

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE CRÉATION
ET DE REDÉPLOIEMENT DE STRUCTURES
SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

PRÉAMBULE

INTRODUCTION

I - LE CADRE JURIDIQUE

1.1. Le champ sanitaire, médico-social et social

1.2. Les modalités de coopération

1.2.1. La convention

1.2.2. Les réseaux de soins

1.2.3. Les communautés d'Établissements de Santé

1.2.4. Les autres coopérations inter-établissements : les groupements

1.3. La création et la gestion directe d'établissements médico-sociaux par les établissements de santé

II - UN PRÉALABLE : L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE LA POPULATION ET LA PROPOSITION DE RÉPONSES ADAPTÉES

2.1. Les différents types de structures : champs de compétence et financement

2.2. Des structures médico-sociales différenciées avec hébergement

2.3. Adapter la structure envisagée au type de population concerné

2.4. Recommandations générales sur la démarche de projet

2.4.1. Amorcer une démarche globale

2.4.2. Acquérir de nouvelles compétences

2.4.3. Faire évoluer les structures de soins vers des lieux de vie

2.4.4. Créer un cadre et un environnement appropriés

III - MODALITÉ D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

3.1. Son inscription dans le projet d'établissement

3.2. La gestion des ressources Humaines

3.2.1. La définition des fonctions et des emplois dans le secteur médico-social

3.2.2. Les positions statutaires

3.2.3. Le recrutement externe d'un nouveau personnel dans une structure médico-sociale

3.2.4. La formation des personnels

3.3. Un projet de qualité, conforme aux normes techniques de fonctionnement d'une structure médico-sociale

3.3.1. La constitution du dossier de demande d'autorisation

3.3.2. Le passage du dossier en CROSS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ANNEXE 1 : Une architecture au service du projet de vie

ANNEXE 2 : Les métiers du secteur médico-social

ANNEXE 3 : Les objectifs sociaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques
du projet

ANNEXE 4 : Les relations avec les familles ; le conseil d'établissement

ANNEXE 5 : Un exemple de règlement intérieur

ANNEXE 6 : Exemple de mise en œuvre d'un projet

ANNEXE 7 : Exemple de programme de formation en vue de l'ouverture
d'un foyer
à double tarification

FICHE 1 : L'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)

FICHE 2 : L'Allocation Compensatrice pour tierce personne (A.C.T.P.)

FICHE 3 : Foyer d'hébergement

FICHE 4 : Foyer occupationnel ou foyer de vie

FICHE 5 : Maison d'Accueil Spécialisée

FICHE 6 : Foyer à Double Tarification

FICHE 7 : Un exemple de fiche métier

FICHE 8 : Un exemple de profil de poste

PRÉAMBULE

Le clivage artificiel existant entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le "*handicap*" résulte d'une affection psychique invalidante ne peut perdurer. Une démarche globale doit faire appel à une palette d'approches diversifiées et complémentaires en tenant compte des divers registres de la maladie, qu'il s'agisse de la déficience, de l'incapacité ou du désavantage social. Les travaux de Philip WOOD, repris par l'Organisation Mondiale de la Santé, ont bien montré que le handicap résultait de la combinaison et de l'interaction de quatre composantes :

- Le processus morbide défini par le diagnostic,
- L'altération des fonctions et des organes qui peut en découler, appelée déficience,
- La limitation des gestes et actes élémentaires de la vie ordinaire, appelée incapacité,
- Les limites dans l'accomplissement d'un rôle dans la société, considéré comme normal, et défini comme un désavantage social.

Le schéma de WOOD apparaît comme un modèle dynamique dans lequel rien n'est figé. Si la déficience, l'incapacité et le désavantage sont les conséquences de la maladie, une évolution de l'une des composantes peut entraîner un effet direct sur un ou plusieurs des trois autres plans.

Les modalités de prise en charge dans le secteur médico-social relèvent de savoir-faire reconnus et éprouvés, plus adaptés au handicap que les techniques de soins mises en œuvre dans les services de psychiatrie. Pour un nombre important de patients demeurant hospitalisés faute de solutions d'accueil extérieures, la formule la plus adéquate est éducative et/ou sociale avec un soutien soignant.

Dépassant un point de vue figé sur le handicap, un projet de redéploiement vers le médico-social devrait prendre en toile de fond la définition de Wood. L'éclairage dynamique qu'elle offre devrait en effet inspirer ceux qui ont à réfléchir aux structures de prise en charge intégrant la spécificité et la complémentarité des deux champs : le sanitaire évaluant et traitant (diagnostic et déficience) – et le médico-social – qui étaye la personne dans sa vie au quotidien (palliant incapacité et désavantage social).

Pour la création, le fonctionnement et le devenir de structures médico-sociales issues d'un contexte hospitalier, il convient de ne pas reproduire ce modèle hospitalier, l'objectif étant différent.

INTRODUCTION

La complémentarité entre la psychiatrie et le champ médico-social concerne deux aspects que l'on peut qualifier de :

- Conjoncturel : l'accueil en structures médico-sociales de patients actuellement hospitalisés en psychiatrie de façon inadaptée depuis parfois de nombreuses années,

- Structurel : l'articulation des champs sanitaire et médico-social en termes de démarches en réseau dans la continuité.

