

**DEVELOPPER DES PRESTATIONS DE SOUTIEN RENFORCE
AU SEIN D'UN POLE SERVICES POUR REpondre AUX
BESOINS ET ATTENTES DES ADULTES EN SITUATION DE
HANDICAP PRESENTANT DES TROUBLES DU
COMPORTEMENT**

Frédéric EDOUART

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes que j'ai eu la chance d'avoir à mes côtés tout au long de la formation et durant la réalisation de ce mémoire.

Je pense notamment :

- A Madame Pascale Lacharrière, ancienne Directrice Générale, pour m'avoir accompagné dans mon projet de formation ;
- A ma Directrice de mémoire, Madame Stéphanie Hachin, pour ses précieux conseils et sa disponibilité ;
- A Monsieur Régis Dumont, pour ses apports méthodologiques et sa guidance, ainsi que toute l'équipe pédagogique et les intervenants de l'IRTS Hauts-de-France ;
- A Cécile Bouche et Fanny Dron, pour avoir accepté de m'accueillir en stage ;
- A mes collègues, Céline et Edith, pour leur aide si précieuse ;
- A Annick, pour le temps passé à me relire ;
- A ma femme et à mes enfants, Laëtitia, Juliette et Arthur, pour leur présence, leur compréhension et leur soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 LA NECESSITE DE DEVELOPPER DES PRESTATIONS DE SOUTIEN RENFORCE AU SEIN D'UN POLE SERVICES POUR REpondre AUX BESOINS ET ATTENTES DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	3
1.1 Le constat d'une expression plus fréquente de troubles du comportement chez les adultes accompagnés	3
1.1.1 Le Pôle Services : présentation, objectifs et missions	3
1.1.2 Une évolution des publics accompagnés auxquels le Pôle Services cherche à apporter des réponses	5
1.1.3 Une problématique de troubles du comportement associés plus spécifique à certains publics	6
1.1.4 Une plus grande complexité voire une criticité des situations rencontrées.....	7
1.1.5 Les troubles du comportement : définitions, causes et manifestations.....	9
1.1.6 Les besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement.....	10
1.1.7 Le problème de direction posé par l'inadéquation de l'offre de service aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement	11
1.2 La légitimité d'apporter une réponse aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement.....	13
1.2.1 Une désinstitutionnalisation de la psychiatrie qui entraîne un glissement de file active du secteur sanitaire vers le secteur médico-social	13
1.2.2 Des politiques publiques qui favorisent une transformation progressive de l'offre médico-sociale	14
1.2.3 De nouveaux outils au service de la logique de parcours	16
1.2.4 Des expériences pertinentes menées en France et à l'étranger	19
1.3 Les enjeux territoriaux autour de la réponse aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement	20
1.3.1 Caractéristiques du territoire	20

1.3.2	Une enquête qui met en exergue des besoins non couverts à l'échelle du territoire	21
1.3.3	Un manque de solutions en proximité	22
1.3.4	Des départs contraints vers la Belgique	23
1.3.5	Une position stratégique à consolider pour l'Association et le Pôle Services..	23
1.4	Conclusion de la première partie.....	24
2	L'ASSOCIATION ET LE PÔLE SERVICES A L'EPREUVE DU PROJET DE DEVELOPPEMENT DE PRESTATIONS DE SOUTIEN RENFORCE	25
2.1	Le projet au regard du potentiel de l'Association et du Pôle Services - Dimension stratégique	25
2.1.1	L'Association et le projet : état des lieux	25
2.1.2	Le Pôle Services et le projet : état des lieux.....	30
2.1.3	Diagnostic stratégique	34
2.2	Un manque de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau	36
2.2.1	Les concepts de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau vus par les auteurs	36
2.2.2	Le déficit de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau au Pôle Services	39
2.2.3	Des hypothèses explicatives et les pistes de correction possibles	40
2.3	Une résistance au changement des professionnels qui peut hypothéquer la réussite du projet.....	41
2.3.1	Le changement : approche conceptuelle.....	41
2.3.2	La résistance au changement au Pôle Services.....	44
2.3.3	Des hypothèses explicatives et des pistes pour lever les freins	45
2.4	Conclusion de la deuxième partie	47
3	Le projet de développement de prestations de soutien renforcé au sein du Pôle Services	48
3.1	Proposer de nouvelles prestations pour garantir la continuité et la fluidité des parcours	48
3.1.1	Un accompagnement renforcé vers et dans l'emploi.....	48
3.1.2	Une diversification de l'offre de service en matière de parcours résidentiel....	50
3.1.3	Une coordination renforcée pour favoriser l'accès aux soins et la cohérence du parcours	54
3.2	Créer une équipe mobile de soutien renforcé.....	55
3.2.1	Présentation.....	55

3.2.2	Public visé, objectifs et prestations	56
3.2.3	Organigramme et ressources humaines dédiées.....	57
3.2.4	Besoins en formation.....	59
3.2.5	Management stratégique.....	60
3.2.6	Impacts attendus et évaluation	62
3.2.7	Cohérence financière du projet.....	62
3.2.8	Calendrier de mise en œuvre	63
3.3	Renforcer le partenariat par un travail de réseau professionnel formel pour élargir l'éventail des prestations	64
3.3.1	Présentation	64
3.3.2	Objectifs	65
3.3.3	Stratégie de mise en œuvre et d'initiation du réseau	66
3.4	Conclusion de la troisième partie	67
	Conclusion.....	69
	Bibliographie	71
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAP	Appel A Projet
AES	Accompagnant Educatif et Social
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Activités Physiques Adaptées
ARS	Agence Régionale de Santé
ATC	Autorités de Tarification et de Contrôle
AVP	Aide à la Vie Partagée
CA	Conseil d'Administration
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention social
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CMI	Cellule Mobile d'Intervention
CMP	Centre Médico-Psychologique
CODIR	COmité de DIRection
COFIL	COmité de PILOTage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA	Centre Ressources Autisme
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
CREHPSY	Centre de REssources sur le Handicap PSYchique
CSE	Comité Social et Economique
CSSCT	Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail
DAC	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DEA	Dispositif Emploi Accompagné
DI	Déficiência Intellectuelle
DSM	Diagnostic and Statistical Manual

EPE	Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
GCMS	Groupements de Coopération Médico-Sociale
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GOS	Groupe Opérationnel de Synthèse
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IME	Institut Médico-Éducatif
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCO	OPérateur de COmpétences
PAG	Plan d'Accompagnement Global
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PCPE	Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
PDC	Plan de Développement des Compétences
PFR-PH	PlateForme d'accompagnement et de Répit pour les aidants de Personnes en situation de Handicap
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SAMO	Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAS	Service d'Accompagnement et de Suite
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SERAFIN-PH	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
TND	Trouble du Neuro-Développement
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UNAFAM	Union NAtionale de FAMilles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

En 2001, dans son rapport sur la santé dans le monde consacré à la santé mentale¹, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que 20 à 25 % de la population mondiale viendrait un jour ou l'autre à souffrir de troubles mentaux et du comportement. Ces troubles apparaissent comme un des éléments clés des situations de handicap dites complexes. « *Zéro sans solution* », « *Réponse Accompagnée Pour Tous* », « *Schémas nationaux handicaps rares* »... En France, depuis plusieurs années, les politiques publiques cherchent à structurer les réponses pour les personnes vivant avec un handicap, notamment celles en situation complexe. Force est de constater que bien souvent, les personnes « *dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd*² » peinent encore à trouver une offre de service répondant à leurs besoins et à leurs attentes.

Sensible aux difficultés rencontrées par ces personnes, je me suis toujours fortement impliqué dans leur prise en soin puis leur accompagnement. Après avoir occupé différentes fonctions dans le secteur sanitaire (infirmier, cadre de santé, formateur des professionnels de santé, coordonnateur de programmes d'éducation thérapeutique du patient), j'exerce depuis 5 ans au sein d'une Association³ qui gère plusieurs établissements et services médico-sociaux (ESMS). Membre du Comité de Direction (CODIR), je constate au quotidien que de plus en plus d'adultes présentant des troubles du comportement viennent bousculer les organisations des ESMS et mettent en échec les solutions d'accompagnement existantes.

L'offre de service apparaît aujourd'hui insuffisante pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées, prévenir l'épuisement des familles, des proches et des professionnels qui les accompagnent. Elle ne semble pas non plus être en mesure d'éviter les nombreuses ruptures de parcours auxquelles ces personnes sont exposées. Le maillage territorial reste incomplet et, chaque année, des adultes sont même contraints de quitter le territoire national pour bénéficier d'un accompagnement médico-social en Belgique.

¹ Organisation Mondiale de la Santé, [En ligne], <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391> (Page consultée le 16.11.2021), p. XV.

² Denis PIVETEAU, « *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, 2014, p. 5.

³ Afin de respecter les règles de confidentialité et de déontologie qui visent à préserver l'anonymat de l'association, j'ai fait le choix d'utiliser cette appellation tout au long du mémoire.

Dans un contexte de transformation de l'offre de service impulsée par les politiques publiques, et face à la problématique posée, je souhaite répondre à la demande de mon Conseil d'Administration en proposant de nouvelles prestations susceptibles de satisfaire les besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. **Comment, dès lors, élargir le panel de solutions adaptées à la prise en compte de ces situations individuelles, souvent complexes, dans un objectif de fluidification et de sécurisation des parcours ?**

Dans le cadre de ma formation CAFDES, j'ai souhaité effectuer mon stage de DF1⁴ au sein du Pôle Services de l'Association. L'accompagnement d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement y est déjà une réalité depuis plusieurs années. Au cœur des orientations politiques actuelles en matière d'inclusion, ce Pôle présente d'importantes perspectives de développement. Je me suis donc projeté, dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, dans la fonction de Directeur de ce Pôle.

Afin de bien expliciter mon projet, j'ai organisé mon propos en trois parties.

Dans la première partie, je démontrerai la nécessité de développer des prestations de soutien renforcé pour répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Après avoir présenté la problématique, j'insisterai sur la légitimité du Pôle Services à dispenser ces prestations au regard des enjeux territoriaux.

Dans la seconde partie, je réaliserai un diagnostic stratégique de l'Association et du Pôle à l'entame du projet. J'analyserai les forces et les opportunités sur lesquelles je pourrai m'appuyer, mais également les faiblesses et les menaces dont je devrai tenir compte.

Dans la dernière partie, je détaillerai de manière opérationnelle la mise en œuvre du projet et, pour chaque prestation proposée, je mettrai en évidence ma stratégie managériale.

⁴ Domaine de Formation 1 « *Elaboration et conduite stratégique d'un projet d'établissement ou de service* ».

1 LA NECESSITE DE DEVELOPPER DES PRESTATIONS DE SOUTIEN RENFORCE AU SEIN D'UN POLE SERVICES POUR REPONDRE AUX BESOINS ET ATTENTES DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

1.1 Le constat d'une expression plus fréquente de troubles du comportement chez les adultes accompagnés

1.1.1 Le Pôle Services : présentation, objectifs et missions

La création du Pôle Services trouve sa source dans la volonté politique d'inclusion de l'Association, permettant à un plus grand nombre de personnes d'être accompagnées en milieu ordinaire. A savoir une approche tournée vers l'extérieur, où l'accompagnement se fait à partir des choix de vie de la personne en situation de handicap. C'est une véritable culture et philosophie de travail qui s'est développée, basée sur le pouvoir d'agir de la personne, la prise en compte de son environnement et l'adaptation des pratiques professionnelles pour répondre à son projet de vie.

La nécessité d'apporter des réponses diversifiées et adaptées, alternatives à la prise en charge en établissement, a conduit l'Association à élaborer un projet d'extension de son Service d'Accompagnement et de Suite (SAS) et de création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Ce projet s'est inscrit, d'une part, dans le cadre de l'obligation de transformer le SAS en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), conformément à l'Article D.312-155-19 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et d'autre part, dans une réflexion plus globale sur la création d'un Pôle regroupant l'ensemble des services orientés vers le milieu ordinaire.

En 2016, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France et le Conseil Départemental (CD) du Pas-de-Calais ont émis un avis favorable au regroupement du SAVS et du SAMSAH en Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert (SAMO). Ce regroupement a pour but d'optimiser le fonctionnement des deux services par la mutualisation des moyens, de faciliter l'accompagnement des personnes et leur inclusion sociale dans une zone actuellement dépourvue de ce type de dispositif. En 2021, dans le cadre d'une réponse à un appel à projet (AAP), le Pôle Services a obtenu une autorisation

de l'ARS pour créer une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes en situation de handicap (PFR-PH).

Le Pôle Services est donc composé aujourd'hui d'un SAVS de 47 places, d'un SAMSAH de 20 places et d'une PFR-PH. Ses objectifs sont :

- ✓ Répondre de manière diversifiée et ajustée aux besoins et attentes des adultes orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
- ✓ Innover, adapter et développer l'offre de service pour les adultes ayant fait le choix de vivre en milieu ordinaire
- ✓ Poursuivre et développer la coopération avec les partenaires du territoire et acteurs locaux.

Les professionnels du Pôle Services interviennent directement auprès de la personne accompagnée, de sa famille, de ses aidants et de son environnement social. Leurs missions consistent à accompagner la personne en situation de handicap dans la réalisation de son projet de vie en favorisant son inclusion et son autonomie, en fonction de ses besoins et attentes.

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles⁵ (CASF), « *les SAVS et les SAMSAH prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :*

- *Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;*
- *Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.*
- *Des soins réguliers et coordonnés*
- *Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.*

Tout ou partie des prestations suivantes doivent être organisées et mises en œuvre par les services :

- 1. L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;*
- 2. L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;*

⁵ Articles D. 312-162 et D. 312-176 du CASF.

3. *Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;*
4. *Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;*
5. *Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;*
6. *Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;*
7. *Le suivi éducatif et psychologique ;*
8. *La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;*
9. *Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel. »*

1.1.2 Une évolution des publics accompagnés auxquels le Pôle Services cherche à apporter des réponses

Historiquement, le secteur médico-social du handicap s'est développé autour des valeurs d'assistance et de protection. Avec l'époque de croissance dite des « Trente Glorieuses » et l'avènement des lois de 1975 qui ont structuré le secteur, la construction de nombreux établissements s'est faite plutôt en juxtaposition du milieu ordinaire. Les services d'accompagnement sont apparus plus récemment. Si certains d'entre eux se sont spécialisés au fil du temps (SAVS et SAMSAH relais), ceux de l'Association sont restés polyvalents dans le sens où ils ne s'adressent pas à un public cible précisé dans leur autorisation. Pour autant, au regard de l'objet social de l'Association, ils avaient plutôt vocation, lors de leur création, à accompagner des personnes en situation de handicap mental, le plus souvent des travailleurs d'Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ayant la capacité de vivre en milieu ordinaire.

Compte tenu de l'évolution des classifications médicales, des prises de positions du mouvement associatif au niveau national⁶ et des orientations du projet associatif, les missions du Pôle se sont progressivement orientées vers les personnes présentant un trouble du neuro-développement (TND) et/ou un handicap psychique. En effet, la déficience intellectuelle⁷ (DI), les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et les troubles psychiques sont actuellement des manifestations présentes chez environ 80 % du public accompagné.

⁶ Depuis 2013, le mouvement parental national auquel adhère l'Association préconise la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap psychique.

⁷ L'appellation « trouble du développement intellectuel » est désormais de plus en plus souvent utilisée dans la littérature.

On observe par ailleurs une expression plus fréquente de troubles associés au handicap prévalent, notamment des troubles du comportement. Au 31 décembre 2014, 8% des personnes accompagnées par le SAMO présentaient des troubles du comportement associés. Au 31 décembre 2020, elles étaient 25%⁸.

1.1.3 Une problématique de troubles du comportement associés plus spécifique à certains publics

Sans nier les distinctions entre les TND et le handicap psychique, on peut tout de même leur reconnaître des caractéristiques communes comme l'expression fréquente de troubles du comportement associés.

Les TND regroupent un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement et qui sont souvent associées entre elles. C'est notamment le cas pour la DI et le TSA⁹. La DI concerne 1 à 2 % de la population soit plus d'un million de personnes en France¹⁰. Elle est plus d'une fois sur deux d'origine génétique mais ses causes restent encore souvent inconnues. La DI se caractérise par une capacité réduite à raisonner et à comprendre une information abstraite ou complexe. Les difficultés d'apprentissage et d'adaptation dans la vie quotidienne peuvent induire des troubles du comportement. D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la fréquence de certains troubles psychiatriques est en effet plus élevée (de l'ordre de 4 à 10 fois plus) chez les personnes avec DI qu'en population générale. Gérard Zribi parle de « *double diagnostic*¹¹ » pour évoquer l'association fréquente, chez une même personne, d'une DI et de problématiques de santé mentale.

On estime à 600 000 le nombre d'adultes autistes en France. Les TSA sont également fréquemment associés à des troubles psychiatriques (anxiété, dépression, etc.) et à des troubles du comportement. Selon le DSM V, les TSA se caractérisent par un développement déviant avec perturbations caractéristiques du fonctionnement dans chacun des domaines suivants :

⁸ Indicateurs ANAP du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Données extraites des campagnes de recueil 2015 et 2021 des types de déficiences principales et associées au Pôle Services.

⁹ Udapei 62, [En ligne], <https://www.udapei62.fr/les-troubles-du-neuro-developpement> (Page consultée le 20.12.2021).

¹⁰ INSERM, Déficiences intellectuelles, Collection Expertise collective, Montrouge, EDP Sciences, 2016, p. 18.

¹¹ Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY, Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, p. 15.

- La communication et les interactions sociales réciproques
- Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

Selon l'UNAFAM¹², le handicap psychique est la conséquence de différentes maladies mentales¹³. Sa prévalence en population générale est plus difficile à quantifier mais elle semble en constante augmentation. La notion de handicap psychique a été reconnue pour la première fois dans la loi du 11 février 2005 qui précise que « *constitue un handicap [...] toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*¹⁴ ». En inscrivant l'altération des fonctions psychiques à l'origine d'une situation de handicap, la loi reconnaît les difficultés vécues au quotidien par les personnes qui en sont atteintes et fait passer leur statut de celui de personne malade à celui de personne en situation de handicap. Cette reconnaissance a également permis de mettre en lumière certaines spécificités du handicap psychique et de le distinguer du handicap mental avec lequel il a longtemps été confondu. Le handicap psychique apparaît souvent à l'âge adulte et n'affecte pas directement les capacités intellectuelles, mais plutôt leur mise en œuvre. Comme pour la DI et les TSA, il est souvent associé à des troubles du comportement qui se manifestent à un rythme plus ou moins fréquent et variable.

1.1.4 Une plus grande complexité voire une criticité des situations rencontrées

De par ses missions de coordination, le SAMO est en lien avec les autres ESMS de l'Association, mais également avec ceux des autres organismes gestionnaires du territoire qui peuvent lui orienter des adultes. Avec le développement rapide de l'approche domiciliaire, on observe une forte montée en charge des notifications vers le SAMO. De plus, face au manque de places d'hébergement permanent dans les établissements médico-sociaux, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) met de plus en plus souvent en place des orientations dites « alternatives » vers les SAVS/SAMSAH. De nouvelles demandes émergent et le Pôle Services est régulièrement

¹² UNAFAM, [En ligne], <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique> (Page consultée le 27/12/2021)

¹³ Parmi lesquelles la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles graves de la personnalité, les troubles obsessionnels compulsifs, parfois aussi des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales et les maladies neurodégénératives.

¹⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

confronté à l'accompagnement d'adultes en situation complexe de handicap. Cette notion de situation complexe a pris de l'ampleur au cours de ces dernières années. Un décret du 20 mars 2009 précise qu'une « *déficiência intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont les troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante* ¹⁵ » peut être à l'origine de cette situation.

Jean-Yves Barreyre propose une autre définition des situations dites complexes. Pour lui, « *une situation complexe est le résultat de l'interaction entre trois types de difficultés :*

- *l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou des difficultés sociales rencontrées par les personnes ;*
- *le caractère problématique d'une évaluation globale et partagée des besoins de la situation ;*
- *les incapacités ou difficultés constatées des professionnels de la santé et du social à mettre en œuvre, avec les personnes, une stratégie globale d'intervention partagée sur un territoire de vie donné.*¹⁶ »

Une circulaire du 22 novembre 2013 évoque quant à elle « *les situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes qui, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours et pour lesquelles aucune solution d'accompagnement adaptée n'est trouvée*¹⁷... ». Certains adultes en situation de handicap accompagnés actuellement par le Pôle Services sont ou ont été confrontés à une absence de prise en charge, à des refus ou à des ruptures d'accueil en lien avec un besoin d'interventions très spécifiques, concertées et coordonnées.

Quand un adulte se trouve dans une situation complexe voire critique de handicap, c'est souvent parce qu'en dehors de sa problématique initiale, il y a des troubles du comportement associés. Les personnes se trouvent alors souvent à l'interface entre différents secteurs. En 2016, une étude réalisée par le CREAI Centre-Val de Loire évoquait déjà « *l'évolution des publics pris en charge dans les Etablissements et Services Médico-*

¹⁵ Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

¹⁶ Jean-Yves BARREYRE, « Les situations dites complexes : une priorité de l'action sanitaire et sociale », *Les Cahiers de l'Actif*, n°526-527 (Mars/Avril 2020), p. 30.

¹⁷ Circulaire n° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

Sociaux (ESMS)...et les publics frontières entre le secteur médico-social et le secteur de la psychiatrie¹⁸ ». Les acteurs de ces secteurs doivent donc davantage se coordonner.

1.1.5 Les troubles du comportement : définitions, causes et manifestations

Il existe actuellement une certaine confusion entre des notions à priori très proches : *troubles du comportement, comportements-problèmes, comportement défis...* Selon Tassé et ses collaborateurs, un trouble du comportement est une « *action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique¹⁹.* » L'OMS définit les troubles mentaux et du comportement comme « *des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales²⁰.* »

En 2018, Réseau-Lucioles a réalisé une recherche action²¹ qui a montré que dans certaines situations, les troubles du comportement pouvaient être générés par un environnement inadapté et qu'il convenait plutôt de parler, dans ce cas, de « *comportements-problèmes* ». L'ANESM a défini les comportements-problèmes comme « *des comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité²².* »

Comme le soulignent Willaye et Magerotte²³, ces comportements sont aussi qualifiés de « *comportements-défis* » car ils constituent des défis majeurs à relever pour l'environnement. L'accompagnement des personnes ne doit pas se limiter à la prise en compte des comportements-défis et doit s'inscrire dans l'accompagnement global du

¹⁸ CREAI Centre Val de Loire, [En ligne], <https://www.creaicentre.org/etudes-realisees.html> (Page consultée le 02.02.2022).

¹⁹ Marc J. TASSE, Guy SABOURIN, Nathalie GARCIN et Luc LECAVALIER, « Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle », *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 42, n°1 (janvier 2010), p. 62-69.

²⁰ Organisation Mondiale de la Santé, [En ligne], <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391> (Page consultée le 16.11.2021).

²¹ Réseau-Lucioles, [En ligne], <https://www.reseau-lucioles.org/enquetes-et-etudes/> (Page consultée le 07.02.2022).

²² HAS, [En ligne], https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes (Page consultée le 15.02.2022).

