

Projet d’Etablissement

Date de mise en œuvre : 2019

Date de réévaluation : 2025

Approuvé

*Validé par le Conseil d’administration le*



**SOMMAIRE**

**Préambule 5**

**I comme Identité**

[I.1) ORIGINE ET PRESENTATION D’ESPOIR 54 8](#_Toc21424414)

[I.2) LES VALEURS ET MISSIONS d’Espoir 54 11](#_Toc21424415)

[I.2.1) Le projet associatif 11](#_Toc21424416)

[I.2.2) La philosophie d’Espoir54 14](#_Toc21424423)

[I.2.3) Espoir 54 adhérent de Santé Mentale France 15](#_Toc21424424)

[La Fédération en quelques mots 15](#_Toc21424425)

[I.2.4) La prévention et la promotion de la santé mentale, en s’appuyant sur… 17](#_Toc21424426)

[I.2.5) Les valeurs et finalités de l’association 19](#_Toc21424427)

[I.3) Les spécificités du handicap d’origine psychique 23](#_Toc21424428)

[I.3.1) Les facteurs environnementaux 23](#_Toc21424429)

[I.3.2) Les facteurs personnels 23](#_Toc21424430)

[I.3.3) La loi du 11 février 2005 et le handicap psychique 23](#_Toc21424431)

[I.4) L’EMPOWERMENT ET LA REHABILITATION 24](#_Toc21424432)

[i.5) vers une véritable politique de sante mentale 30](#_Toc21424433)

[I.6) Le travail en reseau 31](#_Toc21424434)

[I.7) L’Insertion professionnelle 32](#_Toc21424435)

[I.8) le sentiment d’utilité sociale 33](#_Toc21424436)

[I.9) L’accueil et l’entraide au sein des gem 34](#_Toc21424437)

**F comme Fonctionnement**

[F.1) Fonctionnement INSTITUTIONNEL 37](#_Toc21424438)

[F.1.1) Le Conseil d’administration 37](#_Toc21424439)

[F.1.2) Les réunions des membres du bureau 37](#_Toc21424440)

[F.1.3) Les assemblées générales 37](#_Toc21424441)

[F.1.4) Le management 38](#_Toc21424442)

[F.1.5) Les réunions de direction 39](#_Toc21424443)

[F.1.6) Le pôle administratif 39](#_Toc21424444)

[F.1.7) L’organigramme 40](#_Toc21424445)

[F.1.8) Les réunions statutaires avec les représentants du personnel (Comite social et économique) 40](#_Toc21424446)

[F.1.9) Politique sociale de l’établissement 40](#_Toc21424447)

[F.1.10) EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS 40](#_Toc21424448)

[F.2) FONCTIONNEMENT D’UNE MAPH-PSY 41](#_Toc21424449)

[F.2.1) Le concept de MAPH-Psy 41](#_Toc21424450)

[F.2.2) Les objectifs d’une MAPH-Psy 41](#_Toc21424451)

[F.2.3) Les services et dispositifs présents au sein des MAPH-Psy 42](#_Toc21424452)

[F.2.4) Le trépied d’Espoir 54 42](#_Toc21424453)

[F.2.5) Les instances de régulation 43](#_Toc21424454)

[F.2.6) Du Conseil à la Vie Sociale (CVS) au conseil de MAPH-Psy 46](#_Toc21424455)

**S comme Services d'accompagnement**

[S.1) Le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) 50](#_Toc21424456)

[S.1.1) Le décret du 11 mars 2005 50](#_Toc21424457)

[S.1.2) Les spécificités du SAVS 51](#_Toc21424458)

[s.2) Le Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) 52](#_Toc21424459)

[S.2.1) Le décret du 11 mars 2005 53](#_Toc21424460)

[S.2.2) Les spécificités du SAMSAH 53](#_Toc21424461)

[S.3) Fonctionnement du SAVS et du SAMSAH 54](#_Toc21424462)

[S.3.1) Les procédures de l’accompagnement par le SAVS et le SAMSAH 54](#_Toc21424463)

[S.3.2) les outils du SAVS et du SAMSAH 62](#_Toc21424464)

**D comme Dispositifs d'accompagnement**

[D.1) Le Dispositif d’Insertion en milieu Ordinaire de travail (DIMO) 64](#_Toc21424465)

[D.2) Les Mesures d’Appuis Spécifiques 65](#_Toc21424466)

[D.2.1) L’Accompagnement Renforcé Espoir 54 (ARE) 65](#_Toc21424467)

[D.2.2) L’Appui ponctuel Espoir 54 (APE) 65](#_Toc21424468)

[D.3) Le dispositif de transition et d’accompagnement (DTA) 66](#_Toc21424469)

[D.4) Le dispositif d’accompagnement dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) 67](#_Toc21424470)

[D.5) Le dispositif EPSIL (Equipe Pluridisciplinaire dédiée aux Situations d’Incurie dans le Logement) 68](#_Toc21424471)

[D.6) Le dispositif Bénévoles Intérim 69](#_Toc21424472)

**T comme Territoires**

[T.1) le territoire de Nancy 72](#_Toc21424473)

[T.2) le territoire de Longwy 72](#_Toc21424474)

[T.3) Le Territoire de Briey 73](#_Toc21424475)

[T.4) le territoire TERRES DE LORRAINE 74](#_Toc21424476)

[T.5) le territoire du lunévillois 75](#_Toc21424477)

[T.6) le territoire de Pont à Mousson 75](#_Toc21424478)

**O comme Objectifs**

[O.1) le maintien des acquis 77](#_Toc21424479)

[O.2) Le développement 77](#_Toc21424480)

**E comme Evaluation**

[E.1) EVALUATION INTERNE 80](#_Toc21424483)

[E.2) EVALUATION EXTERNE 81](#_Toc21424485)

[E.3) PLANIFICATION DES PROCHAINES EVALUATION 82](#_Toc21424486)

**Préambule**

Eléments contextuels

Notre association connaît une forte croissance de son activité depuis sa création en 1998.

Au 31 décembre 2018, nos activités sont réparties comme suit :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Service | Date de mise en œuvre et/ou décret | Date de création | Territoire | ETP | Nombre de personnes accompagnées |
| Service d’Accompagnement à la Vie Sociale | 20/09/2000 | 20/09/2000 | Meurthe-et-Moselle | 17,25 | 184 (+113 en attente) |
| Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés | 23/12/2015 | 1/09/2016 | Terres de Lorraine + Nancy | 9,20 | 23 + 7 en attente |
| Dispositif d’Insertion en Milieu Ordinaire de travail (DIMO) |  |  | Meurthe-et-Moselle / Vosges | 3,44 | 321 |
| Mesures d’appuis spécifiques |  |  | Meurthe-et-Moselle | 2,80 | 150 |
| Dispositif de transition d’accompagnement | 27/06/2016 |  | Grand Nancy | 2,80 | 75 |
| Prévention de la désinsertion professionnelle |  |  | Meurthe-et-Moselle |  | 10 |
| Equipe Pluridisciplinaire dédiée aux Situations d’Incurie dans le Logement (EPSIL) | 20/02/2018 |  | Nancy, Lunéville, Pont-A-Mousson, Terres de Lorraine | 1,5 | 14 |
| Formation | 15/02/2005 |  | National |  | 140 |

Espoir 54 parraine également des Groupes d’Entraide Mutuelle :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GEM | Date de création | Territoire | ETP | Nombre d’adhérents |
| Parasol’ Nancy | 19/05/2009 | Grand Nancy | 2 | 118 |
| Parasol’ Toul | 10/03/2015 | Terres de Lorraine | 1 | 21 |
| Le Fil d’Ariane | 06/06/2009 | Lunévillois | 1,5 | 56 |
| Le Relais de la Vie Longwy | 08/07/2009 | Pays Haut | 1 | 51 |
| Le Relais de la Vie Briey | 31/08/2016 | Briey | 0,8 | 13 |

En regard de cette évolution nécessaire et des obligations dictées par la loi 2002-2, rénovant l’action sociale et médico-sociale, l’association s’est engagée depuis Mai 2008 dans **un travail d’évaluation, centré sur une démarche de progression continue.**

Ce travail s’inscrit progressivement dans un **projet d’établissement** défini pour les cinq années à venir, visant à asseoir la position de l’association dans son environnement interne et externe.

Espoir 54 souhaite avoir une **vision à la fois respectueuse de certains principes fondateurs et évolutive.** Les enjeux stratégiques sont :

* Développer le travail en réseau entre le social, le médico-social et le sanitaire pour une véritable politique de santé mentale

Nous devons renforcer notre travail de partenariat avec la Psychiatrie, en particulier le Centre Psychothérapique de Nancy.

* Développer une approche de prévention primaire et tertiaire du handicap pour prévenir la survenue du handicap
* Accompagner les personnes accueillies en s’appuyant sur les concepts de la Réhabilitation psychosociale et du rétablissement
* Soutenir et développer le concept de pairs aidants
* Lutter contre la stigmatisation des maladies psychiatriques
* Développer et soutenir le concept du droit à l’utilité sociale par tous les moyens : militantisme, bénévolat et vie professionnelle.

Le défi pour les années à venir est de concilier contraintes budgétaires et demandes croissantes d’accompagnement. En tenant compte de cette double contrainte, il nous semble essentiel de ne pas se substituer au travail des partenaires. En effet, vouloir tout faire c’est accepter de mal faire. Il nous faudra pour les années à venir accepter nos limites et définir un cadre structuré qui devra être compris par Espoir 54, ses partenaires et la personne accompagnée.

Dire stop c’est garantir un accompagnement de qualité et une forme de respect de l’autre conformément à la philosophie d’Espoir 54.

Aux côtés des différents acteurs de la psychiatrie, du social et de l’entreprise, nous voulons rester cet aiguillon qui œuvre du côté de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Tout cela nécessite, bien évidemment, **une organisation renforcée**. Il nous faut réussir le passage d’une « petite association, un peu artisanale », à une véritable structure associative faisant appel aux outils de l’entreprise.

**Lors de ce passage, nous devons veiller à ce que la modernisation de l’organisation préserve l’esprit de ceux qui ont entrepris avec passion la création de l’association et qui en ont dessiné, avec ses teintes si particulières, les contours de son activité.**

Cette modernisation passe par :

🞜 Développer les recherches actions

🞜 Maintenir la complémentarité du trépied entre bénévoles / professionnels / usagers

🞜 Avoir une véritable politique de Ressources Humaines

🞜 Maintenir une recherche d’autonomie financière

**I**

**Comme**

**IDENTITE**

# I.1) ORIGINE ET PRESENTATION D’ESPOIR 54

Espoir 54 est une association reconnue d’intérêt général qui œuvre depuis 1998 afin de permettre à la personne en situation de handicap d’origine psychique de retrouver sa place dans la cité.

**Une poignée de bénévoles issus de l’Union Nationale de Familles et Amis de Malades psychiques de Meurthe-et-Moselle (UNAFAM 54) ayant un proche malade au sein de leur famille décident, en raison du manque de structures pour personnes en difficultés psychiques sur le département, de créer Espoir 54 (association loi 1901) au printemps 1998.**

**Espoir 54 situe son action dans l’articulation du sanitaire et du social au service d’une véritable politique de santé mentale.**

**L’association a pour vocation d’accompagner et de soutenir les personnes en situation de handicap d’origine psychique et bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.**

**L’association a pour vocation de tout mettre en œuvre pour prévenir l’apparition de situations de handicap d’origine psychique en développant des actions de prévention qu’elles soient primaires ou tertiaires.**

**L’association a pour vocation de tout mettre en œuvre pour lutter contre la stigmatisation des pathologies psychologiques.**

**Pour ce faire, elle propose à toute personne en souffrance psychique un lieu d’accueil, d’écoute et d’échange en tenant compte de ses pathologies, ses aptitudes, et surtout, ses désirs.**

### L’histoire, quelques dates clés…

**Le 7 octobre 1997**: l’aubaine « une école désaffectée mais pas un sou en poche ».

Cette école est située rue Chevert, avec une cour-parking, un jardin et un grand terrain. Elle est idéalement située, au cœur de la cité et à proximité des transports en commun. M. Marchand, père d’un enfant en situation de handicap d’origine psychique, membre de l’UNAFAM et premier Président d’Espoir 54 se renseigne mais le montant des charges s’annonce très élevé. L’idée est alors de créer une association : Espoir 54.

**1998 : l’année de la naissance**

Une première rencontre entre M. Michel Closse « ancien vice-président du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle et ancien Maire de Lunéville » et M. André Marchand autour d’un projet de création d’un foyer d’hébergement et d’un SAVS a eu lieu.

Le 11 février, l’UNAFAM dépose au Conseil Général 54 ses deux projets. Ce sera le troisième en 10 ans : seul le projet du SAVS sera retenu.

Le 30 mars, les statuts d’Espoir 54 sont déposés à la Préfecture de Meurthe-et-Moselle.

**1999 : des ateliers de resocialisation**

Au terme de l’année 1999, un premier calendrier des activités est élaboré avec huit ateliers (club macarons, écriture, théâtre, marche…), lesquels sont animés et encadrés par des membres militants de l’UNAFAM et d’Espoir 54. Nous comptons alors 25 usagers transitant par ces ateliers.

**Des adhérents peuvent alors témoigner :**

**« Je n’étais pas un très bon marcheur mais j’ai toujours bénéficié dans ce groupe, d’une indulgence, d’une bienveillance, qu’à dire vrai, je cultivais avec la plaque de chocolat que j’apportais toujours avec moi pour que nous la partagions vers les quatre heures. »**

**« Il y avait longtemps que j’avais envie de faire du théâtre (…) Au début ça m’a paru bizarre : les exercices d’échauffement… j’avais du mal avec l’univers psychiatrique. Progressivement, j’ai découvert que je pouvais dépasser les limites du quotidien et me surprendre moi-même. Ce qui a été très important pour moi, c’est que ça a été un fil conducteur pour réapprendre à aller au bout du projet. »**

**2000 : Une année décisive**

Aux côtés de l’APAJH et du GEIST21, Espoir 54 soutient la création d’un Chantier d’insertion et d’un ESAT, ouverts à l’accueil de personnes en situation de handicap d’origine psychique.

C’est aussi en 2000 qu’Espoir 54 participe aux travaux et réflexions menés par l’association ENSEMBLE dont les projets sont les créations d’une pension de famille et d’un lieu d’accueil.

Espoir 54 participe et s’implique également dans la création du premier festival « La Tête ailleurs » avec l’association ARIAS.

Puis, à la suite d’un groupe de travail sur « la maladie mentale », organisé par l’AGEFIPH, dans le cadre d’un programme d’action régionale, Espoir 54 déposera un dossier pour un projet visant à soutenir l’insertion professionnelle de son public. Avec le soutien du cabinet d’ingénierie sociale « Savoirs et compétences », et en partenariat avec Handi 54 - Cap Emploi, le projet sera retenu en novembre. Une convention est alors signée en vue d’un dispositif expérimental concernant douze adultes en situation de handicap d’origine psychique en proie avec leur recherche d’emploi. Il s’appellera DIMO 54 : Dispositif d’Insertion en Milieu Ordinaire de travail.

Ce n’est qu’au courant de l’été 2000, que la convention en vue de créer un SAVS fut signée avec le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle.

A l’automne, l’association recrutait ses quatre premiers salariés.

**Espoir 54 avait maintenant des partenaires, des salariés, des usagers !**

**2001 : démarrage des activités d’accompagnement**

Ouverture du SAVS

Ouverture du DIMO 54 avec un premier chargé d’insertion professionnelle.

**2003 : sur les chemins de l’information et de la sensibilisation**

Organisation du colloque « De la santé mentale au travail » au Palais des congrès de Nancy avec le soutien financier du Fonds Social Européen.

Année européenne des personnes handicapées : projet d’un film labellisé, retraçant des tranches de vies de trois usagers d’Espoir 54.

Financement d’un poste de psychologue de liaison avec les équipes de soins de l’ARH.

Première journée nationale des SAVS « Handicaps Psychiques » organisée par Espoir 54 à Nancy.

**20 février 2003 : Modification des statuts de l’association, donnant ainsi trois places aux représentants des Usagers pour siéger au CA d’Espoir 54.**

**2004 :** Achèvement du film de 52 minutes « Faire refleurir en moi la vie ».

**2005 : Espoir 54 en pleine expansion !**

Le SAVS voit son nombre de places doubler et se porter à 70.

Si à la création de DIMO 54, elles étaient douze personnes à bénéficier du service d’aide à la recherche d’emploi et au suivi dans l’emploi, elles se comptent aujourd’hui au nombre de 80.

Au vu de cet accroissement en matière d’accueil, Espoir 54 ouvre un deuxième site rue Molitor, regroupant DIMO 54 et le SAVS.

C’est aussi en 2005, qu’Espoir 54 obtiendra un agrément en tant qu’organisme formateur.

Une quinzaine de salariés œuvrent désormais à l’insertion sociale et l’insertion professionnelle des personnes en situation de handicap d’origine psychique.

**2006 : Parrainage des GEM**

Ouverture des GEM de Nancy et Lunéville.

Démarrage de « Radiomental », émission animée par les usagers d’Espoir 54.

Organisation du colloque « Soin et réhabilitation : l’audace d’une rencontre » au foyer culturel de Saint-Max.

**2007 :**

Participation d’Espoir 54 au congrès des Croix-Marines.

Ouverture du GEM de Longwy.

Ouverture de deux appartements d’évaluation.

**2008 :**

**Obtention d’un agrément régional pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.**

L’objectif d’Espoir 54 est d’apporter un cadre suffisamment rassurant pour que les usagers puissent occuper ces sièges.

Participation d’Espoir 54 au Forum « Handicap et Emploi » organisé sous le haut patronage de Xavier Bertrand, Ministre du travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.

Référencement du service de formation d’Espoir 54 par la CNSA.

Extension de 25 places du SAVS de Longwy par le CROSMS.

Création de la MAPH-Psy : la Maison d’Accompagnement des Personnes en situation de Handicap d’origine psychique à Longwy, regroupant en un même lieu l’extension de DIMO 54, du SAVS, et un GEM.

Membre fondateur de la Fédération nationale des Associations Gestionnaires pour l’Accompagnement des Personnes en situation de handicap d’origine PSYchique (AGAPSY).

Sortie du deuxième film d’Espoir 54 « Un air de paradis » et du livre « Funambules de nos vies », pour le dixième anniversaire d’Espoir 54, fêté à l’IRTS de Lorraine le 5 décembre 2008.

Espoir 54 s’engage sur les voies de l’évaluation interne avec l’aide d’un cabinet d’ingénierie sociale IRIS.

**2 décembre 2008 : un représentant des Usagers siégeant au CA est élu Membre du Bureau d’Espoir 54**

**2009 : une reconnaissance nationale de notre savoir-faire**

Participation d’Espoir 54 aux premières rencontres scientifiques sur l’autonomie, organisées par la CNSA

Participation d’Espoir 54 au colloque « handicaps d’origine psychique » organisé également par la CNSA

**En 2015** : Inauguration de la MAPH-Psy de Nancy et renouvellement de l’agrément régional pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

**En 2016** : ouverture de la MAPH-Psy de Toul qui comporte :

- une association d’usagers

- DIMO

- un service d’Accompagnement pour des personnes en souffrance psychique

- un Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) : il s’appuiera sur les acquis du SAVS et expérimentera, développera des outils de coordination du médical et du paramédical. L’expérimentation du service de transition sera un support pour ce travail.

**En 2018** : Espoir 54 fête ses 20 ans et organisation du Colloque : « D’un monde à l’autre, sans passerelles, ni passeurs ? Adolescents, jeunes adultes et santé mentale » sous le Haut patronage de la CNSA et en présence de **Marie-Anne MONTCHAMP, Ancien ministre – Présidente de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie.**

**En 2019** : Inauguration de la MAPH-Psy Briey (extension du GEM « Le Relais de la Vie » de Longwy + SAVS, DIMO et mesures d’appuis spécifiques).

**En 2018, vingt ans plus tard Espoir 54, comprend :**

**184 personnes accompagnées au sein du SAVS**

**23 personnes accompagnées au sein du SAMSAH**

**321 personnes accompagnées au sein de DIMO**

**150 personnes accompagnées au sein des Mesures d’appuis spécifiques**

**75 personnes accompagnées au sein du dispositif de transition et d’accompagnement**

**37 personnes ont intégré le dispositif Bénévoles Intérim’**

**14 personnes accompagnées au sein du dispositif « prévention de la désinsertion professionnelle »**

**259 personnes accueillies par les 5 GEM**

**43,29 ETP Salariés**

**50 bénévoles**

**280 adhérents-cotisants**

**400 partenaires**

**Un budget de 2,3 M d’euros.**

# I.2) LES VALEURS ET MISSIONS d’Espoir 54

## I.2.1) Le projet associatif

**PROJET ASSOCIATIF D’ESPOIR 54**

**Nous affirmons que chaque personne en situation de handicap psychique est une personne singulière, avec ses limites, ses richesses humaines et ses potentialités.**

# NOS VALEURS

L'association œuvre pour que la personne prenne toute sa place dans la cité et soit reconnue citoyenne à part entière, à égalité de droits et de devoirs.

La citoyenneté implique le respect de la personne et une observance de la discrétion dans l'écoute de ses besoins et de ses aspirations. Sa liberté sera respectée dans la co-construction de la réponse la mieux adaptée à ses besoins, ouvrant vers un avenir possible.

Cela induit une approche humaine, une confiance réciproque et une grande attention à l'autre. L'apprentissage de la citoyenneté se vivra dans l'entraide et la solidarité entre bénévoles et adhérents, d’une part, entre pairs d’autre part avec le soutien des professionnels.

Nous affirmons que chaque personne est en capacité d'apporter sa contribution à la vie de la cité.

* **Un réseau de partenaires** :

La préoccupation majeure d’Espoir 54 est de mutualiser les savoirs pour accompagner ensemble, partager l'information et améliorer les connaissances relatives à son action.

Dès sa création, l'association, dans sa spécificité, a souhaité partager ses convictions et ses savoirs avec les partenaires pour améliorer le parcours des personnes accompagnées.

Espoir 54 considère que l'environnement des personnes, - familles et proches, soignants, secteur médico-social, tissu associatif et acteurs économiques… - doit être pris en compte. Il contribue au mieux-être des bénéficiaires.

Nous souhaitons travailler avec nos tutelles et nos financeurs dans un esprit de dialogue en vue d'améliorer l'accessibilité à l'accompagnement spécialisé, dans la proximité.

Le partenariat ainsi développé doit être soutenu par une volonté politique en lui attribuant les moyens nécessaires en vue d'apporter des réponses cohérentes et suffisantes vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychique.

Espoir 54 a été à l'origine de rapprochements associatifs en étant à l’initiative :

* du Collectif Santé Mentale de Lorraine qui organise chaque année la Semaine d'information sur la santé mentale ;
* de l'alliance transfrontalière de prévention et de promotion en santé mentale (Luxembourg, Wallonie, Sarre et Lorraine) ;
* Espoir 54 a eu la volonté de fédérer au niveau national les associations gestionnaires spécialisées dans l’accompagnement des personnes handicapées psychiques par la création de la fédération AGAPSY (juin 2008) ;
* Espoir 54 apporte son expertise auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
* L’association est membre de la Conférence régionale de la santé et de l’autonomie, de la Conférence départementale des acteurs économiques et sociaux, du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS de Lorraine).

# NOS ORIENTATIONS

L'association inscrit son action de réhabilitation sociale dans une approche globale de la personne tenant compte de ses fragilités mais aussi de ses potentialités et de la variabilité du handicap.

Cette réhabilitation sociale a pour finalité l’implication de la personne et son accès à la citoyenneté dans toutes ses composantes : reconnaissance sociale, insertion par le logement, le travail, la culture, le sport…, et par une participation active à la vie de la cité.

Espoir 54 considère qu'elle doit participer à l'évolution des représentations sociales qui entraînent une stigmatisation des personnes. Elle s'engage à soutenir la parole des usagers et toute forme d’expression qui contribue à faire émerger un autre regard.

Par ailleurs, Espoir 54 veut contribuer à une évolution de l’accompagnement :

la condition essentielle d’une réhabilitation réside dans un partenariat avec l’ensemble des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales dans une complémentarité de savoirs partagés.

# NOS PROJETS

## Services

Espoir 54 souhaite renforcer le socle du fonctionnement actuel s'appuyant sur le savoir-faire des professionnels, l'expérience des bénévoles et l'expertise des usagers.