L'aspect conjoncturel

Il intéresse des patients stabilisés ayant subi une perte d'autonomie et connaissant une dépendance institutionnelle, principalement du fait d'un isolement familial. Au fil du temps, ces personnes sont devenues incapables de mobiliser leur capacité psychique pour s'intégrer socialement dans un cadre de "vie normale", même si auparavant elles y avaient évolué sans difficultés particulières. Il s'agit notamment de personnes présentant des troubles qui relèvent :

- de psychoses chroniques (schizophrénie, délires chroniques) stabilisées, mais aussi de nouvelles pathologies (états-limites, structures abandonniques, etc.) demeurant dépendantes de l'institution, en attente de structure alternative, ou retournées à l'hôpital après de multiples tentatives de sortie,

- de "détériorations physiques et/ou psychiques" affectant des personnes âgées, en attente de place dans un service de long séjour ou une maison de retraite,

- de psychoses infantiles et arriérations parvenues à l'âge adulte, le plus souvent transférées, il y a fort longtemps, de services de psychiatrie infanto-juvénile ou, plus récemment, de structures médico-sociales qui ne les ont pas reprises en charge,

- de polyhandicaps concernant, notamment, une population adulte jeune dépendante, du fait d'une atteinte neurologique à évolution lente avec désocialisation.

Divers rapports ont évoqué cette donnée. La Cour des Comptes a également rappelé en 1988 l'intérêt des études, menées tant par les équipes de secteur que par les services de la Sécurité Sociale, visant à déterminer le taux d'inadéquation consécutif à : *"la présence en établissements psychiatriques de malades dont l'état relèverait logiquement d'autres formes de traitement ou d'hébergement : Maisons d'Accueil Spécialisées, Centres d'Aide par le Travail, établissements de long séjour avec soutien psychiatrique pour personnes âgées, services d'aide à domicile"*. Au vu des éléments recueillis par le Service Etudes et Statistiques (S.E.S.I.), 28 % des lits de psychiatrie étaient concernés en 1995.

En règle générale, la situation demeure figée. Chaque patient ayant fait

l'objet d'une demande d'orientation par la C.O.T.O.R.E.P. reste en attente d'acceptation par une autre institution.

Le fait d'être hospitalisé en psychiatrie entraîne des réticences majeures des structures médico-sociales, confrontées par ailleurs à un grand nombre de demandes. Ce processus s'affirme avec d'autant plus d'acuité lorsque le travail en réseau du secteur psychiatrique avec le champ médico-social est peu développé. Est-il nécessaire de rappeler que les services de psychiatrie sont des lieux de soins dont la vocation sanitaire doit être clairement réaffirmée ?

La prise en compte de l'autonomie et, en miroir, de la dépendance de ces patients, auxquelles concourent une dimension psychopathologique et les circuits en place (offres de soins, réseaux, trajectoires de vie, politique sociale), doit permettre de dégager les points communs aux soins et au médico-social, sans exclure l'un ou l'autre.

L'obligation de résoudre le problème, l'insuffisance notoire de moyens de résolution extérieurs aux établissements psychiatriques, imposent de créer les outils nécessaires.

La population concernée a le plus souvent perdu ses repères familiaux et environnementaux (facteur par ailleurs considérable de chronicisation). L'hôpital, le pavillon, sont devenus un cadre habituel de vie dont la réponse a perdu sa pertinence, du fait de la rupture avec la communauté et/ou un quelconque contexte géographique.

Si la psychiatrie a rempli, historiquement, une fonction d'hébergement pour des patients sans autre solution d'accueil, leur prise en charge, actuellement, manque cruellement de structures adaptées. Ces problèmes spécifiques ne peuvent être abordés que par une articulation forte entre le sanitaire et le médico-social.

La délimitation entre ce qui relève de manière prépondérante du sanitaire ou du médico-social ne peut s'appuyer que sur des arguments techniques (sanitaires et médico-sociaux), des options théoriques diverses doivent s'incliner devant une politique de santé mentale clairement définie. Il importe de distinguer le champ clinique des psychoses infantiles, arriérations et polyhandicapés de celui des psychoses chroniques de l'adulte. Les problèmes de prise en charge sont radicalement différents et doivent être abordés de façon distincte pour ne pas obscurcir un débat ne demandant spontanément qu'à l'être.

L'aspect structurel

Il concerne une pratique de liaison au sens large, déjà inscrite dans le Décret de 1986, nécessaire au sein des structures médico-sociales proches, assurée par les secteurs psychiatriques, dont la population hospitalière, ne relevant plus de l'hospitalisation, doit être la clientèle prioritaire.

Le dispositif sanitaire se trouve en perte de crédibilité auprès des structures médico-sociales qui l'accusent de ne pas mettre suffisamment en œuvre sa technicité pour leurs résidents et de procéder à des réorientations prématurées. En retour, les services de psychiatrie ont pu accuser le médico-social de générer ses propres situations de crise, de se "défausser" sur le sanitaire mis en difficulté par des transferts inadaptés. Si un tel contentieux demeure, tout partenariat réel apparaît impossible.