²³ Eric WILLAYE et Ghislain MAGEROTTE, Evaluation et intervention auprès des comportements-défis (2è éd.), Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2016.

parcours de vie. Néanmoins, ils constituent un enjeu majeur du fait de leurs répercussions sur la qualité de vie des personnes et de leur entourage.

Les troubles du comportement peuvent se manifester de différentes manières : automutilations, destructions de l'environnement, hétéro-agressivité, conduites sociales inadaptées, stéréotypies et autostimulations, troubles alimentaires... Ils nuisent souvent au fonctionnement de la personne et de son entourage. Ils peuvent conduire à des mises en danger et limitent l'inclusion sociale. Leurs causes peuvent être multiples et parfois sans lien avec des affections psychiatriques. Parmi les principales recommandations de l'étude du Réseau-Lucioles pour prévenir et mieux accompagner les troubles du comportement, figurent notamment la recherche d'une cause somatique, la formation des professionnels, le recours à des équipes pluridisciplinaires mobiles et la mutualisation d'expériences entre établissements.

1.1.6 Les besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement

Le projet Serafin-PH²⁴ définit le besoin comme un « *écart entre la réalisation effective, par une personne, d'une activité ou d'un domaine d'activité et son objectif personnel de réalisation*²⁵. ». L'ANESM estime que les attentes correspondent plutôt « *aux souhaits, désirs, envies, éléments de projets que les personnes forment elles-mêmes et proposent aux professionnels. Ces attentes peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites, mais elles existent toujours*²⁶. » Le recueil des besoins et attentes de la personne permet de formaliser son projet personnalisé qui désigne « *la démarche de co-construction du projet entre la personne accompagnée et les équipes professionnelles*²⁷. »

Je me suis donc intéressé dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire à l'évaluation des projets personnalisés des 18 adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement actuellement accompagnés par le Pôle Services. Les principales difficultés observées concernent l'accompagnement aux soins, l'accès et le maintien dans le logement et l'emploi.

²⁴ Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux besoins des Personnes Handicapées.

²⁵ CNSA, [En ligne], <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees-serafin-ph> (Page consultée le 04.04.2022).

²⁶ HAS, [En ligne], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf (Page consultée le 14.03.2022).

²⁷ Ibid.

Ces besoins et attentes ont d'ailleurs bien été décrits dans les différentes stratégies et orientations nationales qui concernent le public cible : *Note de cadrage concernant l'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel, Stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement, Volet handicap psychique de la dernière stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale...*

Ce sont souvent les personnes présentant les difficultés d'accompagnement les plus importantes qui présentent le risque le plus élevé de rupture de parcours. Les situations décrites en **Annexe I** illustrent bien les risques de rupture de parcours auxquels les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement sont exposés. Certaines de ces situations complexes ont fait l'objet d'une saisine de la cellule de centralisation des situations alarmantes de la MDPH. La complexité de ces situations a nécessité une intensification des accompagnements. Répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement implique donc de faire évoluer notre offre de service, tant en matière d'intensité que de diversité. La palette de couleurs primaires existe mais pas le nuancier dans son intégralité. L'enjeu pour les personnes est celui d'une meilleure qualité de vie, d'une plus grande autonomie et d'une inclusion pleine et entière dans la cité. Il est important en effet qu'elles puissent accéder aux dispositifs de droit commun, tout en continuant à bénéficier de dispositifs spécialisés.

1.1.7 Le problème de direction posé par l'inadéquation de l'offre de service aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement

Quelles que soient les causes et les manifestations des troubles du comportement, ils représentent un véritable problème de direction car leurs répercussions sont nombreuses et ont de multiples impacts.

a) La qualité de vie et la continuité des parcours

Troubles du comportement, ruptures de parcours et qualité de vie sont intimement liés. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la qualité de vie d'une personne est bonne lorsque ses besoins de base sont satisfaits et quand elle a les mêmes chances que n'importe qui d'autre de poursuivre et de réaliser ses objectifs dans les différents milieux de*

vie²⁸. » Les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement sont exposés à de multiples ruptures dans leurs parcours de vie : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions ou des refus d'admission en ESMS, des difficultés d'accès aux soins, des hospitalisations inadéquates en psychiatrie, des difficultés d'accès et de maintien dans le logement, des difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi.

« Le parcours se définit comme la prise en charge du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, en considérant ceux de son entourage. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention du sanitaire, du médico-social et du social et doit intégrer les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. L'objectif de la démarche de parcours est de répondre aux besoins sanitaires et sociaux de la population et ce par les bonnes structures et services, au bon moment, le tout au meilleur coût²⁹. »

La volonté des personnes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire amplifie le rôle joué par leurs proches aidants. Face aux troubles du comportement, beaucoup d'entre eux s'épuisent. La coordinatrice de la PFR-PH me confiait récemment que la majorité des aidants soutenus actuellement étaient des parents d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement.

b) Les risques professionnels

Un audit réalisé en 2019 par un cabinet de conseil en ressources humaines a démontré que l'évolution actuelle du profil des personnes accompagnées au sein du Pôle Services était un des principaux facteurs de risques psycho-sociaux (RPS). Les professionnels se sentent parfois démunis et doivent répondre de plus en plus souvent, en urgence, à des situations de crise. Ils s'interrogent beaucoup actuellement sur l'évolution des publics accompagnés et expriment de plus en plus vivement leurs inquiétudes. Une fois par mois, lors de la réunion de service, une analyse de situation est réalisée. L'objectif de ce dispositif est notamment de prévenir les RPS et de pouvoir libérer la parole. Depuis sa mise en place, neuf situations proposées par les professionnels (50% des situations) ont concerné des

²⁸ HAS, [En ligne], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/guide_des_problemes_somatiques.pdf (Page consultée le 16.02.2022).

²⁹ Aline QUEVERUE, « Parcours de santé et politiques publiques », support de cours CAFDES, IRTS Hauts-de-France, 2020.

adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Alors que la procédure associative de signalement des événements indésirables (EI) est applicable uniquement aux situations où la victime est une personne accompagnée, les trois dernières fiches d'EI rédigées concernaient des situations de violence ayant touché des professionnels.

c) Les dynamiques de réseau et de partenariat

Comme évoqué précédemment, les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement se trouvent souvent à l'interface de différents secteurs : social, médico-social et sanitaire. Force est de constater qu'autour de leurs situations complexes, des fonctionnements en silo et des effets de cloisonnement persistent. L'absence de solutions au moment des ruptures de parcours ne facilitent pas les réflexions et la mobilisation des différents acteurs. Il semble primordial de maintenir voire de renforcer le partenariat pour rechercher collectivement des solutions visant une évolution de la personne vers une meilleure qualité de vie.

1.2 La légitimité d'apporter une réponse aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement

1.2.1 Une désinstitutionnalisation de la psychiatrie qui entraîne un glissement de file active du secteur sanitaire vers le secteur médico-social

Avec l'ouverture des prises en soins sur l'extérieur, les établissements psychiatriques sont désormais un des éléments de réponse face aux problèmes de santé mentale d'une population. Le recours à l'hospitalisation est devenu progressivement de plus en plus rare. La circulaire du 15 mars 1960³⁰ a introduit la notion de sectorisation psychiatrique. Ce texte législatif a beaucoup modifié le paysage de la psychiatrie en France. Il a favorisé la prise en soins du malade dans son cadre de vie naturel, par une équipe de secteur pluri professionnelle. L'organisation sectorielle répond avant tout à une logique de territoire. Le secteur psychiatrique est un territoire délimité géographiquement et peuplé d'environ 70 000 habitants. Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est le pivot de cette organisation, constituée d'un ensemble de structures alternatives à l'hospitalisation qui ont

³⁰ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

pour objectif la prévention, le dépistage, la réinsertion et la réhabilitation des malades. Progressivement la notion de santé mentale s'est substituée à celle de psychiatrie. Plus globale, elle prend davantage en compte l'importance de l'environnement et de la complémentarité des acteurs.

Cette désinstitutionnalisation de la psychiatrie a été plutôt tardive sur notre territoire. Au cours de ces dernières années, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de référence a considérablement réduit sa capacité d'accueil en hospitalisation complète. A titre indicatif, entre septembre 2016 et septembre 2018, cette capacité est passée de 94 à 62 lits pour les adultes, soit une diminution de 34%. Le virage ambulatoire ne s'est pas accompagné jusqu'ici d'un renforcement des structures extrahospitalières en moyens humains et d'un développement des coopérations avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Un glissement de file active s'est opéré rapidement du secteur sanitaire de psychiatrie vers les autres secteurs, notamment celui du médico-social. Les réformes successives, avec notamment les lois du 2 janvier 2002³¹ et du 11 février 2005, constituent une évolution fondamentale en matière de réponse aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap. Le secteur médico-social occupe désormais une place centrale dans les orientations politiques en matière de santé mentale. Les dernières commissions d'admission au SAMO et l'analyse des listes d'attente confirment l'existence d'un effet filière depuis les établissements psychiatriques vers les ESMS.

Depuis mars 2020, les problématiques de santé mentale sont encore plus fréquentes et récurrentes. En effet, selon l'OCDE, « *la santé mentale de la population s'est sensiblement dégradée depuis le début de la pandémie de COVID-19*³². » Les différents confinements ont eu un impact sur la majoration des troubles du comportement chez les adultes accompagnés au sein de l'Association.

1.2.2 Des politiques publiques qui favorisent une transformation progressive de l'offre médico-sociale

Avec le mouvement de désinstitutionnalisation qui fait suite aux résolutions des Nations Unies et aux directives européennes ayant infléchi les politiques relatives au handicap en France, il s'agit désormais, par le biais d'une transformation progressive de l'offre médico-

³¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³² OCDE, [En ligne], <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/apporter-une-reponse-englobant-toutes-les-composantes-de-la-societe-face-aux-consequences-de-la-crise-du-covid-19-sur-la-sante-mentale-f4d9703f/> (Page consultée le 24.03.2022).

sociale, de passer d'une logique de places à une logique de parcours. La nouvelle nomenclature des ESMS, la généralisation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et les travaux sur le nouveau modèle tarifaire Serafin-PH s'articulent également avec la démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous³³ (RAPT) ». Ces réformes doivent offrir davantage de souplesse aux ESMS pour proposer des prestations plus en adéquation avec les besoins et attentes des personnes accompagnées.

La volonté politique de soutenir l'inclusion et le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire se manifestent également au travers le développement de nouvelles formes d'habitat, à mi-chemin entre l'établissement collectif et le logement ordinaire autonome. L'habitat dit « inclusif » est d'ailleurs un des principaux volets de la dernière stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Les crédits spécifiques alloués à son financement, par l'intermédiaire notamment de l'Aide à la Vie Partagée (AVP), représentent des leviers dont disposent aujourd'hui l'ARS et le CD pour accélérer la transformation de l'offre médico-sociale.

En juillet 2020, l'ARS des Hauts-de-France a présenté sa stratégie pour mettre fin aux départs non souhaités vers la Belgique et faciliter la poursuite des parcours en France. Différents AAP et Appels à Manifestation d'Intérêt (AMI) sont régulièrement publiés pour répondre aux besoins d'accompagnement d'adultes en situation de handicap dont l'importance des troubles du comportement met en échec les offres d'accompagnement existantes et ne permet pas la réalisation de leur projet de vie. Pour le CD du Pas-de-Calais, un des axes prioritaires est le développement de places de services/dispositifs dont le volume d'heures d'accompagnement est adapté à la lourdeur du handicap et au niveau de dépendance des personnes, dans une logique de plateforme de services coordonnés.

Toutes ces évolutions s'inscrivent dans le cadre des orientations du Projet Régional de Santé 2018-2028 des Hauts-de-France et du Schéma départemental de l'autonomie du Pas-de-Calais qui visent à promouvoir des parcours de vie sans rupture, à favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap et la coopération entre les acteurs. Sur ce dernier point, dans le cadre de l'évolution du système de santé français, la loi HPST du 21 juillet 2009³⁴ fixe d'ailleurs comme enjeu majeur l'organisation d'une prise en charge fluide et coordonnée entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. La loi

³³ Mission « une Réponse Accompagnée Pour Tous » confiée par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et le Secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion à Mme Marie-Sophie DESAULLE en 2014.

³⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016³⁵ réaffirme cette nécessité et instaure un nouvel outil de déclinaison des politiques publiques : le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Il doit favoriser l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Le PTSM qui concerne l'Association et le Pôle Services, approuvé par l'ARS le 27 avril 2021, prévoit notamment la mise en place de référents de parcours de type *case-manager*.

1.2.3 De nouveaux outils au service de la logique de parcours

Différents guides et outils ont été élaborés avec pour objectif de soutenir le développement de projets et de politiques inclusives, d'aider les ESMS à se restructurer, à leur donner de la visibilité dans la gestion, à optimiser l'utilisation des fonds alloués à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

a) Le rapport Piveteau

Le rapport Piveteau³⁶ a mis en lumière la nécessité de proposer des réponses plus souples, modulaires et diversifiées aux personnes en situation de handicap. Dans son rapport, Denis Piveteau opte pour l'effectivité, à chaque fois que cela répond aux besoins et attentes de la personne, de la mise en œuvre du principe de subsidiarité de la réponse institutionnelle au profit d'une approche inclusive privilégiant le maintien en milieu ordinaire de vie. Il convient, selon lui, d'élargir le « champ des possibles ». C'est de ce rapport qu'est issue la fameuse maxime « Zéro sans solution ». Pour atteindre cet objectif ambitieux, Denis Piveteau plaide pour des parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap, à partir des transversalités sociales, médico-sociales et sanitaires. C'est une incitation à la transdisciplinarité et au décloisonnement entre les secteurs et les professionnels. Le rapport Piveteau prône également pour des réponses territoriales de proximité et des fonctionnements en dispositif adaptés à chaque personne. Pour Francis Batifoulier, « *par dispositif, on entend des dispositions réglementaires qui associent une ou des prestations définies strictement, une population ciblée selon certains critères, un ensemble d'opérateurs articulés entre eux, un financement spécifique, une instance partenariale de pilotage*³⁷. »

³⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁶ Denis PIVETEAU, « 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, 2014.

³⁷ Francis BATIFOULIER, Manuel de direction en action sociale et médico-sociale, Malakoff, Dunod, 2019, p. 197.

b) La démarche RAPT

La mission confiée à Marie-Sophie Desaulle en 2014 fait directement suite au rapport Piveteau. Elle incite, tout comme lui, à un changement de paradigme concernant la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap. La démarche RAPT, composée de 4 axes, marque une véritable volonté politique de proposer des parcours sans rupture.

L'axe 1 concerne la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent pour les personnes en situation de handicap, sans solution ou sans solution adaptée. On y retrouve notamment le Plan d'Accompagnement Global (PAG) introduit par l'Article 89 de la loi du 26 janvier 2016. Le directeur de la MDPH a également la possibilité de convoquer un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) qui réunit les acteurs territoriaux susceptibles d'apporter une réponse modulaire à la personne en situation complexe.

L'axe 2 concerne la mise en place d'une réponse territorialisée qui repose sur le partenariat et le maillage territorial et qui doit permettre de passer d'une logique de place à une logique de parcours (ou de réponse).

L'axe 3 concerne la participation des personnes en situation de handicap aux décisions qui les concernent, en favorisant leur présence dans les instances de décisions et en valorisant leur expertise, notamment au travers le développement de l'entraide et de la pair-aidance.

L'axe 4 concerne l'accompagnement au changement des pratiques qui doit s'engager pour assurer la continuité et la fluidité des parcours. Cela concerne aussi bien les pratiques professionnelles que la formation et la tarification.

En 2016, lors d'un appel à contribution lancé par la CNSA, le Département du Pas-de-Calais, a été pionnier dans la mise en œuvre de l'acte 1 de la démarche RAPT, qui a depuis été généralisée à l'ensemble du territoire national. L'acte 2 consiste actuellement au déploiement des Communautés 360.

c) Le CPOM

Introduit en 2002 dans le secteur social et médico-social, le CPOM s'est peu à peu généralisé et est désormais obligatoire. C'est un outil de contractualisation mais également un outil de décloisonnement. Les Autorités de Tarification et de Contrôle (ATC) et les ESMS travaillent ensemble à sa formalisation. Le CPOM favorise la mutualisation de moyens et

de budgets. Il est désormais possible de mutualiser les budgets de plusieurs ESMS gérés par le même organisme gestionnaire. Le CPOM est enfin un outil de programmation pluriannuel d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Il permet de programmer des transformations de places, des évolutions de modalités d'accompagnement, des mutualisations de moyens et des extensions de capacités. Le premier CPOM de l'Association a été contractualisé en 2011. A compter de septembre 2022, des négociations auront lieu avec les ATC pour la formalisation du troisième CPOM. Des fiches actions pourraient porter spécifiquement sur les réponses à apporter aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement.

d) La réforme Serafin-PH

La réforme Serafin-PH d'allocation des ressources aux ESMS repose sur les préconisations des rapports Vachey-Jeannet (2012, 2013) qui visent à favoriser les parcours de vie sans ruptures. Elle concerne tous les ESMS du champ du handicap qui accompagnent les personnes bénéficiant d'une orientation de la CDAPH. Les objectifs et attendus de la réforme sont multiples. *« Il s'agit d'abord de rendre les financements plus équitables, et en particulier de réduire les importants écarts de subventions constatés d'un établissement à l'autre, en fonction par exemple du département financeur. Le deuxième but tend à rendre les allocations de ressources plus simples et plus lisibles afin, troisième attente, de soutenir la transformation de l'offre vers une plus grande inclusion, une moindre institutionnalisation des personnes accompagnées³⁸... »*

Dans le cadre de cette réforme, des nomenclatures de besoins et de prestations ont été élaborées. Ces nomenclatures sont organisées autour de trois domaines : la santé somatique et psychique, l'autonomie et la participation sociale. Depuis 2018, ces domaines sont complétés, pour les prestations, par un quatrième domaine constitué d'une seule prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours. *« Inspirées de la CIF, les nomenclatures des besoins et des prestations se fondent sur une approche multidimensionnelle (ou « écosystémique ») du handicap. Cette approche prend en compte les interactions entre les facteurs personnels et environnementaux qui ont des*

³⁸ Sophie MASSIEU, « Financement : Serafin-PH modifie déjà les organisations », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3197 (19 février 2021), p. 33.

conséquences sur les fonctions et structures psychiques et corporelles de la personne, limitent ses activités et réduisent sa participation sociale³⁹. »

Un nouveau modèle de financement des ESMS est issu de la réforme. Son déploiement est prévu à l'horizon 2024. Il devrait être composé :

- d'un financement « socle » qui couvre l'ensemble des prestations indirectes et une base minimale pour toutes les prestations directes ;
- d'une majoration qui dépend du niveau de complexité des situations des personnes accompagnées ;
- d'un financement à la qualité sur la base d'indicateurs cibles ;
- de financements complémentaires négociés entre l'organisme gestionnaire et les ATC dans le cadre d'AAP/AMI visant à soutenir des projets innovants.

En octobre 2021, le Pôle Services a répondu à un appel à candidatures pour participer à une expérimentation de la réforme Serafin-PH. Le SAMSAH fait partie des 866 ESMS sélectionnés au niveau national qui participent actuellement à cette expérimentation. Celle-ci consiste en un recueil de base de données sur la structure et sur chaque personne accompagnée.

1.2.4 Des expériences pertinentes menées en France et à l'étranger

Des expériences pertinentes et innovantes se déclinent sous la forme d'une offre de service différente, dont le but est d'apporter une réponse juste, peut-être plus modeste en apparence, mais sans doute plus efficace. Résolument inscrites dans une approche écologique, elles semblent davantage prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement, afin de réduire la fréquence et l'impact des troubles du comportement.

La pratique du *case management* s'est notamment développée dans les pays anglo-saxons. Sa traduction dans la langue française est « gestion de cas » ou encore « coordination de parcours ». Elle traite spécifiquement du besoin de répondre à la nécessité d'une meilleure coordination des intervenants qui accompagnent les personnes ayant des besoins d'accompagnement plus soutenus et fluctuants. Le *case management*

³⁹ CNSA, [En ligne], https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_vf.pdf (Page consultée le 04.04.2022).

peut être incarné par une seule personne. On parle alors d'un *case manager*. Il peut également s'exercer par un collectif, par exemple dans le cadre d'un travail de réseau. Face à la fragmentation des suivis et des interventions, dans le respect du pouvoir d'agir et du projet de vie de la personne, le case manager assure à la fois un travail de coordination et un travail de soutien en proximité. En Belgique, des Cellules Mobiles d'Intervention (CMI) apportent un soutien aux intervenants et milieux de vie pour améliorer la coordination des parcours des personnes porteuses de double diagnostic. Les CMI ont été créées pour venir en soutien des professionnels et des aidants des personnes en situation de handicap présentant des troubles graves du comportement. Le principal objectif de ces CMI est d'éviter l'exclusion de ces personnes de leurs milieux de vie et les hospitalisations inutiles. En France, des équipes mobiles rattachées à des SAVS ou des SAMSAH interviennent déjà sur ce modèle, à domicile et en ESMS, pour éviter les ruptures d'accompagnement des personnes ayant des comportements-problèmes. Dans les Hauts-de-France, une grande entreprise et une association expérimentent actuellement un dispositif d'inclusion par le travail pour une dizaine d'adultes avec autisme moyen à sévère. Le projet bénéficie d'un fort soutien du secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, de l'ARS et du CD de l'Oise. Il répond en partie aux enjeux de transformation de l'offre médico-sociale et de mise en œuvre des politiques publiques inclusives. Récemment, le Département du Pas-de-Calais a créé un Dispositif Emploi Accompagné (DEA) pour permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi en milieu ordinaire. Toujours en région Hauts-de-France, une association développe depuis plusieurs années de nouvelles réponses face aux enjeux de l'habitat des adultes en situation de handicap présentant des troubles psychiques et des troubles du comportement. Constatant un déficit de solutions adaptées aux besoins et attentes de ce public en matière de logement, cette association propose des habitats accompagnés et partagés pour éviter les situations d'isolement et d'aggravation des troubles⁴⁰.

1.3 Les enjeux territoriaux autour de la réponse aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement

1.3.1 Caractéristiques du territoire

Le territoire compte 129 000 habitants et 89 communes réparties en deux intercommunalités. A l'échelle du département, il apparaît plutôt d'essence rurale. Pour

⁴⁰ En 2019, le nombre moyen de jours d'hospitalisation des personnes suivies en psychiatrie bénéficiant du dispositif était de 19 jours alors que la moyenne nationale était de 59,5 jours.

autant, il est marqué par une ambivalence entre un secteur rural marqué en périphérie et un centre très urbanisé où l'on passe d'une ville à l'autre sans espace intermédiaire. L'accès aux soins y est une véritable problématique en raison d'une très faible densité médicale. Concernant les personnes en situation de handicap, 7% de la population est reconnue en situation de handicap par la CDAPH et le nombre de bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) a augmenté de 50% en dix ans⁴¹. L'offre médico-sociale connaît actuellement une forte pression. Les délais pour entrer dans un ESMS peuvent atteindre plusieurs années. En 2021, sous la forme d'un livre blanc, l'Association a alerté l'ARS et le CD sur l'impérieuse nécessité de lui accorder des moyens nouveaux pour faire face à cette situation particulière. Ses différents ESMS accueillent déjà un peu plus de 500 personnes mais 536 sont sur liste d'attente soit 107% des capacités d'accueil. Cela engendre irrémédiablement des situations parfois difficiles à gérer et nécessite d'être très attentif à la gestion des listes d'attente.