* Améliorer la coordination des parcours de vie des personnes
* Répondre aux besoins non couverts des bassins de vie du département et éventuellement de la région
* Développer la qualité du service rendu en diversifiant la palette des réponses par des nouveaux savoir-faire, des structures innovantes et expérimentales
* Rechercher les bonnes pratiques et militer pour des structures à taille humaine, ancrées sur le territoire
* Améliorer les conditions matérielles de l’accueil tant pour les usagers que pour les professionnels
* Offrir des conditions d’accueil favorables au fonctionnement des Groupes d'Entraide Mutuelle.

## Ouverture

* Améliorer nos partenariats dans l'esprit d'une psychiatrie citoyenne et développer la coopération entre les structures en respectant les valeurs de notre association
* S’adapter à de nouveaux publics, touchés par la précarité et / ou plus jeunes
* Participer activement à la prévention en santé mentale
* Développer la communication vers le grand public avec l'aide des médias et susciter des mécénats

## Formation

* Former les salariés pour un accompagnement social et professionnel de qualité
* Former les bénévoles à leur mission d’accueil et d’animation ou leur responsabilité de dirigeants associatifs
* Former et soutenir les usagers pour qu'ils puissent prendre en charge leurs associations (GEM)
* Participer à la formation des acteurs politiques, sociaux, médico-sociaux pour améliorer leurs connaissances et faire évoluer leurs regards sur les personnes malades psychiques
* Proposer des actions de formation dans différents milieux professionnels en vue d'améliorer leur approche du handicap psychique
* Militer pour ne pas simplement rester dans une logique de marché, en sensibilisant les acteurs au niveau régional et national sur les valeurs citoyennes et de solidarité de nos associations.

## I.2.2) La philosophie d’Espoir54

*Votée par le Conseil d’Administration du 23 janvier 2001*

Espoir 54 a comme mission d’accompagner des personnes présentant un handicap d’origine psychique. Les méthodes de travail reposent sur une approche respectueuse de la personne et de son environnement.

Un travail de réhabilitation ne peut pas s’effectuer sans une forte adhésion de l’usager. Si celle-ci manque, c’est à l’association, à la famille, aux amis et à l’ensemble du réseau de laisser une porte ouverte et de maintenir des liens pour permettre l’émergence d’une demande d’adhésion.

**L’usager est le centre de toute action.**

C’est en lui redonnant la parole, c’est en le reconnaissant comme personne à part entière, que nous pourrons alors ensemble tendre vers un projet individualisé qui valorisera ses aptitudes pour qu’il accède à une plus grande autonomie.

Les actions d’Espoir 54 reposent sur la notion d’apprentissage, de plaisir et de partage. L’idée étant que l’autonomie n’est pas un don que l’on a ou que l’on a eu, mais une capacité qui s’acquiert en s’enracinant sur des compétences déjà acquises que l’on peut développer et partager avec d’autres.

L’autonomie, c’est découvrir par tâtonnement ses richesses pour les développer. Cette notion nous rappelle que l’on apprend aussi par ses erreurs qui ne sont pas des échecs, mais des expériences.

**Quelques idées essentielles :**

**La réinsertion** : elle vise à optimiser les capacités persistantes du sujet et à atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires, que ce soit sur un plan comportemental, affectif, neuropsychologique ou interpersonnel.

**L’accompagnement** : c’est soutenir la personne pour qu’elle puisse aller le plus loin possible dans la réinsertion du tissu social, en l’aidant à se créer son propre réseau d’aide. L’accompagnement passe par un « faire ensemble » et un « faire avec ».

Chaque salarié (les secrétaires et comptables aussi) de l’équipe a la même approche vis-à-vis des usagers. Les mêmes finalités et les mêmes valeurs sont défendues. Malgré des formations différentes, des personnalités complémentaires, le cadre de travail est le même.

Accompagner est une fonction, une profession toute particulière, qui fait appel à des compétences très différentes et professionnelles. Il ne s’agit pas d’être autoritaire dans la relation, ni de tenir compagnie à la personne, ni de l’occuper. Mais, dans un cadre d’ouverture, nous devons aborder les usagers comme des personnes responsables et adultes qui désirent apprendre à gérer leur propre PROJET DE VIE. Pour beaucoup d’usagers cette approche qui doit se dérouler dans le respect, est étonnante, inquiétante, voire pour certains déstructurante car ils ont souvent eu l’habitude d’être pris en charge comme des enfants, des malades, des handicapés qui ne savaient pas ce qui était bon pour eux.

**La réhabilitation** : elle désigne les actions à développer pour optimiser les CAPACITES persistantes d’une personne handicapée et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires.

Cette conception implique que le sujet soit connu et reconnu dans sa globalité comme une PERSONNE avec des limites, des désirs et une histoire.

L’individu est et reste un citoyen avec des droits et des devoirs. Un citoyen qui peut enrichir la cité par son regard, sa force de propositions et ses actions.

**Un travail en réseau** : pour mener à bien ce travail en réseau, il faut pouvoir définir des objectifs partagés et la spécificité de chaque acteur sans oublier que la personne accompagnée est l’acteur centrale de ce travail.

**L’empowerment** : en santé mentale c’est un enjeu complexe et multidimensionnel qui implique un changement de posture des professionnels. L’usager est acteur de son projet de vie, moteur de son rétablissement et auteur de ses désirs.

**Vivre en société** : la société est un ensemble d’individus ayant entre eux des rapports organisés et permanents ou encore un ensemble d’individus unis naturellement ou par intérêts communs, entre lesquels les rapports sont régis par des conventions écrites ou non.

Les notions de respect des règles établies, de devoirs à accomplir sont à souligner dans cette forme de société.

Dans notre travail nous nous devons de faire « respecter » les règles de notre société, non par conformisme, mais pour rendre la vie possible dans une société. La fonction de la loi c’est de nous permettre de vivre ensemble.

Notre mission nous amène également à défendre certaines valeurs comme celle d’égalité, de fraternité, de solidarité et de tolérance. Cela nous semble indispensable pour faire évoluer les lieux de vie des personnes que nous accompagnons. En effet, il n’y a pas d’insertion sans capacité d’accueil.

Selon la loi du 11 février 2005, Espoir 54 décline l’ensemble de ses activités dans deux grands chapitres que sont :

1. **La compensation du handicap**, en prenant appui sur les grands principes **d’Inclusion Sociale et Professionnelle par le biais d’outils et de développement de stratégies favorisant l’autonomisation de la personne et la réhabilitation psychosociale**, portés par les MAPH-Psy de chaque territoire.
2. **L’accessibilité**, en mettant en œuvre des actions liées à la **prévention et la promotion de la santé mentale.**

## I.2.3) Espoir 54 adhérent de Santé Mentale France

### La Fédération en quelques mots

**SANTÉ MENTALE FRANCE**  
**Soigner – Accompagner – Entreprendre**

**Une nouvelle fédération**

Résultat de la fusion, en juin 2016, des fédérations :

- d’aide à la santé mentale (FASM) Croix-Marine, fondée en 1952, après le drame des 45 000 malades et handicapés psychiques décédés prématurément au cours de la 2ème guerre mondiale, pour transformer les asiles en véritables établissements de soins et soigner en dehors de l’hôpital

- des associations gestionnaires et d’accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (AGAPSY), créée en 2008, après la reconnaissance du handicap psychique, l’initiative d’associations de familles et d’association du secteur du handicap psychique

### Une fédération : pour quoi faire ?

**Pour défendre, avec les partenaires qui partagent les mêmes valeurs, les intérêts des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de handicap psychique :**

- Lutte contre la stigmatisation

- Reconnaissance et respect des droits et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

- Reconnaissance du fait que la personne malade ou en situation de handicap psychique est le premier acteur de ses soins

- Promotion de l’accès précoce et rapide aux soins et à l’accompagnement pour toutes les personnes qui en ont besoin

- Lutte pour des parcours de santé et de vie, de qualité et sans rupture

- Promotion de l’objectif de rétablissement et de la réhabilitation psychosociale  
- Reconnaissance de la place des aidants et soutien à ces aidants, à commencer par les familles,

- Développement de la recherche dans tous ses aspects (fondamentale, clinique, épidémiologique, évaluative)

- Amélioration de la formation des professionnels

- Développement de sensibilisations et d’informations à destination du   grand public et de publics ciblés (services RH des entreprises et des collectivités, bailleurs…)

- Travail en réseau

Les valeurs et les objectifs de Santé Mentale France sont présentées dans la Charte que l’Assemblée Générale a adoptée le 27 septembre 2016 à Rennes.

### Une fédération diverse

Des adhérents représentants toutes les composantes de la santé mentale, mais fortement implantée dans le secteur du handicap psychique :

- des **groupes d’entraide mutuelle (GEM),**  
- des **associations gestionnaires d’établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires (groupe d’adhérents le plus important)**  
- des **associations professionnelles non gestionnaires**(associations dites de l’article 93, associations de formation, associations de professionnels) mais souvent liées à des établissements  
- des **établissements publics de santé mentale.**

### Une fédération implantée sur tout le territoire

Des adhérents qui sont présents dans les 13 régions métropolitaines et dans certaines régions d’outre-mer.

**Une organisation en train de se constituer : les coordinations régionales**

Une fédération en développement: au cours de sa réunion du 9 février, le CA a entériné 5 demandes d’adhésions nouvelles et enregistré des ré-adhésions et il doit en valider encore aux prochaines réunions.

**Une fédération qui travaille avec ses partenaires :**

- adoption d’un plaidoyer pour un plan psychique auprès des candidats aux présidentielles, avec l’UNAFAM et Aire,

- organisation d’une journée en novembre 2016 avec l’UNIOPSS et l’ADESM en novembre à Blois et l’adoption d’une plateforme,

- des projets de coopération avec le PSYCOM, avec l’INFIPP (organisme de formation non lucratif spécialisé dans la santé mentale), l’ANCREAI…

**Une fédération dont la reconnaissance s’accroit :**

- participation au comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) placé auprès du premier ministre

- participation au Conseil national de santé mentale, au COPIL Handicap psychique et au COPIL Psychiatrie auprès du ministre de la santé

- Membre du comité d’entente national, adhérent national de l’UNIOPSS, du comité de pilotage de la SISM, du CA du comité français pour l’emploi accompagné, du CA du CNIGEM, …

## I.2.4) La prévention et la promotion de la santé mentale, en s’appuyant sur…

### Le service Formation

Espoir 54 dispense des formations sur les spécificités du handicap d’origine psychique ou sur la prise en charge de la souffrance psychique répondant aux besoins des professionnels.

Les formateurs d’Espoir 54 sont des professionnels de terrain qui s’appuient sur leurs expériences et leurs pratiques d’accompagnement pour apporter une dimension concrète et vivante à la théorie.

De par notre activité principale d’accompagnement, nous avons la chance de pouvoir demander à des personnes en situation de handicap d’origine psychique ou l’un de leurs proches de bien vouloir témoigner ou débattre à l’intérieur de nos formations. En effet, les réalités qu’elles rencontrent sont certainement les meilleurs indices quant aux besoins en termes d’accueil et d’accompagnement. Elles permettent aux personnes en formation d’avoir un regard plus proche et concret sur les spécificités de ce handicap.

Vous retrouverez le détail de chaque formation en annexe.

**Agrément formation continue N° 41.54.02387.54.**

**Référencé par la CNSA.**

### Des actions de communication/d’information/de sensibilisation

#### Le collège des usagers

**Le collège des usagers : construction d’un groupe d’entraide et de soutien à la représentation des usagers en santé mentale**

**Article réalisé par Pauline Simon coordinatrice d’action sociale**

Forte d’une mission de représentation des usagers de la santé mentale, Espoir 54 a créé en mars 2019 une instance collaborative et participative permettant aux usagers de se retrouver autour d’une pratique militante : **Le collège des usagers.**

Ce groupe de travail et de réflexion est ouvert à tous les adhérents usagers d’Espoir 54 qui souhaitent s’investir sur des actions d’information et de destigmatisation, s’impliquer dans la gestion et l’organisation d’Espoir 54 ou encore développer des projets autour de la pair-aidance. Ce groupe a pour objectif de donner la parole aux usagers sur des problématiques sanitaires ou sociales les concernant, d’exprimer les différents avis et sensibilités en synthèses se rapprochant ainsi au plus juste de l’intérêt commun.

Tous les premiers samedis du mois un groupe d’une dizaine de personnes se réunit, autour d’un petit déjeuner, pour faire le point sur les actions passées, valider les demandes de partenariat ou d’intervention et se répartir les différentes missions. Des temps d’échanges libres de discussions informelles, ponctuent également ces rencontres en fonction de l’actualité ou des actions en cours de préparation sur l’association.

Une professionnelle soutient l’organisation de ce groupe (rédige l’ordre du jour et les comptes rendus, fait l’intermédiaire avec les partenaires, soutient la mise en place des plannings d’intervention, ...) et favorise les échanges au sein du groupe (aide à la gestion des émotions, distribue la parole, reformule, … si besoin). Elle s’assure également que l’engagement militant de chaque membre soit en adéquation avec ses possibilités, ses compétences et sa fatigabilité : un regard bienveillant sur la stabilité des participants. Un relais auprès des professionnels d’Espoir 54 peut être envisagé pour soutenir l’usager en cas de difficultés et des temps d’acquisition de compétences peuvent se mettre en place (communication, gestion du temps, être représentant des usagers, …) en fonction des besoins émergents.

Des professionnels, des membres de la direction ou du Conseil d’Administration peuvent être invités ponctuellement au collège des usagers pour faire une demande ou apporter un autre point de vue sur un sujet abordé à l’ordre du jour. Des partenaires extérieurs peuvent également être invités. Nous avons par exemple la Coordinatrice du département de Promotion de la Santé Mentale et de Prévention du Centre Psychothérapique de Nancy pour nous présenter la thématique du colloque durant lequel les usagers auront un temps de parole à la tribune.

Depuis Mars 2019, les usagers ont soutenu la préparation des « ateliers psy » (travail préparatoire des états généraux de la psychiatrie) et y ont participé. Ils ont accueilli une journaliste d’Amnesty Internationale pour échanger sur l’accès au droit des personnes en situation de handicap psychique. Ils ont aidé à la formation d’étudiants en psychologie et à la sensibilisation de travailleurs sociaux d’un CCAS. Ils ont également représenté les adhérents usagers aux différents Conseils d’Administration d’Espoir 54.

Pour la fin d’année le groupe recueillera les avis de l’ensemble des usagers des différentes MAPH-Psy sur le thème de la citoyenneté afin d’en faire la restitution durant le colloque du 14 novembre ayant pour thème : « Implication citoyenne en santé mentale : réalité et perspectives ». Ils souhaiteraient également recevoir Mme Carole Grosjean, députée de Meurthe et Moselle, autour d’un temps de rencontre. Enfin, la préparation d’une action sur les Semaines d’Information en Santé Mentale est également en préparation.

Cette nouvelle approche du collège des usagers est née début 2019. Bien que l’idée de départ soit assez claire, donner la parole aux usagers de la santé mentale, les modalités de fonctionnement, les règles du groupe, les missions de ce collectif, … évoluent et s’affinent en fonction des expériences collectives et des participants engagés. Le respect de chacun et la convivialité comme valeur dominante, le groupe s’ajustera et se définira progressivement au fil du temps.

#### Tous les ans, Espoir 54 participe activement aux Semaines d’Information sur la Santé Mentale (SISM)

Chaque année, associations, citoyens et professionnels organisent des manifestations d’information et de réflexion dans toute la France, à destination du grand public pour promouvoir la santé mentale.

Les SISM durent deux semaines et plus de 700 manifestations sont organisées chaque année sur l’ensemble du territoire (conférences, réunions-débats, visites de lieux de soins, journées portes ouvertes, films, expositions, pièces de théâtre). Ainsi, usagers, familles, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, psychanalystes, membres des associations, chercheurs, enseignants, journalistes, élus locaux, artistes, infirmiers, travailleurs sociaux, … informent, expliquent, débattent, répondent aux questions du grand public.

#### **Le bulletin de liaison :** est un outil favorisant le travail en réseau tant en interne qu’en externe.

Il est composé de différentes rubriques permettant de communiquer sur la vie des différentes MAPH-Psy mais également sur la vie en général de l’association, sur les actualités de la santé mentale,… Les articles sont écrits par le trépied d’Espoir 54.

#### Les sessions d’information et de sensibilisation des acteurs sociaux, médicosociaux, économiques

Les professionnels, acteurs de terrains (chargés d’insertion professionnelle ; médiateurs accompagnateurs, chefs de service ; psychologue du travail ; directeur et directrice adjointe), jouent un rôle important dans la mobilisation des acteurs médicaux, sociaux, économiques, dans le champ de l’insertion sociale et professionnelle. Ces collaborations donnent une cohérence aux parcours d’accompagnements individuels.

#### **Le site internet** avec des vidéos, des témoignages, des textes vivants

Aujourd’hui, nous sommes de plus en plus sollicités par ces acteurs pour venir présenter nos actions, informer et sensibiliser autour de l’évaluation, l’accueil et l’accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques signant un handicap.

Nous proposons un contenu construit, riche et axé sur la connaissance d’un public spécifique, nécessitant des aménagements singuliers. Une telle réponse dépasse largement le simple exercice de présentation de la structure et de ses actions.

L’objectif de notre projet est bien d’informer et de sensibiliser nos partenaires (actifs et potentiels) du secteur de l’insertion sociale et professionnelle à l’évaluation, l’accueil, l’accompagnement des personnes en situation de handicap d’origine psychique. En organisant ces sessions d’informations, nous souhaitons optimiser nos collaborations et participer à la professionnalisation des acteurs qui nous sollicitent en vue d’inscrire les personnes en situation de handicap d’origine psychique qu’ils accueillent et/ou accompagnent dans une vie sociale et professionnelle plus satisfaisante.

## I.2.5) Les valeurs et finalités de l’association

### Les valeurs

#### *Ce projet d’établissement affirme la prise en compte des valeurs fondatrices de l'Association et l'expérience acquise pendant 20 années ainsi que les attentes et les nouveaux besoins exprimés par les personnes en situation de handicap et leurs familles tout en s’adaptant à l’évolution de l’environnement.*

#### Le Respect de la personne

La personne en situation de handicap prend une place essentielle au cœur de notre association. Au-delà du handicap, nous considérons la personne en tant qu’être responsable, c’est-à-dire avec des droits et des devoirs de citoyen. Afin de lui faciliter son quotidien, nous avons défini des domaines qui nous ont parus fondamentaux (nos neuf axes de travail), pour que son quotidien devienne plus acceptable et supportable.

Chacun doit faire en sorte que la personne puisse vivre le plus normalement possible au cœur de la cité : à savoir encourager l’appropriation du projet défini, des moyens mis en œuvre, des actions à mener. Il s’agit là aussi de respecter ses potentialités pour mener son projet de vie mais aussi ses motivations à vouloir s’engager dans un parcours d’insertion sociale et/ou professionnelle.

La personne en situation de handicap d’origine psychique doit bénéficier d'une prise en compte et d'un accompagnement adaptés à la nature de son handicap, au degré de sa déficience et à son âge, fondés sur l'évaluation et le développement de ses aptitudes, capacités et compétences, dans tous les domaines de l'aide permettant le développement ou le maintien de son autonomie. Pour cela nous devons être à l'écoute des **besoins** et **désirs** de la personne, ce qui en facilitera certainement l'**expression** et veiller à l'ouverture des structures d'accueil sur le milieu extérieur.

Selon la volonté de l’association et conformément à la loi 2002-2 régissant les structures médico-sociales, chaque personne accueillie et/ou accompagnée est encouragée à participer à la vie associative au travers de sa représentation dans les différentes instances de la structure (CA, Bureau, Conseil à la vie sociale, conseil de MAPH-Psy, psytrialogue, COSEP, recrutement des salariés, …).

#### La Dignité

Elle se traduit par le respect de tous les droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :

-         La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'ONU (10/12/1948) ;

-         La Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie introduite par la loi de janvier 2002

#### La Citoyenneté à part entière

La personne en situation de handicap d’origine psychique est d'abord et avant tout une personne, qui a les mêmes droits et les mêmes devoirs que toute autre. La reconnaissance de ses droits et devoirs et l'accès aux structures de droit commun doivent lui être garantis.

Il nous appartient de rappeler aux services de droit commun leur place et leur engagement dans l’accueil de citoyens en situation de handicap.

#### La Famille

Repère essentiel et responsable légal, de la naissance à la majorité, elle reste concernée par la vie de son enfant devenu adulte ; son rôle et son importance doivent être reconnus et pris en compte dans les différents moments d’accueil et d’accompagnement de la personne.

L’association garantit aux familles la pérennité de leur rôle dans la volonté de maintenir la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées.

Nous ne manquons pas de les inviter régulièrement à des temps d’échanges, de synthèses, de réunions afin qu’elles puissent poser leur regard de proximité sur nos pratiques.

En cas de disparition des parents, ou d'une personne proche, l'Association apportera la meilleure assistance possible pour accompagner moralement ou matériellement la personne handicapée.

Il est de notre devoir de permettre aux familles de se mettre en lien avec l’UNAFAM, afin qu’elles puissent bénéficier de tout le soutien nécessaire quant à leur vécu, leurs interrogations, leurs craintes, …

#### la Solidarité

La solidarité est le pilier de notre action. Elle doit s'exprimer au sein de l'association, dans chacun de ses services :

- entre professionnels, bénévoles et usagers (le trépied)

- entre pairs,

- entre associations et structures œuvrant dans la même direction et pour que la société garantisse la compensation de tous les types de handicap.

Une solidarité de fait, puisque nous sommes liés les uns aux autres par un même mouvement, et nous sommes également liés de fait au monde dans lequel nous vivons. Nous lui sommes articulés, nous en sommes témoins et nous y participons.

#### La Responsabilité individuelle et partagée

Non seulement solidaires de fait, nous sommes aussi co-responsables de ce monde que nous l’approuvions ou non tant par nos erreurs que nos réussites.

Le fait de se sentir co-responsable et de participer à certaines prises de décisions collectives ne signifie en rien un désengagement individuel.

Chacun garde la maîtrise de ses dires, de ses actes, de ses initiatives, et de ses envies aussi. Chacun conserve également l’autorité liée à ses fonctions. Par exemple, le psychologue de liaison porte l’autorité de la relation avec les établissements de soins ; le coordinateur porte l’autorité vis-à-vis des personnes qu’il accompagne ; le pôle d’appui est le garant d’un questionnement permanent pour maintenir une dynamique positive dans l’accompagnement.

#### la Dynamique de compétences

L’association insiste sur la formation permanente des professionnels et des bénévoles afin de renforcer leur complémentarité en privilégiant la concertation et une vision commune. Une attention toute particulière est aussi portée sur le fait que chacun puisse se remettre en question en toute sécurité, en lui offrant l’espace et l’écoute bienveillante nécessaires.

L'association s'appuie sur des **professionnels compétents et qualifiés** dans les différentes disciplines nécessaires, dans le partage des valeurs associatives avec exigence et reconnaissance.

#### AU regard des Professionnels, l'association vise à :

* Instaurer le climat de confiance et de respect mutuel au sein du réseau interne,
* Encourager la concertation et la complémentarité entre professionnels et services,
* Étudier avec eux, les moyens pour faire vivre les projets de l’association,
* Faciliter le développement de leurs compétences et favoriser la réalisation professionnelle de chacun,
* Maintenir un degré d’exigence quant à la productivité et la qualité du travail réalisé,
* Offrir la possibilité de formation professionnelle,
* Communiquer autour du professionnalisme des équipes.

#### Au regard de la Société

L’association doit évaluer les besoins et les perspectives en matière d'accompagnement, pour entreprendre elle-même ou faciliter la création de nouvelles structures adaptées à ces nouveaux besoins.

#### AU regard des bénévoles

L’association, si elle permet l’accueil d’un grand nombre de bénévoles, doit aussi maintenir un seuil d’exigence à leur égard. Il est indispensable en effet, que les bénévoles puissent partager les valeurs de l’association et puissent inscrire leurs actions dans un projet associatif commun (l’insertion sociale et/ou professionnelle des personnes en situation de handicap d’origine psychique). Ainsi il leur sera demandé de veiller au respect de la personne et de ses potentialités (développé ci-dessus). Pour cela, il leur sera proposé régulièrement des temps d’échanges avec les professionnels et des sessions de formation en interne.