Une connaissance mutuelle s'impose, dans le respect de chacun, afin que l'éducatif ne soit plus saturé par des pathologies non traitées, afin que le soin reprenne sa place dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et soit considéré comme un temps dans le processus, en vue d'une réinsertion. Le sanitaire ne doit plus être du médico-social de technicité éducative très limitée.

Cette alternative médico-sociale doit être conçue de façon créative, complémentaire, dans le cadre d'une collaboration entre unités sanitaires et médico-sociales offrant des lieux coordonnés, capables de répondre à l'ensemble des états de dépendance, en maintenant des flux de patients et des échanges de compétence. Il ne s'agit, en aucun cas, d'un abandon mais de la poursuite, selon d'autres modalités, des missions des établissements sanitaires permettant de compléter un dispositif. La sectorisation psychiatrique, domaine sanitaire, ne doit pas se cantonner à des prestations ponctuelles de soins, mais assurer un travail régulier, en réseau, avec des lieux d'hébergement dont les projets concernent la qualité de vie et la réinsertion.

Les usagers des établissements médico-sociaux, dispersés géographiquement, dans des structures de nature souvent associative, présentent des besoins croissants de soins psychiatriques, alors que les vacances de psychiatrie y sont de moins en moins assurées. La demande d'hospitalisations courtes, pour des séjours de rupture, peut justifier une unité sanitaire spécifiée, chargée du bilan, du diagnostic, de l'orientation, mais aussi de traitements séquentiels, en collaboration avec l'ensemble des structures pour handicapés, au niveau d'un département par exemple, dans un contexte de réseau.

Des objectifs s'imposent donc à court terme : recentrer le sanitaire sur le soin, le médico-social sur la qualité de vie, s'y aider mutuellement, travailler plus ensemble, fixer pour cela des échéances, utiliser au mieux les compétences.

Ce travail a pour ambition de décrire les étapes de la création par un établissement hospitalier de structures médico-sociales (MAS, FDT, Foyer de Vie). Il s'agit de raisonner en termes d'insertion pour des personnes ayant subi une perte d'autonomie et dont les troubles ne sont plus évolutifs, l'insertion étant alors définie comme une place reconnue à une personne au maximum de ses possibilités. Aborder franchement le problème de la dépendance et du déficit comme une mission reconnue répond, pour un établissement, aux principes de solidarité et de responsabilité. Le développement de modalités d'articulation entre soins et prise en charge de type médico-social, dont la prestation est assurée par un Etablissement de Santé est une démarche innovante.

I - LE CADRE JURIDIQUE

1.1 - Le champ sanitaire, médico-social et social

Jusqu'en 1975, les procédures de création, transformation et suppression des établissements médico-sociaux par les établissements d'hospitalisation publique étaient, en l'absence de textes spécifiques, soumis aux dispositions de la loi hospitalière, ou sans base légale propre.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 apparaît à l'origine de la séparation entre sanitaire et social et médico-social. Elle avait prévu la parution d'un décret fixant les modalités de fonctionnement des établissements sociaux. Les Lois du 30 juin 1975 "spécifiques" aux institutions sociales et médico-sociales ont comblé ce vide juridique.

La circulaire du 14 mars 1990 a concrétisé l'ouverture de la psychiatrie aux partenariats et aux réseaux :

"Cette ouverture du champ d'action, de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer information et concertation.

Elle implique aussi des stratégies en paliers : les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en "première ligne", les patients pouvant avoir recours directement à eux, et en "seconde ligne", agissant notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la santé mentale".

Ce texte avait également préconisé la mise en place de conseils de secteurs, pour une même circonscription géographique auxquels pouvaient participer les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce contexte, l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux concernés pouvaient conjuguer et coordonner leurs actions. Force est de constater que, le plus souvent, les conseils de secteurs se sont contentés d'harmoniser les structures de soins en psychiatrie ou d'en créer, sans tenir compte des structures sociales ou médico-sociales.

Quant à l'article L. 326 du Code de la Santé publique, il reconnaît la dimension sanitaire et sociale du dispositif psychiatrique en précisant les missions des équipes de psychiatrie de secteur : "*La lutte contre les maladies mentales*

comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale".

L'autonomisation du social par rapport au sanitaire a affirmé la nécessité d'intégrer les personnes handicapées à tous les aspects de la vie collective. La cohérence d'une législation dispersée et disparate jusqu'à la mise en place du dispositif de 1975 a, en définitive, constitué un véritable statut social de la personne handicapée. Les résidents des MAS et des FDT, dont les ressources étaient laissées à l'appréciation des œuvres de charité, disposent d'une Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), qui est un droit. Les travailleurs en CAT, disposent d'un statut de travailleurs, avec des droits et des obligations. Il s'agit d'une avancée considérable, ne serait-ce que par rapport aux ergothérapies en milieu hospitalier, dont certaines gardaient un caractère asilaire et aliénant évident.