1.3.2 Une enquête qui met en exergue des besoins non couverts à l'échelle du territoire

La problématique des troubles du comportement concerne de nombreux acteurs. Dans le cadre de la parution de plusieurs AAP et AMI, l'Association et le Pôle Services ont souhaité réaliser, en avril 2021, une enquête via un questionnaire Google Forms en ligne auprès des établissements et services sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associatifs du territoire (questionnaire en **Annexe II**). Il s'agissait tout d'abord d'évaluer le nombre d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement et ayant un ancrage sur le territoire. 15 structures ont répondu à l'enquête (résultats en **Annexe III**). Plusieurs structures ont repéré dans leur file active des personnes présentant les caractéristiques du public cible. Après avoir pris le soin de contacter les structures concernées pour procéder à un recoupement des données, j'estime qu'il y a actuellement, sur le territoire, environ 50 adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, sans solution d'accompagnement ou sans solution adaptée. Pour les répondants, les principaux risques de rupture de parcours identifiés sont :

- Les difficultés à prévenir et à gérer les situations de crise ;
- L'épuisement des aidants et des professionnels ;
- Le manque de coordination et les effets de cloisonnement entre les acteurs ;
- Les hospitalisations inadéquates ;

⁴¹ Données présentées par la MDPH du Pas-de-Calais lors d'une réunion d'échange avec les ESMS des territoires de l'Artois, de l'Audomarois et du Ternois, le 7 juin 2022 à Saint-Martin-lez-Tatinghem.

- La rigidité institutionnelle et organisationnelle ;
- Les difficultés d'accès aux soins et aux accompagnements médico-sociaux.

Le projet de développer des prestations de soutien renforcé pour répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement fédère de nombreux acteurs sur le territoire. 87% des répondants souhaitent s'y associer. Parmi leurs propositions, figurent notamment :

- La création d'une équipe renfort dédiée ;
- L'amélioration de l'accès aux soins somatiques et psychiatriques ;
- La création de places en ESMS ;
- La mise en œuvre d'une coordination de parcours de type *case management* ;
- La formation des professionnels et des aidants ;
- Les dispositifs de répit ;
- La création d'habitats inclusifs, partagés et accompagnés.

1.3.3 Un manque de solutions en proximité

Le territoire est marqué par une forte inadéquation entre les besoins de la population en santé mentale et l'offre existante. Certains indicateurs⁴² y sont plus dégradés que dans le reste du département. La démographie médicale est particulièrement déficitaire et elle devrait encore se dégrader dans les années à venir. C'est sans doute en raison de ces inégalités territoriales que la politique de santé mentale suscite aujourd'hui une attention toute particulière : « *un nombre croissant de personnes souffre de troubles mentaux alors que l'offre de soins est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire, et qu'il existe un cloisonnement persistant dans les prises en charge sanitaires et sociales.*⁴³»

Dans le département, il existe plusieurs dispositifs (SAMSAH relais handicap psychique, Dispositif d'Accompagnement et de Soins en Milieu Ordinaire, Unité d'Accompagnement et de Soutien, Plateforme Territoriale d'Appui...) susceptibles de répondre à la complexité des situations et des interventions. Récemment, les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), les Communautés 360 et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ont vu le jour, s'inscrivant eux aussi dans le cadre de la démarche RAPT. Pour autant, leur territoire d'intervention est souvent très étendu. Aucun de ces dispositifs de

⁴² Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSMPsy), [En ligne], <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18140.pdf> (Page consultée le 28.01.2022).

⁴³ Yvette Rose RAYSSIGUIER et Gilles HUTEAU, Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, p. 418.

soutien n'est réellement implanté sur le territoire de proximité. Cet éloignement ne permet pas de répondre à la problématique de l'isolement des professionnels et des aidants qui accompagnent au quotidien les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. De plus, l'articulation entre ces différents dispositifs interroge beaucoup les acteurs du territoire, qui voient surtout dans leur multiplication un signe de complexification et de manque de lisibilité de l'offre.

1.3.4 Des départs contraints vers la Belgique

La problématique de la réponse aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement nécessite une approche particulière compte tenu des enjeux actuels. En l'absence de réponse adaptée en proximité, en cas d'épuisement des professionnels et des aidants, l'orientation vers la Belgique apparaît encore trop souvent la seule solution. Chaque année, près de 150 adultes sont contraints de quitter la région Hauts-de-France pour bénéficier d'un accompagnement médico-social de l'autre côté de la frontière. Une étude⁴⁴ sur la typologie des publics concernés confirme qu'il s'agit essentiellement de personnes présentant une DI, un handicap psychique ou un TSA comme déficiences principales déclarées (respectivement 54,6%, 18%, 8,55%), avec des troubles du comportement et de la conduite associés. Encore aujourd'hui, la demande d'admission est constante et reste forte. A travers la programmation de plusieurs AAP et AMI d'ici 2023, les ATC incitent actuellement les organismes gestionnaires à développer et transformer leur offre de service en direction des personnes en situation de handicap, afin de réduire le phénomène de départs non souhaités vers la Belgique.

1.3.5 Une position stratégique à consolider pour l'Association et le Pôle Services

L'Association est un acteur connu et reconnu sur le territoire. Elle contribue activement à la mise en œuvre des politiques publiques actuelles. Elle s'est engagée très tôt dans la démarche RAPT et sa volonté est d'élargir son panel de solutions d'accompagnement. En développant au fil du temps une expertise en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, en s'inscrivant dans de nombreux réseaux et partenariats, l'Association est devenue le principal interlocuteur des ATC, de la MDPH et des autres organismes gestionnaires du territoire pour les situations complexes de handicap. D'autres organismes gestionnaires œuvrent dans le champ

⁴⁴ Données recueillies lors de la présentation de la stratégie régionale de prévention des départs non souhaités en Belgique, le vendredi 10 juillet 2020 à l'ARS Hauts-de-France, Lille.

médico-social, mais les services qu'ils proposent ou les publics accueillis sont plutôt complémentaires à ceux de l'Association et n'entrent pas en concurrence directe avec elle.

Au sein du Pôle Services, le SAMO est un dispositif de premier ordre au centre des orientations actuelles des politiques publiques. Au regard de ses missions, ce dispositif est amené à devenir le pivot naturel de toutes les interventions auprès des personnes en situation de handicap, notamment celles en situation complexe. Les AAP et AMI qui accompagnent la transformation progressive de l'offre représentent donc une excellente opportunité pour l'Association et le Pôle Services de consolider cette position stratégique sur le territoire, et ainsi poursuivre leur développement.

1.4 Conclusion de la première partie

Dans cette première partie, j'ai démontré que la problématique de l'accompagnement des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement est bien réelle. Une enquête confirme d'ailleurs qu'elle concerne tous les ESMS de l'Association mais également de nombreuses autres structures du territoire. J'ai répertorié lors de mes stages et de mes recherches plusieurs expériences innovantes qui prouvent qu'il est possible de sécuriser davantage les parcours tout en améliorant la qualité de vie des personnes concernées. Au regard des missions actuelles du SAMO, de l'évolution du cadre réglementaire et législatif, de l'orientation des politiques publiques visant la transformation de l'offre, le Pôle Services a toute la légitimité pour développer des prestations de soutien renforcé en réponse aux besoins et attentes identifiés chez le public cible.

Dans la seconde partie du mémoire, je mettrai en perspective les forces de l'Association et celles du Pôle au regard du projet. Je repérerai également les opportunités à surveiller ainsi que les faiblesses et les menaces à améliorer voire à éliminer. Parmi celles-ci, j'étudierai plus particulièrement :

- Le manque de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau ;
- La résistance au changement des professionnels.

2 L'ASSOCIATION ET LE PÔLE SERVICES A L'EPREUVE DU PROJET DE DEVELOPPEMENT DE PRESTATIONS DE SOUTIEN RENFORCE

2.1 Le projet au regard du potentiel de l'Association et du Pôle Services - Dimension stratégique

2.1.1 L'Association et le projet : état des lieux

a) Présentation de l'Association

Créée en 1961, l'Association fait partie d'un mouvement parental national. Au travers ses différentes actions, elle a pour but :

- D'apporter aux familles un soutien moral indispensable à leur bien-être et développer, entre elles, un esprit d'entraide et de solidarité ;
- De leur venir en aide, en procurant des conseils, des informations et une écoute ;
- De promouvoir et mettre en œuvre tout dispositif nécessaire au développement physique, intellectuel et moral des personnes en situation de handicap ;
- De poursuivre auprès des pouvoirs publics et tout organisme, la défense des intérêts moraux et matériels des personnes handicapées mentales en vue de favoriser leur plein épanouissement et leur inclusion sociale.

Les rôles de l'Association sont définis comme suit :

- Un rôle associatif, assuré par des bénévoles, pour défendre et promouvoir les droits des personnes handicapées mentales et de leurs familles ;
- Un rôle d'expertise, de recherche de solutions et de propositions, pour toutes les personnes handicapées mentales en attente de solutions ;
- Un rôle gestionnaire d'ESMS pour permettre aux enfants, adolescents et adultes en situation de handicap de bénéficier d'une éducation, de soins, d'un travail protégé, d'un hébergement et d'un accompagnement social.

Dans le cadre de son rôle de gestionnaire, l'Association a mis en place trois Pôles qui proposent plusieurs formes d'accompagnement :

- Un Pôle Travail Adapté comprenant un ESAT et une entreprise adaptée ;

- Un Pôle Hébergement-Accueil de jour comprenant un foyer de vie, un foyer d'accueil médicalisé, un foyer d'hébergement, une unité de vie pour personnes handicapées vieillissantes, un établissement pour personnes âgées handicapées, une section d'accueil de jour et une section aménagée du temps de travail ;
- Un Pôle Services comprenant un SAMO, regroupant un SAVS et un SAMSAH, et une PFR-PH.

Grâce à l'investissement de 250 professionnels, l'Association accompagne environ 500 personnes en situation de handicap. Elle a participé à la création et la mise en œuvre de plusieurs Groupements de Coopération Médico-Sociale (GCMS). Elle administre notamment un dispositif d'accueil pour des enfants présentant des TSA ainsi que plusieurs dispositifs d'aide aux aidants dont :

- Un service associatif qui assure des activités d'animation et de loisirs, dispensées exclusivement par des bénévoles, à destination des personnes en situation de handicap sans solution ou en attente d'une place en ESMS ;
- Un Café rencontre qui se réunit une fois par mois et qui est ouvert à tous les aidants ;
- Une plateforme d'aide aux aidants.

L'Association se caractérise par sa capacité à agir et à proposer des réponses concrètes aux problématiques nouvelles. Cette posture s'est exprimée récemment dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19. L'Association a été à l'initiative de l'ouverture d'une unité territoriale de 16 lits dédiée aux personnes en situation de handicap, dont l'état de santé ne nécessitait pas forcément une hospitalisation mais plutôt un isolement et un suivi médical renforcé.

b) Organisation associative

L'Association est organisée autour des instances statutaires que sont l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration (CA) et le Bureau. Quatre commissions, composées d'administrateurs, de professionnels et d'intervenants extérieurs invités, fonctionnent en groupes de travail permanents : la commission Action familiale, la commission Animation, la commission Communication et la commission Financière. Enfin, chaque fois que nécessaire, des groupes de travail spécifiques sont créés, comme par exemple pour la recomposition de l'offre du Pôle Hébergement-Accueil de jour ou encore l'écriture de la charte sur la vie affective et sexuelle. Le siège apporte un rôle d'expertise et de soutien aux Directeurs de Pôle grâce à plusieurs fonctions supports transversales : Responsable

administrative et financière, Responsable ressources humaines, Responsable qualité et développement, Responsable travaux et sécurité, Coordonnateur des soins en santé mentale. La Direction Générale souhaite mettre en place une vraie dynamique entre l'Association et les ESMS. Les réunions de pilotage sont organisées autour d'un CODIR hebdomadaire.

c) Le projet associatif

Les valeurs déclinées dans le projet associatif 2018-2022 sont la Citoyenneté, la Solidarité, la Tolérance et le Respect. La stratégie associative s'appuie sur des principes d'action forts tels que la transparence, le bénévolat, la bienveillance, l'innovation, le professionnalisme, la bonne gestion, l'ouverture sur l'extérieur et le partenariat. Cette stratégie se décline en quatre axes :

- Axe stratégique 1 : Accompagner les personnes dans leurs parcours ;
- Axe stratégique 2 : Développer le sentiment d'appartenance à l'Association en réaffirmant et en partageant la spécificité du mouvement parental ;
- Axe stratégique 3 : Identifier les besoins et les attentes. Oser innover et proposer des réponses non existantes ;
- Axe stratégique 4 : Promouvoir l'image du mouvement parental et les actions associatives.

L'Association accompagne déjà dans ses différents ESMS des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Certains professionnels ont été spécifiquement formés et constituent des ressources transversales dans ce domaine. La réponse aux besoins et attentes de ce public se décline sous la forme de plusieurs objectifs du projet associatif :

- Elargir le panel de solutions d'accompagnement pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap ;
- Eviter les ruptures de parcours ;
- Imaginer de nouveaux modes d'accompagnement.

Actuellement, l'Association prépare la réécriture du projet associatif qui fixera les axes de développement pour la période 2023-2027. Pour les prochaines années, les actions continueront de s'articuler autour de la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

L'Association entend également continuer à s'engager en faveur du pouvoir d'agir et d'une réponse accompagnée pour tous.

d) La coordination transversale des soins en santé mentale

En 2017, consciente de l'évolution de son public, l'Association a recruté un coordonnateur des soins en santé mentale et créé une passerelle avec le secteur sanitaire de psychiatrie, formalisée par une convention de partenariat. La création de ce poste a été négociée avec les ATC pour pallier aux difficultés de recrutement d'un médecin psychiatre. Les principales missions du coordonnateur des soins en santé mentale sont :

- le repérage et la prévention des troubles psychiques et du comportement ;
- l'élaboration de réponses adaptées aux besoins émergents ;
- l'accompagnement et le soutien des équipes pluri professionnelles ;
- la continuité des parcours de soins ;
- le travail de partenariat et de réseau.

L'Association n'hésite pas à innover pour répondre aux besoins des personnes qu'elle accompagne. Elle expérimente depuis plusieurs années un dispositif de téléconsultation pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale. Elle est régulièrement sollicitée par les autres acteurs du territoire pour son expertise de l'accompagnement des adultes en situation de handicap présentant des troubles psychiques et du comportement.

e) L'engagement dans la démarche RAPT

L'Association s'est engagée très tôt dans la démarche RAPT. Dès son lancement, elle s'est montrée force de proposition dans les différents groupes de travail qui ont précédé sa mise en œuvre. Encore aujourd'hui, des professionnels participent activement à l'élaboration des PAG, aux réunions des GOS et des Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation (EPE) de la MDPH. L'Association a également été désignée par les ATC pour animer le staff territorial de la Communauté 360. Ce dispositif a été créé en direction de ceux qui ne trouvent pas de solution adaptée ou sont sans solution.

Le staff territorial est le second niveau des Communautés 360, sachant que le premier niveau est la plateforme téléphonique. Le staff territorial est un lieu d'échange et de concertation autour de situations individuelles souvent complexes. L'Association met à disposition de la Communauté 360 deux salariés qui s'investissent dans la gestion des

appels téléphoniques et dans la recherche de solutions pour les personnes en situation de handicap et leurs proches.

f) L'inscription dans la démarche qualité

L'évaluation des ESMS a été rendue obligatoire par la loi 2002-2. Dès 2006, afin de garantir un suivi de la qualité, l'Association a mis en place des plans d'action issus des évaluations internes et externes. Pour l'ensemble des ESMS, la dernière évaluation externe a été réalisée entre octobre 2021 et février 2022. La démarche s'est finalisée par l'envoi des rapports définitifs aux ATC puis, par une restitution aux membres du CA et aux professionnels. Les évaluations externes réalisées montrent un bon niveau de qualité de fonctionnement des ESMS. Un nouveau plan d'action sera prochainement élaboré pour répondre aux axes de progrès repérés. L'année 2022 marque également la mise en place de plusieurs instances : comité de vigilance, méthode qualité et accompagnement, responsabilité sociale des entreprises et éthique.

g) La réflexion éthique

Quelques situations complexes avec manifestation de troubles du comportement ont favorisé l'émergence de réflexions éthiques au sein de l'Association. En 2022, celle-ci s'est dotée d'un espace qui doit permettre d'émettre des avis distancés sur ces questionnements. Il s'agit d'une instance représentative de l'ensemble des acteurs de l'Association, que chaque ESMS peut saisir en cas de besoin. Une fiche action élaborée dans le cadre du dernier CPOM était justement consacrée à la création de cette instance, avec pour objectif de faire vivre l'éthique au sein de l'Association. Sa mise en place répond également aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁴⁵. La réflexion éthique des professionnels est une des valeurs fondamentales portées par le nouveau référentiel d'évaluation des ESMS.

h) La bientraitance et la qualité de vie au travail (QVT)

La qualité de l'accompagnement et la bientraitance des personnes en situation de handicap sont deux priorités de l'Association. Un document de référence associatif précise que la

⁴⁵ HAS, [En ligne], https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes (Page consultée le 15.02.2022).

notion de bientraitance va bien au-delà du refus de la maltraitance et correspond à une recherche permanente de qualité de service que l'établissement ou le service doit offrir à la personne accompagnée. En 2020, à la sortie de la deuxième vague de COVID-19, l'Association a proposé à ses salariés différents ateliers et activités (yoga, marche, sophrologie...) visant à améliorer leur bien-être. Cette action, très appréciée des professionnels, a été pérennisée grâce à des financements obtenus dans le cadre d'un AAP de l'ARS sur la QVT. Une formation a également été dispensée à l'ensemble des cadres avec pour objectif de développer un management bienveillant auprès de l'ensemble des professionnels. En agissant ainsi sur la QVT de ses salariés, l'Association tend à favoriser le bien-être et la bientraitance des personnes qu'elle accompagne.

i) La situation financière

En 2021, le résultat administratif de l'Association, incluant la gestion propre et la gestion contrôlée, était pour la première fois déficitaire depuis de nombreuses années. Il était pourtant encore positif en 2020. Cette dégradation rapide de la situation financière s'explique en grande partie par l'augmentation importante des charges et par le gel des budgets. Dans un contexte économique de plus en plus contraint, la baisse des dotations publiques nécessite de rechercher d'autres sources de financement pour continuer à faire évoluer l'offre de service et favoriser les mutualisations (demande de subventions, transformations de places, réponse à des AAP/AMI, etc.).

2.1.2 Le Pôle Services et le projet : état des lieux

a) Les locaux

Le Pôle Services est constitué de locaux spacieux situés à proximité du siège de l'Association et de ses différents ESMS. Les locaux sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h. Une permanence téléphonique se tient jusque 18h puis un répondeur téléphonique prend le relais. Un rez-de-chaussée de 400m² regroupe des bureaux, une cuisine, une salle de réunion, plusieurs salles d'activités et des espaces de rangement. Il accueille également le service associatif géré par les bénévoles de l'Association qui assurent des activités d'animation et de loisirs à destination des personnes en situation de handicap sans solution ou en attente de solution. Des locaux au rez-de-chaussée sont également mis à disposition des professionnels du GCMS qui accompagnent des enfants porteurs d'un TSA. L'étage, d'une superficie de 180m², est principalement utilisé par le SAVS et le SAMSAH. Doté d'un ascenseur, il comprend un

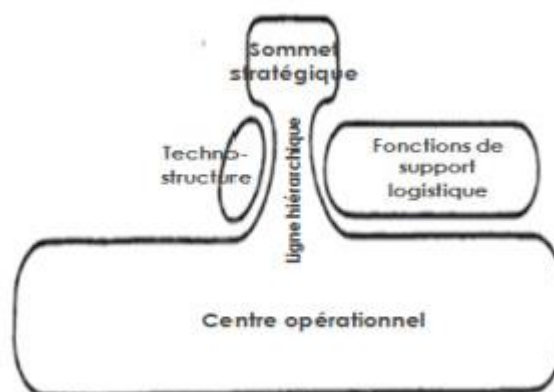
espace accueil, des bureaux et une grande salle de réunion ou d'activité. La PFR-PH dispose quant à elle de locaux en centre-ville. Plusieurs véhicules sont à disposition des professionnels, dont un véhicule adapté pour le transport de personnes à mobilité réduite. Le Pôle Services bénéficie du réseau de l'Association en téléphonie et informatique. Chaque professionnel est doté d'un ordinateur fixe ou portable. Un écran tactile multimédia avec vidéoprojecteur, des tablettes, des ordinateurs à utilisation simplifiée et des téléphones portables sont également disponibles. Le Pôle Services est également bien doté en matériel de sport adapté, jeux et autres outils éducatifs.

Dans le cadre de la recomposition de l'offre du Pôle Hébergement-Accueil de jour, le service associatif devrait prochainement quitter les locaux du Pôle Services et s'implanter dans un autre bâtiment. L'espace ainsi libéré pourrait permettre d'accueillir de nouveaux professionnels qui viendraient renforcer l'équipe, et ainsi faciliter la mise en œuvre du projet de développement de prestations de soutien renforcé.

b) Structure et dynamique de l'organisation

Pour analyser la structure et la dynamique du Pôle Services, je me suis référé aux travaux d'Henri MINTZBERG⁴⁶ qui identifie cinq éléments de base communs à toute organisation et schématisés ci-contre : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et les fonctions de support logistique.

Le centre opérationnel du Pôle Services, qui est la partie clé de l'organisation, est composé de l'équipe pluridisciplinaire (organigramme en Annexe IV). Elle présente des profils variés et complémentaires. Si le cadre d'intervention est clairement posé dans les fiches de poste, chaque



Source : *Bureaucratie professionnelle selon H.Mintzberg*

professionnel dispose d'une grande autonomie quant à la réalisation de son planning hebdomadaire afin d'adapter ses accompagnements aux projets personnalisés. L'encadrement du Pôle est confié au Directeur et au Chef de service qui assurent la supervision de l'ensemble des professionnels et composent ainsi une ligne hiérarchique simplifiée. Au regard de la description de ces deux premiers éléments, le Pôle Services

⁴⁶ Henri MINTZBERG, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation, 1982, p. 36.

peut être qualifié de « *bureaucratie professionnelle* », en référence aux différentes formes d'organisation décrites par Mintzberg. La bureaucratie professionnelle s'appuie sur les compétences et le savoir de ces opérateurs. Le Pôle Services élabore chaque année un plan de développement des compétences (PDC) pour permettre aux professionnels d'accéder à un panel de formations diversifiées, en lien avec les évolutions des politiques publiques et des publics accompagnés. Certains professionnels, rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ou des entretiens annuels, remontent pourtant un manque de spécialisation et de formation aux troubles du comportement. Ils disent pouvoir s'appuyer sur le coordonnateur des soins en santé mentale en cas de besoin. Mais, dans certaines situations sensibles (sentiment d'insécurité, risque de passage à l'acte), il est nécessaire de doubler les accompagnements pour lever les craintes et les appréhensions. L'équipe est composée en majorité de salariés qui étaient présents lors de la création du Pôle en 2011. Ils expriment parfois une forme de nostalgie d'une période où la problématique des troubles du comportement était beaucoup moins prégnante. Mintzberg a qualifié les bureaucraties professionnelles d'organismes conservateurs qui hésitent à changer leurs méthodes éprouvées. Pour ce type d'organisation, les problèmes d'innovation sont fréquents et le changement peut parfois être douloureux.

c) Les partenariats et le réseau

Le partenariat nécessite du temps, de l'organisation, de l'adaptabilité et une confiance réciproque entre les acteurs. Le Pôle Services peut s'appuyer sur les partenariats existants et formalisés par l'Association, notamment dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Il a également tissé des liens importants avec les différents ESMS du territoire qui lui orientent des adultes, notamment les ESAT, les établissements d'accueil non médicalisés ou médicalisés en tout ou partie⁴⁷.

