuler en prenant en considération ce dispositif ?
- La mise en place de formation avec et pour les partenaires (au sens large) du territoire pour renforcer nos liens et créer de la cohésion, pour aboutir à une compétence collective en matière de santé mentale en général et de handicap psychique en particulier.
- La réflexion à la mise en œuvre d'outils de dé-stigmatisation¹⁹⁴, avec la participation des bénéficiaires.

¹⁹² Ibidem.

¹⁹³ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a confié à la HAS une mission d'évaluation des programmes d'ETP. Plusieurs dispositifs développés par la HAS permettent d'améliorer la qualité de l'éducation thérapeutique. www.has-sante.fr, consulté le 16/09/2017.

¹⁹⁴ Par exemple dans le domaine de l'emploi : les personnes en situation de handicap psychique subissent une discrimination de trois « manières différentes : statistique, organisationnelle et dans les représentations du handicap », selon Claire Leroy-Hatala : <http://www.fiphfp.fr>, consulté le 12/09/2017. En effet, nous ne possédons pas de données sur le pourcentage de personnes en situation de handicap psychique ayant un emploi ou non ; le cadre du travail ainsi que les relations de travail sont normalisés ; et les représentations de la société de ces personnes dans le monde du travail sont à changer.

3.3 Un projet de pôle basé sur le processus d'amélioration continue de la qualité

Un projet n'est viable que si nous sommes en capacité de le re-questionner, de l'adapter à mesure que nous avançons, afin qu'il corresponde à la réalité du terrain et réponde aux besoins des personnes accompagnées au sein des dispositifs existant sur le pôle.

L'évaluation de la qualité de nos actions, de nos prestations de service et dispositifs, n'est pas une démarche coutumière à notre secteur. Néanmoins, nous nous la sommes appropriées au fil des années.

Je tiens à vous présenter ce qui anime l'évaluation de notre projet : la recherche de l'efficacité (3.3.1.) de ce dernier ; par la suite il me semble important d'évoquer la manière dont je pilote la démarche qualité (3.3.2.) dans le cadre d'un tel projet et enfin je vous détaillerai les indicateurs d'évaluation visant la performance (3.3.3.).

3.3.1 L'efficacité : l'évaluation en tant que principe directeur

Au préalable, il convient de revenir sur l'histoire et la définition de cette démarche d'évaluation (A), avant de vous énoncer la quête vers l'efficacité du pôle par le biais de ce projet et ainsi faire émerger une culture de la qualité au sein du pôle (B).

A) L'évaluation : une histoire récente dans notre secteur et sa définition

L'étymologie du mot évaluation signifie « déterminer la valeur »¹⁹⁵. Selon la circulaire de 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médicosociaux¹⁹⁶, l'évaluation est un « procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité ».

D'un point de vue historique, l'évaluation en tant que démarche dans le cadre de la politique de qualité, a été introduite par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médicosociale. Elle est venue introduire l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les

¹⁹⁵ www.cnrtl.fr.

¹⁹⁶ Circulaire n°DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux ».

Le législateur a donc voulu faire de l'évaluation un moyen de réponse à un enjeu crucial : l'amélioration continue de la qualité dans notre secteur.

Dans ce contexte, il devient primordial, pour les directions de s'accoutumer et de s'approprier une telle démarche évaluative de nos dispositifs, de nos pratiques, etc., dans le but « ultime » de réussir pleinement à répondre aux besoins et attentes de la population pour laquelle nous intervenons.

Effectivement, « la mise en place d'une démarche évaluative constitue un facteur appréciable de la pertinence ou non des réponses institutionnelles »¹⁹⁷ et elle « doit répondre à une nécessité interne (...) de pouvoir relire, réexaminer son travail pour en apprécier les effets ».

B) Une quête de l'efficience : vers une culture de la qualité au sein du pôle

Bien évidemment, lorsqu'un projet est en cours d'élaboration et de développement, voire d'aboutissement, chacune des étapes de ce dernier doit être mesurée, évaluée : est-ce les résultats attendus ? Quels sont les écarts ? Quelles mesures correctives apportées ? Y a-t-il adhésion ? Etc.

Je considère que la qualité ne tombe pas sous le sens, elle n'est pas évidente, je suis convaincue que c'est un but à atteindre en mettant en œuvre une évaluation qui est choisie, comprise, acceptée par l'ensemble. Elle doit être envisagée comme l'aboutissement de nos efforts communs conduisant à un résultat évalué, selon des critères posés au départ, de qualité, satisfaisant tant pour les usagers et leurs familles que pour les professionnels.

Je compte m'emparer de cette démarche pour faire en sorte que nous réussissions à instaurer une culture de la qualité au sein du pôle, qui participera aussi à l'édification d'une culture polaire commune, telle que développée supra.

En effet, le fait de tendre vers l'efficience nous mènera ou nous amènera à cette culture de la qualité.

¹⁹⁷ Olivier Filhol, La démarche qualité : cette douce tyrannie de la transparence, in Xavier Gallut et al., La démarche qualité dans le champ médicosocial, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, 2010, pp. 21-45.

« Il s'agit aussi d'annoncer et d'assumer une identité institutionnelle, qui doit être le reflet de l'engagement (évolutif) passé et présent des professionnels et d'une prise en compte rigoureuse des attentes des usagers »¹⁹⁸.

3.3.2 Le pilotage de la démarche qualité

Le pilotage¹⁹⁹ de la démarche qualité s'est réalisé dans le continuum de l'équipe projet, car le projet se doit d'être évalué.

Un comité de pilotage (Copil) de la qualité a, par conséquent, été créé afin d'évaluer le projet pendant sa mise en œuvre.

Je me suis inspirée du schéma du modèle théorique de l'évaluation sociale et médicosociale²⁰⁰, afin de piloter cette démarche qualité au sein du pôle et dans le cadre de ce projet visant à fluidifier et optimiser les parcours de vie des personnes que nous accompagnons. En effet, certaines parties de la théorie peuvent être transposées à la démarche d'évaluation de ce projet.

Le Copil qualité est composé d'une partie des membres de l'équipe projet et de nouveaux membres, à savoir :

- Directrice ;
- Référente qualité du pôle ;
- Des professionnels et des personnes accompagnées référents de thème (formation commune, transversalité, rétablissement, coopération, etc.).

Les attributions du Copil qualité, et par là même mon rôle, sont de manière générale, le suivi du déroulement de la démarche et des actions. Le Copil aura pour mission²⁰¹ de veiller à :

- L'établissement et la coordination des plans d'actions ;
- Apporter son expertise lors de la mise en œuvre de ces plans d'actions ;
- La conception des actions de communication ;
- La formation des professionnels concernés ;
- Suivre l'état d'avancée des actions
- Réaliser des bilans intermédiaires et des bilans.

¹⁹⁸ Guillaume Scalabre, La démarche qualité : entre enjeux d'appropriation et risques d'instrumentalisation, in Xavier Gallut et al., La démarche qualité dans le champ médicosocial, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, 2010, pp. 63-77.

¹⁹⁹ Action de diriger, art de guider, action de conduire : www.larousse.fr, consulté le 20 août 2017.

²⁰⁰ Francis Alfoldi, Savoir évaluer en action sociale et médicosociale, Paris, Dunod, 2006, p. 6-7 / démarche spécifique, construction du processus d'évaluation, jugement de l'évaluation et production des indicateurs d'évaluation.

²⁰¹ Fascicule « Piloter la qualité », DIRE, 14 p. : www.fonction-publique.gouv.fr, consulté le 20 août 2017.

En tout état de cause, il s'agira d'observer l'évolution dans une temporalité fixée lors de la mise en œuvre du projet ; de mesurer les actions entreprises afin d'améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et d'objectiver ce qui aura été constaté par le Copil qualité, cela en élaborant un tableau de bord de suivi des actions, avec des critères d'évaluation, des indicateurs qualité mesurant la pertinence et la performance de nos actions.

3.3.3 La performance : l'évaluation via des indicateurs

La recherche de performance de nos actions passe par la mise en place d'indicateurs qualité destinés à l'évaluation, à la mesure de l'atteinte de tel ou tel objectif. La problématique de départ se positionnait à deux niveaux complémentaires entre eux : en interne (B) et en externe (C). Néanmoins, avant de vous exposer ces indicateurs qualité, je tiens à évoquer la notion d'éthique (A), car j'estime qu'il ne faut pas la perdre de vue, puisque l'éthique donne tout son sens à notre démarche.

C'est pour cette raison que j'ai entrepris de créer, avec l'équipe projet et le Copil qualité, des indicateurs propres à ces deux niveaux. Je vous précise, par ailleurs, que ces derniers sont inclus dans le tableau de bord de suivi des actions du projet (annexe 11).

A) Qualité et performance : quelle place pour l'éthique ?

La notion d'éthique²⁰² est très importante, car en tant que professionnels, nous avons une éthique qui nous guide dans nos pratiques au quotidien. La performance ne doit donc pas se faire au détriment de cette éthique, car ce serait se perdre sur le chemin menant à la qualité de nos prestations.

Il doit, par conséquent, y avoir un équilibre entre performance et éthique, il nous faut donc trouver cet équilibre.

Pour moi, l'éthique représente un ensemble de valeurs, de principes, propres à chaque personne, à chaque professionnel. En effet, dans les actions envisagées quelle est ma limite ? Quelle est le degré d'acceptation possible ? Quelle pratique me semble incorrecte, mauvaise, ne pas correspondre à mes valeurs ? Etc.

Dans ce cadre, il s'agit de faire coïncider la performance dans les actions avec le niveau d'acceptation de l'ensemble de façon objective. Il est question de repérer le point qui nous fera basculer dans une démarche qui ne fait plus sens pour nous.

²⁰² Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un : www.larousse.fr, consulté le 20 août 2017 / voir : Michel Brioul, Mission qualité : entre éthique et morale ?, in Xavier Gallut et al., La démarche qualité dans le champ médicosocial, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, 2010, pp. 47-62.

B) Les indicateurs qualité ayant vocation à évaluer les actions liées à la mutualisation des dispositifs SAMSAH et Foyer de vie

Afin d'évaluer ce projet, l'équipe projet et les membres du Copil ont choisi de suivre les indicateurs d'évaluation suivants, colligés dans un tableau synthétique.

Action	Indicateur
Instaurer un espace d'expression, de dialogue et d'échange « commun » au SAMSAH psy et à La Résidence du Bocage	<ul style="list-style-type: none"> - Installation effective d'une connexion sécurisée - Nombre de connexion utilisée - Nombre de professionnels ayant bénéficié de cette connexion
Développer la transversalité et l'interdisciplinarité par le biais de l'immersion	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de jours d'immersion programmés dans l'année - Nombre de jour d'immersion effectuée - Nombre total de professionnel ayant bénéficié de jours d'immersion - Nombre de professionnel ayant bénéficié de jours d'immersion par catégorie
Elaborer un plan de formation en interne	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels concernés par la formation interne (recueil de leurs besoins) - Plan de formation interne formalisé - Nombre de formations programmées sur l'année
Instituer la méthode de co-développement	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances de co-développement programmées sur l'année - Nombre de séances réalisées - Nombre de professionnel par séance de co-développement - Nombre de cas total présentés sur l'année - Nombre de cas présentés par séance
Créer des groupes de travail sur des thématiques communes intéressant l'ensemble des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions des groupes de travail - Nombre de thèmes abordés sur l'année - Nombre de participants à chaque réunion du groupe de travail - Bilan des réunions des groupes de travail
Action	Indicateur
Mettre en place des formations communes	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations communes réalisées sur l'année - Nombre total de professionnels ayant bénéficié d'actions de formation commune sur l'année - Nombre de professionnels par action de formation

C) Les indicateurs qualité visant à mesurer l'atteinte des objectifs relatifs à la coopération-parcours sur le territoire

A l'image de ce que j'ai développé dans la partie précédente, je vais vous présenter les indicateurs qualité ayant pour but de mesurer, d'évaluer la mise en place d'une coopération-parcours territorialisée.

Action	Indicateur
Coopérer avec les partenaires du territoire via la méthode de l'intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre total de réunion avec les partenaires du territoire pour apporter une réponse à une situation complexe collective - Nombre de situation problématique collective « traitée » avec l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours de la personne - Nombre de partenaires ayant participé à des réunions sur des situations problématiques collectives - Bilan des apports de ces réunions (à capitaliser)
Etre force de propositions dans les instances partenariales du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes faisant partie de la file active des partenaires - Nombre de personnes ayant subi une rupture dans son parcours faisant partie de nos files actives - Nombre de réunions prévues du GHT ou du CTSM sur l'année - Nombre de partenaires ayant participé aux réunions de travail du GHT ou du CTSM - Nombre de bénéficiaires ayant participé aux réunions du CTSM - Nombre de sujets de réflexion proposés par la direction du Pôle Handicap Psychique

Conclusion

Les apports de ce travail, dans le cadre d'une démarche de projet, sont multiples et complémentaires.

Tout d'abord, dans le cadre de ma fonction de direction, cela m'a offert l'opportunité de mener un projet d'envergure pour un pôle à l'échelle d'un territoire, car touchant en premier lieu à l'une de nos principales missions : répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap psychique ; et de façon concomitante, accompagner les professionnels à et dans l'adaptation de leurs pratiques visant l'adéquation de nos prestations avec les besoins de ces personnes.