Toutefois, la coordination entre secteurs sanitaire et médico-social est demeurée insuffisante dans des domaines tels que l'intégration scolaire des enfants et adolescents, la prise en charge des personnes vieillissantes ou celle des autistes. Ultérieurement, de nouveaux "champs d'action", tel celui du RMI, ont induit de nouvelles dimensions comme celle de la "santé mentale" de l'exclusion, s'imposant comme une nouvelle mission pour la psychiatrie de secteur en lien direct avec le social.

Du fait de dynamiques hospitalières très diverses, les équipes de psychiatrie peinent ou tardent souvent à répondre à de nouvelles demandes de soins, sans toujours pratiquer une psychiatrie de proximité, capable d'associer des actions de prévention en amont, des programmes de réinsertion sociale en aval, en partenariat notamment avec les travailleurs sociaux.

Tout en évitant de sortir de son cadre, la psychiatrie peut apporter une contribution précieuse dans le champ social et médico-social, qu'il s'agisse d'actions auprès des adolescents, des personnes handicapées, et/ou des personnes âgées mais aussi plus largement des populations en situation de précarité ou d'exclusion.

La conjonction de la publication de trois rapports récents, rendus publics, concernant directement l'articulation entre le champ sanitaire (spécifiquement psychiatrique) et le champ social paraît significative de la préoccupation actuelle des acteurs de terrain, qu'ils soient soignants ou travailleurs sociaux.¹

¹ Rapport LAZARUS « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » - H. STROHL, février 1995.
Rapport « Psychiatrie et grande exclusion » PIEL - MINARD, mai 1996.
Rapport IGAS sur l'hospitalisation des personnes âgées en psychiatrie.

Tableau A

**L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE SANITAIRE,
SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**

DOMAINE SANITAIRE	DOMAINE SOCIAL/MÉDICO-SOCIAL
- le secteur de psychiatrie	- le département (Conseil Général + DASS)
<p>Base de l'organisation du service public</p> <p>- Le Conseil Départemental de Santé Mentale (CDSM), instance de liaison, de coordination et de proposition donne son avis sur le Schéma Départemental et le Schéma Régional de Psychiatrie.</p> <p>- Echelon régional : L'organisation de l'offre de soins en psychiatrie est déterminée au niveau des régions. Après avis du CROSS, le Directeur de l'ARH arrête la carte sanitaire et le schéma régional de psychiatrie.</p>	<p>Le Préfet et le Président du Conseil Général sont les maîtres d'œuvre de la politique sociale et décentralisée suite aux lois de 1983 et 1986.</p> <p>- Echelon départemental : Le schéma départemental des établissements et des services (élaboration conjointe Etat/Département ou Conseil Général)</p> <p style="text-align: center;">Schéma de l'enfance handicapée Schéma du Handicap Schéma gérontologique</p>
<p>Echelon Régional : avis du CROSS</p> <p>Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (a remplacé en 1991 la CRISMS)</p> <p style="text-align: center;">Une section sanitaire Une section sociale</p> <p>Ainsi : coexistent deux blocs de compétence</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Dans le secteur sanitaire, la carte sanitaire de psychiatrie détermine les limites des secteurs psychiatriques et qualifie les besoins de la population au regard des équipements suivants : hospitalisation complète, à temps partiel et structures alternatives avec hébergement. Le Schéma Régional précise la répartition géographique des installations destinée à assurer une satisfaction optimale des besoins de la population et comporte, en tant que de besoin, une annexe opposable, déterminant les transformations de l'offre de soins indispensables à sa réalisation. • Pour le secteur médico-social, les schémas départementaux des établissements et services fournissant des prestations prises en charge par le Conseil Général (un schéma pour les personnes handicapées et un pour les personnes âgées), sont établis par le Président du Conseil Général et par le représentant de l'Etat. 	

1.2. Les modalités de coopération

1.2.1. La convention

Les patients hospitalisés de façon "inadéquate" peuvent être orientés vers les structures médico-sociales existantes en coordination avec les secteurs de psychiatrie. Ce cas de figure ne peut être envisagé que lorsqu'il existe des structures médico-sociales en nombre suffisant et un partenariat fort entre réseaux sanitaires et médico-sociaux coordonnés. Peu de départements ou de régions offrent un tel contexte. Souvent les établissements médico-sociaux ont été créés, en forte concentration, dans des zones rurales. La région parisienne subit un déficit marqué, alors que certains départements comme la Lozère ou la Corrèze apparaissent historiquement comme des terres d'accueil pour les personnes handicapées avec un recrutement national.

Des partenariats avec des associations à vocation médico-sociale peuvent être envisagés. Des associations de réinsertion de personnes socialement en difficulté peuvent accueillir des malades dont l'état est suffisamment stabilisé. La mise en place de conventions, évolutives en fonction de l'expérience acquise, apparaît souhaitable. Les Equipes de Préparation et de Suite du Reclassement (E.P.S.R.) connaissent le monde de l'entreprise, sont capables de proposer des emplois adaptés et d'obtenir les aides nécessaires à l'aménagement éventuel des postes de travail.