Le Pôle Services est naturellement orienté vers le milieu ordinaire. L'une de ses principales missions est de favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Pour mener à bien cette mission, des partenariats ont été développés dans de nombreux domaines. Le Pôle Services se montre proactif dans la recherche de nouveaux partenariats et dans le souci de s'inspirer de ce qui fonctionne ailleurs. Des visites d'autres structures ou de dispositifs sont régulièrement organisées. Le Pôle Services s'inscrit également dans plusieurs réseaux : *Neurodév, Handicap et troubles psychiques, Traumatismes Crâniens-Accidents Vasculaires Cérébraux*. La force du réseau, le travail concerté et la connaissance

⁴⁷ Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services médico-sociaux.

des partenaires sont de réels atouts dans les réponses apportées aux personnes accompagnées.

d) Le projet de Pôle

Le choix a été fait de réaliser un projet de Pôle de manière à harmoniser les pratiques entre les deux services, capitaliser sur la proximité et la mutualisation. Les professionnels et les personnes accompagnés ont été associés à son élaboration. Le projet du Pôle Services pour la période 2020-2024 fixe notamment comme perspectives :

- l'extension de places de SAVS et SAMSAH ;
- le développement de réponses souples et adaptables ;
- la prise en compte de la notion de parcours avec une organisation davantage centrée sur le couple besoins/prestations ;
- la mobilisation de nouvelles compétences professionnelles dont la coordination de parcours et l'insertion professionnelle ;
- la diversification de l'offre concernant le parcours résidentiel des personnes accompagnées avec le soutien à la création d'un habitat inclusif ;
- la formation des professionnels aux « nouveaux publics », notamment les adultes présentant des troubles psychiques et des troubles du comportement.

e) L'évaluation externe

Le rapport de l'évaluation externe conclut que le Pôle Services cherche à répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap en proposant un mode d'accompagnement individualisé et personnalisé. Les évaluateurs ont apprécié l'ancrage dans les valeurs associatives, le développement d'un réseau dense et diversifié pour faciliter et améliorer les accompagnements. Ils ont relevé également l'implication et le dynamisme des professionnels dans le principe d'amélioration continue de la qualité des prestations. Le Pôle Services est invité à poursuivre dans la dynamique engagée en s'appuyant sur ces points forts.

f) La situation financière

Le Pôle Services relève d'un double financement. Le SAVS et le SAMSAH (partie sociale) sont financés par le CD. Le SAMSAH (partie soins) et la PFR-PH sont financés par l'ARS.

Suite à la reconnaissance du SAMO, les comptes administratifs du SAVS et du SAMSAH compétence CD sont regroupés. Pour 2021, alors que les autres Pôles de l'Association affichent des résultats administratifs déficitaires, le Pôle Services présente un excédent administratif. L'analyse des bilans financiers atteste également de la présence d'importantes réserves d'investissement.

2.1.3 Diagnostic stratégique

a) Des forces à exploiter à l'interne

- Un positionnement fort de l'Association et du Pôle sur le territoire
- Une prise en compte des situations complexes inscrite dans le projet associatif
- Un solide maillage partenarial et une inscription dans de nombreux réseaux
- Une expertise en matière de création de dispositifs/plateformes de service
- Un savoir-faire en matière d'accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement
- Des liens privilégiés avec la psychiatrie de secteur formalisés par une convention de partenariat
- Une confiance des ATC témoignée lors de l'attribution de l'animation du staff territorial de la Communauté 360°
- Une forte demande et une montée en charge des notifications SAVS/SAMSAH
- Des nombreuses perspectives inscrites dans le projet de Pôle : prise en compte des parcours, nouvelles prestations en réponse à des besoins précis, mobilisation de nouvelles compétences, diversification de l'offre concernant le parcours résidentiel, formation des professionnels aux nouveaux publics
- Des locaux bientôt disponibles qui pourraient permettre de renforcer l'équipe
- La situation financière saine du Pôle
- Un rapport d'évaluation externe positif

b) Des faiblesses à améliorer à l'interne

- Une forte pression sur les ESMS et des listes d'attente importantes
- Des délais d'intervention qui s'allongent, des situations qui se complexifient et se dégradent
- Une qualité de vie altérée pour les personnes concernées et leurs aidants
- Une offre de service insuffisante pour prévenir les ruptures de parcours
- L'absence de professionnels dédiés à la coordination des parcours

- Un déficit de solutions en matière de logement et d'insertion professionnelle
- Des professionnels qui s'interrogent et s'exposent à des risques psychosociaux
- Une organisation du Pôle de type bureaucratie professionnelle qui ne favorise ni l'innovation ni le changement
- Des signaux faibles qui traduisent une forme résistance au changement
- La situation financière de l'Association qui tend à se dégrader

c) Des opportunités à surveiller à l'externe

- Une enquête et des éléments statistiques probants qui confirment l'existence de besoins non couverts à l'échelle du territoire
- Des partenaires qui nous soutiennent et souhaitent s'impliquer dans le projet
- Une absence de concurrence entre les organismes gestionnaires du territoire
- Des politiques publiques qui favorisent la transformation progressive de l'offre médico-sociale, avec une volonté de soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire, de favoriser l'inclusion et les parcours de vie sans rupture
- Des réformes qui offrent un cadre de souplesse aux ESMS pour proposer des réponses innovantes
- Des propositions novatrices en France et à l'étranger dont on peut s'inspirer
- Des AAP et AMI qui sont de véritables leviers de transformation de l'offre médico-sociale
- Une négociation prévue prochainement avec les ATC dans le cadre de la formalisation du prochain CPOM

d) Des menaces à éliminer à l'externe

- Des situations complexes voire critiques et un manque de réponses adaptées en proximité
- Des fonctionnements en silo et des effets de cloisonnement qui persistent entre les acteurs des différents secteurs autour de ces situations
- Un flux de départs constant vers la Belgique au cours de ces dernières années
- Des indicateurs en santé mentale particulièrement dégradés sur le territoire
- Une pandémie de COVID-19 qui a aussi eu d'importantes répercussions sur la santé mentale des personnes accompagnées et la résurgence des troubles du comportement

- Une crise des métiers de l'humain et des compétences rares à trouver dans l'optique de la mise en œuvre du projet et de recrutements à opérer
- Un territoire rural et très étendu
- Une incertitude sur la récurrence et la pérennité des financements avec la logique d'AAP/AMI qui prédomine actuellement

2.2 Un manque de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau

2.2.1 Les concepts de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau vus par les auteurs

a) La coordination

Indépendamment du secteur d'activité, la notion de coordination renvoie à la mise en ordre, à la recherche de cohérence, à l'articulation des actions et au principe du travailler ensemble. Dans le cadre du parcours de la personne en situation de handicap, « *la coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité suivants :*

- *le secteur sanitaire, qui recouvre la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ;*
- *le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes ;*
- *le secteur médico-social, qui regroupe les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile et les établissements (avec ou sans hébergement) accueillant des personnes en situation de handicap⁴⁸. »*

Pour Henri Mintzberg, « *toute activité humaine doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement du travail⁴⁹.* » Selon lui, il existe 5 mécanismes de coordination qui permettent d'expliquer comment les organisations coordonnent leurs activités : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédures, la standardisation des produits et la standardisation des

⁴⁸ HAS, [En ligne], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf (Page consultée le 04.05.2022).

⁴⁹ Henri MINTZBERG, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation, 1982, p. 18.

qualifications. L'ajustement mutuel est un mécanisme puissant utilisé dans les organisations les plus simples comme les plus complexes. Il repose sur la communication informelle et sur la capacité des professionnels de faire ce pas de côté pour s'adapter les uns aux autres. La supervision directe apparaît surtout quand l'organisation se complexifie et quand sa taille croît. Il est alors nécessaire de nommer un responsable qui va donner des instructions et contrôler le travail. La standardisation est un mécanisme de coordination qui intervient quand le travail doit être coordonné par d'autres moyens que l'ajustement mutuel ou la supervision directe. Dans ce cas, la coordination est imaginée avant même que le travail ne commence, dès sa conception, en référence à des normes préétablies. Pour coordonner différentes tâches dans la cadre d'un travail à réaliser, il est possible de standardiser les procédés, les résultats ou encore les qualifications. Au fur et à mesure que le travail se complexifie, il existe un continuum des différents mécanismes de coordination.

b) Coopération, collaboration et mutualisation

La coopération désigne une association de personnes ou d'organisations qui concourent à un but commun. Il y a une division des tâches qui sont réparties entre ces différentes personnes ou organisations compétentes. Chacun est responsable d'une tâche et le but commun est atteint quand chacun a fait sa part. La démarche est structurée et contrôlée. Les interactions sont souvent hiérarchisées. Avec la collaboration, le collectif travaille également dans un but commun mais chacun tente de l'atteindre par lui-même. La démarche est plus souple et démocratique. Les interactions sont riches et intenses. Chacun utilise les ressources dans le collectif. C'est le principe même de la mutualisation qui correspond à la mise en commun et l'échange de ressources variées. A l'intérieur d'une même équipe, on parlera plutôt de collaboration. Quand plusieurs équipes ou organisations différentes doivent collaborer, ça devient de la coopération.

c) Le partenariat et le travail en réseau

Pour Régis Dumont, le partenariat est formel et engage les structures. Selon lui, il existe trois types de partenariat :

- « Le partenariat par charte permet généralement d'engager les structures vers une coopération, une coordination, une mutualisation sous l'égide de valeurs partagées et d'intentions énoncées.

- Le partenariat conventionnel précise de manière opérationnelle les modalités de coopération, de mutualisation ou la coordination que chaque structure s'engage à mettre en œuvre. Il complète généralement le partenariat par charte.
- Le partenariat de dispositif formalise et impose aux structures concernées, par les textes législatifs qui définissent le dispositif (exemple dispositif protection de l'enfance), la coopération, la coordination, la mutualisation qui doit être mise en œuvre. En général, les expressions « réseau d'établissements », « Etablissement en réseau » doivent interroger car elles peuvent être la traduction trompeuse d'un partenariat de dispositif qui lie de fait les établissements impliqués par ce dispositif⁵⁰. »

Le partenariat est particulièrement adapté pour des situations simples et répétitives. Il pérennise les modalités de coopération, de coordination et de mutualisation entre les structures concernées. Il est en revanche moins efficace pour des situations complexes et dans des environnements dynamiques qui nécessitent souvent de le compléter par des pratiques de réseau mobilisant davantage les acteurs. « La pratique de réseau permet d'enrichir le partenariat en le rendant plus réactif, plus opérant⁵¹. »

Etre en réseau, c'est entretenir des relations avec les autres. Dans le champ professionnel, la pratique de réseau peut être multiforme. Régis Dumont en distingue deux formes :

- Le réseau professionnel informel désigne les relations qu'un professionnel va développer au cours de sa carrière, sur la base de la réciprocité et de l'ajustement mutuel, avec des interlocuteurs privilégiés d'autres structures de son environnement, pour mieux coopérer et coordonner les interventions. Le danger de cette pratique est son caractère éphémère. Elle dépend de la présence des professionnels concernés et disparaît lorsqu'ils sont absents ou en cas de turn-over.
- Le réseau professionnel formel correspond à une organisation transversale en interface avec les organisations d'un même système d'actions qui rassemble des professionnels désignés, par délégation de leurs structures d'appartenance respectives, pour élaborer, expérimenter les modalités de mise en œuvre d'un projet commun, d'une coopération, de pratiques nouvelles à inventer en réponses à une problématique commune.

⁵⁰ Régis DUMONT, « Travailler en réseau ou en partenariat », support de cours CAFDES, IRTS Hauts-de-France, 2021.

⁵¹ Régis DUMONT, « Travailler en réseau ou en partenariat », *Les Cahiers de l'Actif*, n°526-527 (Mars/Avril 2020), p. 10.

Le partenariat et le réseau sont des outils organisationnels qui permettent de mobiliser l'intelligence collective face à des situations de plus en plus complexes, de combiner des ressources, de rechercher de la cohérence entre les interventions, de partager et transférer des pratiques innovantes pour en assurer la généralisation.

2.2.2 Le déficit de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau au Pôle Services

Au sein du Pôle, les adultes accompagnés ont un référent attribué. L'organisation autour de cette notion de référence a récemment été questionnée afin d'apporter une nouvelle dynamique plus adaptée à la logique de parcours. Malgré tout, les professionnels conservent toujours ce rôle de référent auprès des adultes qu'ils accompagnent. A ce titre, ils sont leur principal interlocuteur. Ils recueillent leurs besoins et attentes, élaborent avec eux leur projet personnalisé et interviennent de manière hebdomadaire et planifiée. Cette organisation a longtemps convenu pour des situations simples et bien connues. Désormais, avec la recrudescence de situations plus complexes, les interventions auprès d'une même personne doivent parfois être réparties entre plusieurs membres de l'équipe. Il est rare en effet qu'un seul professionnel puisse répondre à l'ensemble des besoins et attentes d'un adulte en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Les situations complexes nécessitent souvent un changement de référent en cours de parcours, une double référence voire une référence autour de missions ciblées (soins, insertion professionnelle, logement, etc.). Les professionnels expriment alors les difficultés qu'ils éprouvent à assurer la continuité et la fluidité des parcours avec cette fragmentation des interventions. L'équipe est composée principalement de professionnels paramédicaux et éducatifs. Les difficultés de collaboration observées sont liées à une certaine étanchéité des deux cultures professionnelles. Elles sont également renforcées par un manque de définition des champs d'intervention et des prérogatives de chacun. La dernière évaluation externe a pointé que les fiches de postes des professionnels sont existantes mais relativement anciennes, la plupart ayant été formalisées lors de la création du Pôle, sans réévaluation depuis.

Dans le cadre de l'accompagnement des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, les professionnels du Pôle déplorent également les difficultés à coopérer au quotidien avec les intervenants des autres secteurs, notamment ceux du secteur sanitaire. Comme évoqué précédemment, des effets de cloisonnement et des fonctionnements en silo persistent autour des situations complexes. Les partenariats du Pôle et le maillage avec les acteurs du territoire se développent au fur et à mesure des

projets et de l'évolution du contexte. La rationalisation accrue et les évolutions législatives nécessitent de trouver des complémentarités sur le territoire. Une convention de partenariat a été formalisée récemment avec le secteur de psychiatrie adulte. Initiée par les cadres des deux organisations, cette convention prévoit la mutualisation d'outils de soins, le partage d'informations, l'organisation de temps de synthèse et de concertation afin de travailler sur la situation des personnes accompagnées de manière commune. Au quotidien, elle semble assez peu appliquée par les professionnels de proximité. Ce sont surtout les redondances ou au contraire les manquements, les difficultés de communication, le manque de transmission et d'harmonisation des pratiques qui sont à déplorer et à l'origine de nombreuses ruptures dans les parcours. En matière de réseau, le Pôle n'est actuellement inscrit dans aucun réseau professionnel formel développé autour de la problématique des troubles du comportement. Il s'appuie essentiellement sur les liens privilégiés que chaque professionnel a tissés au fil du temps, souvent en fonction de son corps de métier et de ses missions. Ce sont donc plutôt des réseaux professionnels informels, une sorte de « *pairage*⁵² » qui fonctionne beaucoup sur la base de la réciprocité et par ajustement mutuel. Face à la complexité de certaines situations et à l'insuffisance du partenariat évoquée ci-dessus, les professionnels ont mis en place une coordination dont le principal danger est son côté palliatif. Elle dépend, en effet, de la présence des personnes engagées dans cette pratique informelle et disparaît lorsqu'elles sont absentes ou en cas de turnover. Pour étayer mes propos, je prendrai l'exemple du coordonnateur des soins en santé mentale qui intervient de manière transversale au sein du Pôle. Il s'est constitué un important réseau professionnel informel et est le seul à connaître l'ensemble des « têtes de réseau » qui lui permettent d'instaurer une coordination, une coopération, une collaboration et une mutualisation entre les structures avec lesquelles il entretient des liens privilégiés. Son départ occasionnerait sans aucun doute la perte d'une bonne partie de son « carnet d'adresses ». Celui-ci permet pourtant aux professionnels d'apporter des solutions aux situations rencontrées nécessitant la mobilisation de ressources et compétences autres que celles développées par le Pôle.

2.2.3 Des hypothèses explicatives et les pistes de correction possibles

a) La création de nouvelles fonctions de coordination

Développer les fonctions de coordination permettrait de mieux répondre à l'évolution des attentes et besoins des personnes accompagnées, à la complexité des situations, à la

⁵² Régis DUMONT, « Travailler en réseau ou en partenariat », support de cours CAFDES, IRTS Hauts-de-France, 2021.

fragmentation des interventions et à la nécessité de coopérer et collaborer davantage. Que ce soit en matière d'emploi, de logement, de soins ou dans une approche plus globale des situations complexes, ces nouvelles fonctions offriront notamment une vraie plus-value en termes de facilitation et de sécurisation des parcours. Elles apporteront davantage de réactivité et de flexibilité dans les prestations proposées aux adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, dont les besoins et attentes sont souvent plus complexes et fluctuants. Dans une logique de GPEC, il sera intéressant d'actualiser et de compléter les fiches de poste, en y associant les professionnels. Avec le développement des prestations de soutien renforcé, ce travail permettra de donner de la clarté et de la précision sur les missions de chacun.

b) L'ouverture du Pôle à et sur son environnement

La constitution d'un réseau professionnel formel permettrait de développer de nouvelles coordinations, coopérations et mutualisations. La formalisation des articulations informelles entre les professionnels contribuera à l'utilisation optimale des ressources du territoire au bénéfice des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. La mutualisation de ces ressources favorisera également une prise de recul des professionnels sur les modes de fonctionnement qu'ils peuvent avoir été amenés à pratiquer. L'échange avec d'autres structures aux missions comparables ou complémentaires contribuera à rompre l'isolement dans lequel ils peuvent se trouver dans certaines situations.

2.3 Une résistance au changement des professionnels qui peut hypothéquer la réussite du projet

2.3.1 Le changement : approche conceptuelle

a) Le changement

Un changement peut se définir par le passage d'un état à un autre. En fonction de sa nature, de sa durée et de son intensité, on pourra lui associer des notions connexes : ajustement, adaptation, modification, évolution, innovation, transformation, mutation ou rupture. Dans le contexte actuel, les organisations de travail, en interaction et ouvertes sur leur environnement, sont invitées à maintenir un niveau de changement permanent et continu pour s'adapter aux évolutions. L'objectif du changement est souvent de parvenir à un état meilleur. Parmi les premières écoles de sociologie à s'être intéressées au changement, on

peut citer l'école des relations humaines, née suite à la crise économique de 1929 avec des représentants comme Kurt Lewin ou Elton Mayo. Elle a démontré que les individus au travail ne sont jamais de simples exécutants et qu'ils interagissent entre eux. Un peu plus tard, dans les années 1960 au Royaume Uni, l'approche socio technique a mis en évidence que les individus acceptaient mieux le changement s'ils participaient à sa définition. Cette approche a surtout appréhendé les organisations de travail comme des systèmes à deux composantes : système technique et système social. Michel Crozier et Erhard Friedberg ont également défini l'organisation comme un système contribuant à structurer les relations entre les individus présentés comme des acteurs. Dans tout changement organisationnel, certains acteurs ont des choses à gagner et d'autres ont des choses à perdre. Crozier et Friedberg considèrent le changement comme un phénomène systémique. « *Pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social*⁵³. »

Plus récemment, Michel Foudriat a identifié deux types de changement organisationnel : spontané et volontaire. « *Un changement spontané renvoie aux transformations et aux ajustements qui se développent au cours du temps sans aucune intervention externe ni décision explicite de la hiérarchie de l'organisation. Au contraire, un processus de changement sera considéré comme volontaire lorsque les dirigeants, percevant une inadéquation entre le fonctionnement et les finalités de l'organisation, décideront d'y remédier*⁵⁴. » Il est rare qu'un changement volontaire soit accueilli favorablement. A son annonce, il est souvent observé un phénomène de résistance.

b) La résistance au changement

La résistance fait partie intégrante du processus de changement. Il n'y a pas de changement impactant sans résistance. « *Qui dit changement, dit résistance*⁵⁵. » Résister au changement relève généralement de motivations personnelles très rationnelles. La résistance au changement chez un individu repose sur la recherche de l'homéostasie. Considéré comme un grand spécialiste du leadership et du changement, John Kotter a identifié quatre principaux motifs de résistance au changement :

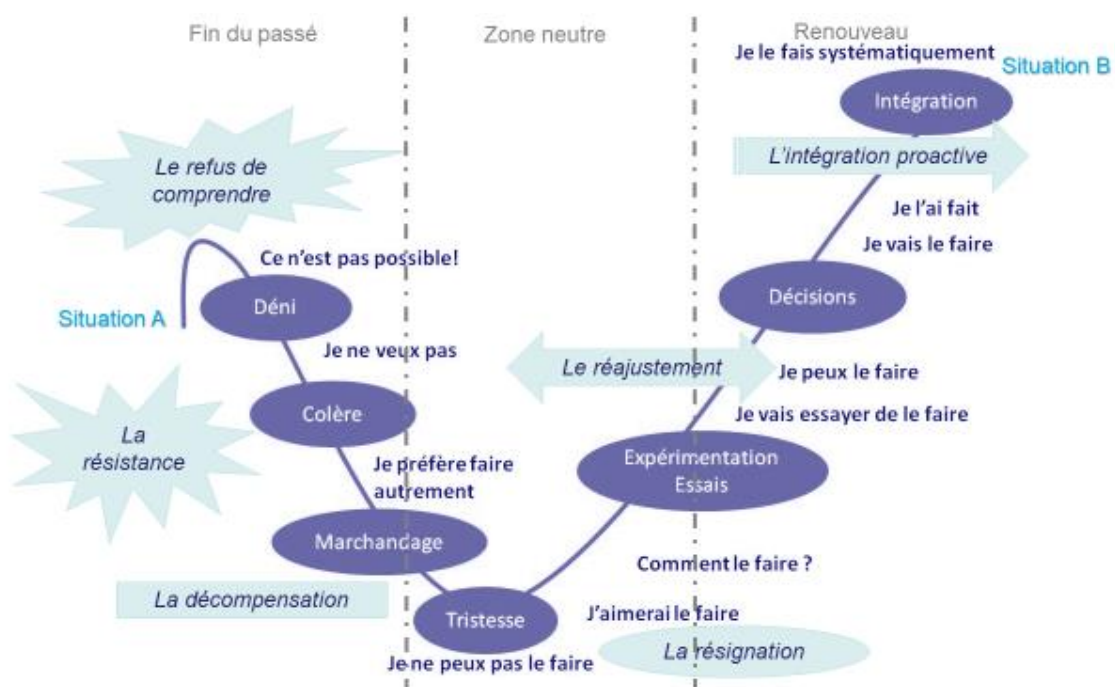
⁵³ Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, 1977, p. 332.