#### LA BIENTRAITANCE

**Dans le livret sur la bientraitance d’Espoir 54 on peut y lire :**

**VALEURS ETHIQUES ET PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA BIENTRAITANCE**

**INTRODUCTION A LA QUESTION DE LA BIENTRAITANCE**

**Maltraitance et bientraitance : du lien de filiation à la nécessaire distinction**

La notion de bientraitance est apparue dans la filiation du questionnement sur la maltraitance.

Pour autant, malgré ce lien historique, le nouveau concept de bientraitance n’est pas strictement l’antonyme de la maltraitance. Il ne se réduit ni à l’absence, ni à la prévention de la maltraitance.

Et bien qu’il s’en nourrisse, il se distingue aussi d’autres concepts limitrophes (bienfaisance, bienveillance, mère suffisamment bonne, communication non violente, écoute compréhensive, sollicitude, reconnaissance\*).

Dès lors, que recouvre ce nouveau concept et comment comprendre la nécessité de sa création ? A quels problèmes cette notion vise-t-elle à répondre ?

**Pourquoi ce nouveau concept de bientraitance ?**

La création de ce **nouveau concept** est rendue nécessaire **pour relever les défis liés aux profonds changements qui bouleversent notre société et ses institutions :**

**Les innovations scientifiques et techniques** : les découvertes de la génétique contemporaine se sont traduites par des prolongements biotechnologiques qui confèrent à l’humanité des possibilités inédites d’intervenir sur le vivant et souvent sur le vivant humain.

**L’individualisme contemporain** bouleverse les anciens modèles de la relation d’aide et de soin. Hier fondée sur un paternalisme bienveillant, elle exige aujourd’hui la co-construction d’un partenariat respectueux.

Enfin, **les lois du marché économique et le consumérisme** : la culture de la gestion, avec ses formes actuelles de rationalisation des activités de travail ont souvent tendance à réduire, sinon à occulter la dimension relationnelle du soin. Les métiers d’aide et le souci de l’autre sont alors mis à mal.

Ces mutations bouleversent les anciens repères et désorientent les personnels de santé, à la fois dans leur identité professionnelle et dans le sens à donner aujourd’hui à l’activité de soin auprès des personnes les plus vulnérables.

**Face à ces transformations, l’enjeu profond est de redéfinir et de refonder aussi bien le soin que le pouvoir de soigner.**

**Bientraitance et bonnes pratiques professionnelles**

Aussi, pour s’orienter au mieux dans les pratiques professionnelles, il faut inscrire le(s) soin(s) dans une visée éthique : en rappeler les fondamentaux (la morale du devoir, l’éthique des conséquences et celle des vertus) et les appliquer aux situations concrètes à l’apprentissage du jugement éthique.

**REPERES ESSENTIELS POUR UNE CULTURE DE LA BIENTRAITANCE**

Marquée, dans ses modalités pratiques, par le contexte législatif et déontologique qui encadre les missions des professionnels du secteur social et médico-social, ***la bientraitance s’enracine*** néanmoins ***dans des principes*** plus larges. Ces principes relèvent non pas de la pratique professionnelle proprement dite, mais des ***questionnements éthiques*** qui habitent et traversent cette pratique. La bientraitance est une notion qui ne peut se comprendre que dans le sillage d’une recherche collective de sens. ***Elle s’inscrit dans le projet éthique indissociable de l’action sociale et médico-sociale, qui est une tentative d’articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées - valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect de la dignité. En ce sens, la bientraitance est bien « l’enjeu d’une société toute entière, un enjeu d’humanité ».***

# I.3) Les spécificités du handicap d’origine psychique

**Le handicap d’origine psychique fait obstacle, dans certaines conditions, à l’expression de l’ensemble des potentialités d’une personne. Il interfère plus particulièrement dans les relations interpersonnelles, les compétences cognitives, les habiletés psychosociales et le comportement de la personne malade.**

## I.3.1) Les facteurs environnementaux

**Concernant l’environnement, les difficultés principales ne sont pas toujours liées à une inadaptation matérielle mais majoritairement aux représentations sociales stigmatisantes des maladies psychiatriques.**

## I.3.2) Les facteurs personnels

On peut les classer de la façon suivante :

|  |  |
| --- | --- |
| Sur les capacités techniques  Résistance à l’effort  Coordination gestuelle  Vitesse motrice  Dextérité manuelle  Aptitudes techniques | Sur les capacités cognitives  Orientation spatiale  Orientation temporelle  Sens tactile, mémorisation  Connaissances scolaires  Assimilations des consignes  Apprentissage, vitesse d’idéation  Concentration |
| Sur les capacités d’auto-contrôle  Vigilance, curiosité  Gestion des ressources attentionnelles  Adaptabilité, impatiences  Attention, autonomie professionnelle  Gestion du stress, gestion des frustrations  Auto-évaluation | Sur les capacités de relations sociales  Relations avec autrui  Relations interpersonnelles  Indépendance sociale  Acceptations des lois et règles  Sens de l’organisation |

## I.3.3) La loi du 11 février 2005 et le handicap psychique

Malgré les efforts apportés par la loi sur le handicap de 2005, il n’existe pas de définition scientifique du handicap d’origine psychique qui soit unanimement reconnue et admise. Des professionnels de la santé mentale travaillent à identifier et repérer ses particularités. On parle de handicap d’origine psychique lorsque l’on observe :

*« Un dysfonctionnement de la personnalité* *caractérisé par des perturbations graves, chroniques* *ou durables du comportement et de l’adaptation* *sociale. Les troubles psychiques sont plus ou moins* *intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus* *ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires* *de vie très différents selon le degré d’autonomie* *(ou de dépendance) des personnes. Certains malades* *mènent une existence normale, d’autres vivent* *de manière plus ou moins permanente en institution* *ou ont un besoin continu d’aides psychosociales :* *on parle alors généralement de personnes* *handicapées psychiques[[1]](#footnote-1)**».*

Toutefois, la loi du 11 février 2005 est une avancée pour ce type de handicap. Elle représente une véritable révolution pour le handicap et plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap d’origine psychique. Si la loi ne parle pas directement de handicap d’origine psychique, son article 2 enlève toute ambiguïté entre handicap et troubles psychiatriques. Le handicap est ainsi défini : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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. »* Cette définition est clairement une avancée : elle met en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap.

Seconde avancée : le passage d’une approche statique à une approche dynamique. La loi du 30 juin 1975 fixait, cristallisait les données en parlant *« d’invalidité »*, en relation directe avec une maladie, l’atteinte d’un organe, d’une fonction. Cette invalidité donnait droit à la fixation d’un taux. La loi du 11 février 2005 ne classe plus en fonction des déficiences, elle interroge l’interaction avec le milieu. Cette interaction oblige à analyser les données en termes de système entre la personne et son milieu de vie. Il s’agit d’interroger non plus simplement la maladie, mais les effets sur la vie quotidienne.

Cette révolution conduit à quitter une approche uniquement médicale pour un travail interprofessionnel. Le travail en réseau sera centré sur le **projet de vie** de la personne, le premier acteur de ce réseau étant la personne elle-même.

Il nous appartient de faire vivre les valeurs et les avancées de la loi du 11 février 2005.

# I.4) L’EMPOWERMENT ET LA REHABILITATION

Les modèles théoriques de référence :

### L’insertion sociale sous l’angle de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale de personnes en situation de handicap d’origine psychique vise à améliorer l’insertion ou la réinsertion de ces personnes dans la cité, c’est-à-dire réhabiliter les personnes vis-à-vis de la société, mais aussi vis-à-vis d’elles-mêmes.

Pour atteindre cet objectif, nous avons développé des modules d’acquisition de compétences permettant l’assimilation d’accompagnement permettant l’acquisition et le développement de compétences (habilités) visant à la vie autonome et à la satisfaction dans des domaines de fonctionnement précis :

* Relation avec les administrations et les services
* Logement et espace de vie
* Santé physique et psychique
* Alimentation et hygiène alimentaire
* Organisation et planification du temps
* Organisation et planification de l’espace
* Vie sociale et relation avec l’autre
* Hygiène
* Emploi

Ces modules consistent à permettre aux personnes de développer leurs compétences sociales. Ces compétences recouvrent des savoirs (connaissances), des savoir-faire comportementaux et savoir-faire cognitifs.

Le manque de compétences des personnes en situation de handicap d’origine psychique s’explique par :

* Le défaut d’apprentissage ou apprentissage d’habiletés dysfonctionnelles
* La perte liée à un manque d’utilisation ou de renforcement par l’environnement
* L’apparition de la maladie à une période critique pour la maîtrise des rôles sociaux d’adulte et des habiletés qui en découlent
* L’effet déstructurant de la maladie
* L’effet cognitif de la maladie.

Nos programmes de réhabilitation comportent deux types d’accompagnement, l’un est individuel et prend appui sur des entretiens individuels réguliers, des visites à domicile ; l’autre est collectif et s’articule autour de modules relatifs aux neuf axes de travail cités ci-dessus.

Les modules sont des programmes structurés et interactifs destinés à développer les habilités sociales nécessaires à la vie autonome. Chaque module se pratique en petit groupe. Il peut être animé par un professionnel, un adhérent, un partenaire...

Par exemple, le module « communication résolution de problèmes » permet aux personnes de s’entraîner à résoudre des problèmes quotidiens relatifs aux relations sociales, de manière réaliste et efficace, en respectant ses propres droits et besoins tout en tenant compte de ceux des autres (affirmation de soi). Ce module comporte deux étapes : la première où les personnes acquièrent une méthode de raisonnement par étape permettant la résolution de problèmes, la deuxième où les personnes s’entraînent à utiliser la méthode en résolvant leurs propres problèmes lors de jeux de rôles.

#### Une tentative d’approche du concept de rétablissement par Espoir 54 : Florence DEFRAIN, Psychologue du Pôle d’Appui psychologique

Lorsque l’on accompagne des personnes qui souffrent de troubles de la santé mentale, il existe différentes compréhensions du terme « rétablissement ».

Selon le **modèle médical**, le rétablissement se caractérise par une diminution de l’apparition des symptômes et des rechutes.

Le **modèle de la réhabilitation** insiste sur le fait que si la maladie n’est pas curable, la personne peut apprendre à vivre avec les limites de son invalidité et un soutien environnemental important. L’appréciation du rétablissement se porte sur les capacités de la personne à vivre de la manière la plus autonome possible dans son environnement.

Pourtant, si nous envisageons le rétablissement comme une expérience de vie, aucune de ces définitions ne semblent à elles seules complètement satisfaisantes.

C’est Andresen et all., en 2003, qui a proposé une nouvelle vision de ce concept de rétablissement psychologique. Il aborde cette notion de manière intégrative **à travers de nombreux témoignages de personnes** qui se considèrent comme rétablies.

Dans son résumé d’un recueil de plusieurs témoignages, il se réfère à la réalisation d’une vie pleine et significative, d’une identité positive fondée sur l’espoir et l’autodétermination.

La personne se rétablit non pas de la maladie mais plutôt de « la catastrophe psychologique » qu’elle constitue. Il reste silencieux sur le fait que la maladie reste active ou pas. En outre, il semblerait, d’après ces témoignages, qu’une minorité de personnes considère le rétablissement comment l’absence de symptômes.

La définition de ce concept prend donc en compte l’expérience et l’histoire de la personne. D’après les témoignages recueillis, quatre éléments seraient les ingrédients essentiels du processus de rétablissement :

* Trouver l’espoir,
* Redéfinir son identité,
* Trouver un sens à sa vie,
* Prendre la responsabilité de son rétablissement.

Par ailleurs, les études montrent qu’il s’agit d’**un processus non linéaire par étapes** (le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction et la croissance). Les auteurs se penchent sur les outils qui favorisent les transitions entre ces différents états psychologiques.

Au détour d’un voyage d’étude à Lausanne, lors d’une rencontre avec Jérôme Favrod, les professionnels du SAVS d’Espoir 54 ont découvert cette approche du concept de rétablissement.

Le SAVS a développé un intérêt tout particulier pour cette manière d’approcher le concept de rétablissement pour plusieurs raisons :

D’une part, le rétablissement constitue non pas une technique d’intervention mais enrichit la philosophique de la réhabilitation.

Il ne constitue pas une marche à suivre mais plutôt **un guide dans notre réflexion** et fournit des **repères centrés** sur l’expérience de la personne ainsi que sur son histoire et ses perspectives de vie.

En effet, cette approche offre **une vision optimiste** du parcours des personnes souffrant d’un trouble de la santé mentale et modifie considérablement le regard porté sur celles-ci. Le focus de cette approche s’axe sur **le potentiel de croissance** de la personne.Elle favorise la mise en pratique de compétences orientées sur la personne, pour favoriser leurs choix et pour permettre l’expression de ses compétences.

D’autre part, cette définition du concept favorise une **vision holistique** de la personne au-delà de sa maladie. Il évite ainsi une focalisation excessive sur les symptômes de la personne. En cohérence avec ces principes, l’accompagnement est centré sur les conditions qui permettront à la personne de vivre au mieux malgré sa maladie et de s’approprier sa vie. Elle est centrée sur le **« bien-être ressenti »** et non sur des indicateurs normés de la notion de qualité de vie. La personne est positionnée comme experte dans la définition des étapes de ses projets.

Dans la mesure où le SAVS constitue un des moyens au service du projet de vie et du rétablissement des usagers, envisager la personne dans sa globalité sous-entend également de veiller à permettre à la personne de trouver dans son réseau primaire et secondaire les ressources pour mener à bien cette expérience de rétablissement. En cohérence avec cette approche, contribuer à l’accès à des **compétences dans la coordination du réseau** constitue une des missions centrales du SAVS.

De plus, l’identification des différentes étapes de ce **processus** permet d’adapter l’accompagnement en respectant le mouvement dans lequel se trouve la personne en fonction de son rythme et de ses fluctuations. Cette approche se caractérise par la **considération de l’expérience** de la personne et de **son vécu avec sa maladie**.

Le « rétablissement » constitue une expérience vers laquelle le SAVS tend à contribuer à accompagner la personne sans jamais chercher à prédire de chemin tout tracé…C’est donc à cette capacité de se laisser surprendre que cette approche du concept semble faire appel.

Enfin,ce principe de rétablissement offre une vision qui semble être **une condition** essentielle à la compétence d’une relation d’aide. C’est la dimension subjective de ce que dit la personne de son expérience qui **donne du sens** aux pratiques d’accompagnement.

Ainsi, sans avancer dans des certitudes établies, ce concept donne des repères dans le développement des compétences des professionnels.

1. **Selon notre approche, notre regard s’attache-t-il à la destination ?**

**Au voyage que nous entreprenons ?**

**Aux trajectoires des personnes ayant un trouble de santé mentale ?**

**De la réhabilitation au rétablissement : l’expérience de Lausanne**

**Charles Bonsack1, Jérôme Favrod2**

**Extrait de l’Information psychiatrique vol n°3 - mars 2013**

La réhabilitation psychosociale a développé dans la période post-asilaire des techniques thérapeutiques destinées à restaurer les fonctions perdues des personnes souffrant de troubles psychiatriques de longue durée. Cinquante ans après le début de la période post-asilaire, le vécu des patients a profondément changé. Une majorité d’entre eux n’a pas vécu de longues hospitalisations et certains n’ont jamais été hospitalisés malgré la présence d’un trouble psychotique. Leurs aspirations ne sont plus guidées par les professionnels et leur vie se déroule dans la communauté. Le modèle du rétablissement, développé d’abord par les usagers, répond à ces nouveaux besoins. L’angle est différent du modèle médical : pour guérir d’un trouble psychiatrique, peu importe la disparition des symptômes, ou même la récupération des compétences, s’ils ne s’accompagnent pas de la réalisation d’une vie accomplie dans la communauté. La réhabilitation s’ouvre vers la cité et sort de sa niche protégée. Tout en utilisant les techniques ayant fait leurs preuves pour les patients chroniques, elle devient communautaire, intervient plus précocement, renforce le pouvoir des personnes souffrant de troubles psychiatriques et collabore largement avec le réseau de proches et de professionnels. Après 20 ans, l’expérience de la réhabilitation psychosociale à Lausanne continue son développement en s’appuyant sur le modèle du rétablissement, sur les modèles de traitements psychosociaux basés sur des preuves tels que le soutien individuel à l’emploi, ainsi que la recherche sur des traitements prometteurs tels que la remédiation cognitive, les traitements psychologiques des troubles psychotiques résistants ou le *case management* en période critique.

**La réhabilitation comme fer de lance de la psychiatrie sociale**

En conclusion, la réhabilitation psychosociale constitue le ferment des développements de psychiatrie sociale, à condition qu’elle soit capable de s’extraire de l’impasse d’une méthode thérapeutique exclusivement destinée à des patients « chroniques » et d’utiliser ses techniques pour intervenir dans des phases plus précoces de la maladie. Pour atteindre ces personnes dans un moment de bouleversement où les troubles ne sont pas intégrés, voire rejetés ou ignorés, elle doit devenir plus mobile, plus proactive et développer des méthodes spécifiques pour favoriser l’engagement. Afin de s’adapter aux besoins des nouvelles générations de personnes souffrant de troubles psychiatriques, la réhabilitation doit quitter les lieux protégés pour s’engager dans des suivis plus individualisés dans la communauté, tels que le soutien individuel à l’emploi ou le case management en période critique. Comme pour le soutien individuel à l’emploi ou, plus récemment, pour le « housing first », la méthode classique du « train then place », « entraîner » en milieu protégé puis « placer » en milieu naturel devra être inversée pour « placer puis s’entraîner », plus apte à maintenir et transférer les compétences dans un environnement naturel. Dans ce mouvement, la réhabilitation ne peut plus être seule avec le patient, mais doit rechercher des partenariats, avec les usagers eux-mêmes, leurs proches et le réseau secondaire de professionnels concernés de la santé et du social. Cette évolution nécessaire de la réhabilitation psychosociale aura pu être le laboratoire de la psychiatrie sociale. Une niche où le désespoir environnant aura libéré la créativité de pionniers pour inventer et perfectionner des méthodes de traitement que personne ne pensait utiles ou même possibles. Ces méthodes peuvent maintenant sortir de ce « laboratoire » pour vitaliser l’ensemble de la psychiatrie, toucher un éventail plus large et de nouvelles générations de personnes souffrant de troubles psychiques. Le défi de la réhabilitation sera de garder ce souffle d’innovation en psychiatrie sociale tout en diffusant les connaissances acquises pour renouveler et enrichir l’ensemble des pratiques en santé mentale.

*1 Médecin chef, Centre hospitalier universitaire vaudois, département de psychiatrie, service de psychiatrie communautaire, section de psychiatrie sociale, site de Cery, 1008 Prilly, Suisse.*

*2 Infirmier spécialiste clinique, Centre hospitalier universitaire vaudois, département de psychiatrie, service de psychiatrie communautaire, section de psychiatrie sociale, site de Cery, 1008 Prilly, Suisse - Professeur HES, Institut et haute école de la santé la Source, haute école spécialisée de Suisse occidentale de Lausanne*

### Le modèle de l’EMPOWERMENT

Les bases scientifiques de l’empowerment (article de la revue Santé Mentale de novembre 2017)

La rechercher montre que l’empowerment a des répercussions sur la maladie et le rétablissement.

* La recherche en santé a montré que le manque d’influence ou de contrôle sur sa vie et son environnement a un effet négatif sur la santé ; à l’inverse, la possibilité d’exercer du contrôle ou de l’influence peut agir comme un facteur de protection contre, par exemple, le risque cardiovasculaire même en présence d’un niveau élevé de stress (Syme, 1988 ; Tyers, 2002). La littérature sur la notion d’impuissance acquise montre que l’absence d’influence ou de contrôle est associée à l’apparition de la dépression (Garber, Seligman, 1980). La manque d’*empowerment* se perçoit donc de plus en plus comme un facteur de risque dans l’étiologie de la maladie. L’*empowerment* n’est pas uniquement une question de droits individuels et de valeurs éthiques ; il induit également des résultats positifs en termes de santé, et notamment un meilleur bien-être émotionnel, une plus grande autonomie, une motivation à participer, et des capacités d’adaptation plus efficaces (Ryan, 2000 ; Thompson, 1991 ; Macleod et Nelson, 2000).
* Vauth et ses collaborateurs (2007) estiment que la dimension évaluative du concept de soi, le sentiment de sa propre efficacité, est médiateur des effets psychologiques de l’autostigmatisation et de la capacité à faire face à la stigmatisation. En évaluant l’autostigmatisation, la capacité de faire face à la stigmatisation, le sentiment d’efficacité, l’*empowerment*, la qualité de vie et la dépression chez les personnes schizophrènes, leur étude a révélé que plus de la moitié de la réduction de l’*empowerment* était due à la réduction du sentiment de sa propre efficacité, et au niveau plus élevé de stigmatisation anticipée. Ils ont conclu que le style d’adaptation dit « évitant » est un facteur de risque pour la stigmatisation anticipée, ce qui a un effet négatif sur l’autoefficacité et l’*empowerment.*
* D’autres auteurs considèrent que des symptômes psychiatriques peuvent être plus marqués à cause du rôle social marginalisé voire négatif des personnes vivant avec un trouble psychique grave (Silver et coll., 1986). Trainor et Trimblay (1992) ont constaté que la participation active dans des groupes d’entraide était associée à un moindre taux d’hospitalisation en psychiatrie et à un moindre recours aux services de santé mentale en ville.

Dans une approche qualitative s’appuyant sur des récits de vie, Nelson et ses collaborateurs (2001) ont noté plusieurs stratégies décrites par les usagers comme facilitatrices de leur rétablissement, et notamment un accès facilité au logement ; une aide financière ; pouvoir choisir les soins à recevoir ; construire soi-même son projet de soins ; participer de manière significative aux soins et aux services.

Pour Crane-Ross et ses collaborateurs (2006, p.142), l’*empowerment* au niveau des services de soins, c’est *« la mesure dans laquelle les usagers participent aux décisions du service et le niveau de réciprocité et de respect dans la relation avec leurs soignants [case managers] »*. Ces auteurs ont examiné les effets directs et indirects de l’*empowerment* au niveau des services sur quatre indicateurs de rétablissement : qualité de vie, fonctionnement, symptômes autodéclarés et symptomatologie décrite par les professionnels. Ils ont constaté que la perception de l*’empowerment* de la part des usagers a été le facteur prédictif le plus puissant parmi les quatre indicateurs. Jormfeldt et ses collaborateurs (2008) ont observé un lien direct entre le niveau d’*empowerment* de l’usager et son évaluation de son état de santé. De même, Barrett et ses collaborateurs (2010) ont constaté que l’*empowerment* des usagers est un médiateur de la relation entre le traitement et la satisfaction à l’égard des services de santé mentale.

* La solidité du réseau social est positivement corrélée avec l’*empowerment* des personnes atteintes de schizophrénies et vivant en milieu ordinaire (Bengtsson-Tops, 2004). Sibitz et ses collaborateurs (2011) ont constaté que le niveau d’*empowerment* influençait la qualité de vie des patients diagnostiqués avec la schizophrénie. Le fait d’avoir un faible réseau social était associé à un manque d’*empowerment* et à une stigmatisation accrue, ce qui augmentait la dépression et diminuait la qualité de vie. Ils ont conclu que les services de santé mentale qui se concentraient sur l’amélioration du réseau social, la réduction de la stigmatisation et surtout le développement de l’*empowerment*, étaient susceptibles de réduire la dépression chez les patients atteints de psychose et d’améliorer leur qualité de vie.
* Lecomte (1999) observe une augmentation des stratégies d’adaptation active chez les usagers des services ambulatoires qui ont participé à un groupe de travail se fondant sur l’*empowerment* pour améliorer l’estime de soi.
* Pour Ware (1999), reconnaître les points forts des participants améliore les résultats dans le domaine du logement et de la vie autonome : il a constaté qu’un projet novateur sur le logement, avec une approche basée sur un travail de reconnaissances des forces de chacun, a mené à des progrès significatifs en termes d’autonomie dans la vie quotidienne. L’intervention soulignait la relation entre l’autogestion du groupe, l’accès aux ressources financières et un moindre besoin d’accompagnement professionnel.

*Cet encadré est extrait du chapitre « Empowerment : Keys Concepts and Evidence Base » in Ryan, P. ; Roman, S ; T (2012) (dir.). Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health, Towards a new paradigm, UK, Palgrave Macmillan, p.135-145.*

**La mise en œuvre passe par :**

- un accompagnement centré sur les ressources de la personne

- le développement du travail en groupe

- le développement du travail en réseau

- le développement des pairs-aidants

Il est essentiel de mettre un adjectif après le « pair-aidant » pour rendre lisible sa fonction et son rôle (ex : pair-aidant accueillant, pari-aidant représentant…)

Nous devons aller plus loin vers le concept d’empowerment.