Ensuite, dans la sphère managériale, j'ai pu constater que le management par projet a été le vecteur permettant une collaboration effective et efficiente entre les professionnels, avec les bénéficiaires et avec moi également. Ce management a, en effet, conduit à une co-construction d'un projet entre bénéficiaires et professionnels et cela a aussi abouti à l'affirmation de réelles compétences, savoir-faire et savoir-être dans le secteur du handicap psychique, auprès de nos partenaires extérieurs.

Enfin, je tiens à revenir sur la notion d'itinéraire, que je préfère employer en lieu et place de parcours lorsque je m'adresse aux bénéficiaires et aux professionnels. Effectivement, j'estime que la notion de parcours (bien que dans l'acceptation commune cette notion s'apparente à un but à atteindre en termes de continuum dans le temps) renvoie davantage à une trajectoire, à un chemin linéaire. A mon sens, une réflexion serait à mener à ce sujet. La question devrait être posée aux personnes concernées : que signifie pour elles la notion de parcours ?²⁰³

Pour revenir à la notion de parcours, que nous utilisons actuellement, je conclurai mes propos sur le fait que le parcours des personnes et notamment leur parcours de vie est au cœur de nos préoccupations passées, actuelles et probablement encore à venir.

Bien que ces préoccupations occupent une place importante dans nos modalités d'accompagnement ou de prise en charge, tout secteur confondu, nous ne devons pas oublier que ces préoccupations sont surtout celles de la personne qui est la seule à être la plus concernée par son parcours. Qu'ils s'agissent de ses soins, de son traitement, de son intégration dans notre société, de son emploi, de son logement, de sa vie familiale, etc.

²⁰³ Par exemple : la notion d'usagers a longtemps été utilisée et maintenant celle-ci semble ne plus correspondre à ce que les « usagers » de nos services veulent pour eux –mêmes. C'est pour cela que nous préférons les nommer bénéficiaires ou personnes accompagnées, je trouve que ces termes laissent plus de place à leur capacité à jouir de leurs droits et de leurs devoirs, car ils renvoient, selon moi, au fait que ces personnes font bien partie du système.

Par conséquent, qui mieux que cette personne pourra être en capacité de faire en sorte que celui-ci, même si il est semé d'embûches, de décompensations et d'accalmies, soit le plus stable possible. En tout état de cause, ses références en matière de stabilité doivent être prises en compte.

J'entends par là, que c'est bien la personne en tant qu'actrice et sujet de ce parcours qui saura, en fonction de son appréciation du moment, de son ressenti, nous dire que pour elle cette trajectoire, cet itinéraire, ce chemin, semblent les plus adéquats par rapport à la situation dans laquelle elle se trouve à une période de ce parcours.

Elle saura, effectivement, quel(s) itinéraire(s) prendre pour qu'une rupture de parcours soit évitée.

Il nous appartient donc d'écouter ce que cette personne a à nous dire et a fortiori d'entendre et de comprendre ce qu'elle a à dire et à nous apprendre.

Je finirai ce travail par une citation de Confucius, qui me tient à cœur : « La nature fait les Hommes semblables, la vie les rend différents ».

Bibliographie

OUVRAGES

BRIOUL M., 2010, "Mission qualité : entre éthique et morale ?" in GALLUT X. et al., *La démarche qualité dans le champ médicosocial*, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, pp. 47-62.

FILHOL O., 2010, "La démarche qualité : cette douce tyrannie de la transparence" in GALLUT X. et al., *La démarche qualité dans le champ médicosocial*, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, pp. 21-45.

FOUCAULT M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, 2ème édition, Gallimard, 587 p.

GREACEN T., JOUET E., 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Erès, 341 p.

JACOB P., 2016, *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Paris, Dunod, 320 p.

JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, 3ème édition, Dunod, 201 p.

MINTZBERG H., 2004, *Le management, voyage au centre des organisations*, 2ème édition, Editions d'Organisations, 704 p.

PRADEL J., 1963, *La condition civile du malade*, t. XXXIX, Bibliothèque de droit privé, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 278 p.

PUFENDORF (von) S., 1741, *Les devoirs de l'homme et du citoyen, Tels qu'ils sont prescrits par la Loi Naturelle*, 6ème édition, tome 2, Londres, chez Jean Nourse, p. 70.

QUETEL Cl., 2012, *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*, 1ère édition, Tallandier, 618 p.

SCALABRE G., 2010, "La démarche qualité : entre enjeux d'appropriation et risques d'instrumentalisation" in GALLUT X. et al., *La démarche qualité dans le champ médicosocial*, Erès, L'éducation spécialisée au quotidien, pp. 63-77.

ARTICLES

BARET Ch. et al., 2014, "Elaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médicosociales : acteurs, savoirs, outils", *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, n°7, pp. 427-429.

BIAREZ S., 2004, "Une politique publique : la santé mentale (1970-2002)", *Revue française d'administration publique*, vol. 111, n°3, pp. 517-531.

BINET A., SIMON Th., 1910, "Définition de l'aliénation", *L'année psychologique*, vol. 17, pp. 301-350.

BINET A., SIMON Th., 1910, "La législation des aliénés", *L'année psychologique*, vol. 17, pp. 351-362.

CALVES A.-E., 2009, "Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement", *Revue Tiers Monde*, vol. 200, n°4, pp. 735-749.

CHAPIREAU F., 2014, "Quel handicap psychique peut-on mesurer?", *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°4, pp. 243-246.

CHAPIREAU F., 2014, "Le handicap psychique : la construction sociale d'un trouble spécifiquement français", *Revue de l'association française de sociologie, Socio-logos* [visité le 11.09.2017], disponible sur Internet : <http://socio-logos.revue.org/2824>.

CHAPPOZ Y., PUPION P.-Ch., 2012, "Le New Public Management", *Gestion et management public*, vol. 1, n°2, pp. 1-3.

CHARPENTIER P., "Les formes du management, la gestion du changement dans les organisations, Comprendre le management", *Cahiers français*, n°321, pp. 29-36.

CREPIN D., 2007, "L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations", *Recherche en soins infirmiers*, vol. 91, n°4, pp. 97-105.

DIDEROT D., "Citoyen", *Encyclopédie*, vol. 3, p. 488.

DUSSART A., septembre 2012, "Le handicap dit 'psychique'", *Bulletin d'informations du CREAI Bourgogne*, n° 328, pp. 5-13.

ELLIOT E., LUCAS-GABRIELLI V., MANGENEY C., juin 2017, "Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français", *Revue Francophone sur la santé et les territoires*, pp. 1-11.

EYRAUD B., VELPRY L., 27 mars 2012, "Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? Des éléments de réponses à partir d'une étude de cas", *Revue de l'association française de sociologie, Socio-logos* [visité le 25.05.2017], disponible sur Internet : <http://socio-logos.revue.org/2651>.

JAEGER M., 2010, "L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs", *Vie sociale*, vol. 1, n°1, pp. 13-23.

JAMET F., 2ème trimestre 2003, "De la classification internationale du handicap à la classification du fonctionnement de la santé et du handicap", *La nouvelle revue de l'AIS*, n°22, pp. 163-171.

LADSOUS J., 2010, "Vers une compétence collective", *Vie sociale*, vol. 1, n°1, pp. 171-175.

LAFARGE F., 2010, "La révision générale des politiques publiques : objet, méthodes et redevabilité", *Revue française d'administration publique*, vol. 136, n°4, pp. 755-774.

- LANDON G., 1995, "Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés", *Déviance et Société*, vol. 19, n°1, pp. 3-21.
- LENOIR Y., 1995, "L'interdisciplinarité : aperçu historique de la genèse d'un concept", *Cahiers de la recherche en éducation*, vol. 2, n°2, pp. 227-265.
- LOUBAT J.-R., juillet-août 2013, "Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médicosociale", *Les Cahiers de l'Actif*, n°446-447, pp. 1-14.
- PAQUET M., 6 septembre 2013, "La France à la recherche d'un modèle de désinstitutionnalisation", *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2823, pp. 24-27.
- PETITQUEUX-GLASER C. et al., 2010, "Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?", *Vie sociale*, vol. 1, n°1, pp. 109-128.
- PRADEL J., avril-juin 1964, "La condition civile du malade", *Revue internationale de droit comparé*, vol. 16, n°2, pp. 458-461.
- PROUTEAU A., KOLECK M., BELIO Ch., DAYRE E., DESTAILLATS J.-M., MERCERON M., MAZAUX J.-M., mars 2014, "Mesurer le handicap psychique : enjeux et méthodes", *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°3, pp. 191-195.
- ROWLANDS J., 1995, "Empowerment examined", *Development in Practice*, n°5, pp. 101-107.
- SALBREUX R., MISES R., 2005, "La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques", *Contraste*, vol. 1, n°22-23, pp. 23-47.
- SFEZ L., 2001, "Interdisciplinarité et communication", *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 111, n°2, pp. 341-349.
- VAN HAEPEREN B., 2012, "Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale wallonne", *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome LI, n°2, pp. 83-99.
- VERMOREL H., VERMOREL M., 2012, "De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens", *L'information psychiatrique*, vol. 88, n°9, pp. 759-770.
- ZYGART S., 2014, "La notion de handicap psychique : continuités, possibilités, dangers", *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°3, pp. 177-181.

RAPPORTS – GUIDES – ETUDES – MISSIONS

- ANAP, guide méthodologique sur les coopérations dans le secteur médicosocial, avril 2012.
- ANAP, mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires, décembre 2016.
- ARS O.I., In extenso, Recours aux soins à La Réunion, juin 2015.

BUR Y., rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, déposé à l'Assemblée nationale le 6 février 2008.

CNSA, guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques, avril 2017.

CNSA, promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, 2012, pp. 31-55.

Conseil de l'Europe, Droits de l'homme : une réalité pour tous, Stratégie du Conseil de l'Europe sur le handicap 2017-2023.

CREAI OI, répertoire territorial de ressources handicap psychique, mars 2016.

DESAULLE M.-S., mission "zéro sans solution : une réponse accompagnée pour tous", diaporama, décembre 2016.

LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, DGOS, octobre 2016.

MDPH La Réunion, rapport d'activité 2015 COMEX.

ORS O.I., La santé mentale des Réunionnais, avril 2016.

PIVETEAU D., rapport "Zéro sans solution" : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap psychique et leurs proches, 2014.

RITTER Ph., rapport sur la création des Agences régionales de santé, janvier 2008.

RECOMMANDATIONS

Lettre de cadrage "Pratiques de coopération et de coordination de parcours" des personnes handicapées, ANESM, 2016.

Livre Blanc des partenaires de santé mentale France, des associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, juin 2001.

Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, 3 février 2010.

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008.

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, mai 2016.

Repères concernant la notion de projet, ANESM, 2009.

LOIS – DECRETS – ARRÊTÉS – CIRCULAIRES – INSTRUCTIONS – CODES

Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé.

Circulaire n°DGCS/SD5C/201/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

Code de la santé publique.

Code de l'action sociale et des familles.

Décret n°2012-127 du 30 janvier 2012 approuvant la charte des droits et devoirs du citoyen français, prévue à l'article 21-24 du code civil.

Décret n°2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social.

Instruction n°DGS/SP4/CGeT/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Instruction n°SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé.

Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

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

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

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

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

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

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

SITES INTERNET

www.afcodev.com

www.anap.fr

www.aqcp.org

www.ars.sante.fr

www.ccah.fr

www.cnrl.fr

www.cnsa.fr

www.danielgacoin.blogs.com

www.dicolatin.com

www.droit.fr/lexique/

www.fiphfp.fr

www.fonction-publique.gouv.fr

www.has-sante.fr

www.insee.fr

www.larousse.fr

www.littre.org

www.ocean-indien.ars.sante.fr

www.socio-logos.revues.org

www.solidarites-sante.gouv.fr

www.thesis.re

www.universalis.fr/encyclopedie/droit-civil/

www.universalis.fr/encyclopedie/maladies-mentales/

www.who.int

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Projet associatif de l'ALEFPA 2011-2016

ANNEXE 2 : Carte de La Réunion avec mention du SAMSAH psy et du Foyer de vie « La Résidence du Bocage »

ANNEXE 3 : Les équipes du Pôle Handicap Psychique

ANNEXE 4 : Les ARS : gouvernance, organisation et domaines d'intervention

ANNEXE 5 : Répartition des acteurs sur les territoires de santé de La Réunion

ANNEXE 6 : Graphique : étude sur les problèmes de santé déclarés par les Réunionnais – ARS O.I.

ANNEXE 7 : Graphiques : étude sur la santé mentale des Réunionnais en 2014 – ORS O.I.