1.2.2. Les réseaux de soins

Les réseaux de soins (article L. 712-3-2 du Code de la Santé Publique) ont pour objet *"d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui leur sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale"*.

- Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (articles L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale),

- Circulaire DH/EO n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

Actions expérimentales (article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale) : pendant 5 ans à compter de la publication de l'ordonnance, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social.

1.2.3. Les communautés d'établissements de santé

Leur l'objectif global est d'amener les établissements assurant le service public hospitalier à optimiser l'existant, notamment par une meilleure répartition des activités et par la mise en commun de moyens. Les communautés d'établissements sont constituées entre établissements relevant d'un secteur sanitaire ou de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région. L'un des buts du cadre conventionnel à établir est de "répondre aux besoins de service de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social...".

Les établissements publics doivent inscrire leur développement dans une telle communauté.

- Circulaire DH/EO du 9 avril 1997

- Articles 29 et 30 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (articles L. 712-3-2, L. 712-3-4 du Code de la Santé Publique),

1.2.4. Les autres coopérations inter-établissements : les groupements

La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière autorise les établissements publics de santé et assimilés, dans son article L 713-12, à participer à de nouvelles actions de coopération par la création de nouvelles personnes morales : les groupements d'intérêt économique et les groupements d'intérêt public.

- *Le Groupement d'Intérêt Economique (G.I.E.)*

Un amendement à l'article L 713-12 de la loi du 31 juillet 1991 autorise les établissements sanitaires à contracter ou à adhérer à un G.I.E., qui est une personne morale de droit privé à durée indéterminée associant des partenaires publics et privés. Son but est de faciliter et de permettre le développement des activités économiques de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité qui doit présenter un caractère auxiliaire par rapport à l'activité de ses membres. Utilisé en vue d'une gestion commune d'un équipement lourd exploité selon une logique commerciale, le G.I.E. est par son statut privé, ses objectifs, voire sa constitution, trop éloigné du sujet qui nous intéresse.

- *Le groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)*

Le G.I.P. a été institué par l'article 21 de la loi 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique. La possibilité est reconnue aux établissements, depuis 1988, d'adhérer à des G.I.P. sanitaires et sociaux. Deux décrets de 1988 et 1989 permettent la constitution de GIP dans le domaine sanitaire et social. La loi hospitalière de 1991 encourage les Centres Hospitaliers à s'engager dans la voie de la coopération inter-établissements.

Le G.I.P, personne morale de droit public, peut être constitué de personnes morales de droit public et privé. Il est doté de l'autonomie financière et est créé pour une durée et une zone géographique déterminée. Le G.I.P. sanitaire et social a pour vocation de permettre aux partenaires *"d'exercer ensemble pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment des actions de formation, ainsi que de gérer et de créer ensemble des équipements et services d'intérêt commun nécessaires à ces activités"*.

Structure intermédiaire entre le droit public et le droit privé, cette forme de coopération permet d'éviter les rigidités que comporte le recours à l'établissement public.

La comptabilité du groupement peut-être publique ou privée, dès lors que des personnes de droit privé y sont associées.

S'agissant d'une personne de droit public, la ou les personnes publiques associées conservent la maîtrise de l'activité en vue de faire prévaloir l'intérêt public. Au sein du Conseil d'Administration, les personnes publiques doivent disposer de la majorité des voix, quelle que soit l'importance de leur participation.

Les différents partenaires conservent une importante marge de manœuvre puisque chaque membre apporte sa contribution comme un apport de locaux, de matériel, tout en assurant la maîtrise. Les agents mis à disposition du G.I.P. conservent leur statut d'origine.

1.3. La création et la gestion directe d'établissements médico-sociaux par les établissements de santé

L'article 51 de l'Ordonnance n° 96.346 du 24 avril 1996 (article L.711-2-1 du CSP) portant réforme de l'hospitalisation publique et privée élargit, pour les établissements publics et privés de santé, les possibilités de créer et de gérer directement les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30.06.75 et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30. 06.75. Il prévoit en outre que *"les services et établissements créés doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédures énoncées par les lois susmentionnées"*.

Cette possibilité donnée aux Etablissements de santé permet à des équipes soignantes et éducatives d'élaborer de nouveaux projets plus adaptés à la vie des patients hébergés.

Tout en permettant les rapprochements nécessaires entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social, l'article 711-2-1 du CSP ainsi modifié préserve cependant l'identité de ce dernier et les conditions propres aux législations qui s'y rapportent.

L'application de l'article 51 nécessite cependant certaines précautions. La circulaire 60 AS du 28 décembre 1978 recommandait déjà de *"veiller à ne pas créer un nouveau type de structures asilaires et fermées, quelle que soit par ailleurs la qualité des soins qui y*

seraient dispensés, alors que les maisons d'accueil spécialisées doivent être des lieux d'accueil ouverts, le plus proche possible des familles et de la vie sociale ».

La circulaire DAS n° 96/78 du 31/12/96 relative à l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie pour les établissements médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'Etat en 1997 fait toutefois apparaître que l'arsenal juridique reste insuffisant. S'il est possible pour les établissements de santé de créer, voire de gérer des établissements rattachés à la loi sur les personnes handicapées de 1975, le manque d'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social et l'infongibilité des enveloppes financières rend le dispositif encore malaisé à appliquer.