#### un accompagnement centrE sur les ressources de la personne : Stephane voinson, directeur et psychologue

L’accompagnement à Espoir 54 repose sur un accompagnement centré sur les ressources de la personne. Il s’agit là d’une technique qu’il faut acquérir. En développant cette technique le professionnel renforce sa professionnalisation par un savoir, un savoir-faire et être qui placent l’autre dans une position d’acteur de sa vie dans un espace social défini. L’adhérent usager devient un partenaire doué d’une autonomie et de compétences suffisantes pour piloter sa vie.

Il s’installe alors un travail en réseau entre lui et l’accompagnateur. Cette méthode, si elle est complexe pour le professionnel qui peut s’interroger sur sa mission, permet à l’adhérent usager de retrouver une place de sujet dans la relation à l’autre. Un espace de médiation est alors créé, lui permettant ainsi d’expérimenter l’acquisition d’habilités nouvelles. Cette technicité est indispensable pour faire vivre l’empowerment.

# i.5) vers une véritable politique de sante mentale

***Dans le projet "Service de transition" le professeur SCHWAN et Espoir 54 ont écrit :***

*La fin de la période asilaire est marquée par une réduction continue des lits et de la durée d’hospitalisation en psychiatrie. L’hôpital psychiatrique mue progressivement de l’asile vers un établissement de santé ayant des unités ouvertes en disposant de moyens thérapeutiques de plus en plus efficaces et spécialisés.*

*Depuis les années 2000, la pression économique a profondément modifié la mission hospitalière en psychiatrie. Aujourd’hui, les soins hospitaliers en psychiatrie sont réservés essentiellement aux situations aigues. Ceci est en cohérence avec les recommandations internationales qui préconisent que les séjours hospitaliers devraient être aussi brefs que possible et orientés vers une réinsertion et une réhabilitation précoces dans la cité.*

*Parallèlement, les unités d’hospitalisation se spécialisent de plus en plus soit suivant l’âge, les diagnostics, la psychopathologie ou encore la position dans le parcours de soins (urgences, soins hôpital-ambulatoires aigus, réhabilitation) ou par le statut médico-légal.*

*Cette évolution implique pour les patients une augmentation du nombre de changements ou de transitions d’un lieu de soins à un autre, accompagnée inéluctablement d’un changement d’un intervenant à un autre.*

*Une de ces situations de transition est la sortie de l’hôpital qui peut être particulièrement difficile pour le patient.*

*De nombreuses études ont montré que la sortie de l’hôpital constitue une période de crise pour les patients, accompagnée par ailleurs d’une augmentation du risque suicidaire qui est multiplié par cent dans la semaine qui suit la sortie.*

*De plus, les périodes de passage entre l’hôpital et le suivi ambulatoire sont particulièrement un risque de rupture et de discontinuité des soins avec comme conséquence des réhospitalisations précoces ou encore pire une désinstitutionalisation inappropriée.*

*L’absence d’un bon management de ces passages et l’absence d’un accompagnement rapproché des patients conduisent trop souvent à une rupture des soins induisant une chronicité qu’on peut qualifier comme iatrogène. Ce risque concerne en particulier les patients les plus malades ayant des pathologies psychiatriques chroniques lourdes et avec un faible soutien de l’entourage ainsi que les jeunes qui accumulent d’autres difficultés.*

*Déjà dans les années 2000, l’équipe de BOYEUR et collaborateurs ont montré que la rupture ou la discontinuité des soins entre l’hôpital et les structures ambulatoires, et le risque d’une réhospitalisation précoce, seraient davantage liés aux caractéristiques du système de soins qu’à celles du patient ou encore à la sévérité du trouble psychiatrique.*

*Sous l’impulsion de la loi HPST et par la nécessité de proposer des soins hautement spécialisés, le principe strict de la sectorisation a été modulé : en partant des secteurs de proximité pour une population d’environ 80 000 personnes vers une approche par pôle pour des territoires couvrant entre 200 000 et 300 000 patients. Et finalement un autre facteur de transformation puissant de l’organisation des soins psychiatriques est l’évolution des droits des patients. Les patients et leur famille souhaitent et ont le droit de participer activement à l’élaboration de leur projet de soins et de leur projet de vie.*

*Le devoir éthique des professionnels est de rentrer dans une approche de décision partagée et de prendre davantage en considération les besoins sociaux du patient et l’intégration dans la cité.*

*Cependant la mission même de l’hôpital psychiatrique avec des soins intensifs spécialisés et condensés sur une courte durée compromet inéluctablement le recours systématique à une élaboration des projets concrets dans la vie quotidienne du patient. De plus, les difficultés rencontrées par les patients au moment du retour dans la communauté ne sont pas toujours identifiables dans le milieu protégé de l’hôpital.*

*La conséquence est souvent une réhospitalisation précoce des patients induisant une souffrance individuelle et un coût important pour la société.*

*On peut affirmer que les ré-hospitalisations sont souvent la conséquence d’un manque de prise en compte de la complexité d’un passage entre un espace soignant et protecteur qu’est l’hospitalisation et un espace complexe et anxiogène qu’est la vie au cœur de la cité.*

*Pour favoriser ce passage, il faudra éviter les ruptures dans le parcours de soins, éviter les incohérences dans les accompagnements et développer un travail en réseau pour mettre en place un étayage rassurant, contenant et ouvert. Il faudra soutenir l’environnement et permettre à la personne d’acquérir des habiletés psycho-sociales pour utiliser au mieux les acteurs du réseau tant au niveau médical (CMP, Médecins généralistes) que social et environnemental.*

*Le présent projet peut finalement être résumé de manière suivante :*

***Objectifs :***

*Il s’agit de s’assurer que l’amélioration clinique obtenue à l’hôpital se poursuive après l’hospitalisation et se traduise dans une amélioration des capacités fonctionnelles permettant ainsi une meilleure intégration dans la cité.*

***Promouvoir une réhabilitation précoce****:*

*- Réduire le risque de passage à l’acte suicidaire.*

*- Prévenir la recrudescence de la symptomatologie.*

*- Favoriser la continuité des soins entre l’hôpital, le réseau de soins ambulatoire et la cité.*

*- Favoriser la réinsertion sociale et les liens sociaux du patient dans son milieu.*

*- Diminuer les ré-hospitalisations.*

# I.6) Le travail en reseau

**Article de référence publié dans la revue CCAH par Stephane Voinson :**

*«****Les outils de coordination en lien avec les parcours de vie et de soin des personnes en situation de handicap d’origine psychique.***

*L’expérience nous a montré la plus-value du travail en réseau dans le secteur du médico-social. Mais pour le handicap d’origine psychique qui par définition est en lien avec une pathologie psychiatrique, il est indispensable. La cohérence des partenaires doit permettre de contenir des symptômes psychiatriques tels que le morcellement et la dissociation. Réhabilitation, rétablissement et soin forment cette paroi contenante car souple mais fixe aux extrémités. Le soin s’appuie sur le médico-social pour prévenir les rechutes en créant un espace de vie structurant. La réhabilitation s’enracine sur les fondations du soin. La mise en place des ARS doit mettre fin au clivage entre sanitaire et médico-social ; il nous faut maintenant passer de l’incantation à la réalité pour lutter contre les ruptures dans les accompagnements.*

*Toute notre attention doit être apportée dans les passages de relais, que ce soit lors des hospitalisations ou lors des sorties d’hospitalisations. Il est indispensable que le premier acteur du réseau c’est-à-dire la personne, puisse savoir sur qui s’appuyer lors de périodes difficiles afin d’éviter une accentuation de sa problématique. Sans un espace rassurant, la personne en situation de handicap d’origine psychique se repliera, s’enfermera pour finir dans une grande solitude, oubliée du monde.*

*Trop souvent, en raison d’une culture professionnelle ou par manque de moyens, les acteurs du sanitaire et du médico-social se replient sur ce qu’ils appellent leur cœur de métier. Pourtant, c’est en créant un espace de médiation que l’on permettra de développer une action préventive, au service de la personne.*

*Néanmoins, le travail en réseau ne se décrète pas, il se construit. Il devient indispensable que sur chaque territoire, les acteurs du sanitaire et du médico-social et du social puissent se rencontrer pour échanger sur leurs compétences et leurs complémentarités. Il devient essentiel que les personnes en situation de handicap sachent à tout moment qu’elles peuvent contacter une personne de confiance qui fera le lien avec le réseau. Il sera parfois nécessaire que ce coordinateur soit un acteur du soin, parfois un travailleur social, ou un acteur du médico-social, voire**la famille. Les relais devront se faire en toute transparence et en toute confiance.*

*Créer des outils de coordination, ce n’est pas créer une nouvelle « machine à gaz », c’est apprendre à travailler ensemble sans s’enfermer et sans enfermer l’autre dans ses préjugés, se dire simplement qui fait quoi, à quel moment tout en acceptant les limites de l’autre.*

*Travailler en réseau autour du projet de vie de la personne c’est donner vie à un esprit de solidarité et de fraternité.*

# I.7) L’Insertion professionnelle

En attente de la proposition de DIMO.

La question de l’insertion professionnelle des personnes reconnues en situation de handicap d’origine psychique s’inscrit dans différentes dimensions qui tout à la fois se confondent, se prolongent, s’influencent et parfois aussi s’excluent.

Une première dimension concerne bien entendu les cadres officiels dans laquelle cette problématique s’inscrit : la loi de Février 2005, posant le principe de « l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), publié par l’OMS et nouvelle norme internationale pour décrire et mesurer la santé et le handicap.

Désormais, en effet, les troubles psychiques sont abordés selon un angle d’approche nouveau, modélisés selon une grille de lecture identique pour toutes les causes de déficiences des différentes fonctions : la CIF. Celle-ci est, en effet, la référence mondiale pour la définition et la compréhension des situations de handicap et c’est sur elle que la loi de 2005 prend explicitement son appui. Dans ce cadre, chaque trouble est traduit en une déficience de fonction et il est donné à l’environnement un rôle majeur quant à la limitation d’activité et la participation sociale des personnes.

La question de l’insertion professionnelle des personnes en proie à des troubles psychiques trouve donc ici un certain nombre de points de repère qui doit guider à la fois les pratiques et les perspectives d’action dans la société :

* En premier lieu, il est mis à disposition des professionnels de l’insertion un guide d’évaluation, permettant de mettre en rapport des limitations d’activité (liées à certaines déficiences des fonctions psychiques) avec différentes caractéristiques de l’environnement considérées soit comme obstacles, soit comme facilitantes. Cela permet tout à la fois de poser les prérequis indispensables à l’insertion professionnelle en milieu ordinaire (ressources attentionnelles, capacités cognitives, compétences relationnelles, potentialités physiques, etc.), d’envisager un travail d’éducation, de rééducation ou de réhabilitation psychosociale (pour amener la personne à « gagner du terrain » sur ses difficultés) ou encore d’établir des pistes d’aménagement de la situation de travail. L’accent est alors mis sur la responsabilisation de l’« usager » quant à son projet d’insertion professionnelle ou de maintien dans l’emploi et sur le besoin de la participation, voire de l’implication, de l’ensemble des partenaires constitutifs de l’environnement.
* En second lieu, c’est la société elle-même que cette classification invite à interroger et à bousculer. Après tout, n’est-il pas stipulé, comme obstacles caractéristiques à l’insertion professionnelle des personnes « aux fonctions déficientes », des critères tels que les politiques en faveur de l’emploi et de la formation professionnelle ou encore les attitudes[[2]](#footnote-2)1de la population face à certaines de ces déficiences ? Aussi, il est à comprendre que la nouvelle conceptualisation tente également de redéfinir les rapports que la société entretient avec le handicap, et plus précisément ici, les rapports que nous entretenons avec la maladie mentale.

C’est sur cette logique que se construisent les pratiques dans les différents espaces d’accompagnement vers ou dans l’emploi, qu’ils soient spécifiques, comme le service DIMO, généralistes, comme Pôle Emploi ou le réseau Cap Emploi, ou intervenant dans une position différente, comme les centres de formation ou encore les entreprises.

Ainsi, si d’une manière générale, le professionnel doit s’attacher à déterminer les éléments classiques d’une démarche d’insertion (comme les goûts professionnels, les antécédents de travail, les compétences et qualités spécifiques ou encore les capacités intellectuelles, relationnelles ou, pourquoi pas, de leadership), il doit également, dans un même temps, nuancer ces éléments par les caractéristiques des limitations d’activité liées à la déficience, par le repérage des différents éléments pouvant entrer en résonance avec certains traits de la pathologie et par les possibilités d’aménagement d’une situation de travail déterminée.

Enfin, comme la loi nous y invite, l’identification du projet et ses conditions de réalisation doivent s’appuyer sur les outils et les environnements, dits de droit commun, que l’on doit s’atteler à rendre accessibles. Cela est devenu d’autant plus important qu’Espoir 54 n’est pas le coordinateur du parcours professionnel. Il intervient ponctuellement en lien avec le prescripteur.

Enfin, notre travail dépend du cahier des charges de l’AGEFIPH qui nous donne une place d’expert sans nous confier la coordination du parcours professionnel.

Espoir 54, à travers sa fédération, lutte contre le morcellement des accompagnements pour un public souffrant de cloisonnement.

# I.8) le sentiment d’utilité sociale

Nous pourrions nous dire que la personne ayant développé des compétences dans la gestion de la maladie et les actes de la vie quotidienne a tous les éléments nécessaires pour vivre sa vie de façon satisfaisante. Ce à quoi les usagers de l’association peuvent répondre : « oui, mais pour quoi faire ? »

Lorsqu’on leur donne la parole, l’idée de se sentir utile socialement revient souvent. Cette notion, que l’on peut nommer sentiment d’utilité sociale, est définie collectivement par l’ensemble des usagers sollicités : « il s’agit de mobiliser ses compétences pour apporter un soutien, une aide à une personne ou un groupe de personnes à l’extérieur des services d’accompagnement, pour retrouver une place d’acteur dans la société et redonner un « sens à sa vie ».

En effet, il semble qu’à ce moment de leurs parcours, lorsque tous les axes de travail autour de la gestion de la vie quotidienne ont été travaillés, une fois les compétences et l’autonomie acquises, les personnes accompagnées se questionnent sur leur utilité et ressentent le besoin de donner un sens à leur vie afin d’avoir le sentiment que les efforts fournis précédemment n’auront pas été vains.

Le sentiment d’utilité sociale contribue au maintien d’une bonne santé mentale, c’est pourquoi il s’agit d’une notion chère aux professionnels de l’association. Enfin, cette notion est à rapprocher de celle de rétablissement. Il est aisé de comprendre que le rétablissement d’une personne n’est possible que dans un contexte où l’individu peut être acteur, non seulement de ses soins, mais aussi et surtout de sa propre vie. Il existe ainsi plusieurs outils (ex : bénévoles intérim) qui permettent de répondre à une demande d’engagement dans un travail ou des activités significatives dans la collectivité. Enfin, la création d’un contexte de soutien favorise le développement de la confiance en soi, de l’estime de soi, de l’espoir d’un avenir heureux, et de la confiance et du respect d’autrui.

# I.9) L’accueil et l’entraide au sein des gem

La finalité d’un GEM est de « devenir une association de type loi 1901, gérée et administrée par les usagers », ce qui a été atteint. L’objectif principal est d’aider une population souffrant plus particulièrement d'isolement et d'exclusion sociale en instaurant des liens sociaux réguliers entre pairs et avec le reste de la cité. Par le biais des GEM, il s’agit de faire « exister » la population des personnes connaissant des troubles psychiques, reconnus ou non, et qu’elles aient choisi ou non de faire reconnaître ce handicap. Il s’agit également d’informer la collectivité sur la vraie nature des droits des personnes dites « en situation de handicap d’origine psychique » par des actions comme les Semaines d’Information sur la Santé Mentale (SISM).

Compte tenu de la fragilité des personnes, l'association GEM doit être parrainée par une autre association.

Espoir 54 parraine trois Groupes d’Entraide Mutuelle.

Un GEM (Groupe d’Entraide Mutuelle) est un espace d’accueil, d’échanges, de rencontres et de convivialité ouvert sur la ville pour des personnes adultes souffrant de fragilités psychiques, avec ou sans reconnaissance de handicap par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Il doit apporter un bien-être à tous dans un esprit de respect d’autrui, d’entraide et de tolérance. Les interactions au sein du groupe sont essentielles et l’entraide par les pairs est un tremplin à la resocialisation.

Les membres d’un GEM sont de réels promoteurs de la santé mentale et changent les représentations sociales sur le handicap d’origine psychique.

 L’objectif principal d’un GEM est de rompre l’isolement des personnes concernées. A partir de là, elles vont pouvoir tisser des liens, reprendre confiance en elles, créer de l’entraide, bénéficier d’un soutien moral, acquérir une autonomie sociale.

 Le GEM est constitué en association gérée par un bureau élu par un Conseil d’administration, lui-même élu par ses adhérents au cours de l’Assemblée Générale. Il dispose de ses propres statuts et de son propre règlement intérieur, en cohérence avec la philosophie d’Espoir 54.

Les membres portent des activités collectives et les mènent à bien avec le soutien de tous.

Chacun des trois GEM parrainé par Espoir 54 est doté d'un local, d'un personnel d'encadrement salarié, formé au métier d’animation sociale et/ou culturelle. L’association gestionnaire est Espoir 54 Gestion.

Tous les GEM fondent principalement leurs activités sur le partage d’ateliers, de sorties, de projets, soutenus par l’axe principal de l’entraide entre pairs (prendre des nouvelles des uns et des autres ; visites hospitalières ; aide ponctuelle dans la vie quotidienne ; co-voiturage ; échanges de compétences ; liens de connaissances voire d’amitiés ; écoute ; conseil ; soutien, ...)**. Le GEM peut aussi être un lieu d’éducation populaire dans la mesure où il apporte des outils à un public spécifique, pour qu’il comprenne le monde qui l’entoure et contribuer ainsi collectivement à son évolution.**

Les professionnels sont présents pour accompagner les personnes dans leurs envies, dans la réalisation des projets qu’elles initient, dans la construction, la compréhension et la gestion d’une association. L’objectif est de former des membres de l’association à la gestion de celle-ci.

Le GEM doit s'efforcer d'être une passerelle vers la réinsertion sociale de personnes vulnérables et désocialisées.

Les adhérents s'engagent à participer à la vie du groupe et dans la mesure du possible à s'ouvrir en direction d'une participation plus large à la vie de la cité.

Pour remplir sa mission spécifique d'entraide et d'accompagnement des personnes, le GEM tisse un réseau partenarial avec la communauté environnante.

Ses interlocuteurs sont en particulier la commune du lieu d'implantation, les Centres Médico-Psychologiques, la psychiatrie libérale et de secteur, les organismes d'HLM, les organismes de formation, les services d'aide à l'emploi, les organismes culturels, les associations diverses, ...

**Textes de référence officiels accompagnent les GEM dans leur évolution :**

* La circulaire NDGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005 : elle fixe les modalités de conventionnement et de financement des GEM.
* La circulaire NDAGS/3B/2007 du 30 mars 2007 : elle dresse un premier bilan de l’installation et du financement GEM et apporte des clarifications.
* L’instruction NDGAS/SD3B du 20 mai 2008 : elle présente le bilan 2005-2007 de la mise en place des GEM et apporte des clarifications.
* Le récapitulatif du 07 juillet 2009 : il présente la délégation de crédits 2009 répartie pour les GEM dans le cadre du programme 157, Handicap et dépendance.
* Cahier des charges du 27/06/2019

### L’équipe professionnelle des GEM

**Elle est composée de :**

* Animateurs coordinateurs
* Animateurs

**L’ensemble des professionnels du GEM possède une formation initiale ou une expérience dans le domaine de l’animation sociale et/ou culturelle.**

**Les GEM sont des associations autonomes parrainées par Espoir 54 c’est pourquoi les professionnels sont employés par Espoir 54 gestion, qui les met à disposition.**

**F**

**Comme**

**FONCTIONNEMENT**

# F.1) Fonctionnement INSTITUTIONNEL

## F.1.1) Le Conseil d’administration

Le Conseil d’Administration (CA) est composé de membres qui sont administrateurs, élus lors des assemblées générales (sauf lors de la création puisque le CA est constitué par les membres fondateurs). Les administrateurs sont les représentants de l'association dans tous les actes de la vie civile. Les membres de droit ou Membres du bureau peuvent en faire partie. Ils sont chargés d'assurer le bon fonctionnement de l'association et l'application des décisions prises lors des Assemblées Générales. Les statuts stipulent leur nombre, la durée des mandats et leur mode de renouvellement. Le CA peut se réunir plusieurs fois par an et il établit un procès-verbal lors des réunions.

## F.1.2) Les réunions des membres du bureau

Le Bureau, c’est l’instance de gouvernance de l’association, il détient un pouvoir décisionnel de l'association. Composé de membres appelés membres du bureau ou membres de droit, ils font aussi partie du Conseil d'Administration.

**Sa composition :**

* Un président, dirigeant et représentant de l'association,
* Un vice-président,
* Un secrétaire, chargé du fonctionnement administratif,
* Un trésorier, chargé de la gestion financière,
* Des chargés de projets
* Le directeur avec un avis consultatif

## F.1.3) Les assemblées générales

L'Assemblée Générale ordinaire se tient une fois par an et réunit l’ensemble des adhérents. Y sont également invités : les usagers, les bénévoles, les professionnels et les partenaires. Les statuts déterminent le type de membres appelé aux AG, les droits de votes éventuels.

Les administrateurs (membres du CA) informent les adhérents de la gestion de l'association (rapport moral de la Présidente, rapport d’activité, rapport financier et rapports du Commissaire aux comptes). Ces rapports sont soumis aux votes des membres présents ou représentés. A l’issue de ces votes sont présentées les perspectives de l’année à venir.

Les dispositions statutaires précisent l’organisation de l’assemblée générale.

D’autres questions portées à l'ordre du jour et concernant la vie de l'association peuvent être soumises à l'avis de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour est établi par le Conseil d'Administration, mais les questions non inscrites sont acceptées si elles sont jugées opportunes. Sans être obligatoire, il convient d'établir un [procès-verbal](http://www.associanet.com/docs/ag-convoc.html) des Assemblées qui est un élément de référence en cas de litige.

Une Assemblée Générale extraordinaire peut être réunie sur convocation, à n'importe quel moment, pour traiter de questions urgentes et importantes, notamment les modifications des statuts, nouvelles orientations, voire dissolution de l'association...

Généralement l’organisation est similaire à une AG sauf dispositions statuaires ou réglementaires spécifiques.

## F.1.4) Le management

Le management du dispositif et de ses acteurs est un des éléments clés du développement du projet et de la mission de l’établissement. Il relève d’abord de la responsabilité du directeur et concerne :

**⮚ Responsabilité du directeur**

• la mise en place de repères, en lien avec les missions, les obligations propres de l’établissement,

• la dynamique de formulation des projets et la mise en œuvre effective,

• l’exigence de l’évaluation,

• l’association de chaque acteur interne aux démarches qui s’élaborent dans une visée de dynamique de recherche et de changement.

**⮚ Examen des démarches aux différents niveaux**

• la gestion des ressources humaines (une politique de formalisation des missions et des rôles, une politique régulière de réflexion et d’évaluation, des délégations effectives, constantes ou ponctuelles, une politique de formation continue intégrant les besoins individuels et collectifs),

• la mise en place d’un management de projets dans les différents secteurs, avec la formalisation de responsabilités particulières,

• une politique de communication interne permettant des informations transversales et la prise en compte des préoccupations, des propositions de chacun,

• une politique de relation externe venant sans cesse équilibrer la tendance au repli sur soi ou à l’inverse la tendance à l’omnipotence.

**⮚ Procédures mises en place**

Des entretiens annuels avec chaque membre du personnel lors desquels sont abordés les satisfactions ou difficultés dans l’exercice professionnel, les besoins de formation, les souhaits de progression ou mobilité interne.

**⮚ Entretiens annuels d’objectifs**

Chaque salarié se voit proposer un entretien annuel d’objectif : le supérieur hiérarchique direct mène l’entretien et est garant de la méthodologie à appliquer. Il peut proposer également des entretiens intermédiaires permettant de mesurer l’état d’avancement dans les objectifs à tenir et/ou permettant de soutenir le salarié dans les étapes difficiles.

**⮚ Les fiches de postes et les grilles de salaire**

Un poste est un ensemble de situations de travail individuelles et localisées, occupé par une personne. Chaque salarié occupe un poste au sein de l’association et possède une fiche de poste.