ANNEXE 8 : Rosace « Parcours de vie des personnes » - ANAP

ANNEXE 9a : Résultats et plan d'actions – SAMSAH psy

ANNEXE 9b : Résultats et plan d'action – Foyer de vie « La Résidence du Bocage »

ANNEXE 10 : rétro-planning des étapes du projet (diagramme de Gantt)

ANNEXE 11 : Tableau de bord de suivi des actions avec les indicateurs qualité

ANNEXE 12 : Présentation ANAP : portage du PTSM par le CTSM 974

ANNEXE 1



DES VALEURS DE RÉFÉRENCE, UNE IDENTITÉ FORTE, DES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ACTION

Il importe de faire mention des principales valeurs de référence sur lesquelles l'ALEFPA fonde explicitement sa raison sociale et sa philosophie de l'action qui s'inscrivent dans la continuité de son projet fondateur :

- Le principe fondateur est que chaque personne participe pleinement de **l'Humanité**, valeur universelle, caractère commun à toutes les existences humaines et processus continu de construction du sens de la vie.
- **L'Éducation** est une valeur universelle qui postule le droit pour chaque personne d'accéder aux connaissances, de construire les compétences propres à soutenir son projet de vie et ouvrant à l'exercice de l'autonomie.
- **La Laïcité**, pierre angulaire des valeurs républicaines, est le socle institutionnel indispensable pour garantir l'égalité des droits et des chances à chaque citoyen.
- **La Démocratie** requiert dans la conduite des organisations humaines le concours de chaque citoyen afin d'établir la meilleure régulation possible entre les domaines relevant de l'intérêt général et ceux relevant des intérêts particuliers.
- **La Solidarité** en est la valeur corollaire qui exprime la communauté d'intérêts et d'engagements des citoyens dans la République.

C'est sur ce socle de valeurs que l'ALEFPA a construit une identité forte exprimée dans la Charte de l'Association dite Charte du Cinquantenaire. Reconnue d'utilité publique, au cœur de son action, elle porte au plus haut l'idée que toute personne, quelle que soit sa situation de handicap, détient une aptitude à s'éduquer et a vocation à prendre part à l'appartenance citoyenne et à l'exercice de ses droits.



Cette assise de valeurs et d'orientations inspire à l'ALEFPA le choix des **grands principes directeurs de son action** :

- subordonner la mise en œuvre des prestations à l'exigence de personnalisation ;
- prévoir la continuité dans la chaîne des offres de service ;
- confirmer son rôle d'acteur et d'initiateur auprès des pouvoirs publics ;
- conforter la volonté des pouvoirs publics dans le domaine de la scolarisation des enfants et des jeunes en situation de handicap ou de difficultés sociales et l'accompagner ;
- inscrire l'action dans l'environnement territorial par la coopération, le partage de projets communs, le développement du partenariat, la coordination des services ;
- inciter les familles à s'impliquer davantage dans l'action éducative et thérapeutique ;
- consolider le niveau de professionnalité dans chaque établissement ;
- préserver la capacité d'autonomie de la gestion financière qui passe par une rigueur impérative sur l'atteinte des équilibres des résultats ;
- renforcer la position d'acteur de l'économie sociale et solidaire par un élargissement de l'audience de l'association.

*Toutes ces orientations
sont rendues possibles
par une expérience confirmée
et une haute technicité.*

PROJET ASSOCIATIF 2011 - 2016

Tous les cinq ans, l'ALEFPA procède à l'actualisation de son Projet Associatif afin de déterminer les voies de son développement et de parfaire notamment la qualité des prestations proposées aux personnes en situation de handicap ou en difficulté sociale ou de santé.

Ce chantier répond à la nécessité de dessiner une feuille de route générale pluriannuelle : adossée aux résultats engrangés, elle formule les axes de progrès en matière d'offre de services, de qualité des prestations éducatives, pédagogiques, thérapeutiques et d'accompagnement, de bien-être des usagers, de compétence accrue des personnels salariés.

Ainsi positionné, le Projet Associatif 2011 - 2016 se veut de large résonance. Il a valeur d'engagement pour les membres du Conseil d'Administration et il a vocation à être saisi par l'ensemble des acteurs et interlocuteurs de l'ALEFPA : usagers et leurs familles, professionnels des établissements, personnalités agissant dans les Comités d'Orientation Stratégique, organismes coopérants, etc.

Sa mise en œuvre est assurée par la Direction Générale.

Il poursuit la dynamique de novation et de progrès engagée par le projet 2007/2011.

Il confirme l'émancipation par l'éducation, l'élaboration par chacun de son projet de vie, le sens donné au vivre ensemble, et le renforcement des liens de solidarité.

En ce sens, le Projet Associatif 2011 - 2016 entend contribuer au renforcement du sentiment d'appartenance des uns et des autres à l'ALEFPA, entreprise humaniste de l'économie sociale et solidaire assurant une mission de service public.

Il s'ancre dans les valeurs de l'Association et décline les orientations politiques et les axes stratégiques de son action dans les cinq ans à venir.

RÉSOLUTIONS STRATÉGIQUES

Tenant compte des progrès réalisés après la mise en œuvre du Projet Associatif 2007 - 2011, l'Association adopte de grands objectifs qui dessinent sa stratégie de développement et composent le cœur du Projet Associatif 2011 - 2016 :

Confirmer un positionnement militant dans la continuité du projet associatif ;

Diversifier et personnaliser l'offre de service ;

Clarifier les champs de responsabilités et améliorer la gouvernance associative ;

Viser l'excellence en matière de ressources humaines ;

Consolider la gestion ;

Développer l'ancrage territorial ;

Étendre l'audience ;

Prospecter, développer et innover.

CONFIRMER UN POSITIONNEMENT MILITANT

L'Association renforce son positionnement institutionnel et politique en veillant à :

- Faire valoir la qualité des prestations effectuées et les améliorer par la négociation et la contractualisation de CPOM ;
- Revendiquer la transparence des critères de financement afin d'assurer aux établissements une égalité de traitement à services identiques ;

• Adopter des stratégies territorialisées de développement anticipatrices par rapport aux besoins régionaux et locaux et engager la réflexion sur les adaptations structurelles permettant à l'association de se déployer face aux enjeux à venir ;

• Affirmer la représentativité de l'ALEFPA et proposer la nomination de ses représentants dans les instances consultatives ;

• Développer une action en réseaux avec les organismes dont la raison sociale est proche des valeurs et de la philosophie de notre association ;

• Poursuivre, avec les Comités d'Orientation Stratégiques (COS), les familles, les associations d'usagers et les personnes morales proches, la politique de communication et d'adhésions locales ;

DIVERSIFIER ET PERSONNALISER L'OFFRE DE SERVICE

L'effort des cinq prochaines années se concentrera sur deux orientations distinctes et indissociables :

• Territoire par territoire, l'Association étudiera les opportunités de l'offre de service, ce qui implique de se porter candidat afin de répondre aux besoins de publics nouveaux pour l'Association : autisme, dépendance, traumatisés crâniens, détenus, personnes en situation de handicap vieillissantes, handicaps psychiques, poly-handicaps, précarité sociale tout en prenant place dans des modes d'action encore inexplorés ; besoins qui relèvent de la dépendance et du vieillissement des personnes ;

• L'Association donnera, dans toute action et tout montage, la prévalence à une offre privilégiant des parcours personnalisants et permettant à chaque personne, au-delà des prestations proprement dites, d'élaborer et de conduire son propre projet de vie.

Il est nécessaire de veiller à :

- Compléter la formation en milieu scolaire ordinaire par des aides spécifiques ;
- Proposer des activités internes à l'établissement avec des activités d'organismes externes ;
- Encourager et favoriser la formation en alternance, l'Apprentissage et la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ;
- Renforcer notre engagement sur le champ de l'insertion par l'économique ;
- Promouvoir l'intégration dans les milieux ordinaires de vie et de travail et encourager et favoriser la participation aux activités citoyennes ;
- Promouvoir la participation aux activités culturelles et s'engager dans un processus d'insertion par la culture ;
- Préserver le droit à l'intimité et encourager l'expression des usagers.



CLARIFIER LES CHAMPS DES RESPONSABILITÉS ET AMÉLIORER LA GOUVERNANCE ASSOCIATIVE

Plusieurs priorités à conduire dans les cinq ans à venir dont certaines peuvent conduire à des modifications dans les Statuts et le Règlement Intérieur de l'Association ;

- Clarifier les champs de compétence et l'articulation de la chaîne des responsabilités entre l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration et son Président, le bureau, la Direction Générale et ses services, l'échelon déconcentré du Réseau Territorial de Gestion et d'Administration, et le directeur d'établissement ;
- Engager un audit interne sur la mise en place des Réseaux Territoriaux de Gestion et d'Administration (RTGA), et optimiser la déconcentration gestionnaire ;

• Valoriser la fonction de gouvernance des directeurs d'établissements, démarche qui implique de confirmer la responsabilisation ;

• Du directeur redevable des résultats de son établissement en matière de qualité des prestations effectuées, de gestion budgétaire mais aussi en matière de propositions et de participation à la négociation des nouveaux outils de gestion (CPOM, GCMS /GCMSM) et de leur mise en œuvre ;

• Du personnel salarié qui participe et contribue à l'atteinte des objectifs, aux performances de l'établissement et à l'exécution budgétaire rigoureuse ;

• Instaurer une politique patrimoniale performante en diversifiant les sources de financement et dynamiser la politique de suivi de l'état du patrimoine de l'Association.

PROSPECTER, DÉVELOPPER ET INNOVER

Dans le contexte actuel de bouleversements politiques, économiques, financiers, les axes de progrès doivent s'orienter vers plusieurs directions :

- Concevoir une instance stratégique en charge de conduire les études de projets d'établissements, de création de coopérations et de fusion d'établissements ;
- Installer un organe technique d'« Evaluation - Conseil - Expertise » en charge d'accompagner les évolutions et de se saisir des nouvelles données de service aux publics ;
- Créer une instance en charge de traiter les questions d'éthique soulevées par le respect du droit des personnes ;
- Positionner explicitement l'évaluation des établissements conduite par les administrateurs ;
- Repositionner le rôle du Conseil National Scientifique et Stratégique (CNSS) en tant qu'instance de l'ALEFPA et porteur de contributions scientifiques, de réflexions et d'innovations ;
- Structurer et amplifier la démarche d'ouverture en direction des réseaux et des personnalités positionnées hors du territoire français en Europe et dans la Francophonie.



CONSOLIDER LA GESTION

La nécessité de gérer avec lucidité et réalisme les budgets des établissements et de l'Association conduit à privilégier deux axes principaux de priorité pour les cinq prochains exercices :

- Activer la recherche de financements diversifiés : Collecte de la taxe d'apprentissage, Appel au mécénat et aux dons, et Montage de financements spécifiques sur objectifs
- Renforcer la politique de rigueur notamment dans les domaines suivants :
 - Veiller aux nécessaires équilibres économiques autorisant l'ouverture d'établissements ou imposant de recourir à la fermeture de certains autres ;
 - Etablir des contrats de coopération conditionnés par des critères de fiabilité et d'intérêt financier et de continuité de l'offre de service ;
 - Faire respecter l'obligation de rigueur budgétaire (exercice à déficit zéro) des directeurs et de leur encadrement, ce qui implique entre autres choses une économie d'échelle de coût des activités et une politique d'achat conforme aux procédures de passation des marchés publics.



ÉTENDRE L'AUDIENCE

Il peut se concrétiser par plusieurs voies d'action :

- Accompagner la « montée en puissance » des représentations locales (administrateurs délégués, RTGA, directeurs) dans l'action territoriale et la conduite des dossiers avec les pouvoirs publics, les ARS, les MDPH et CDAPH, etc. ;
- Consolider la fonction consultative des COS relative aux bilans, aux opportunités et aux projets des établissements sans intervention dans leur management et sans se substituer aux administrateurs délégués ;
- Promouvoir les manifestations existantes (ALEFPADES) et en cours de création : festivals culturels et artistiques ;
- Promouvoir le projet culturel national, dimension nouvelle dont l'ambition est d'en faire une spécificité ;
- Constituer une véritable logistique de communication.

DÉVELOPPER L'ANCRAGE TERRITORIAL

En face de cette complexité croissante, plusieurs voies d'action peuvent contribuer à un ancrage territorial favorable :

- Explorer des partenariats institutionnels en vue d'établir différents modes et degrés de « coopération » (contrat de coopération), de préparer la fusion de structures ou de conduire en collaboration le montage d'une manifestation (sport, culture) dans le respect de l'histoire et de l'identité des partenaires ;
- Définir une stratégie d'entente et / ou d'alliance souhaitable avec des organismes nationaux ou des fédérations départementales, etc.

conclusion

« Je ne conçois pas de gouverner la France sans être à l'écoute de son tissu associatif. C'est avec vous et c'est autour de vous que des millions de Français partagent leurs espoirs, leurs blessures, leurs passions. C'est donc avec une grande humilité mais surtout avec une réelle gratitude pour l'engagement qui est le vôtre que je participe à cette conférence », telle est l'introduction du discours du Premier Ministre à la Conférence Nationale de la Vie Associative le 17 décembre 2009.

L'écoute, l'humilité et la gratitude, termes empreints de générosité et de déférence, ne peuvent apaiser les inquiétudes des milieux associatifs de l'économie sociale et solidaire confrontée à la réalité des situations liées d'une part à la mise en œuvre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et de ses corollaires budgétaires, et d'autre part, aux prémices du système néo libéral par l'introduction dans le champ social et médico-social de la mise en place des procédures d'appel à projet ouverts aux opérateurs lucratifs en réponse aux besoins de nos concitoyens les plus démunis.

L'ALEFPA est attachée aux valeurs citoyennes d'égalité, de solidarité, de respect mutuel et de renforcement des liens sociaux.