⁵⁴ Michel FOUURIAT, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presses de l'EHESP, 2013, p. 18.

⁵⁵ Christian LAROYE, « Manager le changement », support de cours CAFDES, IRTS Hauts-de-France, 2022.

- La perte d'intérêt individuel : la personne ne veut pas changer car elle s'estime perdante ;
- La méconnaissance de l'objectif : la personne ne comprend pas le changement et n'y adhère donc pas ;
- La peur de ne pas être à la hauteur : le changement est vécu comme une situation inconnue. La tendance à résister est liée à la crainte de se retrouver dans une posture qui nous mettrait en difficulté par rapport à nous-même ou face au groupe ;
- une difficulté de changer : si le fait de passer d'une situation à une autre demande trop d'efforts par rapport au bénéfice perçu, la personne fera preuve d'une faible implication voire d'un certain immobilisme.

Comme évoqué précédemment, le changement consiste à passer d'un état à un autre, d'une situation A à une situation B. La psychiatrie allemande Elisabeth Kübler-Ross a observé différentes étapes dans la traversée du deuil qu'il est possible de transposer au processus d'acceptation du changement : le déni, la colère, le marchandage, la tristesse, la résignation, l'expérimentation, la décision et l'intégration.



Source : Christian Laroye, support de cours CAFDES, IRTS Hauts-de-France

c) La conduite du changement

La conduite du changement a pour objectif de faciliter la gestion des changements induits par la mise en œuvre d'un projet et à limiter les facteurs de risque de résistance. C'est donc

un enjeu majeur de réussite de tout projet. Beaucoup de projets échouent car il n'est pas porté une attention suffisante à la conduite du changement et à son acceptation par les acteurs. La conduite du changement est une compétence requise chez un Directeur. C'est quelque chose qui se planifie et se pilote. Les actions de communication, de formation, d'accompagnement et d'implication doivent être coordonnées par le Directeur, au bon moment et en suivant les bons objectifs. John Kotter a décrit huit étapes à mettre en place pour conduire le changement efficacement :

- Etape 1 : Trouver les arguments pour créer l'urgence
- Etape 2 : Former une coalition puissante autour du projet en intégrant les acteurs qui ont un véritable pouvoir d'influence
- Etape 3 : Définir une vision et une stratégie pour réduire l'incertitude
- Etape 4 : Diffuser et propager la vision par une communication dynamique orientée vers l'action
- Etape 5 : Responsabiliser les acteurs et les inciter à l'action
- Etape 6 : Générer des victoires à court terme pour maintenir l'implication et le dynamisme
- Etape 7 : Consolider les gains et accentuer le changement
- Etape 8 : Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture d'entreprise

2.3.2 La résistance au changement au Pôle Services

Le Pôle Services est encore relativement jeune. Pour autant, son histoire est déjà jalonnée de multiples événements qui ont confronté les professionnels au changement :

- Transformation du SAS en SAVS
- Création du SAMSAH
- Reconnaissance du SAMO
- Passage à un fonctionnement en Pôle
- Rattachement de la PFR-PH

En référence aux théories de Michel Foudriat⁵⁶, ces changements peuvent être considérés comme volontaires. Ils ont été mis en œuvre à l'initiative de la Direction et soutenus par le CODIR. Ils visaient à réduire l'inadéquation entre l'offre de service et les besoins repérés chez les bénéficiaires. Pourtant, à chaque fois, des phénomènes de résistance ont été

⁵⁶ Michel FOUARIAT, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presses de l'EHESP, 2013.

observés. Ils se sont manifestés par des échanges houleux et très animés lors des réunions de service. Encore aujourd'hui, ces réunions hebdomadaires sont souvent le théâtre d'intenses discussions quand il s'agit d'aborder les orientations du Pôle, les projets à mener, les évolutions des publics et des accompagnements.

Comme évoqué auparavant, depuis la création du Pôle, l'équipe est restée relativement stable. Il y a eu peu de turn-over. Les rares mouvements ont concerné la Direction et la chefferie de service. Les professionnels ont souvent eu une expérience antérieure dans un autre Pôle de l'Association. Ils ont choisi la mobilité il y a une dizaine d'années, séduits par des valeurs et une philosophie de travail qui reposent sur le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, et qui s'appliquent également à eux. Ils disposent en effet au quotidien d'une grande autonomie dans leur travail, d'une liberté d'expression mais aussi, pour certains, d'un fort pouvoir d'influence.

En 2018, un projet de création d'un SAMSAH relais TSA a exacerbé ce phénomène de résistance qui semble finalement faire partie de la culture commune du Pôle. Les professionnels s'y sont vivement opposés, exprimant collectivement ne pas en comprendre ni l'enjeu ni le sens. Il est à craindre qu'il en soit de même aujourd'hui pour les perspectives de développement de prestations de soutien renforcé. D'autant plus, qu'il ressort des derniers entretiens professionnels d'évaluation et de formation, l'expression d'un manque de connaissances et de compétences pour accompagner les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Si j'applique la théorie développée par Kotter, méconnaissance de l'objectif et peur de ne pas être à la hauteur sont les deux principaux motifs de résistance au changement au Pôle Services.

Dans le cadre du projet actuel, la stratégie à adopter pour conduire le changement revêt donc une importance capitale pour accompagner les professionnels dans le processus d'acceptation du changement. Il sera essentiel de les aider à dépasser les étapes du déni, de la colère et du marchandage schématisées précédemment.

2.3.3 Des hypothèses explicatives et des pistes pour lever les freins

a) La stratégie de conduite du changement

La formalisation d'une stratégie et d'une démarche managériale réfléchies favoriserait la réussite du projet. La mise en œuvre de cette stratégie visera l'adhésion des professionnels et permettra de maintenir leur engagement. J'envisage d'adopter un mode de management adapté aux situations. Au début de la démarche, le management directif me permettra de

poser le cadre, de présenter le contexte, de clarifier mes objectifs et mes intentions. Il faudra très vite néanmoins passer à un mode de management plus participatif qui favorisera la mise en œuvre d'une dynamique collective autour du projet qui ne sera plus seulement perçu comme une initiative « *de plus* » de la Direction ou du CODIR.

b) La communication

La mise en œuvre d'un plan de communication adapté autour du changement susciterait l'adhésion des professionnels. Les réunions institutionnelles, les réunions de service et les entretiens seront notamment des supports de nature à rassurer les professionnels sur les évolutions et contribueront à instaurer un climat de confiance. Les temps d'échange informels devront également être exploités à cette fin. Au regard des phénomènes de résistance observés par le passé, j'ai l'intention d'utiliser la communication comme un véritable outil au service du changement. Je ferai preuve de transparence envers les professionnels mais également envers toutes les autres parties prenantes du projet (CA, personnes accompagnées, familles, partenaires, ATC).

c) La recherche de sens

Les professionnels accepteraient plus facilement le changement s'ils en perçoivent le sens. L'évolution rapide des publics, la création de nouveaux services et l'inscription dans la réponse à de nombreux AAP a pu occasionner, ces dernières années, une perte de sens dans les actions menées. En tant que Directeur, je devrai donner du sens au changement au regard de la problématique et des enjeux actuels. Je rappellerai également son ancrage dans les valeurs de l'Association et dans les orientations du projet de Pôle.

d) La formation des professionnels

Le développement de prestations de soutien renforcé placera les professionnels dans une zone d'incertitude. La formation professionnelle est un outil de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) qui favorisera le développement de leurs connaissances et de leurs compétences en matière de prévention et de gestion des troubles du comportement. Le recours à la formation est déjà bien ancré dans la culture du Pôle et très apprécié des professionnels. En tant que Directeur, je veillerai à ce que la qualité des dispositifs de formation inscrits au PDC soit réellement de nature à dissiper les craintes qui pourraient apparaître à l'annonce du changement.

e) La qualité de vie au travail

L'accompagnement plus fréquent d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement contribuerait à la dégradation de la QVT. Les professionnels accepteront d'autant mieux le changement si celui-ci implique plutôt un gain pour eux en matière de QVT. Je travaillerai donc main dans la main avec le Responsable ressources humaines, le CSE et le CSSCT pour actionner tous les leviers qui me permettront d'améliorer la QVT et de prévenir les risques d'épuisement : réflexions sur les conditions de travail, reconnaissance statutaire voire financière, mobilité interne, accès facilitée à la formation, supervision, analyse de pratiques, etc.

2.4 Conclusion de la deuxième partie

L'Association et le Pôle sont actuellement dans une phase de développement. Au regard des nombreuses forces et opportunités identifiées, leur légitimité à porter le projet ne se discute pas. Je rappelle que celui-ci vise à améliorer l'offre de services pour les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, dont les parcours sont encore trop souvent jalonnés de ruptures et les projets de vie difficiles à concrétiser. Il s'inscrit parfaitement dans les orientations des politiques publiques, dans celles du projet associatif et du projet de Pôle. J'ai déjà pu le présenter à mon Directeur Général, à mon Président et au CA. Je sais pouvoir compter sur leur soutien ainsi que sur celui de nombreux partenaires du territoire.

Je devrai néanmoins me montrer vigilant car le diagnostic stratégique a également mis en évidence plusieurs faiblesses et menaces qui pourraient hypothéquer la réussite du projet. La résistance au changement des professionnels et le déficit de coordination, de coopération, de collaboration, de mutualisation, de partenariat et de travail en réseau seront des axes de travail prioritaires intégrés dans la troisième partie de ce mémoire. Cette dernière partie détaillera de manière opérationnelle la mise en œuvre du projet de développement de prestations de soutien renforcé au sein du Pôle pour répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Elle se présentera comme une palette de solutions nouvelles qui pourront être complémentaires ou mises en œuvre indépendamment les unes des autres, notamment en fonction des aléas liés aux autorisations et aux financements.

3 Le projet de développement de prestations de soutien renforcé au sein du Pôle Services

3.1 Proposer de nouvelles prestations pour garantir la continuité et la fluidité des parcours

3.1.1 Un accompagnement renforcé vers et dans l'emploi

a) Présentation

Pour Sophie Cluzel, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes Handicapées, « *nul n'est inemployable dès lors que l'on met en œuvre le bon accompagnement*⁵⁷ ». Pour les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, l'accès à l'emploi peut se faire via le milieu protégé (ESAT, entreprises adaptées) ou directement dans le milieu dit « ordinaire » de travail. Un accompagnement médico-social renforcé sur le lieu de travail permettra de sécuriser le parcours dans l'emploi de ces personnes. En subsidiarité des DEA départementaux, cet étayage temporaire sera particulièrement adapté pour les situations complexes.

b) Public visé, objectifs et prestations

Les prestations proposées en matière d'accompagnement renforcé vers et dans l'emploi seront destinées à des adultes présentant un TND et/ou un handicap psychique associés à des troubles chroniques ou durables du comportement. Ces personnes devront bénéficier d'une orientation CDAPH de type SAVS ou SAMSAH. Les objectifs du dispositif sont de faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé ou en milieu ordinaire, de favoriser l'autonomie et d'améliorer la qualité de vie. L'équipe analysera les besoins et attentes des personnes et les accompagnera dans l'élaboration de leur projet professionnel. Elle préparera avec l'entreprise l'intégration de la personne. Des essais et des immersions en situation de travail seront planifiés et encadrés. La prise de poste sera progressive et la sécurisation du parcours dans l'emploi se fera par un soutien renforcé auprès de la personne ainsi que de son employeur. Les intervenants veilleront à ce que l'environnement de travail ne soit pas générateur de stress, que les activités et les postes de travail soient adaptés à la personne. En cas de majoration des troubles du comportement, des solutions

⁵⁷ Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, [En ligne], [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/cp - emploi des personnes en situation de handicap.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/cp_-_emploi_des_personnes_en_situation_de_handicap.pdf) (Page consultée le 28.05.2022).

de repli seront proposées à la personne et à son employeur. Des réflexions sur l'aménagement d'espaces de calme-retrait et d'apaisement devront notamment être menées en amont. En référence aux nomenclatures Serafin-PH présentées en Annexe V, voici quelques exemples de prestations qui pourront être délivrées par les professionnels dans le cadre du dispositif d'accompagnement renforcé vers et dans l'emploi :

- *Accompagnement à l'expression du projet personnalisé*
- *Accompagnement pour préparer sa vie professionnelle*
- *Accompagnement pour mener sa vie professionnelle*
- *Accompagnement pour la communication et les relations avec autrui*
- *Accompagnement pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité*
- *Appui-ressource auprès des acteurs pour l'emploi*

c) Management stratégique

Pour développer ces prestations, je ne prévois pas forcément d'augmenter les effectifs mais j'envisage plutôt d'utiliser la GPEC qui est un véritable levier pour assurer la cohérence entre les ressources humaines et la stratégie. Le départ programmé d'un moniteur éducateur à temps plein va me donner l'occasion de faire une cartographie des compétences existantes au sein du Pôle. J'analyserai prospectivement les emplois et compétences nécessaires pour réduire les écarts entre l'offre de service actuelle et les besoins des personnes accompagnées en matière d'emploi. Pour réduire cet écart, j'opterai pour le recrutement d'une éducatrice spécialisée qui est déjà intervenue au sein du Pôle dans le cadre d'un CDD. Également titulaire du titre de conseillère en insertion professionnelle, elle viendra compléter les compétences spécifiques de l'équipe dans ce domaine et répondre aux évolutions des profils. Je demanderai au chef de service de travailler en priorité sur sa fiche de poste. Au cours des prochains mois, un travail d'actualisation de l'ensemble des fiches de poste permettra d'inscrire l'accompagnement renforcé vers et dans l'emploi dans les missions et activités de l'ensemble des professionnels du Pôle. La fiche de poste est un outil primordial pour consigner les différentes tâches au sein d'une organisation, assurer leur répartition et leur coordination.

d) Impacts attendus et évaluation

L'inclusion professionnelle des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement sera d'abord bénéfique pour les personnes elles-mêmes. Elle leur permettra d'évoluer vers une plus grande autonomie et favorisera leur participation sociale. Dans

l'optique d'une société plus inclusive, c'est un vecteur d'ouverture à la différence, d'apprentissage du respect de l'autre et de lutte contre la stigmatisation dont sont encore trop souvent victimes les personnes présentant des troubles du comportement. Pour apprécier la mise en œuvre et la pertinence des prestations proposées, je m'appuierai sur les indicateurs et des critères d'évaluation suivants : problématiques d'accès et de maintien dans l'emploi observées, nombre de personnes accompagnées, nombre de personnes en attente d'accompagnement, nombre de personnes accédant à un emploi, nature de l'employeur, nombre de jours travaillés, prestations dispensées, durée de l'accompagnement, ETP mobilisés, nouveaux partenariats avec les acteurs de l'emploi formalisés, actions de communication menées. A ce stade, cette liste n'est pas exhaustive et demande encore à être enrichie.

3.1.2 Une diversification de l'offre de service en matière de parcours résidentiel

a) Présentation

Les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement sont souvent confrontés à un choix difficile en matière de logement : rester au domicile au risque de se retrouver isolés ou intégrer un établissement en renonçant à une partie de leur autonomie. Un nombre croissant des personnes en situation de handicap souhaite désormais choisir leur habitat et les personnes avec qui le partager. Des solutions dites "intermédiaires" ont déjà été mises en place au cours de ces dernières années afin de répondre à cette nouvelle aspiration. En 2022, à travers le lancement de l'AMI « *Pour la mobilisation de l'aide à la vie partagée au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans le cadre du déploiement d'habitats inclusifs* », le Département du Pas de Calais entend s'inscrire durablement dans le développement de l'habitat inclusif. En répondant à cet AMI pour porter le projet de vie sociale et partagée d'un habitat inclusif de 12 logements, je souhaite rendre accessible cette nouvelle offre à la plus grande diversité de publics.

b) Public visé, objectifs et prestations

Lors des groupes de travail précédant l'élaboration du projet de Pôle, plusieurs jeunes adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement se sont montrés intéressés par le projet d'habitat inclusif. Je constate en effet aujourd'hui que ces jeunes ne se projettent pas ou plus en établissement. Ils manifestent leur envie d'un chez soi « *comme tout le monde* ». En alternative à une entrée en établissement ou en prévision d'une sortie,

les adultes présentant un TND ou un handicap psychique, avec troubles du comportement associés, sont un des publics visés par le projet d'habitat inclusif que je porterai. Ces adultes devront être reconnus en situation de handicap par la CDAPH, désireux de prendre leur autonomie et disposant de capacités pour le faire.

Les objectifs du projet sont :

- Développer une réponse « intermédiaire » dans le cadre du parcours résidentiel à mi-chemin entre l'établissement et le logement ordinaire ;
- Proposer un nouveau mode d'habitat accompagné, partagé, inséré dans la vie locale⁵⁸ construit dans le cadre de partenariats locaux ;
- Favoriser l'inclusion sociale des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement ;
- Cibler un territoire où l'offre d'habitat inclusif est moindre et s'inscrit dans les orientations du Plan Local de l'Habitat.

L'habitat inclusif représente une forme sécurisante d'autonomie de part un environnement rassurant, des services associés au logement et une entraide entre habitants. Je distingue les prestations qui seront proposées au sein de l'habitat en quatre grands domaines :

- *Une veille et une sécurisation de la vie à domicile*
- *Un soutien à la convivialité*
- *Un soutien à l'autonomie*
- *Une aide à l'inclusion sociale*

c) Partenariat et modalités de pilotage

Le projet de création d'un habitat inclusif sur le territoire fédère déjà de nombreux acteurs : des établissements de santé, des ESMS, des services d'aide à domicile, des professionnels de santé libéraux, un bailleur social, une communauté de communes, une municipalité et un centre communal d'action sociale. Il concernera également d'autres acteurs qui participent à la vie locale comme des prestataires de livraison et de portage de repas, des associations locales et des sociétés de transport qui contribueront à la mobilité des habitants. J'ai déjà pu réunir à plusieurs reprises ces différents acteurs pour leur présenter le projet. J'envisage d'installer très prochainement un comité de pilotage (COPIL) que

⁵⁸ Denis PIVETEAU et Jacques WOLFROM, « *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !* », 2020, p. 11.

j'animerai personnellement. Stratégiquement, j'y convierai le représentant du CD. Le COPIL garantira une place à chacun des partenaires dans le projet et un rôle prépondérant dans sa mise en œuvre et son suivi. L'Association via le Pôle Services sera le porteur du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif. Je mettrai en place avec les partenaires d'autres instances de coordination, comme notamment la commission d'attribution des logements. Cette commission étudiera l'ensemble des demandes de logement pour l'habitat inclusif. Elle pourra se réunir de manière exceptionnelle en cas de vacance de logement. Je proposerai également de constituer un groupe de travail pour réfléchir à des outils d'évaluation des compétences et habiletés sociales qui seront utilisés pour s'assurer de l'adéquation entre les capacités des demandeurs et les accompagnements proposés au sein de l'habitat inclusif.

d) Stratégie, implantation et projet architectural

Lors d'une récente réunion de travail sur le projet, le Président et le Directeur Général m'ont fait part de la stratégie de l'Association qui ne cherche pas forcément à développer son patrimoine. Dans le contexte financier actuel et compte tenu des contraintes de gestion supplémentaires qui ne relèveraient finalement pas de son objet social, l'Association souhaite confier à un bailleur le portage immobilier du projet. J'ai prévu de rencontrer plusieurs bailleurs au cours des prochaines semaines. Je choisirai celui qui présentera la plus grande expérience dans le domaine. A la recherche d'un terrain, j'ai déjà réuni des élus du territoire pour leur présenter le projet. Ces réunions ont été fructueuses puisque le lieu d'implantation de l'habitat inclusif est aujourd'hui connu. Il se situera en centre bourg à proximité immédiate des commerces et autres services. Il sera composé d'un ensemble de 12 logements regroupés de type T2 et d'un espace commun. J'ai d'ores et déjà programmé des temps de travail avec l'architecte afin de préciser le cahier des charges de la construction. Je m'engage à ce que les besoins d'apaisement des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement soient pris en compte par l'aménagement d'espaces de vie visant à éviter les sur stimulations sensorielles (isolation phonique, gestion de la lumière, choix des revêtements, etc.). La dimension collective sera entendue comme un support et un moyen pour soutenir et développer l'autonomie des habitants autant que comme un outil de développement des relations sociales et de lutte contre l'isolement. L'espace commun sera donc imaginé comme un lieu d'information, de convivialité et de rencontre avec les habitants du quartier. Néanmoins, il devra être situé de manière à ce que chaque habitant puisse retourner rapidement chez lui s'il en ressent le besoin.

e) Budget prévisionnel et ressources humaines dédiées

Le coût de la construction de l'habitat inclusif sera supporté par le bailleur qui gèrera également directement les baux, loyers et locations. A la différence des prestations d'accompagnement renforcé vers et dans l'emploi, je compte cette fois-ci étoffer l'équipe en créant un poste de coordonnateur du projet de vie sociale et partagée. Je proposerai le poste à la mobilité interne ou, à défaut de candidature adaptée, j'envisagerai un recrutement externe. Je rechercherai un profil expérimenté, éducateur spécialisé de formation initiale, disposant d'une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs (fiche de poste en Annexe VI). J'ai déjà anticipé le financement de ce nouveau poste en répondant, avec l'aide de la Responsable qualité et développement, à l'AMI du CD pour la mobilisation de l'AVP. Une fois la convention avec le CD signée, je demanderai au Responsable ressources humaines de diffuser activement l'offre d'emploi. Je solliciterai également une subvention auprès de la municipalité pour financer l'entretien et les réparations dans l'espace commun, ainsi que les frais annexes (fournitures de bureau, produits d'entretien, matériel de jardinage, jeux de société, carburant, etc.). Des fonds générés par les activités organisées par les habitants sont également prévus dans le budget prévisionnel présenté en Annexe VII et validé par la Responsable administrative et financière.

f) Impacts attendus et évaluation

Le projet d'habitat inclusif visera à répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap, dont ceux présentant des troubles du comportement. Je devrai veiller à ce que les indicateurs et critères appréciant sa mise en œuvre et sa pertinence permettent d'adapter le projet selon les évolutions. L'évaluation quantitative portera principalement sur des données statistiques : nombre d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement concernés, entrées et sorties de l'habitat, prestations dispensées par le coordonnateur, nombre d'heures d'intervention, nombre de partenaires mobilisés, nombre de rencontres entre les partenaires.