La fiche de poste est un outil de communication qui permet un dialogue personnalisé entre un supérieur hiérarchique et son collaborateur (le responsable hiérarchique indique ce qu’il attend du poste ; le titulaire expose comment il comprend le poste).

En 2019, un gros travail a été fait sur les fiche de postes pour les faire évoluer en tenant compte de l’évolution des métiers et de la structure ;

La démarche a été la suivante

Ce travail a placé l’ensemble des salariés au cœur du processus de réflexion, et a été divisé en 3 grandes étapes :

Tout d’abord un questionnaire, portant principalement sur la question des missions et des compétences propres à chacun, et abordant également la problématique de la complémentarité entre les postes.

A ensuite eu lieu une première session d’entretiens, découpés par services (SAVS, SAMSAH, GEM, RH & Comptabilité, service administratif, …). Y a été approfondie l’étude des missions et compétences, ainsi que des responsabilités qui en découlent.

Pour terminer, une seconde session d’entretiens a été réalisée afin d’étudier les complémentarités qui existent, ou non, entre les différents services. Pour cela, un autre découpage a été adopté, avec une personne de chaque service (un administratif, un animateur GEM, un membre du DIMO, …) lors des 4 sessions menées à Lunéville, Toul, Nancy et Longwy.

**Vous en trouverez un exemplaire en annexe.**

## F.1.5) Les réunions de direction

Elles sont animées par le directeur et y participent les cadres de direction.

Elles sont destinées à la prise de décisions générales et stratégiques concernant le fonctionnement institutionnel des établissements dont certaines nécessitent une validation des instances associatives. Elles permettent également l’ajustement des éléments du projet institutionnel avec les projets de service, une communication interne inter établissements et permet la résolution de problèmes précis.

## ****F.1.6) Le pôle administratif****

**Il est composé de :**

* Directeur
* Directeur adjoint administratif et financier
* Chef comptable
* Responsable ressources humaines
* Gestionnaire des ressources humaines
* Assistante de direction
* Secrétaire médicale
* Secrétaires
* Agent administratif
* Un agent d’entretien
* Un agent de maintenance.

Il est à noter que l’ensemble du personnel administratif est mis à disposition par Espoir 54 Gestion.

Le service administratif, financier et technique est un service au cœur de tous les services, tourné également vers l’extérieur tant par les relations avec les partenaires (financiers ou non) qu’avec les fournisseurs ou les familles.

Le service administratif, financier et technique a pour mission de tout mettre en œuvre pour répondre au mieux aux directives définies par la structure. Que ce soit dans la coordination des informations liées aux dossiers de financements, dans la gestion financière et administrative, dans l’accueil des personnes, ou dans la gestion matérielle des différents sites, toute action se fait en lien avec les autres services afin de répondre au mieux aux objectifs fixés par les organes décisionnaires de structure et ce dans le respect des règles éthiques (respect et confidentialité) et financières (respect des principes comptables et règlementaires du code du travail, respect des règles dictées par nos financeurs).

**Ces professionnels exercent tous dans la spécificité de leur métier, et aussi avec une visée pédagogique auprès des usagers.**

## F.1.7) L’organigramme

Il est important de pouvoir concilier :

- réalité économique

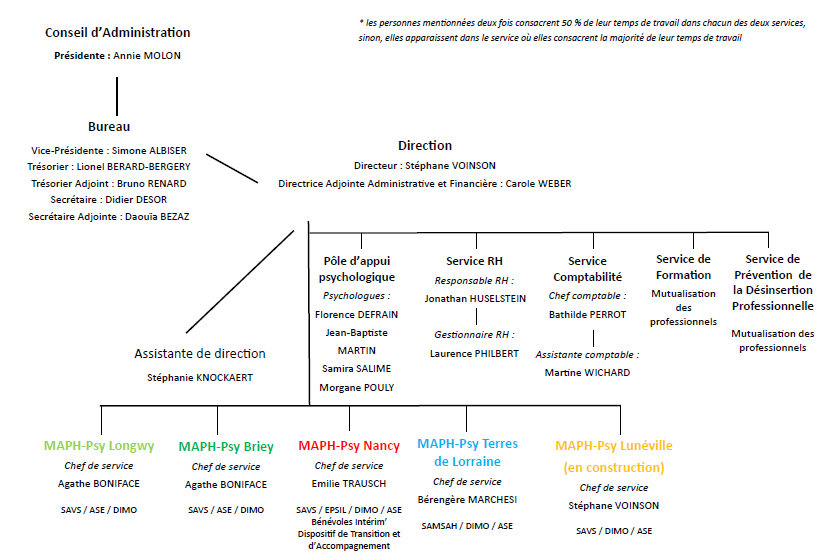
- qualité et innovation des modèles pédagogiques

- réalité des territoires

⮱ C’est pourquoi nous avons créé le concept de MAPH-Psy qui doit avoir une grande autonomie dans son fonctionnement pour répondre aux besoins de son territoire tout en ayant le souci de partager ses expériences dans le but de mutualiser les bonnes pratiques. Cette responsabilité est principalement portée par le Pôle d’appui psychologique.

⮱ C’est pourquoi nous avons créé Espoir 54 Gestion qui doit permettre de mutualiser des compétences professionnelles à moindre coût.

Le nouvel organigramme doit être fait



## F.1.8) Les réunions statutaires avec les représentants du personnel (Comite social et économique)

Espoir 54 et Espoir 54 Gestion sont réunies au sein d’une Unité Economique et Sociale (UES). Par conséquent, il y a un Comité Social et Economique (CSE) à Espoir 54, un à Espoir 54 Gestion et un Comité Social et Economique Central (CSEC).

Ces instances sont composées de l’employeur qui est Président de droit et des Membres élus. En fonction de la loi des personnalités extérieures pourront participer aux réunions. Ces réunions ont lieu une fois par mois.

## F.1.9) Politique sociale de l’établissement

### Le plan de formation

Il s’agit d’un outil stratégique pour le développement de l’établissement. Il est la traduction opérationnelle de la politique de formation de l’établissement. C’est un document contractuel qui lie les différents acteurs concernés : la direction, les responsables impliqués dans sa construction, le service formation, les futurs stagiaires et les représentants du personnel. Il décrit les objectifs à atteindre par la formation, les actions à mettre en œuvre, la planification et le chiffrage.

L’élaboration du plan de formation est assurée sous la responsabilité pleine et entière de l’employeur, après consultation des représentants du personnel.

Le plan de formation peut comporter deux types d’actions :

* Actions visant à assurer l’adaptation du salarié au poste de travail ou liées à l’évolution ou au maintien dans l’emploi au sein de l’établissement ;
* Actions ayant pour objet le développement des compétences des salariés.

A Espoir 54, le plan de formation est évoqué au regard du dialogue social : il s’agit de toutes les actions de formation engagées au sein de l’établissement, qu’elles soient à l’initiative de l’employeur ou du salarié. Elles sont soumises à l’avis du CSE et validées par l’équipe de direction.

Au-delà des actions de formations engagées dans le cadre du plan, Espoir 54 affirme une volonté de proposer et promouvoir d’autres types de formations courtes en direction des bénévoles, des usagers et des salariés (ex : colloques, séminaires, autoformations, …).

### La mutuelle de groupe

Depuis 2009, l’association a souscrit une mutuelle de groupe auprès d’Harmonie Mutuelle, ainsi, chaque nouveau salarié bénéficie d’une couverture mutuelle.

## F.1.10) EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Chaque année doit être rédigé avec le CSE un document évaluant les risques professionnels. Ce document comporte :

* L’analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs, à savoir l’identification des dangers liés aux équipements ; substances ; méthodes de travail, … qui peuvent causer un dommage,
* L’inventaire et le classement des risques,
* Les résultats de l’analyse des risques,
* Le suivi de la démarche de prévention et de propositions d’actions.

Ce travail se fait en lien avec les membres du CSE. Il reprend tous les ans l’ensemble des accidents du travail pour en analyser les causes et dans la mesure du possible réajuste son DUERP.

# F.2) FONCTIONNEMENT D’UNE MAPH-PSY

## F.2.1) Le concept de MAPH-Psy

La MAPH-Psy est un concept qui nous permet d’être identifiés sur le terrain par les usagers susceptibles d’être accompagnés, les familles ainsi que par les acteurs de la psychiatrie, du social, de l’emploi et du médico-social. Ainsi, les fondements de la MAPH-Psy reposent sur la complémentarité et le dynamisme des services et l’alternance entre l’individuel et le collectif, au sein d’un même lieu tout en restant implanté au cœur de la cité.

La MAPH-Psy est une pépinière qui travaille sur la complémentarité et la souplesse du travail en réseau pour favoriser la mise en œuvre du projet de vie de la personne. Par cet outil, nous souhaitons montrer l’importance de la coordination des parcours pour éviter le morcellement des prises en charge des personnes en situation de handicap psychique. Ainsi une équipe pluridisciplinaire est présente sur le même site. L’orientation en interne entre les espaces collectifs de l'association et les services d’accompagnement se font plus facilement.

De plus, à travers le Conseil de MAPH-Psy, nous développons le partenariat entre professionnels, bénévoles et usagers.

Afin de coordonner au mieux le parcours de la personne accompagnée, il est essentiel de favoriser la complémentarité entre les services et d’avoir une identité reconnue et unique pour les autres partenaires impliqués dans le projet de vie de la personne. **Moins il y a de morcellements dans l’accompagnement, moins il y a d’interlocuteurs, moins il y a de contraintes en termes d’espaces et d’appropriation de lieux et plus l’accompagnement est bénéfique.**

L’agencement des locaux permet d’avoir à la fois des espaces d’accompagnement en individuel ainsi que des espaces collectifs. Regroupés **sur un même lieu** **mais dans des parties bien distinctes et clairement identifiées dans l’espace**, il est plus facile pour les personnes fragilisées par la maladie psychique de bénéficier d’un soutien à la fois personnalisé et individuel et d’accéder à des activités en groupe, nécessaires à la création de lien social et à l’ouverture sur la cité.

En étant sur un même lieu, les personnes peuvent travailler de manière approfondie sur leur projet de vie notamment sur leurs difficultés personnelles. Un tel accompagnement peut permettre de prendre en compte ce qu’on appelle la non demande en utilisant la dynamique de groupe et l’entraide par les pairs.

## F.2.2) Les objectifs d’une MAPH-Psy

Les objectifs des Maisons de l’Accompagnement des Personnes en situation de handicap d’origine PSYchique sont :

- Créer une synergie autour du projet de vie des personnes

-Favoriser la continuité des parcours

- Favoriser et développer le travail en réseau tant interne qu’externe

- Développer la complémentarité entre professionnels, bénévoles et usagers

- Expérimenter la citoyenneté pour les bénéficiaires.

**Cet outil que nous avons expérimenté depuis plusieurs années répond avant l’heure à l’esprit du Rapport PIVETEAU : pour aller vers une réponse accompagnée pour tous.**

## F.2.3) Les services et dispositifs présents au sein des MAPH-Psy

A ce jour nous ne retrouvons pas tous les services dans chaque MAPH-Psy. Il nous faudra tout mettre en œuvre pour y arriver dans les 5 ans à venir, pour permettre une égalité de traitement entre les citoyens de Meurthe-et-Moselle.

* **Le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale** (SAVS)
* **Le Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés** (SAMSAH)
* **Le Dispositif d’Insertion en milieu Ordinaire de travail** (DIMO)
* **Les Mesures d’Appuis Spécifiques**
* **Le dispositif de transition et d’accompagnement**
* **Le dispositif d’accompagnement dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle** (PDP)
* **Le dispositif EPSIL** (Equipe Pluridisciplinaire dédiée aux Situations d’Incurie dans le Logement)
* **Le dispositif Bénévoles Intérim**
* **Le service formation**
* **Les Groupes d’Entraide Mutuelle : un partenaire clef**

## F.2.4) Le trépied d’Espoir 54

Il nous a semblé essentiel de consacrer un chapitre aux droits et devoirs des usagers dans notre association.

De plus, si Espoir 54 est une association gestionnaire de service, elle est aussi par son agrément régional représentante des usagers.

Cette double richesse nous permet d’associer les usagers à la vie des services et de l’association.

Espoir 54 a été plus loin que le demandait la loi de 2002-2.

Espoir 54 est constitué de trois collèges :

⮱ Le collège des bénévoles

⮱ Le collège des professionnels

⮱ Le collège des usagers.

L’idée est de travailler dans un esprit de complémentarité tout en respectant la mission et les possibilités de chacun, c’est ce que l’on appelle le trépied.

### Les usagers AU SEIN DES MAPH-PSY

Nous ne revenons pas sur le fait que les usagers sont représentés avec droit de vote au CA d’Espoir 54 et qu’ils puissent également occuper un poste au Bureau d’Espoir 54.

Ils interviennent également dans les commissions d’Espoir 54 et dans les temps de formation et d’information de nos partenaires et au cœur de la cité.

Un exemple : les recrutements.

En effet, la tradition d’Espoir 54 veut que dans tous les jurys de recrutements de professionnels un usager puisse être présent.

Toutefois, s’il est important d’associer les usagers à la vie de l’association et des services, il est également essentiel de ne pas mettre la personne en situation d’échec ou d’épuisement. Pour prévenir ce risque, les professionnels référents du projet de vie de l’usager peuvent interpeller l’usager ou la structure pour limiter ses interventions afin de lui permettre de se reposer ou de se recentrer.

## F.2.5) Les instances de régulation

Chaque professionnel n’agit pas seul, mais en complémentarité avec d’autres acteurs de l’association. Tous sont au service d’une même mission de l’établissement : l’accueil et l’accompagnement des personnes en situation de handicap d’origine psychique.

A ce titre, chacun participe à la réflexion, l’adaptation ou le développement de cette mission.

Enfin, un ajustement réciproque, pour un travail cohérent et articulé, nécessite des échanges et des régulations constantes. C’est ainsi que peu à peu la responsabilité de chacun participe à la mise en place d’un travail d’équipe.

### Les réunions pédagogiques

C’est le lieu central de réflexion et d’évaluation du projet individuel des personnes accueillies et/ou accompagnées par nos services. Elles ont lieu toutes les semaines, permettant une synthèse régulière, selon un ordre du jour établi à chaque début de réunion. La synthèse a pour objectif de mettre en commun les observations, de faire le point sur le déroulement de l’accompagnement, d’en affiner les modalités et le projet, de définir les objectifs du travail, d’articuler le travail de chacun, d’évaluer les mises en œuvre.

Y participent : une personne du pôle d’appui pédagogique, toute personne utile au travail d’analyse et de définition d’un travail en réseau, un membre de l’équipe de direction, les professionnels ayant une mission pédagogique.

A l’issue de chaque réunion, un compte rendu est effectué et fait état d’une synthèse de ce qui a été énoncé ainsi que des pistes de travail, facilitant la mise en œuvre du projet pédagogique.

Pour le SAMSAH, la présence du psychiatre est indispensable pour ce type de réunion.

Cette réunion pédagogique est un espace essentiel qui doit respecter une démarche scientifique qui repose sur la boucle suivante :

***Partage des observation*s**

**Analyse de la situation**

**Définition d’objectifs**

**(actions à mettre en œuvre)**

**Evaluation des actions**

**(qui devient une observation)**

De plus, la notion d’équipe pluridisciplinaire est essentielle car elle enrichit la réflexion.

Les réunions pédagogiques permettent également de veiller au respect des droits et des choix des usagers.

La réunion pédagogique est sous la responsabilité d’un chef de service. Il est garant des décisions prises.

### Le Pôle d’appui psychologique

**La fonction de ce pôle est d’intervenir comme soutien aux services existants tant au niveau de l’accompagnement que dans des actions de recherche (analyse, évaluation, propositions).**

**Il porte également le SAS d’entrée dans les services d’accompagnement. Le SAS est un élément qui doit s’inscrire dans un parcours cohérent.**

**Ce pôle ayant une mission transversale, il est directement rattaché à la direction.**

Il est composé de psychologues qui interviennent sur l’ensemble des structures d’Espoir 54 et de ses partenaires en fonction des conventions établies. Il est directement sous la responsabilité de la direction. Les psychologues n’ont pas un pouvoir hiérarchique mais une mission de conseil et de vieille.

Il a 4 objectifs qui sont :

* Soutenir tous les professionnels dans leur mission.
* Veiller au respect des valeurs d’Espoir 54 dans la mise en œuvre des accompagnements.
* Evaluer et développer les outils d’accompagnement.
* Veiller à la mise en œuvre d’un travail en réseau autour du projet de l’usager.

### LeS temps de sTRUCTURATION DE L’ACCOMPAGNEMENT

#### Les SAS

**Les objectifs du SAS** (*réalisés dans la mesure du possible par un Psychologue quelle que soit sa fonction au sein d’Espoir 54)* **:**

* Accueillir
* S'assurer qu'il s'agit bien de Handicap d’origine Psychique (exclusion Traumatisés Crâniens, Déficience intellectuelle, Syndrome du spectre autistique)
* S'assurer que la personne est stabilisée au sens d'Espoir 54
* Analyser la demande/non demande
* S'assurer que l'on dispose bien des outils pour accompagner la personne.

Le sasseur fait une préconisation des compétences nécessaires pour l'accompagnement (au minimum 2 compétences), le psychologue sasseur reste le fil conducteur de l'accompagnement et doit s'assurer que la situation est vue régulièrement en équipe pluridisciplinaire.

**L’objectif est d'éviter d'être dans une relation duelle avec la personne accompagnée.**

#### Les Temps de réflexion spécifique (animés par un Psychologue du Pôle d’Appui Psychologique)

**Périodicité des temps de réflexion :**

Une fois par mois en réunion pédagogique (réunion divisée en 3 sous-groupes pour Nancy).

**Déroulement :**

Ces temps de réflexion nécessitent la mise en place d'une liste préétablie.

Un psychologue du pôle est présent lors de chaque réunion et anime ce temps.

Le coordinateur de chaque situation qui sera abordée, devra en amont avoir préparé une synthèse sur la situation en respectant **la fiche méthodologique n°1 « Présentation et analyse d’une situation lors de la réunion pédagogique »**.

Le chef de service assiste et apporte sa réflexion avec une approche horizontale. Tous les salariés pédagogiques sont présents, peu importe le service.

Ce temps de réflexion autour de la situation présentée ne doit pas dépasser 15 minutes. Aucun compte rendu ne sera établi.

**Chaque situation devra être présentée au minimum deux fois par an à l’équipe.**

#### Révision et clarification du "parcours d'accompagnement"

**Les objectifs :**

* Etre bientraitant : permettre une continuité dans le parcours (prévention des ruptures), équité dans les moyens d'accompagnements, instaurer une capacité à penser le parcours de la personne en dehors de l'urgence.
* Développer une coopération : garantir la pluralité des intervenants dans les accompagnements, favoriser une analyse pluridisciplinaire, fluidifier la communication entre professionnels.

**Les outils :**

* Le SAS (veille au respect des objectifs cités précédemment) + sasseur :

🡪 Le SAS devient le fil rouge de l'accompagnement, le sasseur a un rôle de veille

* L’espace d'échange pluridisciplinaire optimisé (au travers des temps de réflexion spécifique)
* Temps de soutien du projet : 2 fois par an pour chaque situation des Services d’accompagnement (réinterroger le Projet Personnalisé) en présence d'un psychologue, du coordonnateur et de la personne.
* Pôle d'appui psychologique : intervient en soutien des professionnels en contact avec le public 2 fois par an et adresse un compte rendu sommaire au chef de service.

### Les réunions de fonctionnement

Elles se réalisent chaque semaine et concernent l’ensemble des services et des pôles. Elles sont destinées à organiser et rythmer la vie des services. Y sont abordés : le planning des activités de service ou d’activités spécifiques ; la répartition des tâches dans les équipes ; l’échange autour des difficultés rencontrées au sein de l’association ; l’état d’avancement des dossiers en cours ; la gestion des flux d’entrées et sorties/maintien du lien des personnes accompagnées. Tous les professionnels y participent, et ce sont les chefs de service qui animent ces temps de réunions hebdomadaires.

Un compte rendu est rédigé à l’issue de chaque réunion en respectant un modèle qui se trouve en annexe.

Remarques : pour les 5 ans à venir, il semble nécessaire d’effectuer un travail sur les pouvoirs de délégation pour évaluer notre pratique et l’ajuster à notre pratique actuelle et future.

### F.3.4) LES TEMPS DE SOUTIEN DU PROJET

**Mettre un texte (pole d’appui psy)**

### LA SUPERVISION/ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La supervision est un moment de régulation, de médiation, d’évaluation collective du travail, soutenu par une intervenante extérieure à l'institution, psychologue de formation.

Elle offre un espace d’élaboration pour chacun des salariés, aidant à appréhender ce qui est vécu par les différents interlocuteurs à travers la représentation des situations.

Cet espace de parole permet de s'exprimer, à distance, des contraintes du terrain et des obligations des lieux d'exercice.

La supervision correspond également à un travail de mise en sens à partir des situations professionnelles vécues.

**Le cadre et les conditions**

* La supervision se déroule dans un temps et un lieu qui lui sont réservés dans nos locaux.
* Elle repose sur la demande explicite de la direction et est obligatoire pour tous les salariés en CDI ou en CDD de plus de 6 mois.

## F.2.6) Du Conseil à la Vie Sociale (CVS) au conseil de MAPH-Psy

**Suite au travail réalisé sur une commission composée de professionnels, d’usagers et de bénévoles, il a été décidé que chaque MAPH-Psy mettrait en place son Conseil de MAPH-Psy incluant le CVS (3 fois/an).**

### Composition du CONSEIL DE MAPH-Psy

* Représentants usagers : il est défini que les représentants des usagers doivent être élus par les usagers en respectant si possible la représentation de chaque service présent sur la MAPH-Psy. De même il est décidé que le cumul des mandats est interdit. Aussi un Président d’un GEM ne peut être Président du Conseil de MAPH-Psy.
* Représentants des aidants/familles : les familles sont représentées à Espoir 54 par les bénévoles. Il appartient aux bénévoles d’élire leurs représentants lors de leur rencontre. Ces aidants peuvent également être définis dans l’entourage des usagers
* Représentants professionnels : sur proposition des salariés le chef de service validera un représentant professionnel (qui ne peut être membre de l’équipe de direction) + 1 suppléant
* Le chef de service de la MAPH-Psy qui représentera par délégation le Directeur (voix consultative).

Des personnes extérieures peuvent être invitées lors des CONSEILS DE MAPH-Psy (médecin, élu, conseil citoyen, …).

Chaque MAPH-Psy proposera un nombre d’usagers, d’aidants et de professionnels (en fonction de la taille de la structure) en respectant la règle : le nombre des représentants des usagers, d’une part, et des aidants/familles, d’autre part, doit être **supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.**

Les élections des Représentants :

* Vote à bulletin secret à la majorité des votants

Les membres du conseil sont réélus tacitement tous les ans pour une durée de 2 ans. En cas de démission d’un de ses membres, le Conseil de MAPH-Psy peut coopter de nouveaux membres.

**1 président et 1 vice-président parmi les usagers et/ou aidants seront élus par le CONSEIL de MAPH-Psy :**

**Le rôle du Président est de faire vivre le CONSEIL DE MAPH-Psy, d’en animer les réunions et de veiller à l’expression de chacun.**

**1 co-président salarié peut être élu également mais cela n’est pas obligatoire.**

**1 secrétaire de séance sera désigné en début de chaque séance.**

### Fonctionnement du CONSEIL DE MAPH-Psy

**Lieu et périodicité des réunions**

Le CONSEIL DE MAPH-Psy se réunit au minimum **3** fois par an, sur convocation du Président.

* Ces convocations devront être adressées aux membres du CONSEIL, au moins 8 jours à l‘avance, accompagnées de l’ordre du jour (fixé par le Président, aidé le cas échéant par une tierce personne) et des informations nécessaires.
* Un avis de convocation devra, dans les mêmes délais, être affiché sur le panneau prévu à cet effet.
* Le CONSEIL peut se réunir à toute occasion sur demande des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire.
* Le CONSEIL peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif, en fonction de l’ordre du jour.

### Rôle du CONSEIL DE MAPH-Psy

**Sont obligatoirement soumis au CONSEIL de MAPH-Psy : les documents obligatoires : livrets d’accueil, règlement intérieur, …**

* L’organisation intérieure de la vie quotidienne
* Les règles de vie de la MAPH-Psy
* Le vivre-ensemble dans la MAPH-Psy
* L’aménagement des espaces
* Les projets divers de la MAPH-Psy
* La gestion des relations extérieures (voisinage, …)
* La proposition de création d’outils (journal, conseil d’harmonie)
* Peut être porteur de projets de MAPH-Psy.