La circulaire DAS/DH du 20.02.97 relative aux conditions de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux par des Etablissements de santé rappelle que l'article 711-2-1 du CSP modifié renvoie expressément aux conditions de fonctionnement spécifiques de prise en charge et de procédures énoncées dans les lois du 30 juin 1975, notamment :

- Le respect des normes techniques de fonctionnement en vigueur dans ce secteur,
- Le recrutement des personnels sociaux et médico-sociaux (et notamment un directeur adjoint) répondant "*aux exigences de formation et de qualifications prévues par les textes statutaires dont ils relèvent*",
- L'installation d'un conseil d'établissement permettant aux usagers et à leurs familles de participer à la vie de la structure,
- L'élaboration d'un règlement intérieur,
- La conclusion d'un contrat de séjour avec toute personne hébergée,
- L'individualisation du coût de la structure en budget annexe,
- L'avis préalable des sections sociales des CROSS.

II - UN PRÉALABLE : L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE LA POPULATION ET LA PROPOSITION DE RÉPONSES ADAPTÉES

Quelle que soit l'identité de la personne morale amenée à gérer le nouvel établissement médico-social mis en place, que l'Établissement de Santé ait décidé de l'intégrer dans un cadre juridique public ou privé associatif, qu'il ait choisi de gérer la structure ou de la confier à un autre établissement public ou à une association, le contenu du projet qu'il présentera sera apprécié sur sa qualité.

Il doit dans un premier temps recenser le type de population² concerné, et proposer la structure la plus adaptée à la prise en charge de son handicap.

2.1. Les différents types de structures : champs de compétence et financement

Les champs sociaux et médico-sociaux relèvent de la loi du 30 juin 1975 et des décrets s'y rapportant. Deux champs de compétence concernent le long séjour pour personnes âgées : la loi du 31 juillet 1991 et la loi du 30 juin 1975. L'arrêté du 14 mars 1986 précise par ailleurs les structures psychiatriques ayant vocation à accueillir des malades mentaux.

Il apparaît utile de lister les principales structures sociales et médico-sociales qui interviennent en complément des structures psychiatriques, reprises dans les tableaux joints.

Les personnes handicapées peuvent bénéficier :

- de structures de travail protégé, soit en centre d'aide par le travail (CAT), soit en atelier protégé (AP),
- de Foyers d'hébergement ou d'appartements associatifs pour personnes handicapées, avec accueil à durée limitée ou indéterminée (cf. travailleurs en CAT ou en AP),
- de Foyers de vie pour personnes handicapées, qui les accueillent le plus souvent pour une durée indéterminée.

² Les enfants handicapés qui seront hébergés dans ces structures doivent avoir une orientation de structures éducatives prononcées par la CDES. Pour les adultes, c'est la COTOREP qui prononce l'orientation. Les adultes peuvent bénéficier d'une Allocation Adulte Handicapée (AAH) dont les conditions d'attribution sont expliquées en fiche 1.

Au niveau des unités sanitaires, on distingue les structures qui accueillent des patients à temps plein, à temps partiel, ou en ambulatoire. Leur financement est assuré par l'assurance-maladie, en dehors des services hospitaliers de long séjour qui bénéficient d'un financement mixte : le forfait soin étant payé par l'assuré et la partie hébergement par le résident ou par l'aide sociale départementale (avec obligation alimentaire et récupération sur succession), avec des possibilités d'allocations sociales de logement.

Au niveau du champ social/médico-social on dénombre plusieurs types de financements :

Pour les structures à vocation sociale : CAT, CHRS par exemple, il s'agit d'un financement de l'Etat.

Le financement peut être mixte pour le social comme pour le médico-social. Un CAT est financé par l'Aide Sociale de l'Etat et le Foyer qui héberge les travailleurs handicapés est financé par l'Aide Sociale du Conseil Général. Un Foyer à Double Tarification est financé, pour la partie hébergement par l'Aide Sociale du Conseil Général, et pour la partie soin par l'Assurance Maladie.

Les structures accueillant des personnes âgées sont les foyers-logements, les maisons de retraite et l'hébergement familial social. Leur financement est assuré par la personne hébergée ou par l'Aide Sociale départementale, si ses revenus sont insuffisants. Ces conditions s'appliquent pour la partie hébergement aux services hospitaliers de long séjour.

Les personnes en situation précaire sont accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Leur financement est assuré par l'Etat.

Il existe également des formules d'interventions en milieu ordinaire. Il s'agit, pour les personnes âgées des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aide ménagère. Pour les personnes handicapées, il existe les services d'auxiliaires de vie, avec un financement de l'Etat, et les services d'accompagnement à la vie sociale avec un financement sur accord ponctuel du Conseil Général.

Les structures accueillant les personnes lourdement handicapées, qui concernent plus particulièrement notre étude, bénéficient soit d'un financement Assurance Maladie (MAS), soit d'un financement mixte Assurance Maladie et Aide Sociale du Conseil Général (FDT), soit enfin d'un financement assuré par l'Aide Sociale départementale (Foyer de vie).