L'évaluation qualitative se basera sur des enquêtes de satisfaction à l'attention des habitants afin d'évaluer les bénéfices ressentis de ce nouveau mode d'habitat. Des questionnaires seront également destinés aux partenaires afin d'évaluer les modalités de repérage des adultes ainsi que la qualité et les modalités de coordination, de collaboration et de coopération. Les habitants du quartier devront être associés aux enquêtes de satisfaction.

g) Calendrier prévisionnel

Etapas avant de l'ouverture de l'habitat inclusif	2023												2024						
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07
Signature de la convention avec le CD																			
Communication autour du projet																			
Réunions avec le bailleur																			
Réunions du COPIL																			
Construction de l'habitat																			
Recrutement du coordonnateur du projet de vie sociale et partagée																			
Commission d'attribution des logements																			
Elaboration du projet de vie sociale et partagée avec les futurs habitants																			
Emménagement des premiers habitants																			

3.1.3 Une coordination renforcée pour favoriser l'accès aux soins et la cohérence du parcours

a) Présentation

La prestation de *coordination renforcée pour la cohérence du parcours* ne doit pas être confondue avec la prestation de coordination usuelle qui est intrinsèque à la conduite de tout projet d'accompagnement de qualité. Cette dernière fait partie intégrante du processus de réalisation de chaque prestation et n'a pas à être décrite de manière distincte. La prestation de coordination renforcée pour la cohérence de parcours sera assurée par des professionnels formés à l'approche *case management*. Elle est particulièrement adaptée pour les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, en raison d'un niveau supérieur de complexité de leur situation et d'un accompagnement qui porte sur plusieurs dimensions (soins, logement, emploi...), avec des interventions de nombreux professionnels appartenant à des secteurs différents.

Considérant les aspects somatiques et psychiques comme des facteurs majeurs d'apparition des troubles du comportement, la coordination entre les acteurs de la santé doit être renforcée pour garantir la continuité et la fluidité du parcours de soin. Le droit à la

santé fait partie des droits fondamentaux de chaque être humain. Il contribue à la possibilité d'accéder à la meilleure qualité de vie possible. L'accès aux soins pour les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement est un enjeu prioritaire d'égalité et de démocratie sanitaire. C'est une problématique majeure sur notre territoire en raison de la démographie médicale particulièrement déficitaire. Cette remise en cause de l'égalité d'accès au système de santé engendre des renoncements aux soins, des retards et des ruptures de prise en charge. Pour ces raisons, la coordination renforcée est un excellent vecteur d'amélioration de l'accès aux soins.

b) Management stratégique

Théoriquement, la prestation de coordination renforcée pourrait être réalisée par tous les professionnels du Pôle. Pour autant, compte tenu de la complexité des besoins auxquels elle est supposée répondre, j'envisage plutôt qu'elle soit exercée par des infirmiers ou des éducateurs spécialisés. J'ai déjà repéré au sein du Pôle plusieurs professionnels qui auraient selon moi le profil pour devenir des *case managers*. Les entretiens professionnels d'évaluation que je réaliserai prochainement, avec la contribution du chef de service, me permettront d'évaluer leurs compétences et leurs motivations à assurer la fonction. Je leur faciliterai l'accès à la formation au *case management* que j'inscrirai en priorité dans le PDC. Les négociations actuelles relatives à la mise en place d'une convention collective unique, étendue à l'ensemble des entreprises et salariés du secteur, devraient permettre de mieux reconnaître l'évolution des emplois, de valoriser davantage les compétences et de faciliter la fluidité des parcours professionnels. Si ces négociations aboutissent rapidement, je devrais pouvoir valoriser la fonction de *case manager*. Dans le cas contraire, j'étudierai avec le Responsable ressources humaines la possibilité d'accorder aux professionnels concernés des points de responsabilités.

3.2 Créer une équipe mobile de soutien renforcé

3.2.1 Présentation

L'équipe mobile proposera un soutien renforcé aux professionnels et/ou aux aidants qui accompagnent des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Ce soutien renforcé sur les différents lieux de vie permettra d'évaluer les situations, de proposer des réponses concrètes et opérationnelles sur le terrain, de participer à la coordination du projet de vie de la personne et à la mise en œuvre d'un PAG. Le dispositif sera dans le « faire avec ». Il passera par une coordination et un étayage des

accompagnements existants. L'augmentation du taux d'encadrement favorisera les ajustements et les adaptations de l'environnement. Il n'est pas rare de voir les professionnels et les aidants s'essouffler et être submergés par les troubles du comportement qui passent au premier plan dans l'accompagnement de la personne. L'équipe mobile contribuera à la sécurisation du parcours et cherchera à rompre avec les logiques de rupture. Elle mettra à disposition une expertise et des compétences en matière d'accompagnement des troubles du comportement. Elle pourra intervenir 7j/7, 365 jours par an, sur une amplitude horaire élargie de 7h à 22h. L'équipe mobile interviendra sur le territoire de proximité dans un rayon de 30 km autour des locaux du Pôle Services. Des partenaires pourront être sollicités pour mettre à disposition de locaux facilitant les interventions. L'équipe mobile pourra être interpellée par une famille, un ESMS, un établissement de santé, le staff territorial de la communauté 360, la plateforme d'aide aux aidants ou encore la conseillère handicap de la MDPH du territoire. Une fiche de saisine sera mise à disposition et les demandes seront soumises à la validation d'une équipe pluridisciplinaire qui pourra se réunir sur le format d'une e-commission d'admission pour davantage de réactivité. Le parcours de la personne accompagnée par l'équipe mobile est présenté en **Annexe VIII**.

3.2.2 Public visé, objectifs et prestations

S'inscrivant dans le déploiement de la démarche RAPT et dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de prévention des départs non souhaités en Belgique, l'équipe mobile accompagnera prioritairement des adultes en situation de handicap dont les troubles du comportement mettent en échec les offres d'accompagnement existantes. Les personnes accompagnées devront bénéficier d'une orientation CDAPH de type SAVS/SAMSAH/ESAT/Foyer d'hébergement/Foyer de vie/Foyer d'accueil médicalisé/Maison d'accueil spécialisée.

L'objectif général du dispositif est de proposer un soutien renforcé aux professionnels et/ou aux aidants en complément des accompagnements existants.

Les objectifs opérationnels sont multiples :

- Prévenir, gérer et dépasser les périodes de crise ;
- Eviter les ruptures de parcours ;
- Prévenir l'épuisement des professionnels et des aidants ;
- Mettre fin aux départs contraints vers la Belgique ;

- Faire monter en compétence les professionnels des établissements et services accueillant le public cible ;
- Apporter des réponses opérationnelles et concrètes aux situations complexes du territoire ;
- Renforcer les partenariats et la coordination autour de ces situations ;
- Permettre la réalisation du projet de vie de la personne ;
- Favoriser son maintien dans le lieu de vie choisi ;
- Favoriser l'accès aux soins, au logement et à l'emploi ;
- Assurer une continuité de l'accompagnement lors des transitions vers un autre milieu de vie.

En fonction des besoins et attentes de chaque personne accompagnée, de ceux des professionnels et/ou des aidants, l'équipe mobile proposera un soutien renforcée pour l'ensemble des prestations ci-dessous de la nomenclature Serafin-PH :

- *Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles*
- *Prestations en matière d'autonomie*
- *Prestations pour la participation sociale*
- *Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours*

3.2.3 Organigramme et ressources humaines dédiées

Compte tenu de la spécificité des compétences requises pour accompagner les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement, j'envisage de constituer l'équipe mobile à la fois par mobilité interne, au sein du Pôle ou de l'Association, mais également par des recrutements externes. La composition de l'équipe avec les équivalents temps plein et les dépenses de personnel correspondant à une file active prévisionnelle de 20 à 25 personnes sont présentées en **Annexe IX**. Au regard des différentes typologies de handicap rencontrées (TND, handicap psychique) et des troubles du comportement associés, j'ai identifié différents profils.

a) Médecin psychiatre :

La supervision médicale du médecin psychiatre enrichira la compréhension des pathologies et des profils rencontrés. Il veillera au respect du cadre des interventions et assurera la transmission et le relais des informations importantes auprès de ses confrères (médecin traitant, psychiatre référent, etc.). Malgré la démographie médicale actuelle, je suis confiant

sur le fait de réussir à recruter un médecin psychiatre. Je compte m'appuyer sur mon réseau pour convaincre un praticien hospitalier de consacrer une demi-journée par semaine au dispositif dans le cadre d'une activité d'intérêt général.

b) Cadre de santé :

Afin d'apporter une expertise spécifique complémentaire concernant les troubles psychiques et du comportement, j'envisage de confier les missions d'animation et d'encadrement de l'équipe mobile de soutien renforcé au coordonnateur des soins en santé mentale de l'Association. Infirmier et cadre de santé paramédical de formation initiale, il intervient déjà de manière transversale en soutien des professionnels du Pôle. Il disposera d'une fonction d'administration et de gestion par délégation. Je lui demanderai de développer le partenariat et le réseau, de contribuer à la connaissance du dispositif et de le représenter auprès des instances internes et externes.

c) Case managers

Infirmier et éducateur spécialisé de formation initiale, ils seront pour moi les éléments centraux du dispositif. Formés à l'approche du *case management*, ils travailleront en interdisciplinarité avec les autres professionnels. Ils évalueront les besoins et les attentes des adultes accompagnés. Ils planifieront les différentes interventions dans les domaines de la santé, de l'autonomie et de la participation sociale. Les interventions planifiées seront réactives, souples et personnalisées. Les *case managers* veilleront à la continuité, la fluidité et la sécurisation des parcours de vie. L'objectif de l'approche *case management* est en effet de permettre un parcours optimal sans rupture et sans perte de chance.

d) Aide-soignant ou accompagnant éducatif et social (AES)

Au plus près de l'accompagnement du quotidien, ils seront présents auprès des adultes accompagnés dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, soins et activités, etc.). Ils interviendront sur les différents lieux de vie, en soutien des professionnels et des aidants, à différents moments de la journée et de la semaine. Ils apporteront un étayage aux accompagnements existants afin de prévenir et gérer toute situation de crise qui pourrait survenir. Ils pratiqueront également des activités en lien avec les projets personnalisés des adultes.

e) Praticien en activités physiques adaptées (APA)

A partir d'un bilan personnalisé, le praticien APA proposera des séances adaptées, individuelles ou collectives. L'activité physique adaptée, pratiquée de façon régulière, a de nombreux bienfaits pour la santé et pour le lien social. L'objectif est d'amener les adultes accompagnés vers des activités qui leur sont souvent inaccessibles et qui sont à même de favoriser le relâchement, la réduction des tensions et une diminution sensible des troubles du comportement associés.

3.2.4 Besoins en formation

L'ensemble des professionnels de l'équipe mobile de soutien renforcé sera spécialisé dans l'évaluation, la prévention et la gestion des troubles du comportement. Même s'ils témoignent d'une solide expérience professionnelle dans le domaine, j'envisage de les faire bénéficier d'un programme de formation adapté avant l'ouverture effective du dispositif. Ce temps de formation en collectif permettra aux professionnels de mieux se connaître, d'avoir un vécu commun, de partager des outils et de constituer une réelle dynamique d'équipe. Suite aux échanges que j'ai déjà pu initier avec nos prestataires habituels du champ de la formation, et compte tenu de la diversité des profils accompagnés, j'ai déjà identifié certaines thématiques :

- Prévention et action lors des troubles du comportement
- Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité
- Trouble du spectre autistique chez l'adulte
- Troubles psychologique et psychiatrique chez l'adulte
- Outils de communication
- Approches psycho-éducatives et comportementales
- Case Management

J'informerai le Responsable ressources humaines que je souhaite inscrire ces formations en priorité dans le PDC dont les orientations sont présentées chaque année aux instances représentatives du personnel. Je lui demanderai de mobiliser si nécessaire les fonds mutualisés attribués par l'OPCO Santé. Pour compléter cette phase de formation, je projette des temps d'immersion dans les établissements et services du territoire accueillant le public cible, de sorte à rapidement créer des liens privilégiés entre les professionnels de l'équipe et ceux des structures avec lesquelles ils seront amenés à collaborer. J'envisage également d'instaurer des temps d'échanges réguliers avec les deux centres ressources de la région

que sont le Centre Ressources Autisme (CRA) et le Centre de Ressources sur le Handicap Psychique (CREHPSY).

3.2.5 Management stratégique

a) L'accompagnement au changement

Il est logique que la mise en œuvre du projet de développement de prestations de soutien renforcé induise des phénomènes de résistance chez les professionnels. Avec la création de l'équipe mobile, il est donc nécessaire, en tant que directeur, que je porte une attention toute particulière à la conduite du changement. Ma stratégie s'appuiera sur les différentes étapes décrites par Kotter et présentée dans la deuxième partie du mémoire. Mon management permettra aux professionnels de comprendre et de s'approprier le changement, de susciter et de maintenir leur adhésion. J'adapterai mon style de management aux situations et aux différentes étapes de la mise en œuvre du projet.

Pour justifier la création de l'équipe mobile et en définir les grandes orientations, j'utiliserai tout d'abord un management plutôt directif. J'argumenterai sur les aspects positifs et la plus-value de son déploiement dans le cadre de l'accompagnement des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. J'insisterai sur la nécessité d'instaurer des liens fonctionnels entre l'équipe mobile et les autres dispositifs du Pôle (SAMO et PFR-PH). Je planifierai des réunions régulières avec les professionnels pour les rassurer. Je profiterai de temps d'échanges plus informels pour repérer les plus motivés et les plus influents pour constituer une coalition forte autour du projet. Pour réduire l'incertitude, je m'efforcerai d'inscrire la création de l'équipe mobile dans les orientations du projet associatif et du projet de Pôle. J'installerai et j'animerai un COPIL qui sera la clé de voûte de la démarche et communiquerai de manière dynamique pour que les actions à mener soient connues de tous.

Je pourrai ensuite passer à un mode de management plus collaboratif pour responsabiliser les professionnels et favoriser leur implication. Je veillerai à développer des méthodes participatives et à créer des situations de co-construction avec l'instauration de groupes de travail thématiques animés par les cadres intermédiaires (création des fiches de poste, aménagement des locaux, etc.). Tout au long de la démarche, je valoriserai l'avancée des travaux auprès du CA et du CODIR. Je rencontrerai régulièrement les instances représentatives du personnel et conviendrai avec eux d'un calendrier de consultation pour structurer le dialogue social et ainsi maintenir un climat de confiance. A toutes les étapes de la mise en œuvre du projet, je n'oublierai pas d'associer les personnes accompagnées

et leurs familles notamment lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale. Il s'agit d'incarner une Direction de Pôle déterminée, présente, accessible et ouverte au dialogue.

b) La communication

La communication sera un axe majeur de ma stratégie de conduite du changement. J'élaborerai un plan de communication structuré et ambitieux qui visera à rendre compréhensible le processus et à faciliter l'action par l'accès à l'information. Je ferai preuve de transparence pour donner de la lisibilité au projet. A toutes les étapes de sa mise en œuvre, l'ancrage dans les valeurs associatives devra être démontré pour faire culture commune, emmener les professionnels avec moi, mobiliser en donnant du sens.

C'est Antoine de Saint-Exupéry qui disait : « *Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer.* »

c) La prévention des risques d'épuisement professionnel et la QVT

Au regard de la complexité de certaines situations et du profil des adultes qui seront accompagnés par l'équipe mobile, les enjeux de QVT seront primordiaux afin de susciter l'adhésion des professionnels et prévenir les risques d'épuisement. En tant que Directeur, je me montrerai disponible pour soutenir les professionnels confrontés quotidiennement aux troubles du comportement et je demanderai à l'encadrement de leur faire des feedbacks réguliers. Je solliciterai le CREHPSY et le CRA pour animer des temps de supervision d'équipe. Ils interviendront une fois par mois au démarrage du dispositif.

À l'image de ce qui se fait déjà lors des réunions SAMO, je leur proposerai également d'animer des séances d'analyse de pratiques professionnelles pour favoriser la construction et le partage d'outils. Je veillerai à ce que les professionnels puissent se former au regard des besoins rencontrés sur le terrain. Les entretiens professionnels d'évaluation et de formation menés par le cadre de santé permettront de cibler les besoins individuels et collectifs en matière de formation. Enfin, je prônerai la mobilité interne pour garantir aux professionnels la possibilité de se ressourcer temporairement ou plus durablement dans un autre ESMS du Pôle ou de l'Association.

3.2.6 Impacts attendus et évaluation

Afin de mesurer les impacts du dispositif, je serai attentif au choix des indicateurs de moyens et de résultats qui me permettront d'apprécier tout d'abord son intérêt pour le public : satisfaction, qualité de vie, autonomie, troubles du comportement évités, ruptures de parcours évitées, hospitalisations, départs vers la Belgique. Le périmètre de l'évaluation concernera ensuite l'activité : fiches de saisine soumises, commission d'admission, file active, prestations directes dispensées, durée moyenne des accompagnements. Il devra porter également sur les impacts en matière de gestion des ressources humaines, de changements de pratiques et d'ouverture du Pôle à et sur son environnement : QVT ressentie, turn over, mobilité, accidents du travail, formations suivies, outils créés, nombre de supervisions et d'analyses de pratiques, conventions signées, coopérations, collaborations, mutualisations. Un COPIL sera constitué et pourra fournir annuellement aux ATC un rapport d'activité sur la base des indicateurs ci-dessus, dont la liste est amenée à être enrichie. Enfin, je conçois l'évaluation comme une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations. Au même titre que l'ensemble des ESMS du Pôle et de l'Association, l'équipe mobile de soutien renforcé sera soumise aux nouvelles modalités d'évaluation prévues par la HAS et dont le référentiel est paru en mars 2022.

3.2.7 Cohérence financière du projet

a) La gestion financière et comptable

En tant que Directeur, il m'appartiendra d'élaborer, de négocier le budget et de planifier son exécution. Je devrai également définir une politique d'investissement au service du projet. La gestion financière et comptable est de ma responsabilité mais je pourrai m'appuyer sur les compétences de la Responsable administrative et financière du siège pour veiller au respect des grands équilibres budgétaires. Une délégation financière sera confiée au cadre de santé qui assurera un suivi quotidien de l'activité de l'équipe mobile. Cette organisation ainsi que la mise en place d'une comptabilité précise et rigoureuse me permettront de viser le juste équilibre budgétaire.

b) Investissements

Les investissements concerneront essentiellement les véhicules, l'agencement et le matériel informatique. Il n'est pas prévu d'emprunt à ce jour compte tenu des réserves

d'investissement disponibles. Une recherche de subventions pourra tout de même être envisagée.

PLAN DE FINANCEMENT			
Emplois		Ressources	
Investissements	31 400 €		
TOTAL	31 400 €		

c) Budget prévisionnel

BUDGET DE FONCTIONNEMENT		
Charges	Groupe 1 – Exploitation courante	3330 €
	Groupe 2 – Personnel	387 758 €
	Groupe 3 - Structure	19 966 €
	TOTAL CHARGES	411 054 €
Produits	Groupe 1 - Tarification	411 054 €
	Groupe 2 – Autres produits relatifs à l'exploitation	
	Groupe 3 – Produits financiers et produits non encaissables	
	TOTAL PRODUITS	411 054 €

Actuellement, le coût à la place SAVS est de 6 000€. Pour le SAMSAH, il est de 12 500€. Sur la base d'une file active prévisionnelle de 20 personnes accompagnées, le coût à la place du dispositif équipe mobile sera de 20 500€. Le détail du budget prévisionnel et du plan de financement est présenté en Annexe X.

3.2.8 Calendrier de mise en œuvre

La mise en œuvre de l'équipe mobile sera soumise à l'autorisation des ATC. Néanmoins, indépendamment des modalités d'autorisation (AAP, AMI, création, extension ou transformation de places dans le cadre de la renégociation du CPOM, etc.), j'ai d'ores et déjà proposé au Directeur Général et au CA un rétro planning qui identifie les différentes étapes jusqu'à la mise en œuvre du dispositif. Je me suis projeté sur un démarrage effectif des premiers accompagnements en mai 2023.

	01.2023	02.2023	03.2023	04.2023	05.2023
Autorisations des ACT					
Aménagement					
Investissements					
Travaux d'aménagement					
Ressources humaines					
Constitution de l'équipe par recrutements ou mobilités internes					
Formation					
Package de formations collectives					
Communication					
Communication et présentation du dispositif en interne et en externe					
Ouverture du dispositif					
Ouverture effective du dispositif					

3.3 Renforcer le partenariat par un travail de réseau professionnel formel pour élargir l'éventail des prestations

3.3.1 Présentation

Le réseau professionnel formel implique différentes structures qui élaborent et expérimentent ensemble la mise en œuvre d'un projet en réponse à une problématique commune. Les structures du territoire se trouvent actuellement confrontées à la complexité voire la criticité de certaines situations. Elles recherchent parfois la technicité et l'expertise d'un partenaire qui pourrait les aider à surmonter cette difficulté. Pour permettre la cohérence et la continuité des parcours, les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social doivent de plus en plus souvent travailler ensemble, adapter et faire évoluer leurs pratiques professionnelles.

« En complément du partenariat ou quand celui-ci fait défaut, les pratiques de réseau favorisent aussi la coordination, la collaboration et la mutualisation et donc participent au maintien de l'efficience de l'établissement ou des services⁵⁹. » Le travail de réseau est particulièrement indiqué dans des environnements dynamiques et complexes. La

⁵⁹ Régis DUMONT, « Travailler en réseau ou en partenariat », *Les Cahiers de l'Actif*, n°526-527 (Mars/Avril 2020), p. 17.

problématique des troubles du comportement et la dynamique territoriale sont justement favorables à la mutualisation. Celle-ci permettrait de proposer aux adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement un éventail de prestations plus large, mieux à même de répondre à leurs besoins et attentes. Pour étayer mes propos, je m'appuierai sur trois exemples :

- Certaines activités de médiation comme la balnéothérapie ou Snoezelen favorisent le relâchement, la réduction des tensions et une diminution sensible des troubles du comportement dans les temps suivant les séances. A l'inverse du Pôle Services, plusieurs structures du territoire disposent de ces équipements mais ils sont bien souvent sous utilisés. Les ATC seraient sans doute favorables au rapprochement de différents organismes gestionnaires qui chercheraient à optimiser les financements publics alloués aux investissements.
- Un ESMS du territoire s'est récemment rapproché du Centre Hospitalier de référence qui propose un dispositif de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap. Les deux directeurs se sont déjà entendus sur des modalités de partenariat qui consisteraient à un accès au dispositif pour les adultes présentant des troubles du comportement, ainsi qu'une mise à disposition de locaux. Cette prestation favorisant l'accès aux soins et les évaluations somatiques pourrait bénéficier à l'ensemble des membres du réseau.
- De la même manière, des infirmières du CMP interviennent déjà mensuellement au Pôle Services pour réaliser des consultations « avancées ». Il arrive parfois qu'à certaines périodes, faute de demandes, des créneaux de consultation restent vacants. Cette prestation pourrait donc être proposée par l'ensemble des membres du réseau.

3.3.2 Objectifs

Si chaque structure continue à exercer les missions qui lui incombent, la mise en œuvre d'un travail de réseau professionnel formel serait donc particulièrement indiquée pour :

- Inscrire les acteurs du territoire dans une dynamique de synergie ;
- Apporter un appui et un soutien à une structure confrontée à une situation complexe ;
- Formaliser le travail de réseau informel existant ;

- Pérenniser les liens existants entre les professionnels et les structures, indépendamment des personnes en poste aujourd'hui ;
- Partager des expériences, des outils et des méthodes de fonctionnement ;
- Mutualiser des compétences ;
- Favoriser la cohérence et la coordination des réponses aux besoins et attentes du public ;
- S'appuyer sur des ressources complémentaires ;
- Favoriser les relais.

3.3.3 Stratégie de mise en œuvre et d'initiation du réseau

Au regard du positionnement stratégique de l'Association et du Pôle sur le territoire, je propose d'être à l'initiative de la constitution du réseau professionnel formel. Dans un premier temps, je réunirai sous la forme d'un groupe de travail thématique les acteurs et structures concernés par l'accompagnement d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Lors de ces réunions, j'inciterai les participants à prendre conscience de la nécessité de travailler en partenariat de manière efficiente.