L'ALEFPA est attachée à la clarté dans l'exercice de la délégation de service public portée par un projet associatif pertinent, des professionnels qualifiés et des militants compétents, actifs et bénévoles. Elle se veut à ce titre un acteur pleinement inscrit dans l'économie sociale et solidaire.

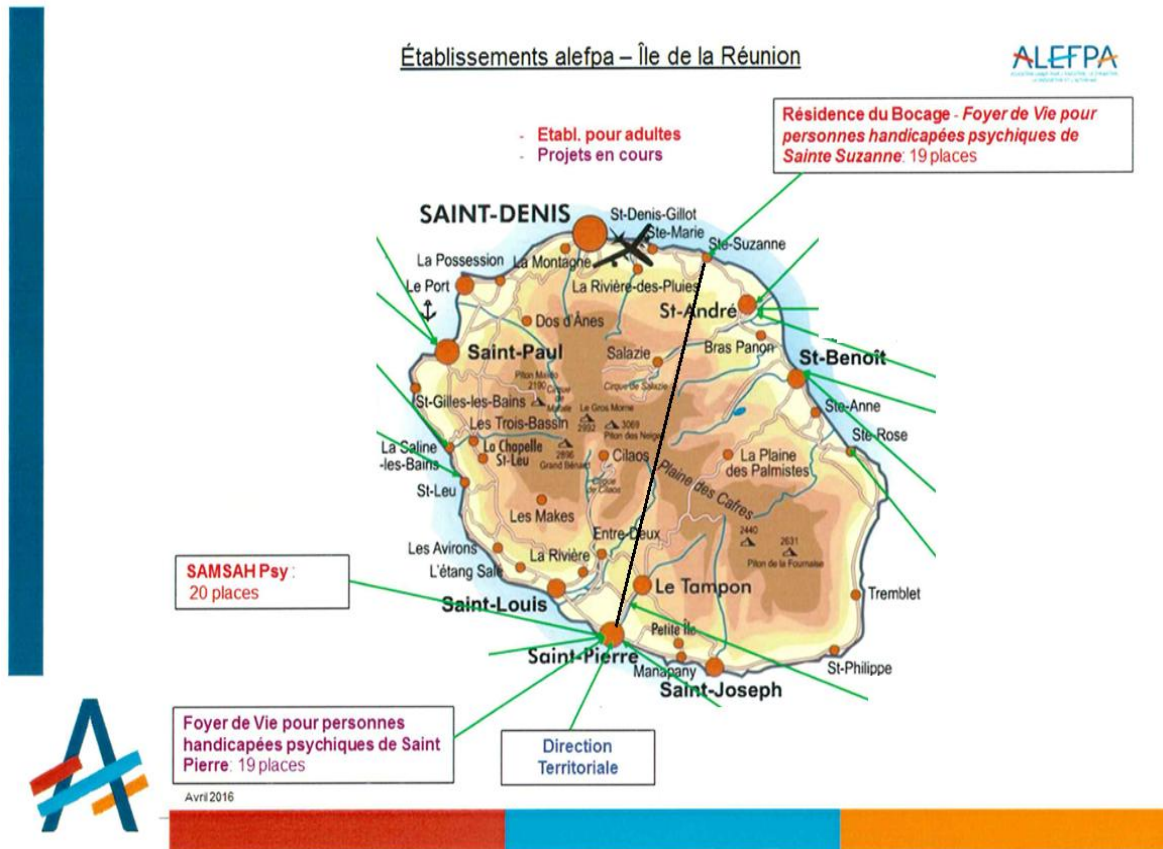
L'ALEFPA se doit d'être le garant d'une politique sociale et médico-sociale reconstruites à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et fondées sur la solidarité intergénérationnelle encadrée et régulée par l'Etat.

C'est cette volonté qu'exprime le présent. **PROJET ASSOCIATIF.**



Centre Vauban - Bâtiment Lille
3994201 Rue Cobert
BP 12-20303 LILLE Cedex
T. 03 28 09 40 / Fax 03 28 38 09 41
contact@alefpa.asso.fr
alefpa.asso.fr

ANNEXE 2



ANNEXE 3

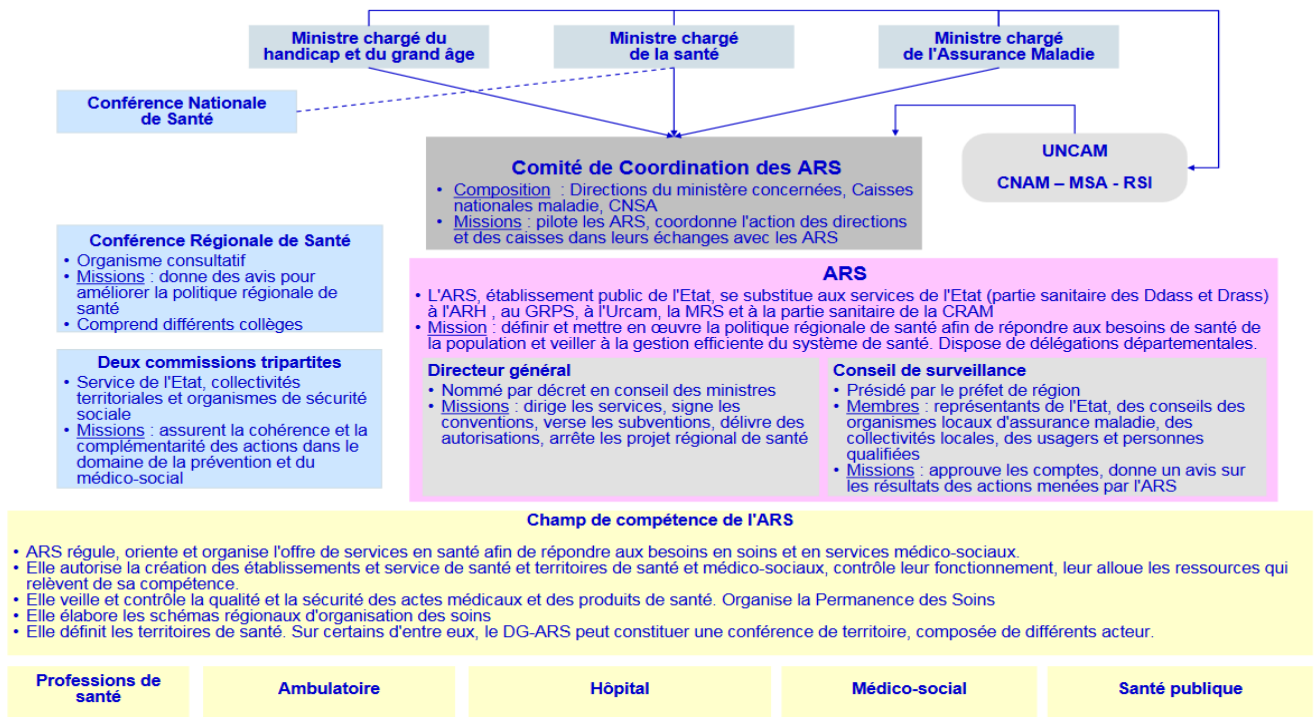
PRESENTATION DES EQUIPES DU POLE HANDICAP PSYCHIQUE DE L'ALEFPA :

SAMSAH psy – (St-Pierre)	
Directrice	0.2 ETP
Chef de service	0.5 ETP
Technicienne administrative	1 ETP
Médecin psychiatre	0.2 ETP (<i>poste à pourvoir</i>)
IDE coordinatrice	1 ETP
Psychologue	0.5 ETP
ES	1 ETP
IDE	1 ETP
Aide-soignant	2 ETP
CESF	0.5
Total	7.9 ETP théoriques (7.7 ETP effectifs)

Foyer de vie – La Résidence du Bocage (Ste-Suzanne)	
Directrice	0.8 ETP
Chef de service	0.5 ETP
Secrétaire comptable	1 ETP
Psychologue	0.3 ETP (<i>poste à pourvoir</i>)
ES	1 ETP
ME	2 ETP
AMP	3.68 ETP
Animateur sportif	1 ETP
Agent des services logistiques	1 ETP
Surveillant de nuit	2.49 ETP
Agent polyvalent de restauration	2 ETP
Total	15.77 ETP théoriques (15.47 ETP effectifs)

ANNEXE 4

Les ARS : gouvernance, organisation et domaines d'interventions



209660-04-Schéma synoptique ARS-4Nov08-AAu-sd-PARV4.ppt

Document inspiré d'une publication de Espace social européen

0

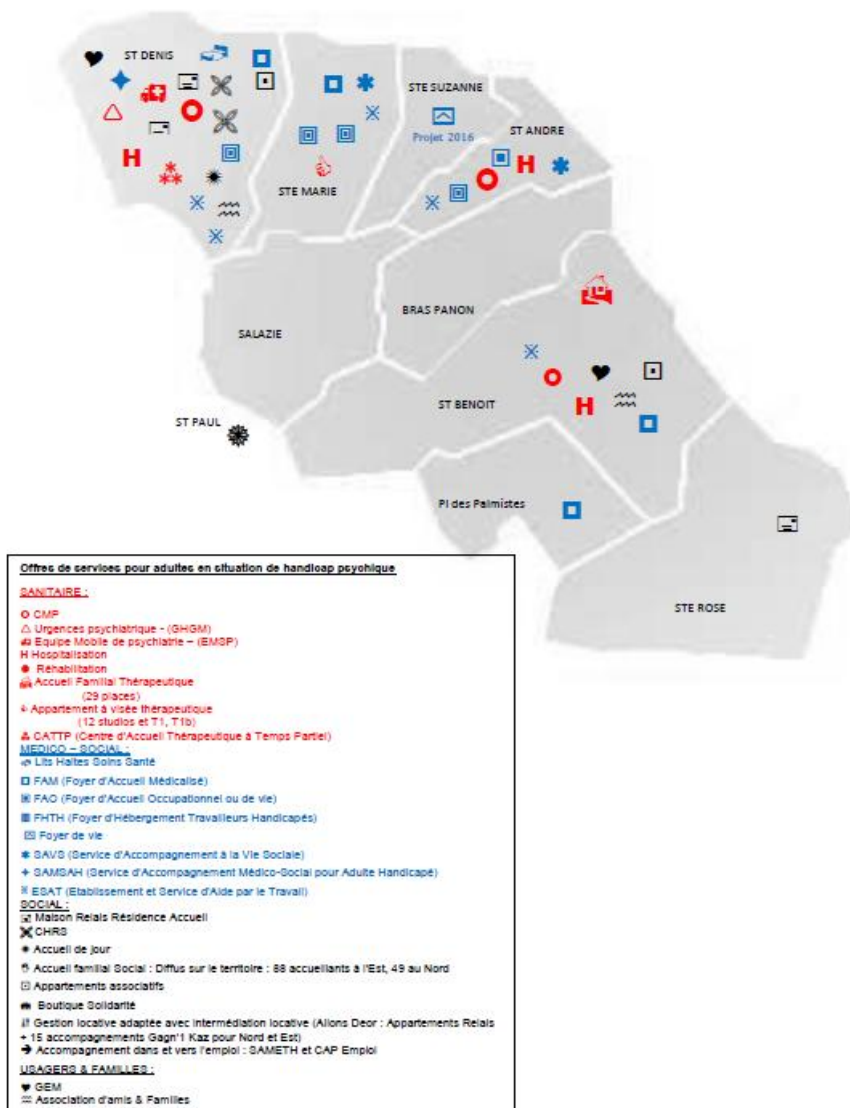
Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/pdf/ars-organisation.pdf>.

ANNEXE 5

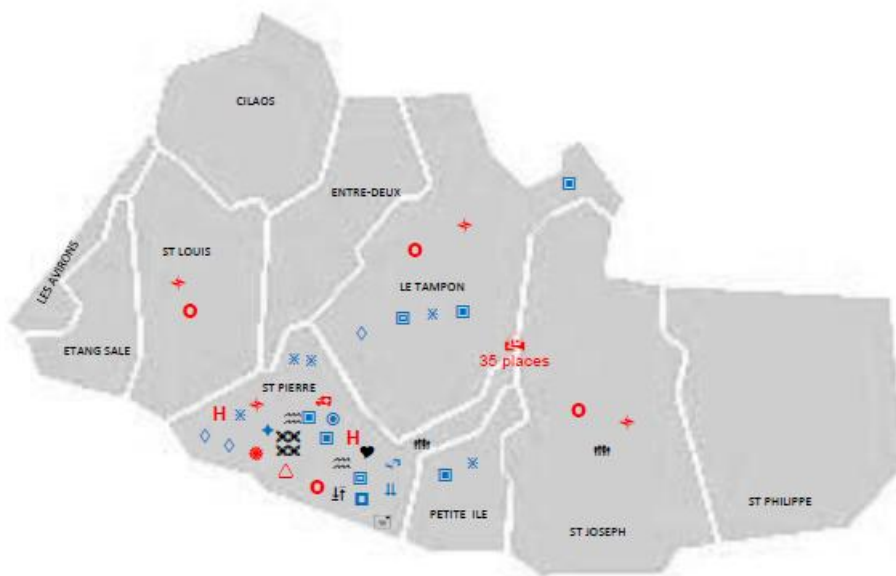
REPARTITION DES ACTEURS SUR LES TERRITOIRES DE SANTE DE LA REUNION :

ZONE NORD/EST - Synthèse

Données générales : 316 633 habitants pour 1 023,7 km²



CARTOGRAPHIE ZONE SUD – SYNTHÈSE



Offres de services pour adultes en situation de handicap psychique

MÉDICOSOCIAUX :

- ◁ LES Halles Saines Santé (10 lits)
- ⊕ ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique)
- ⊗ MAG (Maison d'Accueil Spécialisée)
- ⊠ FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- ⊞ FAD (Foyer d'Accueil Occupationnel ou de vie)
- ⊡ FATH (Foyer d'Hébergement Travailleurs Handicapés)
- ◊ SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- + SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé)
- * ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

SANITAIRE :

- CMP
- Urgences psychiatrique - (couverture territoire sud)
- ⊞ Equipe Mobile de psychiatrie - (couverture territoire sud)
- H Hospitalisation de jour et permanent
- Psychiatrie Adulte (57 places en 2 pavillons)
- Clinique les Flamboyants Sud (57 places en H. complète et 15 pl. en H. de jour)
- ⊞ Accueil Familial Thérapeutique: Diffus sur tout le territoire.