**Le chef de service de chaque MAPH-Psy informe au mieux le Président élu de du Conseil de leur MAPH-Psy sur l’ensemble des éléments nécessaires au bon fonctionnement.**

**En fin de chaque séance un compte rendu sera établi et conservé au secrétariat de chaque MAPH-Psy. A chaque séance le CR de la fois dernière devra être validé.**

**ATTENTION IL EXISTE ACTUELLEMENT UN COLLEGE DES USAGERS, CELUI-CI RESTE VALIDE DANS LA MESURE OU UN TRAVAIL A COMMENCE DEPUIS PLUS D’UN AN. IL TRAVAILLE EN LIEN AVEC LA DIRECTION ET PARTICIPE AU CA. LE DIRECTEUR PEUT PROPOSER A L’ENSEMBLE DES ADHERENTS ELUS AU CONSEIL DE MAPH-PSY D’ETRE REPRESENTANT DES USAGERS AU CA D’ESPOIR 54.**

### Les pouvoirs du CONSEIL DE MAPH-Psy :

Le Conseil de MAPH-Psy peut faire des propositions et émettre des avis qu’il soumet ensuite à la direction. La direction doit faire un retour des suites qui sont données aux propositions.

Il appartient à chaque chef de service d’organiser sur sa MAPH-Psy la mise en place de ce Conseil, à savoir :

* Mettre en place les élections pour les usagers, les bénévoles
* D’informer la direction sur le retour des personnes élues
* D’établir le fonctionnement du Conseil et de transmettre une synthèse au Directeur.

Ce travail de mise en place doit se faire en lien avec tous les services.

**Comme Services d’accompagnement**

**S**

**Préambule :**

**Pour bénéficier d’un accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH**, la personne doit déposer un formulaire de demande auprès de la [Maison Départementale pour Personnes Handicapées](http://www.mdph.meurthe-et-moselle.fr/fr/deposer-une-demande.html) (MDPH). Elle peut solliciter le service Autonomie du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle pour l’aider à le remplir.

Le dossier de la personne déposé à la MDPH, celui-ci passe en Commission Départementale des Droits de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). A l’issue de cette Commission, si la personne est orientée vers nos services, nous recevons le double de son orientation. Le service d’accompagnement la contacte ensuite soit par courrier, soit par téléphone pour l’informer de la bonne réception de l’orientation et du délai de prise en charge par le service.

# S.1) Le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

**Le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale**(SAVS) axe ses actions sur le développement des compétences et propose un accompagnement social par une prise en charge individuelle et collective des personnes majeures reconnues en situation de handicap par la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH).

Le SAVS a pour mission de favoriser l’insertion sociale en proposant aux personnes reconnues en situation de handicap d’origine psychique un accompagnement individuel et personnalisé. Il offre un lieu de socialisation qui soit un véritable tremplin vers une vie autonome. Cet accompagnement porte essentiellement sur neuf domaines de la vie quotidienne et s’articule tant individuellement, lors des entretiens et des visites à domicile, que collectivement lors de modules d’apprentissage, de sorties, de séjours-vacances et d’ateliers.

## S.1.1) Le décret du 11 mars 2005

Ce décret nous apprend :

Art. D. 312-155-5. - Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Art. D. 312-155-6. - Les services mentionnés à l'article D. 312-155-5 prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence.

b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Art. D. 312-155-7. - Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services définis à l'article D. 312-155-5 organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

a) L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;

b) L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

c) Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;

d) 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 ;

e) Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;

f) Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;

g) Le suivi éducatif et psychologique.

## S.1.2) Les spécificités du SAVS

### **L’équipe pluridisciplinaire du SAVS**

* Chef de service de la MAPH-Psy
* Psychologues
* Accompagnateurs/médiateurs (travailleurs sociaux)
* Coordinateur d’action sociale.
* Animateur

### Les axes de travail

**Les neufs axes liés à la vie quotidienne sont :**

AXE 1 : Relation avec les administrations et les services

AXE 2 : Logement et espace de vie

AXE 3 : Santé physique et psychique

AXE 4 : Alimentation et hygiène alimentaire

AXE 5 : Organisation et planification de l’espace

AXE 6 : Organisation et planification du temps

AXE 7 : Vie sociale et relation avec l’autre

AXE 8 : Présentation de soi

AXE 9 : Utilité sociale

### Les modules au SAVS :

Les modules sont des programmes structurés et interactifs destinés à développer les compétences sociales nécessaires à la vie autonome. Ils sont dirigés par un animateur. Un module est un espace médiateur qui doit permettre de développer des compétences psychosociales par la formalisation et l’échange (module alimentation, communication, etc).

Des ateliers sont également proposés comme outils pédagogiques.

### La commission d’entrée urgente au SAVS

Depuis de nombreuses années, ne pouvant faire face aux nombreuses orientations de la MDPH, le SAVS a dû mettre en place une liste d’attente. Cette dernière dénombre à ce jour environ 120 personnes en attente d’accompagnement par notre service. Jusqu’en 2017, la gestion de cette liste d’attente reposait uniquement sur un critère chronologique. Depuis lors, nous avons, notamment sous l’impulsion de la MDPH, défini un certain nombre de critères afin d’optimiser et prioriser les demandes.

Afin de développer le principe de prévention, la MDPH nous a dans un premier temps demandé de traiter prioritairement les notifications qui concernent les personnes les plus jeunes. En ce sens, toute personne de moins de 30 ans verra sa demande d’accompagnement au SAVS être placée au début de la liste d’attente et traitée dans les plus brefs délais en fonction des places disponibles.

La chef de service, le pôle psychologique et l’équipe pédagogique ont ensuite élaboré une liste de critères qui nous permet d’évaluer le degré d’urgence d’une situation et la nécessité d’être traitée prioritairement.

Ces critères sont :

* La complexité et la multiplicité des difficultés rencontrées par la personne.
* Evaluation des risques de rupture de parcours.
* Lorsque la personne était déjà accompagnée dans un autre service d’Espoir 54, nous évaluons la façon dont la personne s’est mobilisée et saisie de son accompagnement, le risque de rupture du lien et de perte des bénéfices du précédent accompagnement.
* Evaluation de la demande, de la temporalité et de la capacité de la personne à se mettre dans un processus de changement.
* Personnes éligibles à la PCH

Lorsque la situation d’une personne en liste d’attente questionne sur la nécessité d’une prise en charge rapide, une commission constituée de la chef de service, des membres du pôle d’appui psychologique et d’un professionnel de l’accompagnement connaissant bien la situation se réunit et analyse la situation au regard des critères identifiés plus haut. In fine, au regard des différents critères et de la place disponible au sein du service, la chef de service prendra la décision d’intégrer prioritairement ou non la personne au SAVS.

Pour finir, une fiche de liaison spécifique cocréée par la MDPH et Espoir 54 au regard des critères précédemment cités, peut être rédigée par la psychiatre de la MDPH lorsqu’elle identifie une situation qui doit être prise en charge en urgence. Si une place est disponible au sein de notre service, l’orientation sera traitée immédiatement.

# s.2) Le Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

**La mission du Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** d’Espoir 54 est de permettre à la personne d’acquérir les compétences nécessaires pour mener au mieux une vie autonome dans la communauté.

Le SAMSAH a pour vocation, dans un cadre **d’accompagnement médico-social personnalisé,** de contribuer à la réalisation du **projet de vie** des personnes, en tenant compte de **leurs attentes et de leurs désirs.**

Il permet une coordination globale avec la prise en charge médicale pour couvrir l’ensemble des besoins de soins et d’aide en faisant appel aux professionnels médicaux et paramédicaux du secteur. Il offre un lieu de resocialisation qui soit un tremplin vers une vie autonome, un espace qui donne la possibilité à la personne d’enrichir sa vie relationnelle, tout en lui redonnant un sentiment d’utilité sociale et en favorisant une citoyenneté active.

Le SAMSAH constitue un moyen au service du projet de vie et du rétablissement de la personne. Contribuer à l’accès à des compétences grâce aux ressources du réseau constitue l’une des missions centrales du SAMSAH.

Une attention particulière est apportée à la coordination entre le soin et le social.

Au sein d’Espoir 54 notre **Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** a les mêmes missions que notre SAVS qui sont complétées par :

**Une coordination globale** avec la prise en charge médicale pour couvrir l’ensemble des besoins de soins et d’aide en faisant appel aux professionnels médicaux et paramédicaux du secteur.

**Un accompagnement global** et un suivi médical et paramédical en milieu de vie.

**A qui s’adresse le SAMSAH ?**

Ce service est destiné à des personnes adultes souffrant de troubles d’origine psychique qui souhaitent être accompagnées pour prendre soin d’elles, de leur logement, pour l’organisation de la vie quotidienne avec le souci de prévenir des situations d’isolement social.

Au sein de cette équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel intervient comme accompagnateur et permet la coordination du projet de vie de la personne en intégrant le projet de soin.

## S.2.1) Le décret du 11 mars 2005

Le décret 2005-223 du 11 mars 2005 définit les missions d’un SAMSAH

On peut y lire que le SAMSAH a les missions d’un SAVS auxquelles viennent se rajouter des missions complémentaires.

Art. D. 312-155-9. - Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5.

Art. D. 312-155-10. - Les services définis à l'article D. 312-155-9 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager

a) Des soins réguliers et coordonnés ;

b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Art. D. 312-155-11. - Le projet individualisé d'accompagnement comprend, en sus des prestations mentionnées à l'article D. 312-155-7, tout ou partie des prestations suivantes :

a) 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 ;

b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel. Les prestations mentionnées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

## S.2.2) Les spécificités du SAMSAH

### **L’équipe pluridisciplinaire du SAMSAH est composée de :**

* Chef de service de la MAPH-Psy
* Médecin psychiatre
* Psychologue
* Accompagnateurs/médiateurs (avec une formation paramédicale)
* Accompagnateurs/médiateurs (avec une formation de travailleur social)
* Animateur

### Les neufs axes liés à la vie quotidienne sont :

AXE 1 : Relation avec les administrations et les services

AXE 2 : Logement et espace de vie

AXE 3 : Santé physique et psychique

AXE 4 : Alimentation et hygiène alimentaire

AXE 5 : Organisation et planification de l’espace

AXE 6 : Organisation et planification du temps

AXE 7 : Vie sociale et relation avec l’autre

AXE 8 : Présentation de soi

AXE 9 : Utilité sociale

### Les modules d’acquisition de compétences :

Les modules sont des programmes structurés et interactifs destinés à développer les compétences sociales nécessaires à la vie autonome. Ils sont dirigés par un animateur. Un module est un espace médiateur qui doit permettre de développer des compétences psychosociales par la formalisation et l’échange (module alimentation, communication, etc.).

Des ateliers sont également proposés comme outil pédagogique.

### la coordination du projet de soins : une specificite du samsah

Le SAMSAH ne se substituera pas à la prise en charge des outils de la cité : il permettra la coordination globale de la prise en charge médicale avec le secteur psychiatrique, le médecin traitant et les autres intervenants afin de prendre en compte la globalité des problèmes de santé que masque souvent le handicap psychique et son caractère évolutif.

La mise en place d’un plan de soins et d’accompagnement médico-social individualisé sera réalisé par le SAMSAH en lien avec ses partenaires du sanitaire. Une attention particulière sera portée à l’expression de la demande des personnes à travers le choix d’un outil d’évaluation multidimensionnel[[3]](#footnote-3) car le problème du handicap psychique reste la difficulté des personnes à admettre leur situation d’où une non demande parfois importante mais porteuse d’ambiguïté. Ces actions seront coordonnées par l'infirmier du SAMSAH sous la responsabilité du psychiatre vacataire du SAMSAH.

### La commission d’entrée urgente au SAMSAH

Si la situation venait à se présenter au sein du SAMSAH, la procédure serait identique à celle du SAVS.

# S.3) Fonctionnement du SAVS et du SAMSAH

## S.3.1) Les procédures de l’accompagnement par le SAVS et le SAMSAH

#### Procédure d’adhésion au SAVS et au SAMSAH :

|  |  |
| --- | --- |
| Procédure d’adhésion au SAVS ou au SAMSAH | **Service d’Accompagnement à la Vie Sociale**  **Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés**  Version : n°1 - Date d’application : 01/09/16  Page(s) : 3  Durée de validité : 3 ans |
| Réalisé par : la Direction  Nom :  Fonction :  Date : 01/07/2016  Signature(s): | Vérifié par : Un membre de la direction  Nom : M. Voinson  Fonction : Directeur  Date : 01/12/2019  Signature(s) : signatureSV.jpg |

**PREAMBULE :**

**Le public accueilli :**

Comme le décrit la circulaire D2005-223 du 11/03/05 relative aux conditions d’organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH :

« *Art. D. 312-155-6. Les services prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleurs handicapés, 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* »
* *Une coordination médicale et paramédicale pour le SAMSAH*

Le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale est un mode de compensation adapté pour les personnes en situation d’handicap d’origine psychique vivant dans la cité. Les personnes que nous accueillons au SAVS d’Espoir 54 sont confrontées à des difficultés liées à des pathologies psychiatriques.

Le SAMSAH a les missions du SAVS auxquelles viennent s’ajouter :

* Une coordination des soins
* Des soins réguliers et coordonnés
* Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert

**Le SAS d’entrée :**

Pour pouvoir bénéficier des prestations dispensées par le SAVS ou le SAMSAH d’Espoir 54, il est nécessaire que la personne nous sollicitant rencontre un psychologue de l’association dans le cadre d’un SAS d’entrée.

Le psychologue sollicité doit pouvoir s’assurer que cette personne remplit les conditions d’entrée au SAVS ou au SAMSAH, tout particulièrement en ce qui concerne la question de la stabilisation. De même que si le professionnel s’aperçoit d’une rupture au niveau du soin, il est de son ressort de l’aider à réinvestir un suivi médical.

**Pour le SAMSAH il sera attentif à l’ouverture des droits à la PCH.**

En bref, c’est au psychologue qu’incombe la responsabilité de vérifier que les moyens et les outils soient en adéquation avec le projet de vie de la personne.

Cette procédure s’accompagne d’une procédure de gestion administrative des SAS prise en charge par le secrétariat du SAVS ou SAMSAH.

Documents utilisés au cours de cette procédure et classes dans mediateam :

Document n°1 : *Fiche de réception d’une orientation* ; Document n°2 : *Fiche de SAS d’Entrée ;* Document n°3 : *Fiche de liaison MDPH*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Qui  MDPH  Admission de la personne sur la liste d’attente du SAVS/SAMSAH  -Les documents remplis sont transmis au secrétariat et constitution du dossier de la personne | Quoi  **Orientation de la personne au SAVS ou au SAMSAH**    Autres  Mesure ARE  **La personne ne répond pas aux conditions d’entrée et/ou ses attentes ne sont pas appropriées au SAVS ou au SAMSAH**  **1er contact téléphonique et envoi d’un courrier** qui fixe le RDV SAS dès qu’une place est disponible. La secrétaire donne la fiche SAS avec les documents obligatoires au Psychologue  Le professionnel est à l’écoute de la personne et recueille un maximum d’informations | Quand  **Se référer** à la procédure spécifique de prise en charge ARE | Comment |
| **1ère rencontre lors de l’entretien SAS** :  -Le professionnel s’assure que la personne est en possession d’une notification MDPH et PCH (SAMSAH) - Qu’elle répond aux conditions d’entrée au SAVS ou au SAMSAH.  - Le psychologue remplit la fiche SAS avec ses recommandations et transmet le dossier au chef de service  **La personne répond aux conditions d’entrée :**  -Présentation de l’association et de son fonctionnement -Livret d’accueil transmis -Fiche SAS à remplir  **Réorientation** vers une institution appropriée  - Le psychologue du SAS échange avec le chef de service SAVS/SAMASAH pour l’adaptation des outils et le choix du coordinateur le plus judicieux pour cet accompagnement  - La phase dite d’évaluation peut alors s’enclencher.  Le chef de service redonne la fiche de SAS au secrétariat qui met à jour le dossier de la personne et saisie les informations dans viatrajectoire.  Le chef de service nomme un coordinateur et compose le réseau d’accompagnement (minium 2 professionnels) | **La personne répond aux conditions d’entrée  mais** l’admission n’est pas possible car absence de notification MDPH et de droit PCH (SAMSAH)  Orientation vers un professionnel SAVS pour constituer une demande MDPH | **En fonction de la personne** :  1 à 3 Entretien(s) SAS | **Dès que possible**  **Si nécessaire sollicitation du réseau professionnel** :  -Pour réorienter -Ou, avec l’accord de la personne, pour obtenir des informations supplémentaires |

Fiche de liaison avec la MDPH pour donner les conclusions

Quand une place se libère au SAVS ou au SAMSAH

#### Procédure d’accompagnement au SAVS et au SAMSAH :

|  |  |
| --- | --- |
| Procédure d’accompagnement  au SAVS ou au SAMSAH | Service d’Accompagnement à la Vie Sociale  Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  Version : n°1  Date d’application : 01/09/16  Page(s) : 2  Durée de validité : 3 ans |
| Réalisé par : la direction  Nom :  Fonction :  Date : 01/07/2016  Signature(s): | Vérifié par : un membre de la direction  Nom : M. Voinson  Fonction : Directeur  Date : 01/12/2019  Signature(s) : signatureSV.jpg |

**PREAMBULE :**

Cette procédure prend effet, dès lors que le SAS d’entrée a été effectué et validé par un des psychologues d’Espoir 54. La validation du SAS implique également que la personne orientée vers nos services soit suivie tout au long de son accompagnement par un coordinateur qui est nommé par le chef de service. Il nomme également un groupe réseau (au moins deux professionnels avec le coordinateur).

Cet accompagnement se compose de plusieurs phases successives :

* **LA PHASE D’EVALUATION** : l’équipe réseau, et en particulier le coordinateur, cherchent à créer un lien de confiance avec la personne. Durant cette période, les nouveaux usagers peuvent participer au module « Découverte » pour ainsi mieux comprendre le fonctionnement de notre service, mais aussi à l’ensemble des temps collectifs. Au cours de cette phase, une évaluation partagée est réalisée avec la personne ;
* **LA PHASE D’APPRENTISSAGE ET DE COORDINATION**: les supports et outils utilisés par les professionnels s’adaptent aux attentes et besoins que la personne aura exprimés lors de son évaluation partagée ;
* **LA PHASE DE MAINTIEN DU LIEN** : l’accompagnement durant cette période se restreint. Dans cette phase, le service remplit une fonction de veille sociale, tout en donnant la possibilité à l’usager de réactiver si besoin, son accompagnement. Un travail de coordination du réseau est possible pour maintenir les liens sociaux.

A l’issue de ces différentes phases, si plus aucun objectif préalablement défini lors de la concertation entre le professionnel et l’usager n’est à atteindre, alors la prestation que nous proposons prend naturellement fin. Toutefois, il est envisageable pour la personne sortant du service de rester en contact avec l’équipe du SAVS ou du SAMSAH.

***NB****: A tout moment, la personne suivie par notre service est en mesure de mettre fin à son accompagnement. S’il le juge nécessaire, le professionnel est lui aussi en mesure d’y mettre fin.*

Documents utilisés au cours de cette procédure et classes dans mediateam :

Document n°1 : *Modalités d’adhésion à un accompagnement*; Document n°2 : *Grille d’évaluation ;* Document n°3 : *Contrat projet ;* Document n°4 : *Questionnaire de satisfaction des usagers ;* Document n°5*: Dossier officiel du GEVA ;* Document n°*6 : Fiche de liaison MDPH ;* DOCUMENT N°7*: Procédure des réunions de synthèse avec les psychologues ;* DOCUMENT N°8*: autorisation de partage d’information SAVS/SAMSAH*; DOCUMENT N°9*: Personne de confiance ;* DOCUMENT N°10*: DIPC ;* DOCUMENT N°11*: avenant au DIPC ;* DOCUMENT N°12*: avenant au DIPC fin accompagnement*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Qui  **PERIODE DE DECOUVERTE**  **1er entretien à l’initiative du coordinateur et si besoin du psychologue du SAS**  -Présentation, découverte mutuelle - Livret d’accueil (incluant le règlement  intérieur) transmis  **Possibilité d’accès aux espaces de temps collectifs :**  - Temps d’accueil -Activités collectives  **Entretien(s) régulier (s)** :  -Apprendre connaître la personne -Identifier les personnes ressources autour d’elle -Remplir la grille d’évaluation partagée | Quoi | Quand  **En moyenne** 6 mois  **Au cours de la période de découverte** : Signature du document d’adhésion aux modalités de l’accompagnement  Pour remplir la grille, Le nombre d’entretiens varie en fonction des personnes | Comment |
| **Travail de réflexion en binôme**  sur les propositions d’axes à investir avec la personne  Proposition des axes lors d’un **Entretien :**  qui donne lieu à une *négociation*  **La personne accepte** **tout ou une partie** **du contrat et priorise les axes** :  signature du contrat projet  **La signature du contrat projet** déclenche :  **L’ACCOMPAGNEMENT**  **Apprentissage/réapprentissage** decompétences en fonction des axes définis dans le contrat projet. Pour ce faire, le SAVS et le SAMSAH disposent de  multiples **outils**  Dès que possible, **prise de contact avec les partenaires** intervenant autour de la personne  **Un bilan individuel**  - Point régulier sur les objectifs de La grille d’évaluation pouvant donner lieu à des réajustements - Document annuel de suivi d’accompagnement au SAVS ou SAMSAH rempli pour les financeurs  -Durant l’accompagnement, un questionnaire de satisfaction est distribué aux usagers | **La personne n’accepte pas**  **Visite(s) à domicile et Entretien(s) de suivi** de l’accompagnement où sont repris les apprentissages acquis | ***OUTILS***  - Modules  -Temps Collectifs  ---Séjours vacances  -Appartement d’évaluation  **En moyenne** 1 RDV tous les 15 jours  **-**Réunions pédagogiques  -Réunions de synthèse avec les partenaires concernés par la prise en charge (minimum 3/an)  -Réunions de supervision |  |

**Au cours de l’accompagnement peut intervenir** :

-Une évaluation GEVA dans l’optique d’une demande de PCH obligatoire pour le SAMSAH

-Une demande auprès de la MDPH avec la fiche de liaison

**Période de consolidation des acquis**   
rappel de modules

**MAINTIEN DU LIEN**Période de veille

**Sortie du SAVS ou SAMSAH**

**Reprise du lien**

#### Procédure de fin d’accompagnement au SAVS et au SAMSAH :

|  |  |
| --- | --- |
| Procédure de fin d’accompagnement au SAVS ou au SAMSAH | Service d’Accompagnement à la Vie Sociale  Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  Version : n°2  Date d’application : 01/09/16  Page(s) : 2  Durée de validité : 5 ans |
| Réalisé par : la direction  Nom :  Fonction :  Date : 01/07/2016  Signature(s): | Vérifié par : un membre de la direction  Nom : M. Voinson  Fonction : Directeur  Date : 01/12/2019  Signature(s) : signatureSV.jpg |

***de* tremplin vers davantage d’autonomie …**

***… à* acteur ressource tout au long du projet de vie.**

**Le SAVS et le SAMSAH des tremplins vers l’autonomie :**

Au-delà du développement de compétences, la phase d’accompagnement permet à la personne d’identifier et d’investir un réseau adapté à son projet de vie dans lequel chaque intervenant a un rôle auprès d’elle (soins, vie sociale et familiale, soutien administratif, loisirs, etc.).

La phase de maintien du lien permet à la personne de tester son autonomie dans la gestion et « l’entretien » de son réseau. De fait, l’accompagnateur-médiateur diminue l’intensité et la fréquence de ses interventions en fonction des besoins de la personne, et continue si nécessaire à accompagner la coordination du réseau de la personne. Lors de cette phase, l’accent est donc mis sur la fonction de médiateur et de veille sociale. Une attention toute particulière est portée au bon fonctionnement du réseau médical et paramédical pour le SAMSAH.

Si la personne le souhaite, elle peut, après une phase de maintien du lien plus ou moins longue, choisir de continuer à coordonner elle-même son réseau, et ainsi demander une fin d’accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH.

Plutôt que de parler de procédure, nous utiliserons le terme de processus en référence au concept de Rétablissement, qui ne peut suivre un cheminement linéaire. Ce processus évolue au rythme de la personne, de son projet de vie, des fluctuations de sa maladie, de ses priorités, de ses besoins.