Avec le soutien de l'ARS et du CD, j'amènerai progressivement le groupe de travail à fonctionner en réseau. Celui-ci s'intitulera « Handicap et Troubles du comportement » et réunira au minimum le CD et l'ARS, la MDPH, des établissements de santé, des ESMS, des associations représentant les usagers et les familles, le CRA et le CREHPSY. Toute structure accompagnant des adultes en situation de handicap sur le territoire pourrait demander à intégrer le réseau. La signature d'une convention constitutive formalisera son existence, valorisera l'engagement des acteurs et la dynamique créée. Le fonctionnement du réseau sera fondé sur une coopération entre les différentes structures signataires. Chaque structure disposera d'une voix et chaque décision sera prise à l'unanimité.

Durant cette phase d'initiation, j'installerai et j'animerai un COPIL qui sera composé d'un représentant de chaque membre. Il se réunira au moins une fois par trimestre dans le but de suivre le fonctionnement du réseau, d'élaborer et de mettre en œuvre des actions. Il n'y aura pas de hiérarchie entre les membres mais, pour éviter les enjeux de pouvoir, j'envisage que l'animation du réseau et du COPIL puisse être tournante.

Pour promouvoir l'interconnaissance entre les structures et les professionnels, je proposerai rapidement la programmation d'une action « stages croisés » qui pourra également être utilisée à des fins de communication externe pour promouvoir le réseau.

3.4 Conclusion de la troisième partie

A travers la rédaction de cette troisième partie, j'ai présenté les différentes prestations qu'il me paraît indispensable de développer pour répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement. Ces prestations qui visent la continuité des parcours s'ancrent parfaitement dans les orientations des politiques publiques actuelles et dans celles du projet associatif. Elles vont nécessiter une évolution des pratiques professionnelles et une plus grande ouverture du Pôle à et sur son environnement.

Conscient des faiblesses et des menaces qui pourraient hypothéquer la réussite du projet, j'ai essayé de décliner la stratégie managériale qui me permettra de limiter les phénomènes de résistance et de favoriser la coordination, la coopération, la collaboration et la mutualisation. La réussite du projet dépendra en grande partie de son acceptation et de son appropriation par les professionnels. Les structures du territoire devront également s'inscrire dans une véritable dynamique de partenariat et de travail en réseau pour dépasser les effets de cloisonnement et les fonctionnements en silo qui persistent encore actuellement autour des situations complexes.

Conclusion

Au cours de ces dernières années, l'Association a considérablement diversifié son offre de service. Pour autant, dans certaines situations, les prestations dispensées s'avèrent insuffisantes pour répondre aux besoins et attentes des personnes accompagnées. Dans un contexte national de désinstitutionnalisation et de transformation de l'offre, les constats répétés d'échec de prise en charge et d'accompagnement d'adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement m'ont conduit à imaginer, en tant que Directeur du Pôle Services, de nouvelles réponses en subsidiarité des ressources existantes. Je crois beaucoup en ce projet qui me motive énormément. La problématique des troubles du comportement associés au handicap est un véritable problème de direction. Ses répercussions sont nombreuses et ont de multiples impacts : qualité de vie, continuité des parcours, risques psycho-sociaux, dynamique de partenariat.

En matière d'emploi, de logement, de soins ou encore de coordination, les prestations proposées seront à même de garantir la fluidité et la sécurisation des parcours, de favoriser le pouvoir d'agir et l'inclusion des personnes concernées. La création d'une équipe mobile offrira une réelle plus-value : elle permettra de mieux appréhender l'environnement de la personne et la situation complexe dans sa globalité. Le renforcement du partenariat par un travail de réseau professionnel formel élargira quant à lui l'éventail des prestations disponibles sur le territoire, avec davantage de complémentarités entre les structures.

L'élaboration de solutions innovantes confronte inéluctablement les professionnels au changement. Je suis bien conscient que ce projet peut susciter des doutes et des inquiétudes chez eux. Pour ne pas hypothéquer sa réussite et limiter les phénomènes de résistance, ma stratégie managériale de conduite du changement sera donc primordiale. Donner du sens, communiquer, associer et former seront les principales orientations de mon plan d'action. Les prestations présentées dans ce mémoire se veulent pragmatiques et apportent des réponses concrètes aux besoins réels et aux attentes exprimées par les personnes. Elles vont nécessiter une évolution des pratiques, dont celle de la coordination, pour véritablement faciliter les parcours et éviter les ruptures.

Les adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement se situent bien souvent à l'interface des différents secteurs. A plus long terme, il serait donc intéressant de réfléchir à la mise en place d'une véritable plateforme de services territoriale pour mettre fin définitivement à la fragmentation des réponses. En 2012, le rapport Piveteau évoquait déjà la nécessité de passer à une logique de dispositif ou de plateforme pour

déployer une offre plus souple et modulaire. Dix ans plus tard, je ne pense pas que l'Association et les autres organismes gestionnaires du territoire soient prêts à s'engager dès maintenant dans cette démarche. Parallèlement à la mise en œuvre des prestations de soutien renforcé, je souhaite néanmoins poursuivre cette réflexion avec l'ensemble des acteurs concernés. A l'issue de ma formation CAFDES et fort de mes différentes expériences, je pense avoir acquis les compétences qui me permettront de piloter ce nouveau projet.

Bibliographie

ARTICLES :

Barreyre, J.-Y. (2020). Les situations dites complexes : une priorité de l'action sanitaire et sociale, *Les Cahiers de l'Actif*, 526-527, 29-43.

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

Massieu, S. (2021). Financement : Serafin-PH modifie déjà les organisations. *Actualités sociales hebdomadaires*, 3197, 32-35.

Tassé, M., Sabourin, G., Garcin, N. & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 42(1), 62-69.

ENQUETES ET ETUDES :

CREAI Centre Val de Loire. (2016). *Situations complexes/difficiles dans le champ des personnes âgées et du handicap et coopération avec le secteur de la psychiatrie*.

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. (2018). *Diagnostic territorial partagé en santé mentale du Pas-de-Calais*.

Réseau-Lucioles. (2016). *Recherche-action Troubles du comportement et handicap mental sévère*.

OUVRAGES :

Batifoulier, F. (2019). *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* (2è éd.). Malakoff : Dunod.

Bloch, M.-A. & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.

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

INSERM. (2016). *Déficiences intellectuelles*, Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences.

Loubat, J.-R. (2019). *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale* (2è éd.). Malakoff : Dunod.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation.

Rayssiguier, Y. & Huteau, G. (2018). *Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir* (3è éd.). Rennes : Presses de l'EHESP.

Zribi, G. & Sarfaty J. (2015). *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits* (3è éd.). Rennes : Presses de l'EHESP.

Willaye, E. & Magerotte, G. (2016). *Evaluation et intervention auprès des comportements-défis* (2è éd.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

RAPPORTS, GUIDES ET RECOMMANDATIONS :

ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé*.

ANESM. (2016). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*.

ANESM. (2017). *Guide qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux*.

ANESM. (2018). *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Synthèse et outils pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap.*

CNSA. (2020). *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations.*

OMS. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.*

Piveteau, D. (2014). « *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. & Wolfrom, J. (2020). « *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !* ».

SITES INTERNET :

CNSA. *Réforme tarifaire des établissements et services pour personnes handicapées SERAFIN-PH.* En ligne <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees-serafin-ph>, consulté le 4 avril 2022.

OCDE. *Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale.* En ligne <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/apporter-une-reponse-englobant-toutes-les-composantes-de-la-societe-face-aux-consequences-de-la-crise-du-covid-19-sur-la-sante-mentale-f4d9703f/>, consulté le 24 mars 2022.

Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. *Emploi des personnes en situation de handicap : mobilisation gouvernementale qui porte ses fruits.* En ligne [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/cp - emploi des personnes en situation de handicap.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/cp_-_emploi_des_personnes_en_situation_de_handicap.pdf), consulté le 28 mai 2022.

Udapei 62. *Les troubles du neuro-développement.* En ligne <https://www.udapei62.fr/les-troubles-du-neuro-developpement>, consulté le 20 décembre 2021.

UNAFAM. *Handicap psychique*. En ligne <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>, consulté le 27 décembre 2021.

SUPPORTS DE COURS :

Dumont, R. (2021). *Travailler en réseau ou en partenariat*. Document non publié. IRTS Hauts-de-France, Loos.

Laroye, C. (2022). *Manager le changement*. Document non publié. IRTS Hauts-de-France, Loos.

Queverue, A. (2020). *Parcours de santé et politiques publiques*. Document non publié. IRTS Hauts-de-France, Loos.

TEXTES DE LOI :

Articles D. 312-162 et D. 312-176 du Code de l'Action Sociale et de Familles.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire n° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

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

Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services médico-sociaux.

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

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

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

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

Liste des annexes

Annexe I : Exemples de parcours et de situations	II
Annexe II : Questionnaire vierge.....	IV
Annexe III : Résultats du questionnaire	VII
Annexe IV : Organigramme du pôle services à l'entame du projet.....	IX
Annexe V : Nomenclature des besoins et prestations serafin-ph.....	X
Annexe VI : Fiche de poste du coordonnateur du projet de vie sociale et partagée	XIII
Annexe VII : Partie financière du projet d'habitat inclusif	XV
Annexe VIII : Parcours de la personne accompagnée par le dispositif équipe mobile de soutien renforcé	XVII
Annexe IX : Composition de l'équipe mobile de soutien renforcé et dépenses de personnel.....	XVIII
Annexe X : Budget prévisionnel du dispositif équipe mobile de soutien renforcé.....	XIX

ANNEXE I : EXEMPLES DE PARCOURS ET DE SITUATIONS

« Monsieur F. est un jeune homme de 25 ans qui présente un trouble du développement intellectuel, des troubles psychiques et des troubles du comportement. Il a longtemps vécu chez son père. Depuis quelques années, il a successivement voire simultanément été accompagné par un CMP, un SAVS, un foyer d'hébergement, un ESAT, un EPSM et un centre de postcure psychiatrique. Les différentes adaptations mises en œuvre ont abouti à des échecs. Aucun des établissements et services sollicités dans l'optique d'une éventuelle admission n'a émis un avis favorable à son admission. Les difficultés pour prévenir et gérer les épisodes de violence sont à l'origine de sa sortie de l'ESAT et du foyer. A défaut de réponses alternatives adaptées, il est maintenu en hospitalisation en psychiatrie depuis plus d'un an. Il verbalise actuellement le souhait de retourner vivre chez son père ou de bénéficier d'un véritable chez soi en autonomie. Plusieurs réunions et concertations ont été organisées avec les acteurs concernés du territoire. Une orientation vers la Belgique est évoquée par le psychiatre référent, mais la famille de Monsieur F. privilégie une réponse en proximité ».

« Madame G. est une jeune femme de 22 ans qui présente un trouble du développement intellectuel, des troubles psychiques et des troubles du comportement. Elle est suivie en psychiatrie depuis 2016. Elle avait 15 ans lors de sa première hospitalisation. Elle a également été accompagnée par l'Aide sociale à l'enfance, a bénéficié d'une orientation IME et a vécu dans un foyer qu'elle a dû quitter car la cohabitation avec les autres jeunes filles devenait de plus en plus difficile. Aujourd'hui, elle bénéficie de l'Allocation aux Adultes Handicapés, d'une orientation CDAPH vers un foyer de vie et un SAVS. Différents dossiers ont été déposés dans les établissements et services concernés mais, l'instabilité du comportement de Madame G. ne facilite pas son admission. Elle vit le plus souvent dans la rue ou chez des personnes qu'elle rencontre au gré de ses déplacements. Les nombreuses concertations multi partenariales ont permis d'élaborer un projet qui répond aux aspirations de Madame G. d'accéder à un logement personnel. Ce projet nécessite un étayage important des accompagnements existants et une meilleure coordination des acteurs. »

« Monsieur B. est âgé de 35 ans. Il est porteur d'un trouble du spectre de l'autisme et a une orientation CDAPH vers un foyer d'accueil médicalisé. Il présente un profil sensoriel très perturbé, constitué d'hypo et d'hypersensibilités. Il peut présenter des comportements auto et hétéro agressifs associés à des phases de repli. Il vit chez sa mère faute de pouvoir être admis en établissement médico-social. L'absence d'adaptation à ses particularités autistiques et à son anxiété amène des manifestations comportementales telles que la

déambulation permanente, l'automutilation et les stéréotypies motrices excessives. Aucun établissement n'envisage actuellement de l'accueillir. Monsieur B. est accueilli deux demi-journées par semaine dans un service associatif géré par des bénévoles dans l'attente d'une solution durable et adaptée à ses besoins et attentes. Son entourage exprime son épuisement face à cette situation. »

« Monsieur V. est un jeune homme de 27 ans qui présente un handicap psychique associé à une déficience intellectuelle et à d'importants troubles du comportement. Depuis son enfance, il a eu un long parcours institutionnel en France puis en Belgique. Il est revenu en France à l'âge de 20 ans dans le cadre d'une orientation en ESAT. Un retour au domicile familial a été envisagé mais a rapidement été mis en échec. Monsieur V. a alors été orienté en foyer d'hébergement. La vie en collectivité a très vite été difficile à gérer. De nombreux accès de violence ont eu lieu au foyer et à l'ESAT. Les troubles du comportement ont été à l'origine de plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Au décours de celles-ci, Monsieur V. a exprimé le souhait d'obtenir un logement autonome et de travailler en milieu ordinaire. Il a été accompagné par le SAMO mais les prestations dispensées se sont avérées insuffisantes pour répondre à ses besoins d'accompagnements fluctuants et soutenus. Les professionnels ont été interpellés à de multiples reprises par le propriétaire du logement et par l'employeur pour gérer de nombreuses situations de crise. Actuellement, Monsieur V. ne bénéficie d'aucun accompagnement. Particulièrement isolé et vulnérable, il ne se rend plus au CMP et n'est pas observant du traitement mis en place. La majoration des troubles du comportement ne lui permet pas d'assurer sa présence au travail chaque jour et d'entretenir son logement. »

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE VIERGE

1. De quel type est votre établissement/structure/service/association ? *

Une seule réponse possible.

- Etablissement sanitaire
- Etablissement médico-social
- MDS, MDA, Département
- Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)
- Association de familles et d'usagers
- Groupement de Coopération Médico-Sociale
- Service associatif
- Autre : _____

2. Quel est le nom complet de votre établissement/structure/service/Association ? *

3. Avez-vous repéré, parmi vos accompagnements actuels et parmi les demandes éventuellement en attente, des personnes qui présenteraient les caractéristiques de notre public cible ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 7*

Analyse quantitative

4. Si oui, combien ? *

Besoin qualitatif

5. Quelles seraient, selon vous, les principaux risques de rupture de parcours pour le public cible sur notre territoire, parmi ces différentes problématiques ?

Plusieurs réponses possibles.

- Difficultés d'accès aux soins
- Difficultés d'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Epuisements des aidants
- Hospitalisations inadéquates
- Difficultés d'accès ou de maintien dans le logement
- Difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi
- Manque de coordination entre les intervenants/services, effets de cloisonnement
- Difficultés à prévenir et à gérer les situations de crise
- Rigidité institutionnelle et organisationnelle
- Epuisement des professionnels
- Autre : _____

6. Selon vous, parmi ces solutions, lesquelles seraient adaptées au public cible ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Extension de places en ESMS
- Equipe renfort dédiée (intervention en ESMS ou au domicile)
- Amélioration de l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
- Plateforme territoriale de services coordonnés
- Mise en œuvre d'une coordination de parcours (approche "Case Management")
- Formation des professionnels et des aidants
- Dispositif de répit pour les aidants
- Dispositif d'emploi accompagné
- Dispositif habitat partagé accompagné ou habitat "inclusif"
- Autre : _____

Présentation du projet envisagé

7. Aimeriez-vous être partenaire du projet ? *

Une seule réponse possible.

Oui, nous sommes intéressés pour être partenaire du projet de l'Apei

Non

Contact

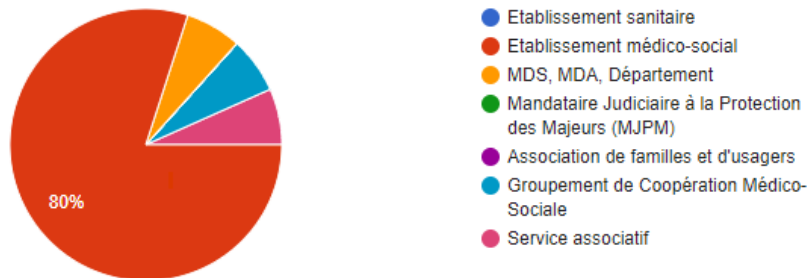
8. Si vous êtes intéressés pour être partenaire du projet, nous vous invitons à nous transmettre vos coordonnées afin que nous puissions vous contacter : *

ANNEXE III : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

De quel type est votre établissement/structure/service/association ?

 Copier

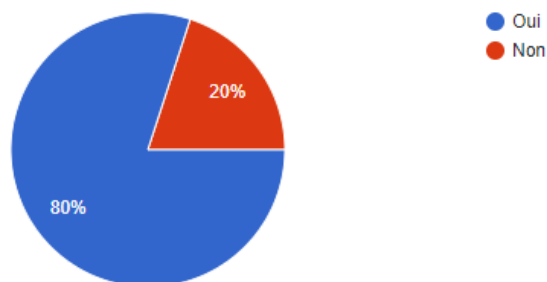
15 réponses



Avez-vous repéré, parmi vos accompagnements actuels et parmi les demandes éventuellement en attente, des personnes qui présenteraient les caractéristiques de notre public cible ?

 Copier

15 réponses

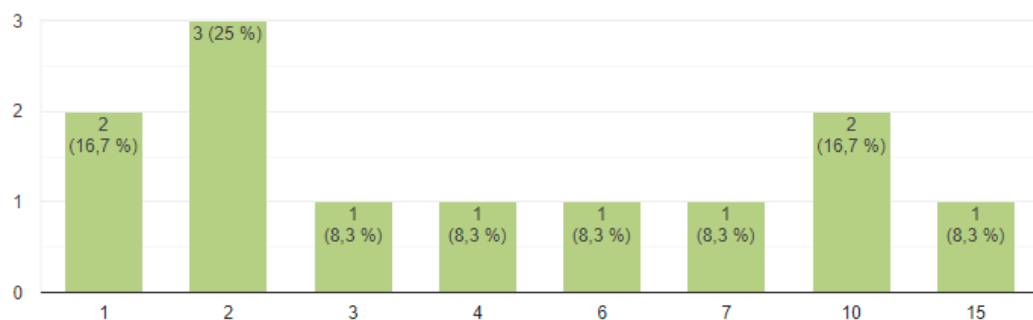


Analyse quantitative

Si oui, combien ?

 Copier

12 réponses

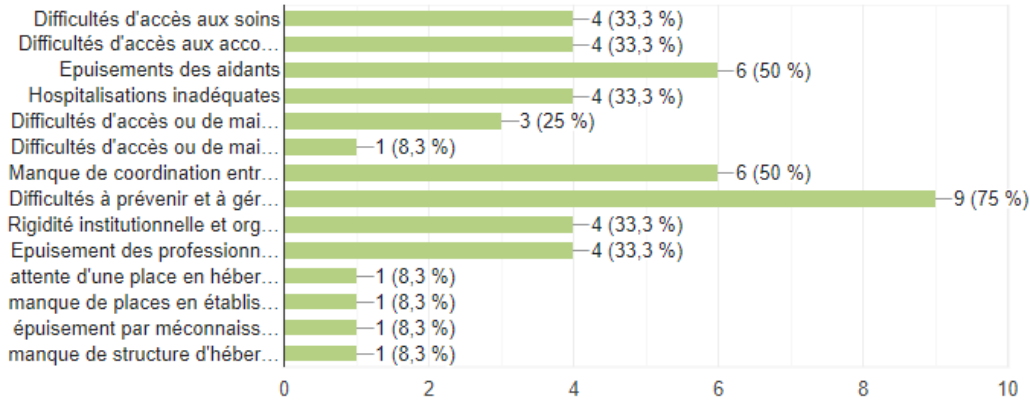


Besoin qualitatif

Quelles seraient, selon vous, les principaux risques de rupture de parcours pour le public cible sur notre territoire, parmi ces différentes problématiques ?



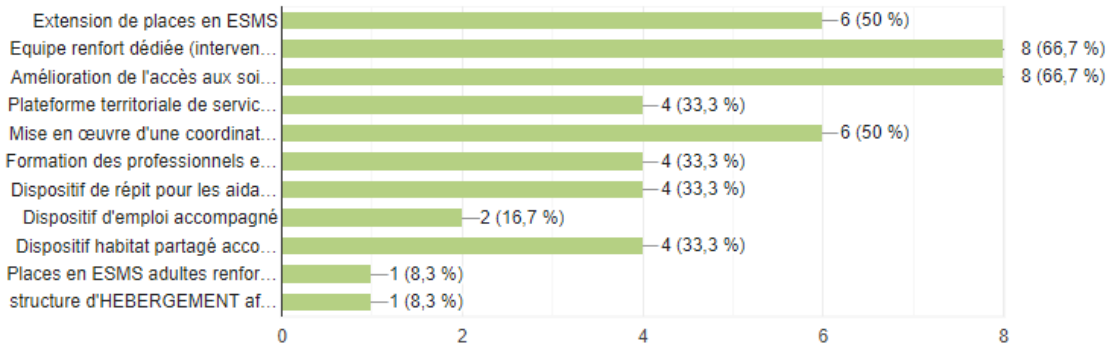
12 réponses



Selon vous, parmi ces solutions, lesquelles seraient adaptées au public cible ?



12 réponses

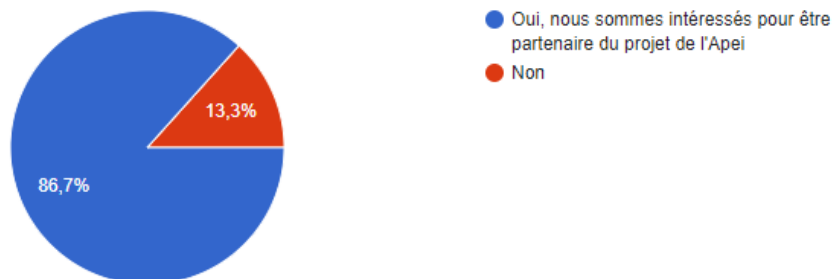


Présentation du projet envisagé

Aimeriez-vous être partenaire du projet ?