- Réhabilitation (URPS)
- + Appartement à vocation thérapeutique (8 places)

SOCIAL :

- ⊞ Maison Relais Résidence Accueil
- ⊗ CHRS
- ⊞ Accueil familial Social : Diffus sur tout le territoire.
- ⊞ Boutique Solidarité
- ⊞ Gestion locale adaptée avec Inter médiation locale (Cf. Appartement relais de l'URPS)

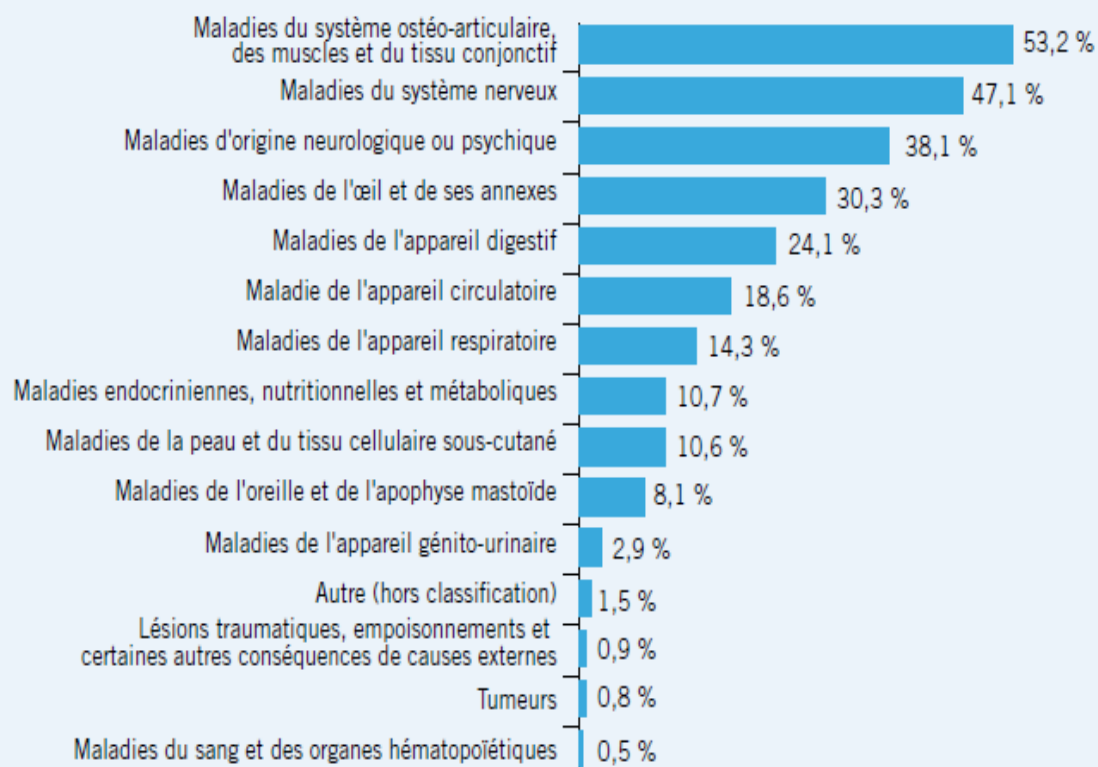
USAGERS & FAMILLES :

- ▼ GEM
- ⊞ Association d'amis & Familles

ANNEXE 6

ETUDE SUR LES PROBLEMES DE SANTE DECLARES PAR LES REUNIONNAIS – ARS OCEAN INDIEN – GRAPHIQUE :

Figure 3 : Répartition des problèmes de santé déclarés par les Réunionnais (N=1606) [20]



Source : Enquête « Recours aux soins »

Traitement : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

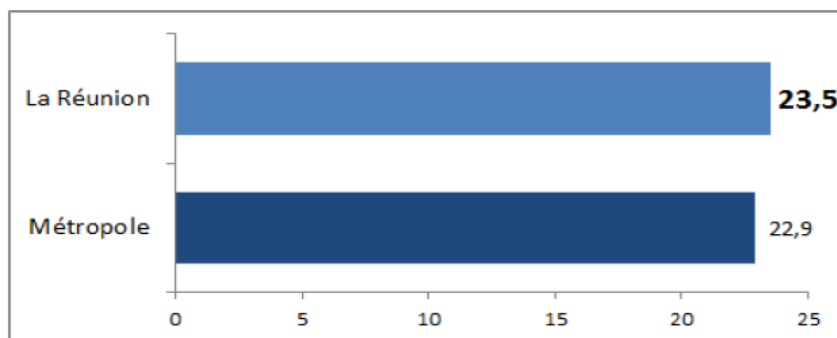
Note de lecture : plusieurs problèmes de santé peuvent être cités par un même personne d'où un total différent de 100 %

ANNEXE 7

ETUDE SUR LA SANTE MENTALE DES REUNIONNAIS EN 2014 – ORS OCEAN

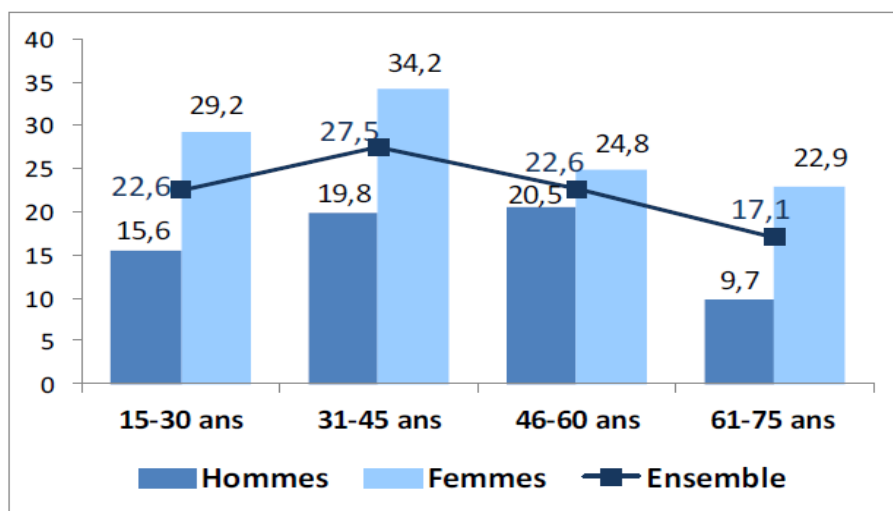
INDIEN – GRAPHIQUES :

Fréquence de la détresse psychologique à La Réunion et en métropole en 2014 (%)



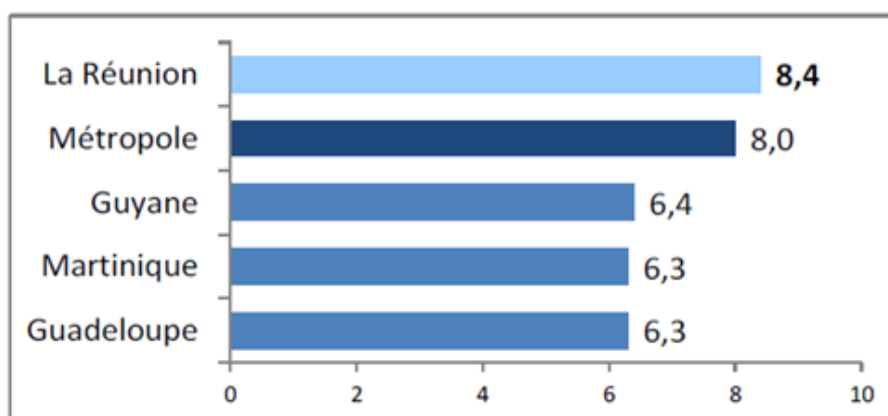
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Fréquence de la détresse psychologique selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2014



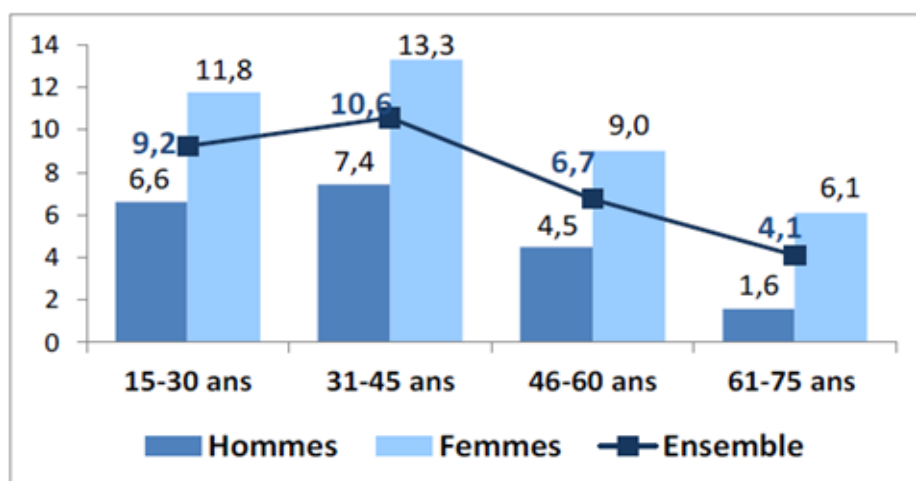
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence des EDC à La Réunion, comparaison métropole et Dom, en 2014 (%)



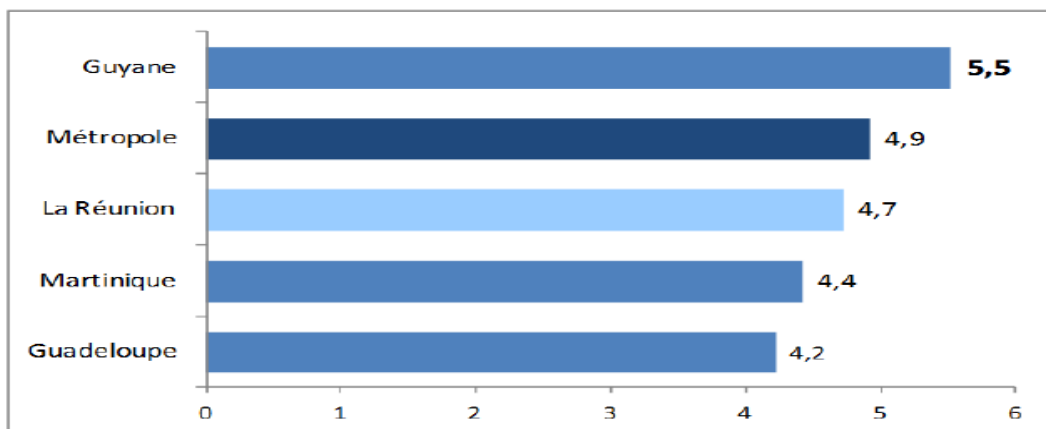
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)
Exploitation ORS OI

Prévalence des EDC selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2014 (%)



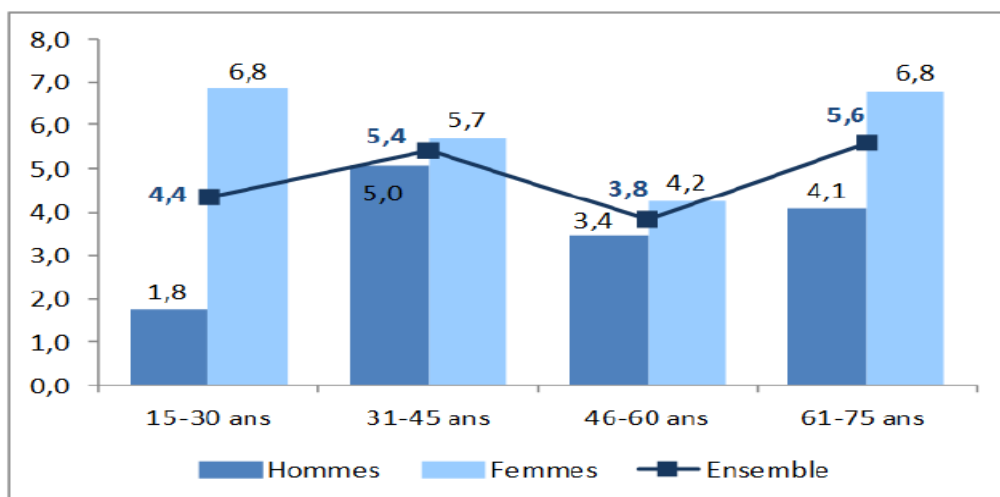
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence des pensées suicidaires à La Réunion, comparaison métropole et Dom, en 2014 (%)