Dans cette logique, la personne peut également demander à mettre un terme à l’accompagnement lors de n’importe quelle phase de l’accompagnement, si elle considère que le SAVS ou le SAMSAH n’est pas ou plus l’intervenant le mieux à même de répondre à ses besoins. L’accompagnateur veillera à ce que cette demande ne sous tende pas une période de rechute ou de repli sur soi et d’isolement.

Toutefois, il appartient au SAVS ou au SAMSAH de veiller par un travail d’analyse en équipe pluridisciplinaire que l’on ne maintient pas la personne dans une situation de dépendance vis-à-vis du service tout en maintenant la bientraitance. C’est pourquoi il est demandé à chaque synthèse de se poser les questions suivantes :

- Espoir 54 ne se substitue-t-il pas à un acteur du réseau plus compétent que lui ?

- Espoir 54 utilise-t-il les outils de droit commun ou cherche-t-il à les remplacer ?

- Espoir 54 fait-il suffisamment confiance aux compétences de la personne ou maintient-il l’adhérent usager dans ses manques et ses besoins ?

- Espoir 54 a-t-il ouvertement travaillé la question de la fin de l’accompagnement avec l’usager, en mettant en œuvre les outils pour contenir l’affectivité de la personne et du référent ? Pour cela Espoir 54 peut faire appel à une personne extérieure (MDPH, soin, psychiatre, psychologue consultant, …).

**Le SAVS/SAMSAH tout au long du projet de vie :**

Extrait du *Guide méthodologique pour la création des services d’accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d’origine psychique* (CEDIAS et CREHAI IDF, sept 2012)

*Il reste qu’un accompagnement médico-social soutenu sur la durée apparaît nécessaire pour une partie des usagers des services rencontrés, sans que des relais soient envisageables à court ou moyen terme (notamment en termes d’aide humaine, y compris financée par la PCH et supervisée par les services d’accompagnement).*

*Il s’agit en particulier de personnes totalement isolées (pour lesquelles le service d’accompagnement représente le seul point d’ancrage), de personnes ayant une déficience intellectuelle associée (et qui disposent par conséquent d’une moindre capacité d’autonomie) et de personnes dont les symptômes s’expriment négativement (repli sur soi, important besoin de stimulation, « personnes qui sont là sans être là ») et qui nécessiteront par conséquent un travail de maintien des acquis sur une longue durée.*

**Les critères « objectifs » de sortie :**

1. la personne déménage hors du département, elle pourra si elle le souhaite, être soutenue dans ses démarches de création d’un nouveau réseau.
2. la personne a plus de 65 ans, l’accompagnateur peut l’orienter vers le RAPH 54.
3. la personne souhaite arrêter son accompagnement.
4. la personne estime avoir acquis une qualité de vie satisfaisante et souhaite mettre fin à l'accompagnement SAVS/SAMSAH.
5. Espoir 54 n’est plus l’interlocuteur le mieux adapté à la situation de la personne. Le relais peut-il être fait avec un acteur du droit commun (MDS, TAM, soin, famille, SSIAD,…) ?

Documents utilisés au cours de cette période et classés dans Mediateam :

Document N°1 : *Fiche navette MDPH*

## S.3.2) les outils du SAVS et du SAMSAH

* Le règlement intérieur
* Le livret d’accueil
* Le document sur la bientraitance
* Le DIPC
* Le projet personnalisé
* Le formulaire pour la désignation de la personne de confiance

Vous trouverez en annexe un exemplaire de chaque document. A savoir que, conformément à la loi 2002-2, chaque nouvel usager arrivant dans la structure (et de manière obligatoire pour le SAVS et le SAMSAH) se voit remettre un exemplaire de chaque document.

**Comme Dispositifs d’accompagnement**

**D**

# D.1) Le Dispositif d’Insertion en milieu Ordinaire de travail (DIMO)

La mission du Dispositif d’Insertion en Milieu Ordinaire de travail (DIMO) est d’accompagner les personnes en situation de handicap d’origine psychique vers et dans l’emploi ou en formation.

Ce dispositif a été créé pour répondre à l’appel d’offre émis par l’Association Gestionnaire des Fonds pour l’Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH) pour proposer un accompagnement vers et dans l’emploi de personnes en situation de handicap. Le marché propose différentes prestations (PAS) d’accompagnement sur les départements de Meurthe-et-Moselle et Vosges.

L’équipe pluridisciplinaire est composée d’accompagnateurs vers l’emploi, de chargés d’insertion professionnelle, de psychologues, d’une cadre de coordination.

### Des professionnels de l’insertion professionnelle

**L’équipe est composée de :**

* Chef de service de la MAPH-Psy
* Psychologues
* Chargés d’insertion professionnelle
* Accompagnateurs vers l’emploi.

### Comment être accompagné par DIMO ?

Il faut répondre aux conditions définies dans le cahier des charges de l’AGEFIPH.

La personne doit être bénéficiaire de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés définis par la loi 2005-102 du 11 février 2005, orientés marché du travail, ou en voie de le devenir ou encore prêts à engager une démarche dans ce sens et dans une démarche de recherche active. Elle peut être demandeuse d’emploi, salariée, agent de la fonction publique, travailleur non salarié ou stagiaire de la formation professionnelle et avoir une demande d’accompagnement spécifique adapté à ses difficultés. Si la personne répond à ces critères, le prescripteur peut lui proposer un accompagnement. La personne est libre d’accepter ou refuser ce dernier.

Le cahier des charges de l’AGEFIPH définit les prescripteurs potentiels : Pôle Emploi, Cap Emploi, Missions Locales, Médecin du travail, employeurs.

Pour qu’un accompagnement débute, il adresse au service une fiche de prescription précisant le type de prestation souhaitée.

Une fois que le service reçoit la prescription, il a 15 jours pour prendre contact avec la personne.

### La procédure d’accompagnement de DIMO conformément au cahier des charges

La mission du Dispositif d’Insertion en Milieu Ordinaire de travail est de guider les personnes en situation de handicap d’origine psychique vers et dans l’emploi.

Avec le soutien de l’AGEFIPH, ce service d’accompagnement propose différentes prestations (PAS) qui peuvent être mobilisées sur les départements de Meurthe-et-Moselle et des Vosges.

Le service est composé d’une équipe pluridisciplinaire de professionnels chargés d’une mission d’accompagnement : accompagnateurs vers l’emploi, chargés d’insertion professionnelle, psychologue du travail, responsable pédagogique.

### L’accompagnement au sein du DIMO

Il est réalisé à partir d’entretiens individuels et, en fonction des objectifs individuels, à partir d’actions collectives (modules), qui constituent des lieux d’apprentissage et des espaces de développement de compétences pour les personnes.

Le suivi DIMO va permettre l’évaluation des capacités, compétences, envies, potentiels, mais également des freins de la personne. L’orientation et la mise en œuvre des parcours et du suivi dans l’emploi ou la formation, tient compte des spécificités du handicap d’origine psychique.

Enfin, l’approche globale qui caractérise l’accompagnement proposé par Espoir 54 permettra l’identification et la mobilisation des partenaires compétents et des personnes ressources pour la mise en œuvre du projet des personnes accueillies.

# D.2) Les Mesures d’Appuis Spécifiques

## D.2.1) L’Accompagnement Renforcé Espoir 54 (ARE)

Cette action vise à accueillir, évaluer, orienter et accompagner de façon spécifique les publics en insertion professionnelle pour lesquels l’un des freins est lié à des difficultés psychologiques.

L’objectif est de trouver des solutions d’insertion durables, par rapport aux difficultés psychiques de la personne.

L’accompagnement individuel ou collectif, réalisé par un accompagnateur-médiateur vise à travailler la dynamique d’insertion de la personne et mener des actions de prévention sanitaire.

### Public :

Le dispositif concerne les personnes domiciliées dans le département de Meurthe-et-Moselle confrontées à une exclusion durable du marché de l’emploi et orientées par le référent du parcours après validation par le Service Economie Solidaire et Insertion du Territoire (SESIT).

Les bénéficiaires sont des personnes en démarche d’insertion (demandeur d’emploi ou non - bénéficiaire du RSA ou non), en complément d’un accompagnement social ou socio-professionnel.

Espoir 54 n’est jamais le référent unique, nous travaillons en lien direct avec le référent de parcours. Cet accompagnement d’une durée de 12 mois peut être réalisé par un travailleur social ou un psychologue.

## D.2.2) L’Appui ponctuel Espoir 54 (APE)

Cet appui, en fonction de la situation singulière de la personne, interrogera l’ensemble des dimensions constitutives de l’insertion socioprofessionnelle (mobilisation, évaluation, définition, construction du projet et réalisation) et permettra de construire un plan d’action réaliste en direction de l’emploi. Il pourra être étayé par des temps collectifs appropriés et, dans le cadre d’une perspective globale, par un travail de réhabilitation psychosociale.

L’accompagnement individuel réalisé par un psychologue vise à réaliser un suivi du parcours d’insertion professionnelle en cours ainsi qu’à analyser et lever les freins à l’insertion professionnelle.

### Public :

Cette action vise à accueillir, orienter et accompagner de façon spécifique les publics relevant d’un parcours d’insertion professionnelle en cours, freinés dans leur insertion professionnelle par des troubles psychologiques. L’objectif est de trouver par rapport aux difficultés psychiques de la personne des solutions d’insertion plus pérennes. Les bénéficiaires peuvent être des salariés en structure d’insertion (chantier d’insertion…) et accompagnés dans le cadre d’un parcours professionnel ou socioprofessionnel.

### Durée de l’accompagnement

Selon les besoins et l’évaluation du Comité technique.

Cet accompagnement est toujours réalisé par un psychologue d’Espoir 54.

### Pour bénéficier des mesures d’appuis spécifiques :

L’intervention d’Espoir 54 se fait sur prescription (référent unique pour le bénéficiaire R.S.A, Pôle Emploi pour le demandeur d’emploi) dans le cadre de la mise en œuvre du projet individuel de la personne **validé par le contrat d’insertion.** Tout référent professionnel d’une personne en difficulté peut également prescrire. La fiche de prescription est à transmettre au Service Economie Solidaire et Insertion du Territoire (SESIT) qui fait suivre vers Espoir 54.

# D.3) Le dispositif de transition et d’accompagnement (DTA)

C’est un projet novateur qui nécessite une forme d’« acculturation » entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Selon le Dr Jean Furtos, *« seulement 25% des équipes de secteur travaillent avec le secteur social »*. Il ajoute que *« le malaise généré par l’impuissance apparaît comme un formidable levier d’action pour trouver de nouvelles modalités de travail en partenariat dans la durée ».*

Le constat est récurrent : la sortie d’hospitalisation constitue une période critique pour les patients, avec un risque suicidaire multiplié par cent dans la semaine qui suit la sortie. Le passage entre l’hôpital et le suivi ambulatoire comporte un risque de rupture avéré, induisant ré-hospitalisations et chronicité, sans parler de la souffrance des patients et de leurs proches et du coût important pour la société.

Le Dispositif débute dès l’admission du patient et se poursuit à sa sortie. La durée est de 9 mois avec un renouvellement possible après une synthèse.

L’équipe soignante rencontre l’accompagnateur d’Espoir 54 pour évaluer la pertinence du dispositif de transition pour un patient donné. Si ce dernier accepte la proposition, des rencontres sont organisées entre le patient, sa famille, l’équipe soignante et l’accompagnateur en vue d’établir un programme individualisé mettant en cohérence le projet de soin et le projet de vie.

L’accompagnement peut alors commencer vers l’acquisition d’habiletés psychosociales et/ou cognitives et l’activation du réseau de la personne, dans son milieu de vie, est alors entreprise.

Un Comité de pilotage est chargé d’évaluer scientifiquement le dispositif dont on attend une diminution significative des ré-hospitalisations et une meilleure adaptation sociale sur la voie du rétablissement. Et très probablement une plus-value économique.

Il s’agit d’un véritable espace de transition entre projet de vie et projet de soins.

### Le fonctionnement du DTA

Le Dispositif débute dès l’admission du patient et se poursuit pendant 9 mois qui peut être prolongé en fonction des besoins.

L’équipe soignante rencontre l’accompagnateur d’Espoir 54 pour évaluer la pertinence du dispositif de transition pour un patient donné. Si ce dernier accepte la proposition, des rencontres sont organisées entre le patient, sa famille, l’équipe soignante et l’accompagnateur en vue d’établir un programme individualisé mettant en cohérence le projet de soin et le projet de vie.

L’accompagnement peut alors commencer vers l’acquisition d’habiletés psychosociales et/ou cognitives et l’activation du réseau de la personne, dans son milieu de vie, est alors entreprise.

L’objectif du dispositif est d’éviter les ruptures entre le soin et le projet de vie des personnes.

# D.4) Le dispositif d’accompagnement dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

Riche de son expérience avec la CARSAT Nord-Est, Espoir 54 est reconnue par les institutions pour accompagner des salariés en situation d’épuisement professionnel. Ce travail s’inscrit dans la philosophie du rétablissement.

### L’accompagnement au sein du dispositif PDD

L’objectif du travail réalisé avec un Psychologue d’Espoir 54 n’est pas une psychothérapie. On doit plutôt parler d’un accompagnement psycho socio-professionnel. Il s’appuie sur les principes des habilités psychosociales.

En effet, la personne devra acquérir des habilités qui lui permettront d’agir face à un environnement professionnel complexe.

Le terme d’épuisement professionnel n’est pas un diagnostic en santé mentale. Il s’agit d’un terme qui a été inventé pour décrire un état de fatigue ou une incapacité à fonctionner normalement dans le milieu de travail quand les demandes dépassent les capacités de l’individu à les recevoir.

De façon générale, on utilise le terme d’épuisement professionnel lorsqu’on veut décrire une incapacité de gérer la pression liée au travail.

L’épuisement peut entraîner des formes très différentes de troubles psychiques telles qu’une phobie du travail, une dépression réactionnelle à l’espace de travail ou tout simplement des crises d’angoisse.

Les bénéficiaires sont les salariés de l’institution qui a passé une convention avec Espoir 54. Ils peuvent être orientés par le Médecin du travail, les assistantes sociales, les médecins de prévention, les psychologues…, en fonction de leur institution.

L’accompagnement dure 3 mois, à raison d’un rendez-vous hebdomadaire d’une heure.

### Orientations vers le dispositif :

Les personnes sont orientées par le médecin du travail ou les assistantes sociales (en fonction de la structure signataire de la convention) via un formulaire spécifique.

La personne est contactée dans les 10 jours pour proposer un premier rendez-vous. Une fois le consentement recueilli de la personne, l’accompagnement peut démarrer. Celui-ci dure 3 mois à hauteur d’un rendez-vous par semaine. A la fin des 3 mois, lors du dernier rendez-vous, un bilan est établi et cosigné par le psychologue et le bénéficiaire. Il est ensuite transmis au médecin du travail.

# D.5) Le dispositif EPSIL (Equipe Pluridisciplinaire dédiée aux Situations d’Incurie dans le Logement)

Le dispositif vise à prendre en charge les situations présentant un problème sanitaire aggravé en raison du mode d’occupation du logement, caractérisé par une accumulation excessive de déchets, d’objets ou d’animaux et une extrême saleté.

L’intervention est basée sur un travail de recherche d’adhésion et de participation de l’occupant et de coordination du partenariat, dans le but d’éviter, si possible, l’intervention coercitive traumatisante et la reproduction du risque sanitaire.

Outre la remise en état du logement (aide au tri, nettoyage, mobilisation de sociétés de nettoyage/débarrassage,…), il s’agit de favoriser le maintien à domicile durable dans des conditions sanitaires acceptables, en s’appuyant sur la mise en place de dispositifs d’accompagnement de droit commun appropriés, en particulier dans le domaine du soin et plus largement ceux destinés à apporter une meilleure qualité de vie : aider à retrouver les gestes domestiques, rompre l’isolement social, reprendre une activité, accepter les aides sociales, etc.

Ces objectifs s’inscrivent dans un projet global de réhabilitation psychosociale.

Le dispositif vise à prendre en charge les situations présentant un problème sanitaire aggravé en raison du mode d’occupation du logement, caractérisé par une accumulation excessive de déchets, d’objets ou d’animaux et une extrême saleté.

L’intervention est basée sur un travail de recherche d’adhésion et de participation de l’occupant et de coordination du partenariat, dans le but d’éviter, si possible, l’intervention coercitive traumatisante et la reproduction du risque sanitaire.

Outre la remise en état du logement (aide au tri, nettoyage, mobilisation de sociétés de nettoyage/débarrassage,…), il s’agit de favoriser le maintien à domicile durable dans des conditions sanitaires acceptables, en s’appuyant sur la mise en place de dispositifs d’accompagnement de droit commun appropriés, en particulier dans le domaine du soin et plus largement ceux destinés à apporter une meilleure qualité de vie : aider à retrouver les gestes domestiques, rompre l’isolement social, reprendre une activité, accepter les aides sociales etc.

Ces objectifs s’inscrivent dans un projet global de réhabilitation psychosociale.

### Volets d’intervention

🞜 **Intervention au domicile pour les cas les plus complexes :**

- Prise de contact : développer le « aller vers », recréer du lien, rechercher l’adhésion

- Evaluation de la situation : sanitaire, sociale et médico-sociale,

- Accompagnement de la personne jusqu’à la mise en place des services d’aides, retour au droit commun, y compris dans l’hébergement temporaire voire le relogement,

- Aide de l’occupant à la remise en état du logement (tri, …) ;

- Mettre en œuvre les outils de droit commun (CMP, Aide sociale, …)

🞜 **Coordination des partenaires intervenant chacun dans leur champ de compétence (action sociale, santé, protection des majeurs, aide à domicile, bailleurs, collectivités, …) en lien avec le comité technique habitat indigne (CTHI) du Pôle Départementale de Lutte contre l’Habitat Indigne et Non décent (PDLHIND) qui reste le coordinateur global. qui reste le coordinateur global.**

Tout ou partie de ces volets d’intervention seront mobilisés par l’équipe pluridisciplinaire en fonction de la particularité de chacune des situations et de l’adhésion des occupants.

Sont, en fonction de la demande du CTHI :

- Rechercher l’adhésion et la participation de l’occupant

- Favoriser le maintien à domicile

- Coordonner le partenariat

- Accompagner la personne vers les dispositifs de droit commun

### Public concerné

• Ménages en souffrance psychique dont la situation d’incurie est installée,

• Ménages en situation de repli sur soi/rupture de soins/vieillissement,

• Ménages se singularisant par une « non-demande » avec mise en échec des différentes

interventions,

• Ménages locataires du parc privé ou public et propriétaires occupants.

### Territoires d’intervention

Ensemble des communes des territoires suivants : Val de Lorraine, Terres de Lorraine, Métropole du Grand Nancy, Lunévillois.

L’extension à l’ensemble du département sera étudiée après l’évaluation de plusieurs mois de fonctionnement.

### Modalités d’action

L'équipe mobile est basée sur la pluridisciplinarité mais aussi le décloisonnement des fonctions comprenant à minima un volet social et un volet psychologique.

### Orientations :

Seul le Comité Technique Habitat Indigne (CTHI) piloté par le Pôle Départemental Habitat Indigne et Non Décent (PDHIND) peut orienter les personnes en situation d’Incurie sur ce dispositif.

# D.6) Le dispositif Bénévoles Intérim

Bénévoles Intérim’ est un outil permettant de développer le sentiment d’utilité sociale. Il est mobilisable par l’ensemble des acteurs de la MAPH-Psy de Nancy.

Bénévoles Intérim' permet à des personnes en situation de handicap d'origine psychique ou en souffrance psychologique de pratiquer une activité bénévole au cœur de la Cité. Il a pour objectif de favoriser le sentiment d'utilité sociale, particulièrement pour les personnes ne pouvant pas travailler. Il peut néanmoins permettre aux personnes de formuler une demande de travail.

Le dispositif accompagne les personnes volontaires dans l'élaboration de leur projet de bénévolat et dans leur intégration dans les équipes de bénévoles de ses partenaires présents sur le territoire de la métropole du Grand Nancy.

### Les objectifs du dispositif

· Répondre au besoin d'utilité sociale des personnes,

· Valoriser et développer leurs compétences,

· Aider à leur intégration dans la Cité,

· Destigmatiser la maladie psychique.

Le dispositif Bénévoles Intérim' est un outil d'accessibilité à l'engagement citoyen, un outil de destigmatisation de la maladie psychique et du handicap, et un outil de mixité des populations et d'inclusion des personnes en situation handicap dans la société.

**T**

**Comme**

**TERRITOIRES**

Très tôt le Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle a fait le choix de s’inscrire dans une politique de territoire. Pour favoriser le travail en réseau et pour répondre aux besoins spécifiques de la population Espoir 54 a également fait ce choix. Pour cela il a créé le concept de MAPH-Psy

Nous rappelons que La MAPH-Psy est un concept qui nous permet d’être identifiés sur le terrain par les usagers susceptibles d’être accompagnés, les familles ainsi que par les acteurs de la psychiatrie, du social, de l’emploi et du médico-social. Ainsi, les fondements de la MAPH-Psy reposent sur la complémentarité et le dynamisme des services et l’alternance entre l’individuel et le collectif, au sein d’un même lieu tout en restant implanté au cœur de la cité.

La MAPH-Psy est une pépinière qui travaille sur la complémentarité et la souplesse du travail en réseau pour favoriser la mise en œuvre du projet de vie de la personne. Par cet outil, nous souhaitons montrer l’importance de la coordination des parcours pour éviter le morcellement des prises en charge des personnes en situation de handicap psychique. Ainsi une équipe pluridisciplinaire est présente sur le même site. L’orientation en interne entre les espaces collectifs de l'association et les services d’accompagnement se font plus facilement.

# T.1) le territoire de Nancy

La MAPH-Psy de Nancy dispose d’une place centrale au sein du département, sur un territoire essentiellement urbain avec une forte densité de population. Les besoins en terme d’accompagnement sont donc proportionnels et représentatifs de cette population.

La MAPH-Psy de Nancy est par conséquent la plus importante des MAPH-Psy d’Espoir 54 en terme de taille. Elle rassemble de loin le plus grand nombre de personnes accompagnées et accueillies, de bénévoles et de professionnels.

Au-delà de sa taille, la MAPH-Psy présente certaines spécificités par rapport aux autres MAPH-Psy. Tout d’abord, le territoire sur lequel elle est implantée bénéficie de ressources plus importantes que sur les autres territoires. L’accès à la culture, à la vie sociale, aux transports, au logement, à la santé sont très développés. De même, les différents dispositifs sociaux, d’insertion ou encore d’urgence sont bien implantés sur le territoire ce qui constitue des leviers pour les parcours des usagers et des soutiens pour les professionnels de l’accompagnement. La culture du travail en partenariat est donc forte et la MAPH-Psy est un lieu ressource parmi d’autres, elle devient un tremplin dans le projet de vie des personnes et non une finalité.

La MAPH-Psy de Nancy possède une autre particularité qui la rend unique. Du fait de sa place stratégique et des partenariats initiés et entretenus au quotidien (particulièrement avec le CPN), elle devient le support d’expérimentations en développant des dispositifs d’accompagnement et outils innovants. A titre d’exemple, nous pouvons citer le Dispositif de Transition et d’Accompagnement, EPSIL ou encore Bénévole Intérim’ qui mériteraient idéalement de pouvoir être développés sur les autres territoires du département. La pluralité des dispositifs d’accompagnement, des situations rencontrées ainsi que le nombre de professionnels dédiés à l’accompagnement font de ce terrain d’expérimentation un vivier actif de création de nouveaux outils, de réflexions au service du projet de vie des personnes accompagnées.

# T.2) le territoire de Longwy

Longwy est située sur un territoire semi-urbain, frontalier avec la Belgique et le Luxembourg et connait une forte expansion démographique.

Autrefois plébiscitée lors de l’implantation des usines sidérurgiques, Longwy est passé du statut de capitale de l'acier à celui de banlieue-dortoir (80% des actifs travaillent au Luxembourg ou en Belgique), ce qui entraine une forte baisse de l’emploi.

Du fait de la géographie de la Meurthe et Moselle et d’un réseau de transports précaire et peu développé, l’agglomération de Longwy est isolée des principaux réseaux de partenariats administratifs, sociaux, médico-sociaux, judiciaires, associatifs et est également considérée comme un désert médical.