La multiplicité des structures, des autorités ou collectivités qui en assurent la tutelle, demeure un point d'achoppement entre les différents organismes financiers et limite, parfois, la mise en œuvre d'une politique globalisée en matière d'accueil et de soins pour personnes handicapées. Toutefois, si ces situations sont pensées en termes de partenariat et de complémentarité, elles peuvent s'avérer d'une grande richesse créative. Ainsi, une structure de réinsertion peut accueillir des Rmistes en rupture sociale, ainsi que des psychotiques stabilisés dans un objectif d'intégration.

2.2. Des structures médico-sociales différenciées avec hébergement

- Les Foyers de Vie ou Foyers Occupationnels
- Les Maisons d'Accueil Spécialisées
- Les Foyers à Double Tarification

Les Foyers de vie ou Foyers Occupationnels (cf. fiche n° 4)

Ils sont créés en application de l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale et se distinguent des autres structures, comme les Foyers d'hébergement ou les Foyers-logements, par le niveau de dépendance de leurs résidents. Ils sont destinés à recevoir en effet des personnes handicapées qui ne possèdent pas une capacité suffisante pour exercer une activité professionnelle mais qui, néanmoins, ont une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes.

L'arrêté du 3 novembre 1980 les définit *"comme des établissements recevant des personnes handicapées adultes, non encore agréés par les CRISMS (maintenant CROSS, section sociale) au titre des MAS, ou ne remplissant pas les conditions requises"*.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) contredit cet arrêté par une circulaire du 26 juin 1979 et prescrit que les Foyers de Vie doivent au contraire tenir une place complémentaire des MAS. Cette divergence résulte du fait qu'aucun texte légal ne leur est explicitement consacré et que le cadre juridique et réglementaire demeure imprécis. Les modalités d'admission apparaissent précises : nécessité d'une notification d'orientation de la deuxième section de la COTOREP. Ils sont contrôlés et exclusivement financés (sous forme de prix de journée) par le Conseil Général.

L'expression "Foyer de Vie" insiste sur l'importance donnée au maintien d'une dynamique collective et individuelle, celle de « Foyer Occupationnel » concerne plus une incapacité à être productif, mais renvoie aussi à une mise en place d'activités.

Selon les projets institutionnels mis en place, ces Foyers emploient en majorité des éducateurs spécialisés, des moniteurs-éducateurs, et/ou des aides médico-psychologiques pour l'accompagnement quotidien.

Ils fonctionnent en internat ou en semi-internat pour des personnes accueillies seulement à la journée et pouvant retourner le soir dans leur famille. Les résidents participent au frais d'hébergement, financés pour la part restante par l'aide sociale.

Ils représentent environ 20 000 places dont 70 % pour des handicapés mentaux. La proportion des places pour des handicapés physiques, des polyhandicapés et des déficients mentaux profonds est plus grande que pour les Foyers d'hébergement mais reste inférieure à celle des MAS.

Si leur mission est intermédiaire entre celle des CAT et celle des M.A.S., il faut éviter qu'ils ne servent de transition entre les premiers et les seconds, dans un mouvement de perte d'autonomie (risque de régressivité "post-chronicité").

La mise en place d'activités et d'ateliers occupationnels, le développement de contacts avec le milieu social environnant doivent en faire des structures ouvertes.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (cf. fiche n° 5)

La circulaire du 28 décembre 1978 précise les indications : personnes atteintes d'une déficience, ou d'un ensemble de déficiences motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles sans troubles psychiatriques prédominants (la circulaire précise que les malades mentaux présentant des troubles évolutifs doivent rester à la charge des équipes de secteur), d'âge adulte (les MAS ont vocation à accueillir les personnes dont le handicap a été constaté avant 60 ans ; il est en effet précisé que les personnes "*ayant perdu leur autonomie en raison de l'âge*" ne relèvent pas de l'accueil en MAS, mais des établissements de long séjour), avec absence d'autonomie (nécessité de recourir à une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne) et besoin d'une surveillance et de soins constants. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec poursuite des traitements et rééducations d'entretien. Par ailleurs devront être assurés des soins de maternage et de nursing, ceci afin de prévenir les régressions et aggravations, dans le but notamment d'éviter une hospitalisation.

A cet égard, la circulaire indique seulement quelques recommandations en ce qui concerne le personnel médical et paramédical : un médecin (généraliste ou spécialiste), un psychiatre, un psychomotricien, un ergothérapeute, un psychologue, (en fonction du handicap prédominant), un infirmier diplômé d'Etat, des aides médico-psychologiques et des aides-soignants, au besoin un ou plusieurs infirmiers psychiatriques, un personnel d'animation.

Un accueil de jour permanent ou temporaire est possible dans une proportion inférieure à 10 %.

Les dépenses de fonctionnement sont couvertes par un prix de journée à la charge des organismes d'assurance maladie.

La circulaire évalue la capacité d'accueil de 30 à 60 lits implantés à proximité (ou proches des lieux de soins et de vie sociale) des proches, des lieux de soins et de la vie sociale.