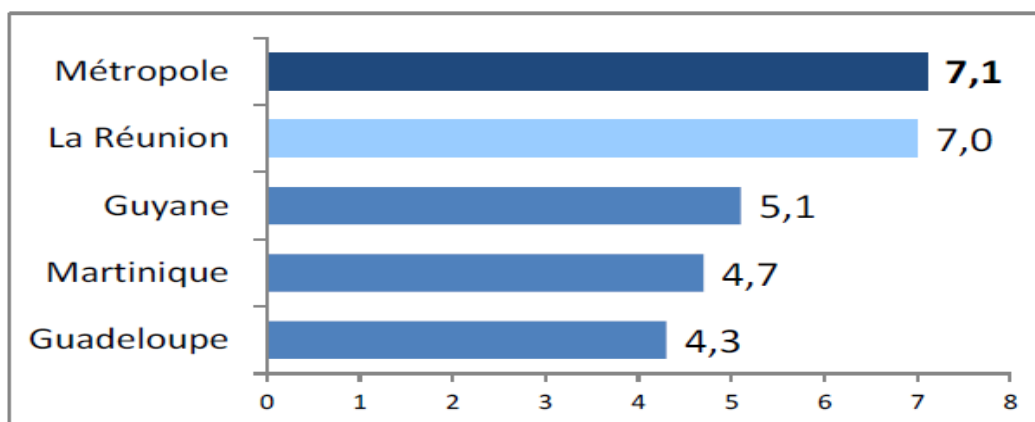
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence des pensées suicidaires selon le sexe et l'âge, à La Réunion



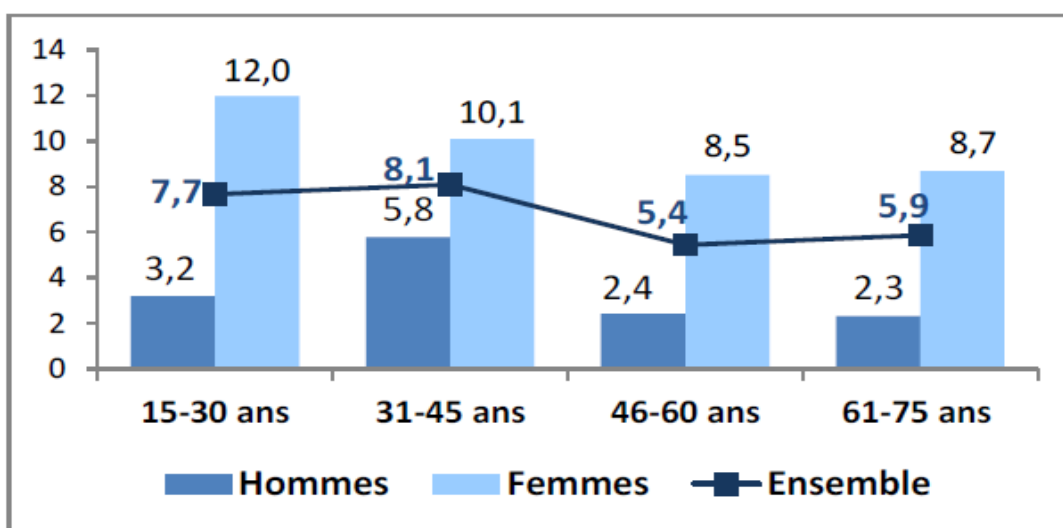
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie à La Réunion, comparaison métropole et Dom, en 2014 (%)



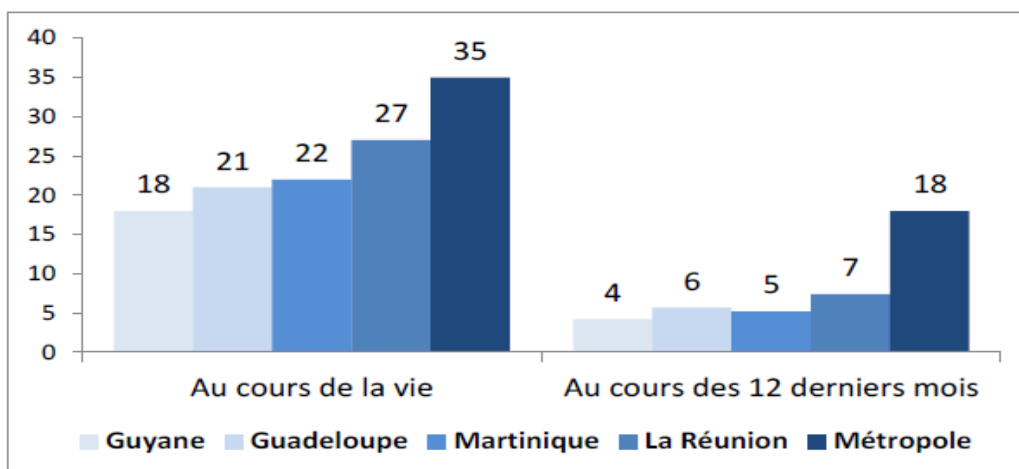
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence des TS selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2014 (%)



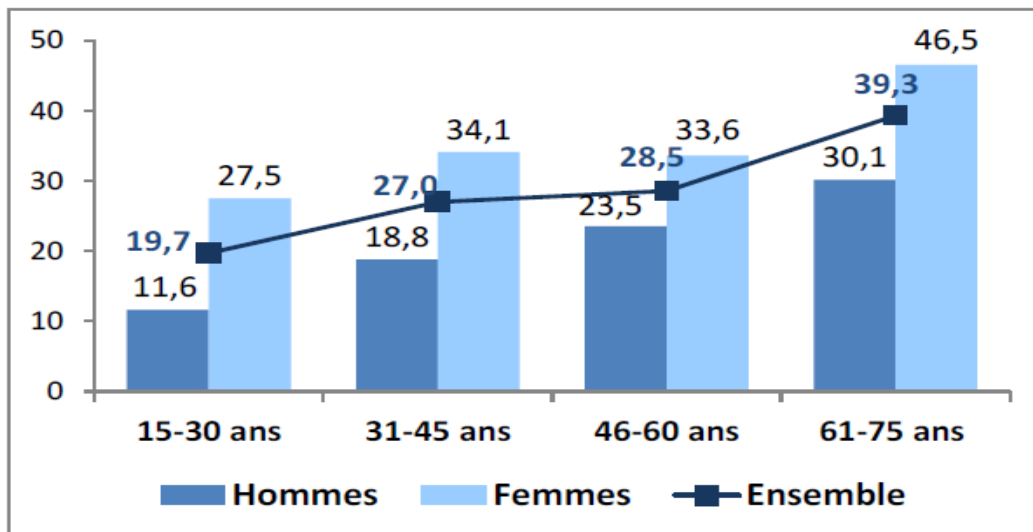
Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes à La Réunion, comparaison métropole et Dom, en 2014 (%)



Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2014 (%)



Source : Baromètre Santé Dom 2014, Santé Publique France (ex Inpes)

ANNEXE 8



Source : ANAP, décembre 2016, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, Méthodes et outils pour les territoires

ANNEXE 9a

Vérification des pratiques professionnelles par rapport à la RBPP "spécificités de l'accompagnement des adultes en situation de handicap psychique"							
Résultats et plan d'actions							
Thème / Sous-thème	Axe	Cotation SAMSAH psy St-Pierre (en %)				Plan d'actions	Réfèrent(e)s
		A	B	C	D		
1 : La place de la personne : actrice et citoyenne	Axe 1 : Reconnaître les capacités d'autodétermination des personnes	86	5.26	5.3	5.3	envisager l'accueil par un pair-bénéficiaire lors de l'admission introduire un volet sur l'entraide entre pairs-bénéficiaires dans le PS	Laurida
	Axe 2 : Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes	25	8.33	25	42	proposer une rencontre avec une association d'usagers ou un adhérent d'un GEM lors de l'admission veiller à ce que le bénéficiaire participe à l'élaboration des documents de la loi 2002-2 mettre en place une instance de participation collective (autre que celle qui est obligatoire) envisager d'intégrer au CA de l'ALEFPA les bénéficiaires	
	Axe 3 : Participer au changement de regard sur les personnes handicapées psychiques	67	16.7	17	0	identifier les facteurs institutionnels stigmatisants avec les bénéficiaires identifier le délégué du défenseur des droits sur le territoire	
2 : La vie relationnelle, affective et familiale	Axe 1 : Lutter contre l'isolement relationnel, soutenir et développer les habiletés sociales	80	10	10	0	organiser des échanges avec des personnes qui ne sont pas en situation de handicap créer un espace de dialogue permettant la réflexion sur la vie relationnelle	Lisa
	Axe 2 : Mettre en place l'accompagnement nécessaire autour de la vie familiale et affective	83	8.33	8.3	0	respecter l'échéancier des BI s'interroger sur le fait d'associer les familles sur la réflexion sur les pratiques professionnelles relatives à la vie familiale	
	Axe 3 : Aider les personnes vulnérables à se protéger et à faire respecter leurs droits	67	11.1	11	0	organiser des temps d'échanges entre personnes accueillies autour des droits de la protection de soi élaborer une procédure de traitement des situations de maltraitance se faire connaître des services de police et de gendarmerie et les sensibiliser au handicap psychique	
	Axe 4 : Accompagner les personnes auteurs d'infractions pénales dans leur droit à la défense et leur réinsertion	100	0	0	0		

		A	B	C	D		
3 : L'accompagnement vers et dans l'habitat	Axe 1 : Faciliter l'accès à un habitat adapté au handicap psychique	70	10	10	10	participer aux commissions d'attribution des logements ou solliciter les associations qui y siègent	Pascaline
						intégrer les instances partenariales du logement	
	Axe 2 : Prévenir les ruptures dans l'habitat et favoriser le maintien dans l'habitat	100	0	0	0		
		A	B	C	D		
4 : L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante	Axe 1 : Co-construire avec la personne un accompagnement personnalisé visant à renforcer ses capacités d'agir	80	10	10	0	confier la gestion de certains projets aux bénéficiaires	Valérie
						programmer au plan de formation la formation des professionnels au handicap psychique et au renforcement des capacités des personnes à agir	
	Axe 2 : Ajuster l'accompagnement afin de tenir compte de la variabilité et de l'évolutivité des troubles	63	25	13	0	assurer la continuité de l'accompagnement après la sortie	
						intégrer dans le PS des pratiques visant à faciliter la transition vers la sortie et la cohérence d'une continuité de transition	
						compléter la procédure de sortie "administrative" afin d'y intégrer l'accompagnement vers la sortie et continue après la sortie	
	Axe 3 : Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et les professionnels non spécialisés	75	16.7	0	8.3	développer d'autres partenariats	
						participer à l'information et sensibilisation des professionnels non spécialisés au handicap psychique	
	Axe 4 : Favoriser la mobilité et le déplacement des personnes	91	0	0	9.1		
	Axe 5 : Garantir l'accès aux ressources financières	83	16.7	0	0	formaliser les partenariats avec les services sociaux, la CAF, etc.	
		A	B	C	D		
5 : L'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités	Axe 1 : Co-construire avec la personne son projet d'accès ou de retour à l'emploi, en coordination avec les autres intervenants	86	4.55	9.1	0	développer les liens avec les employeurs concernant l'intégration professionnelle des bénéficiaires	Valérie
						faire évoluer le PS pour qu'il soit en concordance avec les besoins évolutifs des bénéficiaires en matière d'insertion professionnelle et de formation	
	Axe 2 : Faciliter le maintien dans l'emploi ou la formation professionnelle et prévenir les ruptures de parcours professionnel	100	0	0	0	impulser la participation directe des bénéficiaires	