Pour ces raisons, et d’autant plus concernée par cette nécessité de créer une plateforme de service facilement accessible aux personnes du territoire, la Maph Psy de Longwy a historiquement été la fondatrice de ce concept au sein d’Espoir 54.

Une dualité est malheureusement aujourd’hui installée au sein de la population entre ceux qui bénéficient de la manne Luxembourgeoise ou Belge et les autres, avec son lot de tensions sociales. Toutefois, la culture d’entraide ouvrière reste présente, et les partenaires du territoire œuvrent à travailler ensemble pour compenser au mieux les carences et éviter les ruptures de parcours.

Afin de pouvoir composer au mieux, les années à venir continueront d’être axée sur le soutien partenarial. Via le groupe de travail sur l’incurie dans le logement, nous souhaiterions que le dispositif EPSIL déjà existant sur Nancy puisse se développer dans le Pays-Haut, l’ARS ayant déjà identifié des besoins importants.

Nous souhaitons également poursuivre les relations partenariales en place avec les services sanitaires et Médico Sociaux au Luxembourg, et initier ce travail avec des associations ou institutions Belges.

Cela nous permettra également de pouvoir réfléchir à des modalités d’accès au soin avec les pays frontaliers, ou à d’autres modalités en lien avec la stratégie gouvernementale « Ma santé 2022 » pour travailler au mieux avec les services sanitaires existants sur le territoire.

Enfin, la sensibilisation des citoyens à la santé mentale en milieu rural et semi urbain reste une préoccupation majeure, notamment sur ce territoire très peu investi par les travailleurs frontaliers. La stigmatisation y est marquée et il nous parait primordial de pouvoir redonner une place valorisante à tous les citoyens, notamment par des projets concernant l’utilité sociale et la valorisation de la parole des usagers.

# T.3) Le Territoire de Briey

La commune de Briey se situe sur un territoire semi-urbain, enclavée entre la Moselle et la Meuse. Bien que disposant d’un centre administratif et de services de proximité, les habitants du territoire non véhiculés rencontrent fréquemment des difficultés d’accès aux droits et services. Il en va de même pour l’accès aux soins psychiques, le territoire étant quasiment dépourvu de médecins psychiatres ou psychologues, ce qui conduit les patients à consulter en Moselle.

Initialement rattachée à la Maph Psy de Longwy depuis 10 ans, l’antenne de Briey s’est émancipée et à créer sa propre identité sur le territoire courant 2019 avec l’inauguration de sa Maph Psy. Le diagnostic des besoins, les échanges partenariaux ainsi que la reconnaissance d’Espoir 54 sur le territoire restent à approfondir.

Une réflexion autour de la parentalité des personnes en situation de handicap ou de mal-être psychique est envisagée, par le biais de notre inclusion dans le groupe de travail du réseau Parentalité de Briey.

Grâce à un projet de transformation de l’antenne Briotine du GEM « le relais de la vie » en une association d’usagers indépendante ainsi que par la création d’un Conseil de Maph Psy, nous souhaiterions développer la parole des usagers du territoire. Certains d’entre eux ont notamment déjà eu l’occasion de participer à des journées de sensibilisation sur le handicap psychique au sein d’un lycée.

Afin de palier au problème récurrent de la mobilité, nous envisageons également de développer un moyen de rencontre désectorisé ou la mise en place d’un taxi solidaire pour lutter contre l’isolement dans les communes plus éloignées non desservies par les transports en commun.

# T.4) le territoire TERRES DE LORRAINE

Le territoire Terres de Lorraine couvre 4 communautés de communes du sud-ouest du département de Meurthe-et-Moselle (Terres Touloises, Moselle-et-Madon, Saintois et Colombey et Sud Toulois), représentant 154 communes. Le territoire Terres de Lorraine recensait 99 717 habitants en 2015.

* **Le développement progressif d’Espoir 54 en Terres de Lorraine.**

L’association Espoir 54 accompagne des personnes résidant sur le territoire Terres de Lorraine depuis 2010 dans le cadre des Accompagnements Renforcé Espoir 54. Avec le développement de ses dispositifs (DIMO, SAVS), l’association a pu mobiliser différents espaces (centre socio-culturel, maison des solidarités) afin de pouvoir intervenir dans l’environnement des usagers.

En **décembre 2015**, l’association apprenait que son projet avait été sélectionné par l’Agence Régionale de Santé pour la création d’un SAMSAH couvrant le Territoire Terres de Lorraine.

En **septembre 2016**, les premiers professionnels de ce SAMSAH étaient recrutés

La MAPH-Psy Terres de Lorraine innove donc l’expérience d’un travail en regard**s** croisé**s** où se côtoient au sein de la même maison des professionnels issus de formations paramédicale, sociale et médicales.

La notion de coordination du parcours de la personne est une condition essentielle à la cohérence des parcours.

Les personnes accompagnées bénéficient du soutien de différents professionnels pour affiner l’évaluation de sa situation et définir ses objectifs en matière de participation sociale, d’accès aux droits et aux soins, de logement, d’études, d’emploi, etc…

Les membres de l’équipe sont particulièrement mobiles pour couvrir un secteur majoritairement rural où peu de transports en commun sont proposés. De ce fait, les rendez-vous ont souvent lieu au domicile de l’usager-adhérent ou dans un lieu extérieur proche du domicile de ce dernier.

* **L’alternative aux modules**

La ruralité du territoire et l’éloignement géographique des personnes fréquentant ou étant accompagnés par les services de la MAPH-Psy Terres de Lorraine conduit l’équipe de la MAPH-Psy à repenser les outils collectifs.

Du fait de l’étendue du territoire et afin de favoriser l’échange entre les pairs, le SAMSAH travaille beaucoup avec le support d’activités porteuses de sens pour ces personnes.

Des temps bimensuels avec une participation régulière des adhérents-usagers ont été conçus (couture, accueil relax, prendre soin de soi, ...).

Tous les mercredis matin un accueil café est mis en place, qui permet à adhérent-usagers, professionnels et personnes extérieures (ex : éducateurs du CAARUD) de partager un petit déjeuner convivial.

La réalisation d’entretiens à 3 (2 adhérents-usages et 1 professionnel) pour favoriser le partage d’expérience et le lien social des personnes accompagnées est une alternative intéressante à développer.

Ces temps collectifs sont des médias à la consolidation et au développement des compétences des personnes avec le support des pairs.

* **Le partenariat en Terres de Lorraine**

La MAPH-Psy TDL travaille en lien avec les CMP de Toul et de Neuves-Maisons. Afin d’assurer aux personnes un accompagnement cohérent et global, les équipes veillent à se réunir 2 à 3 fois par an (en plus des réunions de synthèses). Ces réunions ont pour but de favoriser le travail en réseau ainsi que la complémentarité entre nos services. Ce travail doit être soutenu et facilité par le maintien de ces réunions trimestrielles.

Le réseau d’accès aux droits en Terres de Lorraine se réunit une à deux fois par an sous l’impulsion des Maisons des Solidarités et du délégué territorial de la Caisse d’Allocations Familiales. Réunissant associations gestionnaires de services, centres socio-culturels, Maisons de Service Public, il permet de faire un point sur l’actualité en matière d’accès aux droits.

Dans une perspective de favoriser l’accès aux droits et aux soins aux personnes les plus isolées, le développement d’un maillage de proximité avec les intervenants de première ligne (assistants sociaux de secteur, médecins généralistes, etc…) est favorisé par nos échanges réguliers dans le cadre des parcours des personnes accompagnées.

# T.5) le territoire du lunévillois

Situé à la pointe sud-est de la Meurthe et Moselle, le territoire du Lunévillois regroupe plus de 79000 habitants. Il compte 159 communes réparties sur 4 communautés de communes.

Le Groupe d’Entraide Mutuelle « Le Fil d’Ariane » a été le premier dispositif porté puis parrainé par Espoir 54 à voir le jour sur le territoire. Fort de ce réseau partenarial, différents services d’Espoir 54 se sont développés progressivement : les Appuis Spécifiques Espoir, le Dispositif d’Insertion en Milieu Ordinaire et le Service d’Accompagnement à la Vie Sociale.

Les objectifs de la structure lunévilloise sont :

* De maintenir et développer les actions en partenariat en :
  + intégrant les partenaires dans le fonctionnement de la structure et du GEM
  + développant les actions intégrant la participation des adhérents/usagers et les partenaires (ex du Réveil Matin)
  + valorisant la parole de l’usager dans les différentes instances
  + développant les actions auprès du public jeune
* De développer ses actions sur les territoires ruraux. Notre volonté est d’aller au plus près des habitants
* De créer une Maison d’Accompagnement des Personnes en situation de Handicap Psychique (MAPH-Psy)
  + En clarifiant les missions avec le soin

En aménageant des locaux adaptés.

# T.6) le territoire de Pont à Mousson

Ce territoire n’est pas couvert par une MAPH-Psy. Espoir 54 intervient uniquement via des temps de permanence. Il semble important dans l’avenir et pour permettre une égalité de traitement entre l’ensemble des citoyens que l’on puisse travailler avec nos tutelles pour répondre aux besoins de ce territoire.

O

**Comme**

**OBJECTIFS**

# O.1) le maintien des acquis

Nous ne devons pas oublier que nous exerçons une mission de service public et qu’il appartient aux collectivités locales, à l’Etat de nous donner les moyens pour réaliser notre mission de cohésion sociale.

De plus, nous avons démontré que le savoir-faire du médico-social était un savoir spécifique qui ne pouvait pas être fait par le soin qui n’a ni l’esprit ni les compétences pour réaliser notre mission. Mais, le médico-social ne peut pas se substituer au soin c’est pourquoi nous devons développer un travail en réseau respectueux de l’autre en tant que partenaire détenant un savoir propre.

Nous affirmons que nous devons défendre et promouvoir une logique de santé mentale. De plus, nous devons nous positionner dans une démarche de prévention.

# O.2) Le développement

## Les besoins au vu des conclusions du PTSM 54

## *Dans les conclusions du diagnostic du PTSM (54) on peut y lire :*

« Les **délais d’accès aux soins** génèrent des ruptures de prise en charge. Le délai de latence pour établir un diagnostic peut s’expliquer certes par un manque de ressources humaines notamment de médecins psychiatres. Cependant, **le défaut d’anticipation** conduit aussi les institutions à être devant le fait accompli et à gérer des situations en urgences délétères pour le patient ou les professionnels.

L’absence de coordonnateur de parcours entre les différentes institutions génère **des parcours de vie chaotiques.** Qui décide ? Comment articuler projet de soins et projet de vie ? Parfois, des décisions médicales sont prises sans tenir compte du projet de vie. »

**Premiers axes d’amélioration évoqués par le groupe :**

**Afin d’assurer la continuité dans le parcours des personnes**

Il est nécessaire d’identifier un **coordonnateur /référent**, avec des missions, un champ de compétences et des responsabilités définis clairement. Quelle légitimité ? Décision collégiale qui est un engagement, suivie d’une évaluation pour construire un projet de soins s’inscrivant dans un projet de vie.

**Une approche systémique des situations** favoriserait une approche globale du parcours, repérage des risques a priori nécessaire pour mieux les appréhender dans les parcours.

L’accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux repose sur le caractère indispensable de disposer d’une **évaluation globale et partagée** (conjuguant le projet de soins et le projet de vie) impliquant les acteurs du sanitaire, du secteur social et médicosocial, voire de l’Education Nationale. Il n’existe pas de formalisation et de valorisation de ce temps d’évaluation, de transmission des informations, de définition réglementaire des partages et d’outils qui garantiraient la continuité du parcours et sa vision généraliste. Dans ce contexte, des étapes clefs sont mises en exergue : la tranche d’âge 16-25 ans qui voit le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie, de dispositifs sociaux pour enfants à des établissements et services pour adultes, à des droits et allocations différenciés. L’absence de **référent, d’un coordinateur ou facilitateur de parcours** renforce souvent le problème rencontré.

Nous souhaitons nous investir tout particulièrement dans les fiches action suivantes :

- Fiche action n°1-A : « établir une cartographie des dispositifs du territoire ». Nous souhaitons être acteur de la mise en place des CREHPSY.

- Fiche action n°2-C : « repositionner les missions des CMP/collaboration avec les acteurs médico-sociaux et les acteurs libéraux ».

- Fiche action n°2-E : « élaborer un support partagé d’informations ».

- Fiche action : « projet territorial de santé mentale : plan de formation territorial ».

- Fiche action n°3-A : « apprendre à travailler ensemble ».

- Fiche action n°4-C : « mettre en place des actions de lutte contre la stigmatisation ».

- Fiche action n°4-F : « développer la prévention auprès des étudiants ».

- Fiche action n°4-G : « promouvoir la santé mentale par l’insertion à l’emploi ».

- Fiche action n°5-B : « promouvoir des dispositifs de promotion des outils de réhabilitation psychosociale ».

- Fiche action n°5-D : « développer et consolider les dispositifs d’intervention précoce ».

- Fiche action n°5-G : « développer un dispositif de transition en santé mentale ».

**C’est pourquoi nous avons défini les priorités suivantes :**

P.1 Développer le concept de MAPH-Psy pour répondre toujours plus et mieux aux besoins des territoires

P.2 Structurer et développer la complémentarité du trépied d’Espoir 54

P.3 Développer la prévention en faisant la promotion d’un SAMSAH jeune

P.4 Faire vivre et promouvoir le droit à se sentir socialement utile pour les personnes en situation de handicap d’origine psychique

P.5 Développer le travail de partenariat avec la psychiatrie pour faire vivre un véritable travail en réseau dans une logique de santé mentale.

P.6 Formaliser et structurer Espoir 54 pour lui permettre de se développer sans perdre sa spécificité.

**E**

**Comme**

**EVALUATION**

# E.1) EVALUATION INTERNE

La rédaction du présent projet d’établissement est l’écho du travail d’évaluation interne et externe.

Nous avons opté pour un travail s’inscrivant dans une démarche d’amélioration continue (il s’agit bien d’une démarche de progression collective plutôt que de changement ou de révolution !). Ce premier travail d’autoévaluation s’est situé au carrefour de plusieurs enjeux :

* La performance collective interne, utile pour connaître l’impact et l’apport des différents services, auprès des bénéficiaires,
* L’efficience de chaque service incluant autant que possible une économie de temps, d’énergie et de moyens,
* L’utilité sociale des services, nécessaire à l’épanouissement des équipes.

La méthode utilisée a permis de :

* Définir finement l’association et ses finalités (qui, quoi, comment, à quelles fins, …),
* Observer ce qui se passe : identifier les signaux forts et faibles, les menaces et opportunités, tant en interne qu’en externe,
* Favoriser les liens entre les organes stratégiques et opérationnels de l’association,
* Évaluer l’existant (vision systématique globale : économique, social, technique, …),
* Donner du sens aux actions menées, au travail réalisé en matière d’accompagnement, d’accueil, de maintien du lien, … et par ailleurs de mieux :
* Le faire savoir et communiquer

Enfin, elle est venue alimenter un plan stratégique correspondant au projet d’établissement à 5 ans.

Toutefois, cela ne veut pas dire que cet effort de formalisation de nos actions et de nos pratiques reste figé pendant 5 ans. Il s’agit bien de poursuivre en équipe, les travaux menés lors de cette première évaluation, afin de faire face aux changements. Construire de nouveaux repères est capital dans un contexte de croissance comme peut le vivre Espoir 54. Il est important d’apprendre à mieux travailler en équipe, à élaborer des solidarités et des formes de cohérences nouvelles pour mener à bien le projet d’établissement.

L’enjeu est bien de créer un collectif et une identité de références théoriques et pratiques et d’inscrire ce travail dans une logique de progrès continu, de suivi de la qualité, voire « d’accréditation ».

* Mise en place d’outils favorisant le passage de relais
* Développer une logique de référent de parcours pour les personnes en situation de handicap d’origine psychique

# *Tableau récapitulatif du plan d’amélioration continue (PAC) de la derniere démarche d’évaluation interne d’Espoir 54*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Code PAC | Indicateurs rattachés | Actions d’améliorations (objectifs) | Moyens | Echéances prévisionnelles | | Nom des responsables | Date de validation |
| **Date de lancement** | **Date de finalisation** |
| 1 | EA1/EA3/EA4/EA55  EA90 à EA97  (droit des usagers) | Mettre en conformité Espoir 54 avec la mise en œuvre d’actions et de documents concernant la bientraitance | Groupe de travail | 01/04/2014 | 01/10/2014 | S. VOINSON | 02/09/2014 |
| 2 | EA26  (droit des usagers/ outils) | Refaire le livret d’accueil avec changement de la charte | Equipe de direction  Relecture équipe péda SAVS/CVS | 01/08/2014 | 01/10/2014 | S. VOINSON | 1/12/2016 |
| 3 | EA36  (droit des usagers / outils) | Créer un règlement de fonctionnement conforme à l’article L.311-7 | Equipe de direction  Relecture équipe péda SAVS/CVS | 01/10/2014 | 01/02/2015 | S. VOINSON | 1/12/2016 |

# E.2) EVALUATION EXTERNE

#### Commentaires de l’ESSMS sur la derniere évaluation externe

Mire Conseil a écrit :

Les conclusions nous ont permis d’identifier et de rendre lisible nos bonnes pratiques. Ce qui est essentiel pour maintenir notre niveau de qualité. On peut reprendre comme exemple : **la qualité de l'accompagnement, de sa souplesse et de sa précision ; l’implication forte des professionnels ; des pratiques définies chemin faisant, avec un haut niveau d'expertise ; le respect total de la non demande ; les temps d'échange entre les équipes ; des pratiques novatrices, etc.**

Les recommandations stratégiques sont de véritables chances pour faire évoluer nos actions. On peut donner comme exemples :

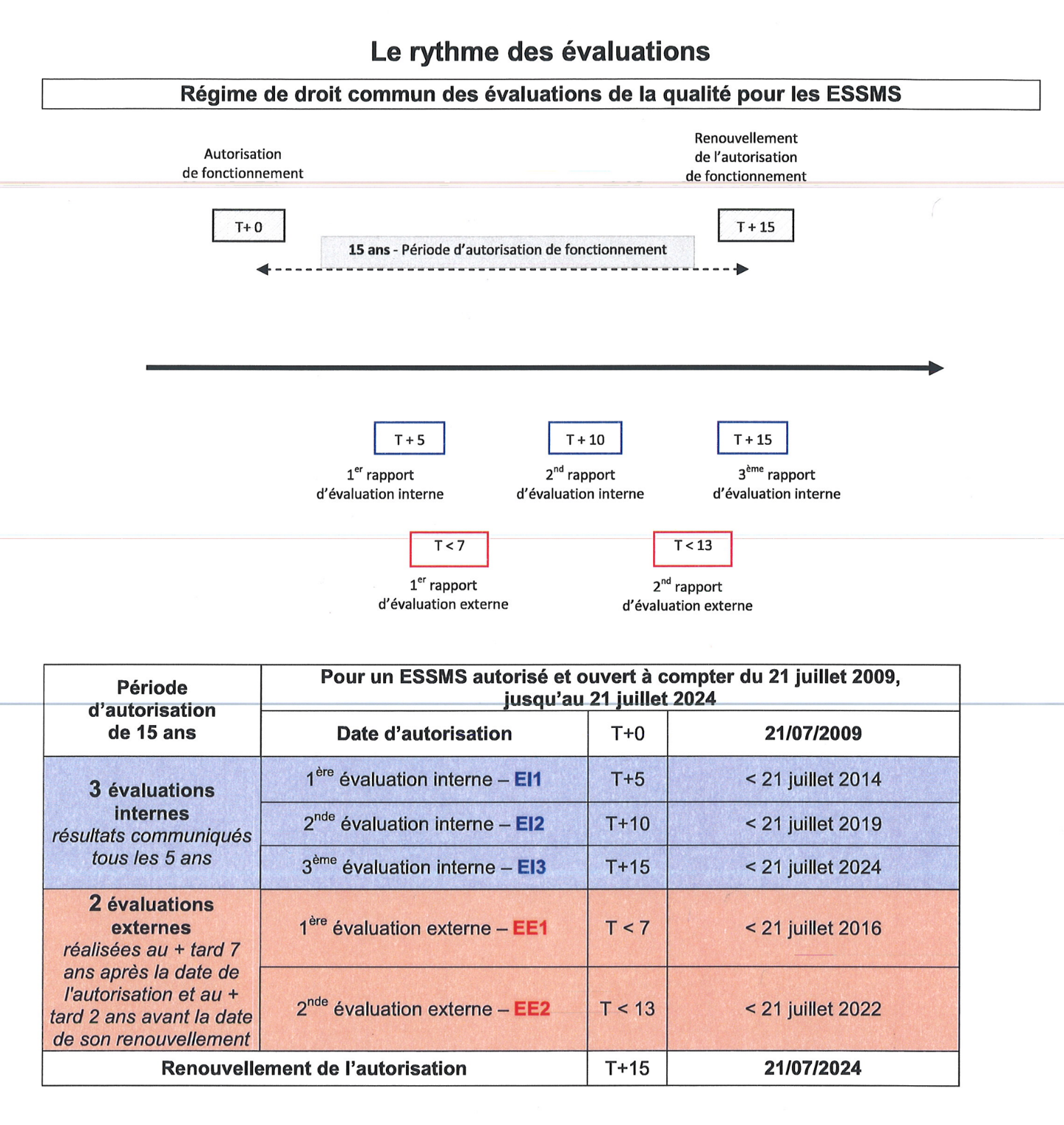
* Que l'implicite devienne explicite : rendre compte de nos pratiques en en faisant le récit
* Mieux formaliser le travail en réseau en développant articulations et complémentarités
* Apporter de la cohésion en communiquant mieux
* Réaliser des études socio-économiques sur les coûts / avantages
* Réfléchir aux métiers, en définir le style personnel, en évitant l'idéalisation

Il s’agit là de pistes de travail très pertinentes que nous souhaitons utiliser pour les années à venir

# E.3) PLANIFICATION DES PROCHAINES EVALUATION

Le décompte de délai des évaluations internes et externes se déclenche à la date de l’autorisation initiale délivrée conformément à l’article L-313-1 du CASF (Code de l’Action Sociale et des Familles).

**Evaluation interne / Evaluation externe**

****

**Le SAVS : Depuis le 3 janvier 2017, le SAVS doit respecter le rythme des évaluations de droit commun.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objet | Date 1 | Date 2 | Date 3 | Date 4 | Date 5 |
| **Projet de service (tous les 5 ans)** | **2014** | **2019** | **2024** | **2029** | **2034** |
| **Evaluation interne SAVS** | **03/01/14** | **03/01/22** | **03/01/27** | **03/0/32** | **03/01/37** |
| **Renouvellement agrément SAVS** | **01/01/2001(ouverture)** | **03/01/2017**  (rythme normal) | **03/01/2032** | **03/01/2047** | **03/01/2062** |
| **Evaluation externe SAVS** | **03/01/15** | **03/01/24** | **03/01/30** | **03/01/39** | **03/01/45** |
| **Visite de conformité : 2 mois avant la date de renouvellement de l’autorisation** | **01/11/16** | **03/11/31** | **03/11/46** | **03/11/61** |  |

**Le SAMSAH :**

**La date d’autorisation du SAMSAH est le 23/12/2015**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objet | Date 1 | Date 2 | Date 3 | Date 4 | Date 5 |
| **Projet de service (tous les 5 ans)** | **23/12/2015** | **2019** | **2024** | **2029** | **2034** |
| **Renouvellement agrément SAMSAH** | **23/12/2030** | 23/12/2045 | **23/12/2060** | **23/12/2075** | **23/12/2090** |
| **Evaluation interne SAMSAH** | **23/12/2020** | 23/12/2025 | **23/12/2030** | **23/12/2035** | **23/12/2040** |
| **Evaluation externe SAMSAH** | 23/12/2022 | 23/12/2028 | 23/12/2037 | 23/12/2043 | 23/12/2052 |
| **Visite de conformité : 2 mois avant la date de renouvellement de l’autorisation** | **23/10/2030** | 23/10/2045 | **23/10/2060** | **23/10/2075** | **23/10/2090** |

1. Zribi, G., Sarfaty, J., Handicapés mentaux et psychiques.

   Vers de nouveaux droits, Rennes, Editions de l’Ecole nationale de la santé publique, 2003 [↑](#footnote-ref-1)
2. 1Définies comme étant « les manifestations observables des coutumes, pratiques, idéologies, valeurs, normes, croyances religieuses et autres » [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir les recommandations du colloque sur le handicap psychique organisé par la CNSA le 23 Mars 2009 : <http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=566> [↑](#footnote-ref-3)