15 réponses



ANNEXE IV : ORGANIGRAMME DU POLE SERVICES A L'ENTAME DU PROJET

Organigramme Pôle Services	
AMP	3
Educateur Spécialisé	2
Aide-soignant	1,5
Assistante sociale	1,3
Directeur	1
Chef de service	1
Moniteur éducateur	1
Secrétaire	1
Coordonnatrice	0,8
Agent de service	0,8
CESF	0,5
Comptable	0,5
Infirmière	0,5
Enseignant APA	0,4
Psychologue	0,3
Médecin coordonnateur	0,1
Total ETP	15,7

Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de **santé** somatique ou psychique

- 1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux
- 1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles
- 1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur
- 1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire
- 1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
- 1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne
- 1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives
- 1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices
- 1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées
- 1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'**autonomie**

- 1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel
- 1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui
- 1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité
- 1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

1.3 - Besoins pour la **participation sociale**

1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté

- 1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté

1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques

- 1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement
- 1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques

1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport

- 1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale
- 1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport

1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux

- 1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
- 1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi
- 1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages
- 1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
- 1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant

1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

- 1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Nomenclature des prestations: soins et accompagnements

2.3 - Prestations pour la participation sociale			2.1 – Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
<p>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l’expression du projet personnel</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l’exercice des droits et libertés</p>	<p>2.3.2 – Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p>	<p>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d’élève, d’étudiant ou d’apprenti</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p>	<p>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués</p> <p>2.1.1.3 – Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p>
<p>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l’autonomie pour les déplacements</p>	<p>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d’autogestion</p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l’ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l’autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>	<p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l’exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	
<p>2.4 et 2.4.1 Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours</p>	<p>2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d’autonomie</p> <p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne</p> <p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>		
			<p>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistes</p>

Nomenclature des prestations: pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions gérer, manager, coopérer	3.2 - Fonctions logistiques
<p>3.1.1.1 - Pilotage et direction</p> <p>3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines, de la GPEC et du dialogue social</p> <p>3.1.1 - Gestion des ressources humaines</p>	<p>3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir</p> <p>3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger</p> <p>3.2.1.2 - Locaux et autres ressources pour accueillir le jour</p>
<p>3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p>3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien au personnel</p> <p>3.1.4.3 Prestations de supervision</p> <p>3.1.4 - Qualité et sécurité</p>	<p>3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour réaliser des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer</p> <p>3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs</p>
<p>3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun</p> <p>3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels</p> <p>3.1.5 - Relations avec le territoire</p>	<p>3.2.2 - Fournir des repas</p> <p>3.2.2.1 - Fournir des repas</p> <p>3.2.3 - Entretien le linge</p> <p>3.2.3.1 - Entretien le linge</p> <p>3.2.4 - Transports liés au projet individuel</p> <p>3.2.4.1 - Transports liés à accueillir (domicile-structure)</p> <p>3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie et à la participation sociale</p> <p>3.2.5 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et à l'entretien du linge</p>
<p>3.1.2.1 - Gestion budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.2.2 - Gestion administrative</p> <p>3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable</p>	
<p>3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2</p> <p>3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies, système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED</p> <p>3.1.3 - Information et communication</p>	
<p>3.1.6 - Transports liés à gérer, manager, coopérer</p>	

ANNEXE VI : FICHE DE POSTE DU COORDONNATEUR DU PROJET DE VIE SOCIALE ET PARTAGEE

IDENTIFICATION DU POSTE

Intitulé de la mission Coordonner le projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif

S'appuie sur 5 points essentiels :

- Nature de la mission
- Veiller et sécuriser la vie quotidienne des habitants
 - Soutenir l'autonomie des habitants
 - Soutenir la convivialité
 - Aider à la participation sociale et citoyenne
 - Promouvoir la bienveillance et prévenir les actes de maltraitance

STATUT, CORPS DE METIER

Educateur Spécialisé

POSITIONNEMENT DANS L'ORGANIGRAMME

Positionnement
hiérarchique Sous l'autorité du Directeur Général de l'Association

Positionnement
fonctionnel Sous l'autorité du Directeur du Pôle Services

MISSIONS ET ACTIVITES DU POSTE

Veiller et sécuriser la
vie quotidienne des
habitants

Assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le respect du projet de vie sociale et partagée, mettre en place un fonctionnement qui respecte les habitudes de vie de chacun et adapter l'environnement aux caractéristiques et besoins de chacun, apporter aux habitants une sécurité quotidienne, veiller à leur bien-être physique et moral, favoriser la qualité des relations entre les habitants, assurer l'accueil

et l'intégration de chaque nouvel habitant. Aider les habitants à anticiper et gérer les situations problèmes.

Soutenir
l'autonomie des
habitants

Accompagner les personnes à travers le soutien et le conseil dans la gestion de leur quotidien, permettre à chaque habitant de mobiliser les accompagnements adaptés à leurs besoins et attentes, rendre les habitants acteurs de leur projet de vie.

Aider à la
participation sociale
et citoyenne

Favoriser l'inscription du projet de vie sociale et citoyenne dans la vie de quartier et de la commune, assurer l'épanouissement des habitants par la participation à des activités culturelles, sportives ou de loisirs dans le tissu social local, développer et animer un réseau partenarial, sensibiliser les partenaires au handicap.

Promouvoir la
bienveillance et
prévenir les actes
de maltraitance

Être personne ressource sur les questions de bienveillance au sein de l'habitat, faire la promotion de la bienveillance auprès des professionnels intervenant au sein de l'habitat, mettre en permanence la question de la bienveillance au sein des réflexions dans le cadre de l'élaboration, la mise en œuvre et le respect du projet de vie sociale et partagée

COMPETENCES REQUISES

- Bonnes connaissances des spécificités du public en situation de handicap
- Bonnes connaissances de l'environnement socio-économique du territoire
- Bonnes capacités relationnelles et de communication, d'écoute, de médiation, de négociation, d'empathie et de discrétion (instaurer un climat de confiance avec les habitants)
- Aisance rédactionnelle
- Maîtrise de l'outil informatique
- Bonnes capacités à travailler en réseau multi partenarial
- Rigueur, adaptabilité, travail en autonomie, organisation et planification
- Esprit d'initiative et méthodique, capacités d'analyse et de synthèse, être force de proposition

ANNEXE VII : PARTIE FINANCIERE DU PROJET D'HABITAT INCLUSIF

Budget prévisionnel :

CHARGES	Montant (en €)	PRODUITS	Montant (en €)
60 - Achats		70 - Vente de produits finis, prestations de services	
Prestations de services		Marchandises	
Fournitures et stocks de matières	1 000	Prestations de services	
Eau, énergie		Produits des activités annexes	750
Fournitures d'entretien			
Petit équipement		74 - Subvention d'exploitation	
Autres fournitures	700	Etat (précisez les ministères)	
		-	
61 - Services extérieurs		-	
Sous-traitance générale		Région(s) (précisez les directions)	
Locations mobilières et immobilières		-	
Entretien et réparations	500	-	
Assurances	400	-	
Documentation		Département(s) (précisez les directions)	
Divers		- Aide à la Vie Partagée	60 000
62 - Autres services extérieurs		-	
Rémunération d'intermédiaires		-	
Publicité, publications		-	
Déplacements, missions et réceptions		Commune(s)	
Frais postaux et télécommunications	150	- Subvention Mairie	2 000
Services bancaires et autres		-	
		Organismes sociaux (à détailler)	
63 - Impôts et taxes		-	
Impôts et taxes sur rémunérations		-	
Autres impôts et taxes		Fonds européens	
		CNASEA (emplois aidés)	
64 - Charges de personnel		Autres : (à préciser)	
Rémunération du personnel	36 147		
Charges sociales (55%)	19 853	75 - Autres produits de gestion courante	
Autres charges de personnel	4 000	Cotisations	
65 - Autres charges de gestion courante		Autres	
66 - Charges financières		76 - Produits financiers	
67 - Charges exceptionnelles		77 - Produits exceptionnels Quote Part de la subvention	3 287

		d'investissement viré au CR – recherche de fonds	
68 - Dotation aux amortissements provisions et engagements	3 287	78 -Reprise sur amortissements et provisions	
		79 – Transfert de charges	
TOTAL DES CHARGES PREVISIONNELLES		TOTAL DES PRODUITS PREVISIONNELS	
86 - Emploi des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Dons en nature	
Mise à disposition gratuite des biens et prestations		Prestations en nature	
Personnels bénévoles		Bénévolat	
TOTAL DES CHARGES	66 037	TOTAL DES PRODUITS	66 037

Tableau des emplois :

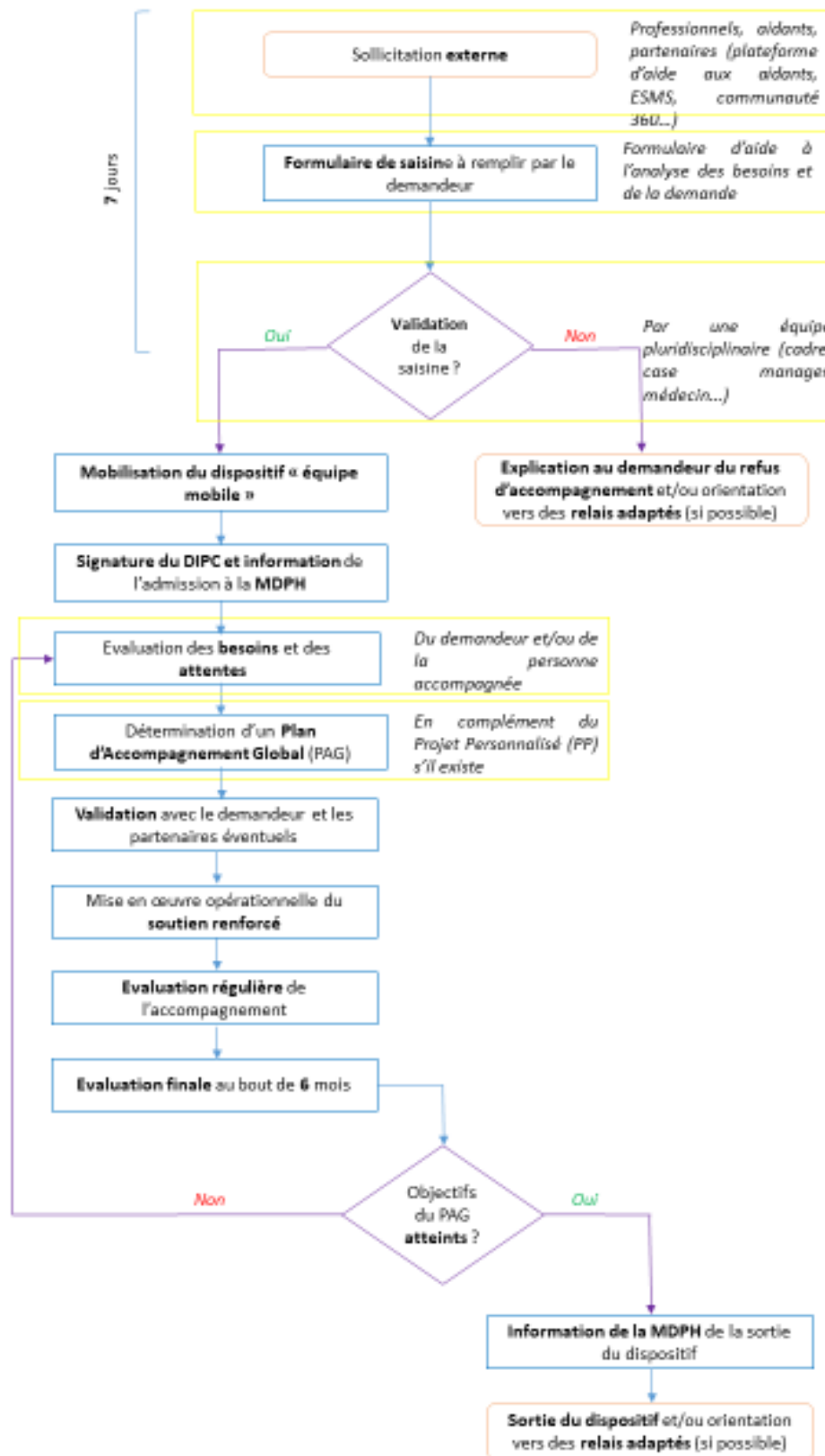
Emploi (CCN66)	ETP	Coeff de base	Ancienneté	Brut	Charges Annuelles	Coût Annuel
Coordonnateur du projet de vie sociale et partagée Educateur spécialisé	1	615 + 50 pts	14 ans	36 147 €	19 853 €	56 000 €
Frais de formation						4 000 €
Total	1			36 147 €	19 853 €	60 000 €

Tableau d'amortissement :

Une subvention d'investissement pourra être recherchée auprès de partenaires extérieurs en vue de financer les investissements ci-dessous :

Immobilisations	Valeur acquisition	Date de mise en service	Durée Amort.	2023	2024	2025	2026	2027
Informatique (ordinateur)	1 500	01/2023	3	500	500	500		
Véhicule	13 000	01/2023	7	1 857	1 857	1 857	1 857	1 857
Mobilier de bureau	9 300	01/2023	10	930	930	930	930	930
Total	23 800			3 287	3 287	3 287	2 787	2 787

ANNEXE VIII : PARCOURS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE PAR LE DISPOSITIF EQUIPE MOBILE DE SOUTIEN RENFORCE



ANNEXE IX : COMPOSITION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOUTIEN RENFORCE ET DEPENSES DE

PERSONNEL

Catégorie	ETP
Direction / Encadrement	
Cadre de santé	0,30
Service Généraux	
Agent d'entretien	0,05
Socio-éducatif	
Aide-soignant ou accompagnant éducatif et social	7,00
Infirmier/éducateur spécialisé	2,00
Praticien en activités physiques adaptées	0,10
Médical / Paramédical	
Psychiatre	0,10
TOTAL	9,55

emploi	ETP	Coeff de base	Anc.	Coeff acquis	Ind De resp	Brut annuel	Charges Annuelles	Coût Annuel
Cadre de santé	0,30	770	18 ans	908,60	100	13 798 €	7 175 €	20 972 €
Infirmier/éducateur spécialisé	2,00	486	9 ans	586		58 365 €	28 015 €	86 381 €
Aide-soignant ou accompagnant éducatif et social	7,00	406	10 ans	473		164 888€	79 146 €	244 033 €
Indemnité dimanches et jours fériés						13 072 €	6 275 €	19 347 €
Psychiatre	0,10	1 228	15 ans	1 690		7 706 €	4 007 €	11 714 €
Praticienne en activités physiques	0,10	434	1 an	447		2 226 €	1 069 €	3 295 €
Agent d'entretien	0,05	341	7 ans	391		1 363 €	654 €	2 017 €
Total :	9,55					261 418€	126 341 €	387 759 €

ANNEXE X : BUDGET PREVISIONNEL DU DISPOSITIF EQUIPE MOBILE DE SOUTIEN RENFORCE

Charges d'exploitation

	Réal n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé (5) = (3) + (4)			Dépenses autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
			Recon- ductions (3)	Mesures nouvelles (4)	Total (5)		
ACHATS							
601 Achats stockés de matières premières et de fournitures							
602 Achats stockés - autres approvisionnements							
603 Variation des stocks							
606 Achats non stockés de matières et fournitures			2 700,00		2 700,00		
607 Achats de marchandise							
709 Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement							
713 Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)							
SERVICES EXTERIEURS							
6111 Sous-traitance: prestations à caractère médical							
6112 Sous-traitance: prestations à caractère médico-social							
6118 Sous-traitance: autres prestations de service							
AUTRES SERVICES EXTERIEURS							
6241 Transports de biens							
6242 Transports d'usagers							
6247 Transports collectifs du personnel							
6248 Transports divers							
625 Déplacements, missions et réceptions							
626 Frais postaux et frais de télécommunications				630,00	630,00		
6281 Prestations de blanchissage à l'extérieur							
6282 Prestations d'alimentation à l'extérieur							
6283 Prestations de nettoyage à l'extérieur							
6284 Prestations d'informatique à l'extérieur							
6287 Remboursement de frais							
6288 Autres prestations							
TOTAL GROUPE I				3 330,00	3 330,00		

GROUPE II : DE PENSE SAFFERENTE SAU PERSONNEL

	Réal n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé (5)=(3)+(4)		Dépenses autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
			Recon- ductions (3)	Measures nouvelles (4)		
621 Personnel extérieur à l'établissement						
622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires						
631 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)				23 527,00	23 527,00	
633 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)				9 805,00	9 805,00	
641 Rémunération du personnel non médical				261 418,00	261 418,00	
642 Rémunération du personnel médical						
643 Rémunération du personnel handicapé						
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance				89 218,00	89 218,00	
646 Personnes handicapées						
647 Autres charges sociales						
648 Autres charges de personnel				3 791,00	3 791,00	
TOTAL GROUPE II				387 759,00	387 759,00	

	Réal n-2 (1)	Budget exécutif n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé		Dépenses autorisées (6)	Budget exécutif (7)
			Recon- ductions (3)	Mesures nouvelles (4)		
GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE						
612 Redevances de crédit bail						
6132 Locations immobilières						
6135 Locations mobilières						
614 Charges locatives et de co-propriété						
6152 Entretien et réparations sur biens immobiliers						
6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers				300,00	300,00	
6156 Maintenance						
616 Primes d'assurances				500,00	500,00	
617 Etudes et recherches						
618 Divers						
623 Information, publications, relations publiques						
627 Services bancaires et assimilés						
635 Autres impôts taxes et versements assimilés (administration des impôts)						
637 Autres impôts taxes et versements assimilés (autres organismes)						

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)	(6)	(7)
AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE							
651 Redevances pour concessions, brevets, licences, procédés, droits et valeurs similaires							
654 Pertes sur créances irrécouvrables							
655 Quote-parts de résultat sur opérations faites en commun (<i>État, privés</i>)				14 130,00	14 130,00		
657 Subventions							
658 Charges diverses de gestion courante							
CHARGES FINANCIERES							
66 Charges financières							
CHARGES EXCEPTIONNELLES							
671 Charges exceptionnelles sur opérations de gestion							
673 Charges sur exercices antérieurs							
675 Valeurs comptables des éléments d'actif cédés							
678 Autres charges exceptionnelles							

68 : DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, AUX DEPRECIATIONS, AUX PROVISIONS ET AUX ENGAGEMENTS

6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles				5 036,00	5 036,00			
6812	Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir								
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation								
6816	Dotations dépréciations des immobilisations incorporelles et corporelles								
6817	Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants								
686	Dotations aux amortissements et provisions : charges financières								
687	Dotations aux amortissements et aux provisions : charges exceptionnelles								
6871	dont dotations aux amortissements exceptionnels des immobilisations								
68725	dont dotations aux amortissements dérogatoires								
68741	dont dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement								
68742	dont dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations								
687461	dont dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif immobilisé (établissements privés)								
687462	dont dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif circulant (établissements privés)								
68748	dont autres								
6876	dont dotations aux dépréciations exceptionnelles								
689	Engagements à réaliser sur ressources affectées (établissements privés)								
6894	dont engagements à réaliser sur subventions attribuées (établissements privés)								
6895	dont engagements à réaliser sur dons manuels affectés (établissements privés)								
6897	dont engagements à réaliser sur legs et donations affectées (établissements privés)								
	TOTAL GROUPE III				19 966,00	19 966,00			
	TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)				411 055,00	411 055,00			
002	Déficit de la section d'exploitation reporté								Report à nouveau n
005	Amortissements comptables excédentaires différés								
	TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION				411 055,00	411 055,00			

Produits

	Réel n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé (5) = (3) + (4)		Recettes autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
			Recon- (3)	Mesures (4)		
GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION						
731				127 006,00		
732						
733				284 049,00		
734						
735						
7351						
7352						
7353						
738						
				411 055,00		
TOTAL GROUPE I						
				411 055,00		
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)						
				411 055,00		
Report à nouveau n						
002	RAN n-2	RAN n-1				
005						
				411 055,00		
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION						
				411 055,00		

Effectifs

Catégorie	A Temps plein n-1		B Temps partiel n-1		C Total n-1		Variation en équivalent temps plein n		Nombre équiva- lents temps plein résultant du budget exécutoire
	Nombre d'agents	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	Nombre d'agents	Nombre d'équivalent temps plein	Proposé			
						En plus	En moins		
1 Direction/Encadrement - Direction - Encadrement - Chef de service éducatif TOTAL 1							0,30		
2 Administration/Gestion - Administration - Gestion TOTAL 2									
3 Services généraux - Services généraux - Veilleur de nuit - Maîtresse de maison - Ménage - Lingerie - Ouvrier d'entretien - Surveillant de nuit - Agent de service hospitalier TOTAL 3							0,05		
4 Restauration - Cuisinier - Commis de cuisine - Restauration TOTAL 4									
5 Socio-éducatif - Education - Educateur spécialisé - Moniteur éducateur - Educateur technique - Educateur de jeunes enfants - Educateur sportif - Educateur scolaire - animateur - Assistant social - Assistante familiale - Aide à domicile - Auxiliaire de vie social - Aide familiale - Enseignant EN - animateur 1ere catégorie - animateur 2e catégorie - Aide médico-psychologique - CESF - Autres éducatifs TOTAL 5							2,00 0,10		
6 Paramédical - Paramédical - Psychologue - Ergothérapeute - Aide médico-psychologique TOTAL 6							7,00		
7 Médical - Médical - Puéricultrice - Infirmier diplômé d'Etat TOTAL 7							0,10		
8 Autres - Autres TOTAL 8									
TOTAL							9,55		

Projet d'investissement

Ordre de priorité	Nature de l'opération prévue	Coût (par tranche si nécessaire)	Date de réalisation probable	Durée et mode d'amortissement	Financement prévu				Total (de 1 à 3)
					Autofinancement (1)	Subvention ou apport (2)	Emprunts (3)		
					Montant	Taux	Durée		
	2 véhicules C3	23 000,00		7 linéaire	23 000,00				23 000,00
	mobilier de bureau	4 500,00		10 linéaire	4 500,00				4 500,00
	tablette	600,00		3 linéaire	600,00				600,00
	poste informatique	3 300,00		3 linéaire	3 300,00				3 300,00
TOTAL		31 400,00			31 400,00				31 400,00

EDOUART	Frédéric	Novembre 2022
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts-de-France		
Développer des prestations de soutien renforcé au sein d'un Pôle Services pour répondre aux besoins et attentes des adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement		
Résumé : <p>Certains adultes en situation complexe de handicap peinent parfois à trouver une offre de service répondant à leurs besoins et à leurs attentes. Les troubles du comportement qu'ils présentent sont de nature à altérer leur qualité de vie et celle de leur entourage, au premier rang duquel figurent les professionnels et les aidants qui les accompagnent au quotidien. Dans un contexte de transformation progressive de l'offre médico-sociale, ces troubles du comportement sont un défi à relever pour les organisations. Leur expression de plus en plus fréquente met en exergue les effets de cloisonnement et les fonctionnements en silo qui persistent autour de ces situations.</p> <p>Les prestations dispensées actuellement par le Pôle Services sont insuffisantes pour satisfaire les besoins et attentes du public cible dans de nombreux domaines (emploi, logement, soins, activités et vie quotidienne). Pour sécuriser et fluidifier davantage les parcours, dans une logique de prévention des ruptures et d'inclusion, des prestations de soutien renforcé seront proposées.</p> <p>La mise en œuvre de ce projet nécessitera d'adopter une stratégie managériale qui tienne compte du phénomène de résistance au changement des professionnels. Il conviendra également de favoriser le partenariat et le travail en réseau pour disposer d'un éventail de prestations encore plus large, face à une problématique qui concerne de nombreuses structures du territoire.</p>		
Mots clés : Adultes, handicap, troubles du comportement, situations complexes, besoins, attentes, psychiatrie, santé mentale, parcours, coordination, coopération, collaboration, mutualisation, résistance au changement, prestations, soutien renforcé, équipe mobile, partenariat, réseau.		
<i>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.</i>		