		A	B	C	D		
6 : La santé : prendre soin et accompagner vers les soins médicaux	Axe 1 : Assurer l'accompagnement garantissant le bien-être psychique et la continuité des soins psychiatriques	66.7	19.1	9.52	4.76	mettre en place un management favorisant le bien-être des professionnels	Sharifa - Benoît - Isabelle - Thibault
						former les professionnels au travail partenarial avec la psychiatrie	
						réactualiser le PS en sollicitant les partenaires de la psychiatrie	
						intégrer les instances partenariales du territoire	
	Axe 2 : Mettre en place l'accompagnement nécessaire concernant la prise de traitements psychotropes	70	10	10	10	former les professionnels à la connaissance des psychotropes dans la vie quotidienne	
	Axe 3 : Assurer l'accompagnement garantissant l'accès et la continuité des soins somatiques et le bien-être corporel	100	0	0	0		
	Axe 4 : Accompagner vers les soins les personnes qui ne sont pas demandeuses de soins psychiatriques	66.7	16.7	16.7	0	former les professionnels au cadre juridique : loi mars 2002, soins sans consentement, etc. réflexion éthique à mener sur le refus de soins et l'absence de demande de soins	
Axe 5 : Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique des personnes	100	0	0	0			
Axe 6 : Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement	83.3	16.7	0	0	accompagner les aidants familiaux à la compréhension du handicap psychique et dans les attitudes à adopter		
Axe 7 : Prendre en compte les éventuelles conduites addictives	60	40	0	0	faire émerger une demande d'accompagnement en addictologie sensibiliser les professionnels à l'accompagnement quant à la réduction des risques liés aux addictions		
		A	B	C	D		
Sous-6 : Les crises et les hospitalisations	Axe 1 : Repérer, prévenir et gérer les épisodes de "crises" et les hospitalisations	100	0	0	0		Sharifa - Benoît - Isabelle - Thibault
	Axe 2 : Améliorer la prise en charge des personnes pendant la "crise" nécessitant une hospitalisation	75	12.5	12.5	0	co-construire une procédure d'accompagnement des crises, des urgences et des hospitalisations avec les partenaires de la psychiatrie former les professionnels à la mise en place de protocole de gestion de crises, des urgences et des hospitalisations	
	Axe 3 : Assurer la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie de l'hospitalisation	87.5	12.5	0	0	anticiper la date de sortie d'hospitalisation et inviter les bénéficiaires à en informer les professionnels	
	Axe 4 : Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire	25	0	12.5	62.5	organiser une rencontre rapide des professionnels ayant été confrontés à la crise suicidaire	

ANNEXE 9b

Vérification des pratiques professionnelles par rapport à la RBPP "spécificités de l'accompagnement des adultes en situation de handicap psychique"							
Résultats et plan d'actions							
Thème / Sous-thème	Axe	Cotation FDV (en %)				Plan d'actions	Réfèrent(e)s
		A	B	C	D		
	Axe 1 : Reconnaître les capacités d'autodétermination des personnes	77.3	9.09	9.09	4.55	<ul style="list-style-type: none"> envisager l'accueil par un pair-bénéficiaire lors de l'admission se doter et/ou construire des outils permettant de développer/renforcer la confiance en soi mettre en place des espaces d'analyse des pratiques introduire un volet sur l'entraide entre pairs-bénéficiaires dans le PE 	
1 : La place de la personne : actrice et citoyenne	Axe 2 : Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes	16.7	25	41.7	16.7	<ul style="list-style-type: none"> lors de l'admission, présenter les représentants du CVS et les modalités de fonctionnement de toutes les formes de participation collective au sein du FDV proposer une rencontre avec une association d'usagers ou un adhérent d'un GEM lors de l'admission veiller à ce que le bénéficiaire participe à l'élaboration des documents de la loi 2002-2 mettre en place une instance de participation collective (autre que celle qui est obligatoire) envisager d'intégrer au CA de l'ALEFPA les bénéficiaires adapter les modalités de fonctionnement du CVS aux spécificités du handicap psychique assurer la formation des personnes accompagnées qui siègent au sein du CVS 	Cindy
						<ul style="list-style-type: none"> développer des partenariats avec des associations d'usagers identifier les instances de participation démocratique accessibles des communes où résident les personnes 	
						<ul style="list-style-type: none"> identifier les facteurs institutionnels stigmatisants avec les bénéficiaires identifier les actions de déstigmatisation sur le territoire local et national en se rapprochant des associations spécialisées dans le handicap psychique ou les associations 	
	Axe 3 : Participer au changement de regard sur les personnes handicapées psychiques	66.7	0	33.3	0		

		A	B	C	D		
	Axe 1 : Lutter contre l'isolement relationnel, soutenir et développer les habiletés sociales	30	60	10	0	repérer les situations d'isolement social et les situations relationnelles néfastes en étant à l'écoute de la personne concernant la perception de sa vie relationnelle	
						évaluer et analyser avec la personne les causes de ses difficultés. Si nécessaire et sous réserve de l'accord de celle-ci, solliciter les autres partenaires de l'accompagnement	
						s'appuyer si nécessaire sur des outils de repérage/d'évaluation/d'analyse spécifiques (qui peuvent être des outils d'auto-évaluation) sur la question de la vie relationnelle/des	
						co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour maintenir, développer ou améliorer ses relations sociales. Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement	
						travailler, selon les ressources du territoire, en partenariat avec les groupes d'entraide mutuelle, les associations d'usagers, les autres ESSMS accueillant des personnes handicapées psychiques, etc	
9 0 1 2 3	Axe 2 : Mettre en place l'accompagnement nécessaire autour de la vie familiale et affective	25	41.7	25	8.33	être à l'écoute de la personne et l'aider à s'exprimer pour repérer avec elle ses éventuelles difficultés dans sa vie familiale	Véronique et Lucien
						co-construire avec la personne l'accompagnement visant à la soutenir dans ses relations avec sa famille, y compris dans ses souhaits de ne pas entretenir de relations avec certains membres de sa famille	
						nécessité de travailler sur les relations familiales avec la psychologue et également d'avoir des informations en amont	
						prendre en compte les préoccupations de la personne autour des questions relatives à la sexualité, la contraception, le désir d'enfant, la grossesse en accompagnant vers une ressource externe identifiée par la personne concernée ou l'établissement : médecin, gynécologue, planning familial, protection maternelle et infantile, etc. Avec son accord et autant que nécessaire, intervenir en coordination avec ces professionnels	
						réévaluer régulièrement les besoins en accompagnement de la personne dans le domaine vie familiale, notamment lors d'événements susceptibles de les modifier	
4 5 6 7						répondre aux besoins de soutien des aidants de proximité et des familles	
						intégrer, dans IPE, les questions relatives à l'accompagnement à la vie familiale	
						associer les familles à la réflexion sur les pratiques professionnelles concernant la vie familiale : dans le cadre de réunion ad hoc, du CVS, etc	
						co-construire avec la personne des réponses pour l'aider à assurer sa protection en coordination avec les professionnels du soin et avec la personne exerçant la mesure de protection	

	Axe 3 : Aider les personnes vulnérables à se protéger et à faire respecter leurs droits	33.3	33.3	22.2	11.1	<p>co-construire avec la personne des réponses pour l'aider à assurer sa protection en coordination avec les professionnels du soin et avec la personne exerçant la mesure de protection</p> <p>organiser des temps d'échanges entre personnes accueillies autour des droits de la protection de soi</p> <p>élaborer une procédure de traitement des situations de maltraitance</p> <p>se faire connaître des service de police et de gendarmerie et les sensibiliser au handicap psychique</p>	
	Axe 4 : Accompagner les personnes auteurs d'infractions pénales dans leur droit à la défense et leur réinsertion	42.9	0	0	57.1		
		A	B	C	D		
3 : L'accompagnement vers et dans l'habitat	Axe 1 : Faciliter l'accès à un habitat adapté au handicap psychique	30	20	30	20	<p>co-construire avec la personne son projet d'accès à un habitat après avoir identifié sur le territoire la palette existant en matière de logement/hébergement</p> <p>co-construire avec la personne, les professionnels qui interviennent en aval et les aidants familiaux, les modalités de continuité de l'accompagnement par le FDV après l'aménagement</p> <p>insérer un volet accompagnement vers l'habitat dans le PE</p> <p>interpeler les bailleurs sociaux, les particuliers, les pouvoirs publics sur cette question de l'habitat adapté pour les personnes en situation de handicap psychique</p> <p>participer aux commissions d'attribution des logements ou solliciter les associations qui y siègent</p> <p>intégrer les instances partenariales du logement</p>	Florence et Sandra
	Axe 2 : Prévenir les ruptures dans l'habitat et favoriser le maintien dans l'habitat	57.1	14.3	14.3	14.3	<p>intégrer, dans le PE, la question de la prévention des ruptures et du maintien dans l'habitat</p> <p>travailler, sur le territoire, en partenariat avec les acteurs de l'habitat</p> <p>convier les personnes du quartier, les associations, les collectivités, les partenaires à une rencontre</p>	

		A	B	C	D	
t courante	Axe 1 : Co-construire avec la personne un accompagnement personnalisé visant à renforcer ses capacités d'agir	70	20	10	0	confier la gestion de certains projets aux bénéficiaires
						programmer au plan de formation la formation des professionnels au handicap psychique et au renforcement des capacités des
						en fonction des besoins et attentes de la personne, co-construire avec elle le projet de sortie du dispositif d'accompagnement
						intégrer dans le PS des pratiques visant à faciliter la transition vers la sortie et la cohérence d'une continuité de transition
						construire une procédure de sortie afin de baliser les étapes permettant de garantir la continuité de l'accompagnement et faciliter la transition
4 : L'accompagnement dans la vie quotidienne et	Axe 2 : Ajuster l'accompagnement afin de tenir compte de la variabilité et de l'évolutivité des troubles	62.5	25	12.5	0	assurer une veille au quotidien
						en fonction des besoins et attentes de la personne, co-construire avec elle le projet de sortie du dispositif d'accompagnement
						intégrer, dans le PE, les pratiques mises en oeuvre pour favoriser les fins d'accompagnement tout en assurant la continuité et la cohérence de la transition
	Axe 3 : Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et les professionnels non spécialisés	100	0	0	0	
Axe 4 : Favoriser la mobilité et le déplacement des personnes	90.9	9.09	0	0	inscrire dans le PE les périmètres d'intervention des professionnels concernant l'accompagnement aux déplacements	
t courante	Axe 5 : Garantir l'accès aux ressources financières	50	33.3	16.7	0	mettre en place accompagnement plus spécifique sur la gestion financière par le biais d'atelier par des mises en situation
						organiser des ateliers collectifs d'apprentissage dans le domaine de la gestion budgétaire et des démarches administratives
						mettre en place des partenariats avec les services sociaux, la CAF, etc.

		A	B	C	D		
5 : L'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités	Axe 1 : Co-construire avec la personne son projet d'accès ou de retour à l'emploi, en coordination avec les autres intervenants	40.9	9.09	4.55	45.5	<p>tout au long du projet, réaliser des points d'étapes réguliers pour ajuster le projet pour faire face aux éventuelles difficultés rencontrées</p> <p>faire évoluer le PE pour qu'il soit en concordance avec les besoins évolutifs des bénéficiaires en matière d'insertion professionnelle et de</p> <p>sensibiliser les professionnels du FDV à la question de l'emploi</p>	Jean-Marc et Yohan
	Axe 2 : Faciliter le maintien dans l'emploi ou la formation professionnelle et prévenir les ruptures de parcours professionnel	42.9	0	0	57.1		

		A	B	C	D		
Sous-5 : Les activités citoyennes, culturelles et de loisirs	Axe 1 : Faciliter l'accès à des activités susceptibles de favoriser la reconnaissance sociale	75	12.5	12.5	0	<p>privilégier des activités favorisant l'inclusion sociale, développer les partenariats en ce sens</p> <p>inscrire dans le PE la possibilité pour les personnes d'animer ou de co-animer des activités</p>	Kim
	Axe 2 : Analyser et apporter des réponses appropriées aux "non-demandes" en terme de participation aux activités	66.7	33.3	0	0	<p>veiller à respecter les choix de chacun de participation ou de non-participation</p>	

		A	B	C	D		
	Axe 1 : Assurer l'accompagnement garantissant le bien-être psychique et la continuité des soins psychiatriques	23.8	33.3	38.1	4.76	<p>intégrer les données médicales dans le dossier partagé</p> <p>informer la personne de la nécessité de partager les données la concernant et lui indiquer qu'elle peut s'y opposer</p> <p>construire les modalités de collaboration avec le médecin chargé du suivi psychiatrique de la personne par le biais de la mission de coordination de l'IDE du SAMSAH</p> <p>mettre en place une éducation thérapeutique avec la collaboration de l'IDE du SAMSAH</p> <p>envisager des réunions d'échanges communes entre résidents, IDE SAMSAH, IDE libéraux, référente soin</p> <p>former les professionnels pour qu'ils développent leurs capacités à « prendre soin »</p> <p>se questionner sur les délégations, les missions octroyées aux professionnels : points d'étape à réaliser</p> <p>définir le rôle des psychologues</p>	

						<p>former les professionnels au travail partenarial avec les acteurs de la psychiatrie</p> <p>lors de la rédaction du PE, solliciter les professionnels du territoire de psychiatrie</p> <p>Développer et consolider les partenariats</p> <p>favoriser la connaissance partagée entre les professionnels de la psychiatrie et médico-sociaux en participant à des temps de formation et de réflexions communs sur les pratiques</p> <p>intégrer les usagers et aidants non professionnels aux espaces de réflexions et aux formations</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

6 : La santé : prendre soin et accompagner vers les soins médicaux	Axe 2 : Mettre en place l'accompagnement nécessaire concernant la prise de traitements psychotropes	30	50	20	0	informations complémentaires à transmettre à la personne pour qu'elle connaisse son traitement	Aurélie, Ursula et Isabelle (SAMSAH)
						à inscrire au plan de formation	
						mettre en place un protocole : en cas de danger pour la personne, pour son entourage ou pour le professionnel, alerter son médecin, en ayant préalablement informé la personne. Informer l'encadrement	
						réévaluer au cas par cas les besoins en accompagnement concernant la prise de traitement	
						sera réalisée en coordination avec l'IDE coordinatrice/IDE libéraux/pharmacie/référente soin/équipe : l'aide à la distribution des traitements et la traçabilité en respectant le cadre juridique. Intégrer dans ce protocole les pratiques en cas de refus de traitement	
						former les professionnels à la connaissance des effets des psychotropes dans la vie quotidienne : réalisé par l'IDE coordinatrice	
porter à la connaissance des professionnels leurs missions quant à la prise de traitement conformément au protocole établi au sein de l'établissement							
	Axe 3 : Assurer l'accompagnement garantissant l'accès et la continuité des soins somatiques et le bien-être corporel	70	20	10	0	analyser les raisons de l'absence de demande concernant les soins somatiques pour construire des solutions adaptées : sera à réaliser avec IDE libéraux/IDE SAMSAH/médecin traitant - organiser des rdv périodiques avec le médecin traitant	
						intégrer, dans le PE, la question de l'accès et de la continuité des soins somatiques	
	Axe 4 : Accompagner vers les soins les personnes qui ne sont pas demandeuses de soins psychiatriques	0	0	100	0	synthèse interdisciplinaire à mettre en place de manière périodique	
						construire un outil de référence	
						favoriser l'entraide et l'échange des expériences entre pairs	
						former les professionnels au cadre juridique : loi mars 2002, soins sans consentement, etc.	
						organiser la réflexion éthique concernant l'absence de demande de soin et les refus de soins	
						travail de coordination à mettre en place avec l'ensemble des partenaires libéraux	

5 7 8 9 0 1	Axe 5 : Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique des personnes	33.3	66.7	0	0	à inscrire au plan de formation initier un accompagnement des personnes vers les GEM	
	Axe 6 : Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement	16.7	50	0	33.3	à inscrire au plan de formation travailler en partenariat avec les associations d'usagers, les groupes d'entraide mutuelle, les médiateurs de santé pairs	
						identifier les acteurs, autres que les CMP et l'EPSMR	
	Axe 7 : Prendre en compte les éventuelles conduites addictives	80	0	20	0	à inscrire au plan de formation	
		A	B	C	D		
2 3 4 5 5 7	Axe 1 : Repérer, prévenir et gérer les épisodes de "crises" et les hospitalisations	64.7	11.8	23.5	0	mettre en place le dossier partagé	
						mettre en place, en coordination avec les acteurs de la psychiatrie, les conditions permettant le renforcement temporaire des soins de la personne	
						organiser des temps d'échange interdisciplinaires réguliers pour analyser les signes inquiétants et mener une réflexion sur les comportements à adopter, y compris en cas de risque suicidaire	
						former et sensibiliser les professionnels au repérage, à la prévention et à la gestion des crises	
						organiser des temps d'échange sur le rôle des pairs et des aidants familiaux sur le repérage, la prévention et la gestion des crises	
3 3 0 1 2	Axe 2 : Améliorer la prise en charge des personnes pendant la "crise" nécessitant une hospitalisation	50	0	50	0	formaliser un entretien avec la personne après la « crise » et plus particulièrement lorsque les conditions d'hospitalisations ont été difficiles ou sous contrainte pour évaluer l'accompagnement proposé	Aurélie, Ursula et Isabelle (SAMSAR)
						intégrer dans le partenariat avec les acteurs de la psychiatrie la co-construction d'une procédure d'accompagnement des situations d'urgences/de crises et d'hospitalisation : le faire avec le psychiatre (Dr DENIZOT)	
						former les professionnels à la mise en oeuvre des protocoles de gestion des crises, des urgences et des hospitalisations	
						mettre en place les groupes d'analyse de pratiques professionnelles (GAPP)	
						co-construire le projet de sortie, avec la personne, l'équipe soignante, les aidants familiaux (le cas échéant) et le médecin traitant	
3 4	Axe 3 : Assurer la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie de l'hospitalisation	50	0	37.5	12.5	intégrer, dans le PE, le principe de continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie des hospitalisations et les modalités de mise en oeuvre	
						intégrer, dans le partenariat avec la psychiatrie, la continuité de l'accompagnement pendant l'hospitalisation ainsi que l'anticipation et la co-construction du projet de sortie : une convention devra être initiée en ce sens	

	Axe 4 : Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire	12.5	37.5	50	0	proposer un soutien personnalisé pour les personnes accueillies qui le souhaitent, et notamment celles ayant été témoins de l'acte suicidaire ou de l'agitation engendrée par l'acte, travail à faire avec la psychologue	
						GAPP à mettre en place	
						soutenir les professionnels concernés et repérer autant que possible d'éventuels signes de souffrance psychique « post-crise » (GAPP, médecine du travail, psychologue ?)	
						organiser à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels	
						faire appel à l'équipe de psychiatrie pour animer cette réunion et répondre aux questions diverses	

ANNEXE 10

RETRO-PLANNING DES ETAPES DU PROJET :

		Pôle Handicap Psychique - ALEPPA : Foyer de vie "La Résidence du Bocage" -SAMSAM psy																																					
		SUIVI DES ETAPES DU PROJET : OPTIMISER ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES																																					
				2016												2017												2018											
Thème	Tâches à réaliser	Responsabl	Ressource	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.									
Diagnostic	Création de l'outil d'évaluation des pratiques	Présentation de l'outil aux équipes et aux bénéficiaires	Directrice/évalué me qualité	HBPP																																			
	Mise en place de l'équipe projet	Nomination des professionnels et communication interne	Directrice/chef de service	aptitudes transversales																																			
	Réalisation des entretiens avec les professionnels et les personnes accompagnées	Mise en place d'un calendrier d'entretien et réalisation des entretiens	Equipe projet	Support d'évaluation																																			
	Présentation des résultats du diagnostic	Communication des résultats lors des réunions d'équipe et pendant les espaces de dialogues avec les	Chef de projet/équipe projet en appui	Les résultats																																			
Plan d'actions	Réflexions sur un plan d'actions	Classement des résultats par thème	Chef de projet/équipe projet																																				
	Mise en œuvre du plan d'actions	Mise en place de groupes de travail par thème (professionnels et bénéficiaires)	Equipe projet																																				
Plan d'actions	Elaboration du plan d'actions		Equipe projet																																				
	Communication avant mise en œuvre du plan d'actions	Plan de communication	Chef de projet	CopiW/Codir																																			
	Mise en œuvre du plan d'actions	Définir les actions à mettre en œuvre à court, moyen et long termes	Chef de projet	CopiW/Codir																																			
		Mettre en place un calendrier de déploiement des actions et communication	Chef de projet/équipe projet																																				
Evaluation du plan d'actions	Mise en œuvre des actions	Equipe projet avec professionnels et bénéficiaires																																					
	Création d'indicateurs de suivi des actions	Création d'un tableau de bord de suivi des actions avec indicateurs	Chef de projet/équipe projet																																				
	Evaluation à court, moyen et long termes		Chef de projet/équipe projet																																				
Evaluation du plan d'actions	Présentation des résultats de l'évaluation et communication		Chef de projet/équipe projet																																				

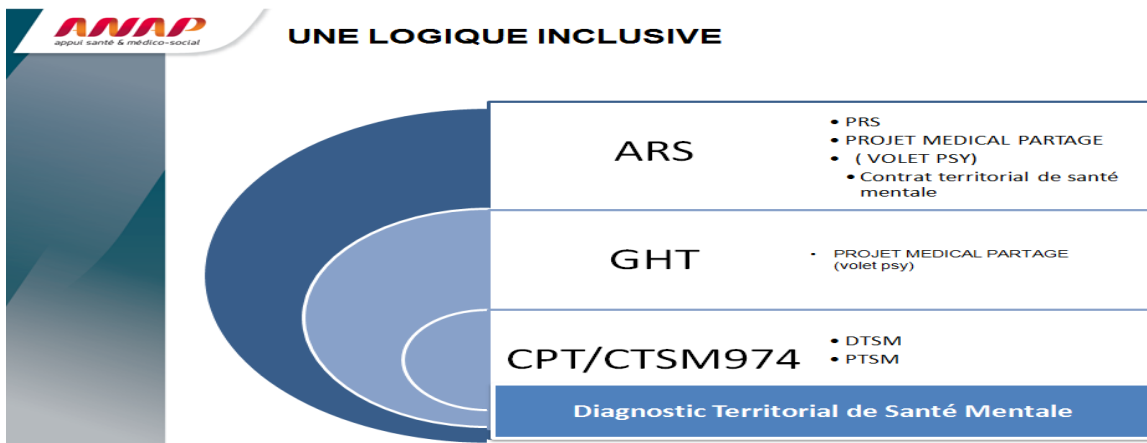
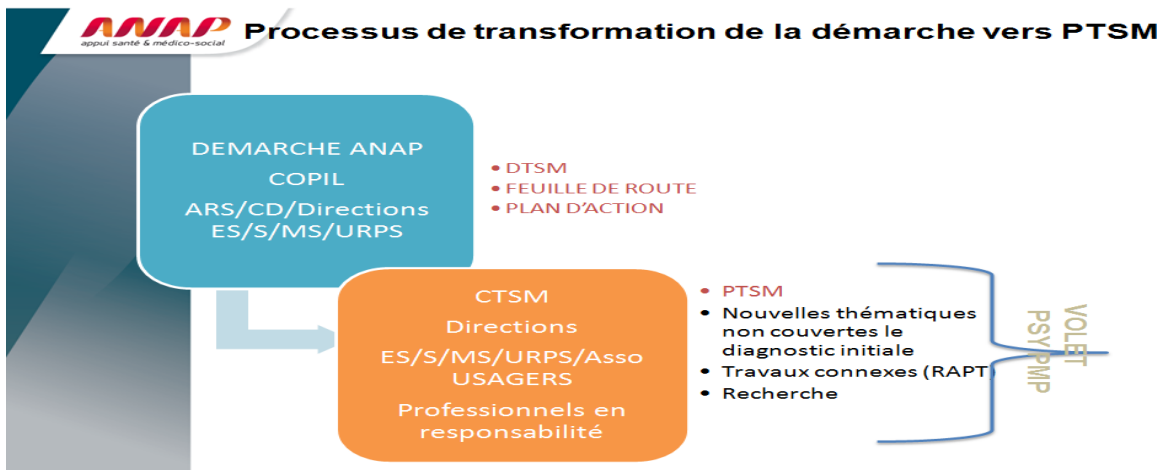
ANNEXE 11

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES ACTIONS DU PROJET :

Pôle Handicap Psychique - ALEFPA - Foyer de vie "La Résidence du Bocage"-SAMSAH psy							
Tableau de bord de suivi du plan d'actions - quelques exemples d'actions mises en œuvre							
Objectifs	Actions	Pilote de l'actio	Indicateurs	Date de début	Avancement	Date butoir	Commentaires
Mutualiser les dispositifs : transversalité/interdisciplinarité	Immersion de professionnels dans l'une et l'autre des structures	Chef de service/IDE coordinatrice	Nombre de professionnels ayant été en immersion au SAMSAH et au Foyer de vie	1-mai-17	70%	31-déc.-17	
	Elaborer et mettre en place un plan de formation en interne sur l'ensemble du pôle	Directrice/équipe projet	Existence du plan de formation	1-mai-17	100%	31-déc.-17	
			Nombre de professionnels formés	1-mai-17	60%	31-déc.-17	Une partie du plan de formation élaboré à l'année n-1 a pris en considération le démarrage de ce plan courant année n
Coopérer à l'échelle du territoire	Participation aux réunions de travail sur le PTSM	Directrice	Nombre de réunions organisées et nombre de participations à ces réunions : ratio participation/nombre de réunion	1-mai-17	90%		
	Permettre la participation des bénéficiaires	Directrice/chef de service	Intervention de bénéficiaires lors des réunions de travail sur le PTSM	1-sept.-17	10%		Principe de la participation évoqué en réunion et accepté par les partenaires

ANNEXE 12

PORTAGE DU PTSM A LA REUNION PAR LE CTSM 974 – VERSION JUIN 2017



SEYCHELLES

Aurélie

Septembre 2017

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION: IRTS de La Réunion

**REPENSER LE PÔLE HANDICAP PSYCHIQUE DE L'ALEFPA EN VUE
D'OPTIMISER ET DE FLUIDIFIER LES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES
ACCOMPAGNÉES**

Résumé :

L'ambition de ces dernières décennies, tout secteur confondu, restent indéniablement une, voire des réponses à des situations de rupture dans la vie des personnes, notamment celles qui sont vulnérables.

En tant que directeurs, la question du parcours continu des personnes est omniprésente, que nous soyons du champ sanitaire, social, médicosocial ou du monde du travail.

Cette question se pose, en l'occurrence, pour les personnes (adultes) en situation de handicap psychique, accompagnées au sein du Pôle Handicap Psychique de l'ALEFPA sur le territoire de La Réunion.

A l'échelle de ce territoire, intervient une multitude d'acteurs, notamment en raison des troubles fluctuant de ces personnes, qui viennent modifier ou stopper les itinéraires de ces personnes.

Pour permettre la continuité ou, en tout état de cause, limiter les risques de rupture de parcours, le pôle doit s'adapter pour favoriser et optimiser ces parcours et coopérer avec l'ensemble des acteurs-partenaires du territoire pour les fluidifier et ainsi apporter des réponses aboutissant à des itinéraires choisis, voulus par les personnes.

Mots clés :

Handicap psychique – pôle – continuité de parcours – territoire – partenaires – coopération – empowerment – culture commune - citoyenneté

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