Il peut s'agir d'établissements nouveaux ou résultant de la transformation de structures existantes médico-sociales ou sanitaires. Jusqu'aux ordonnances du 24 avril 1996, le cadre juridique devait être distinct des établissements sanitaires dont les bâtiments pouvaient être utilisés.

Les Foyers à Double Tarification (cf. fiche n° 6)

La circulaire du 14 février 1986 a mis en place un premier programme de création de dix établissements de ce type. Le nombre d'établissement créé à ce jour (191) va bien au-delà du programme expérimental.

Leur originalité vient d'une prise en charge double, avec un forfait d'hébergement pris en charge par l'aide sociale, et un forfait de soins pris en charge par la sécurité sociale.

Les FDT reçoivent des adultes polyhandicapés graves. A côté de la présence d'un personnel paramédical adapté (infirmières, aides-soignants surtout AMP) le médecin responsable est souvent un psychiatre dans les structures recevant majoritairement des handicapés mentaux. Il est présent à raison de 3 à 6 heures de vacation par semaine. Il peut s'agir d'un psychiatre exerçant en cabinet libéral ou d'un praticien hospitalier.

On manque actuellement de structures accueillant des personnes atteintes de déficience mentale sévère associée à une perte majeure de l'autonomie motrice. Ces polyhandicapés requièrent des soins d'entretien constants (nursing), diverses techniques de rééducation, des actions psychothérapeutiques et éducatives spécifiques, une surveillance médicale et le recours à des spécialistes en fonction des besoins.

2.3. Adapter la structure envisagée au type de population concerné

Le tableau ci-après établit une typologie des handicaps et répertorie les structures les plus adaptées.

<p>CARACTÉRISTIQUES DES TROUBLES DES PERSONNES</p>	<p>TYPE DE STRUCTURES ENVISAGE</p>
<p>tant une potentialité persistante d'auto ou sivité, ou une incapacité à maintenir une relle minimale, ou une altération massive de ion. Ces situations ne sont pas sans rappeler s Azoulay appelle les "insortables" qui ont estissement considérable depuis de années mais n'ont pu bénéficier durablement charge extra-hospitalière. Ils présentent, de adance vis-à-vis de l'hôpital dans une nséparabilité". La question demeure de unité particulière, définie à la fois comme le soins pour un temps qui peut être indéfini. es troubles des personnes handicapées et le ceux-ci doit permettre de prévenir voire e telles dépendances.</p>	<p>Accueil en Foyer de Vie, Foyer occupationnel où se conjuguent projet de vie, animation et socialisation. Un projet de vie personnalisé est élaboré pour chaque résident. Un projet de soins peut être mis en œuvre autant que nécessaire (équipe de secteur)</p>
<p>nombre de polyhandicapés au sens strict du ent en service de psychiatrie.</p>	<p>Accueil en MAS, Foyer à Double Tarification. Dans ces structures se conjuguent projet de vie, animation et socialisation. Un projet de vie personnalisé est élaboré pour chaque résident. Un projet de soins peut être mis en œuvre lorsque nécessaire.</p>
	<p>Accueil en « structures intermédiaires » : appartements associatifs, maisons communautaires, lieux de vie, hôtels thérapeutiques où l'organisation d'un suivi est individualisé par des équipes pluridisciplinaires de secteur.</p>

utilisées.	<p>Accueil essentiellement en CAT (plus rarement en atelier protégé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit CAT « polyvalent » avec prestations des équipes de secteur pour faciliter l'insertion dans les structures - soit CAT « spécialisé » développant l'activité économique compatible avec les caractéristiques et potentialités des personnes accueillies.
lres nosographiques.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi ambulatoire - Equipes pluridisciplinaires (le plus souvent intersectorielles) chargées de l'adaptation au milieu ordinaire, voire professionnel - utilisation des outils/interfaces avec le milieu social et professionnel (EPSR). <p>Le personnel doit contribuer à l'autonomie de la personne, mais il doit éviter d'être dans une attitude de surprotection ou d'abandon.</p>
lres nosographiques.	<ul style="list-style-type: none"> - CHRS spécialisés mais nécessité de relations avec des professionnels de santé mentale sur site ou équipes de secteur
lres nosographiques avec handicap	<p>Equipes sectorielles ou intersectorielles intervenant dans les structures pour handicapés adultes, établissements pour personnes âgées.</p>

2.4. Recommandations générales sur la démarche de projet

Suivant les situations et les particularités locales, départementales, voire régionales, on pensera les projets à court terme (par exemple création d'une structure inter-sectorielle), moyen terme (mise en place d'un projet médico-social) et long terme (autonomie éventuelle de la structure médico-sociale).

2.4.1 Amorcer une démarche globale

La première étape doit aboutir à une redéfinition des missions de l'établissement dans un cadre inter-sectoriel. La mise en commun des moyens et des compétences favorise une dynamique marquée par "une autre manière de faire". Le travail des personnels soignants et éducatifs ne saurait être dévalorisé, comme ce fut trop souvent le cas auparavant.

Les patients pourront être regroupés selon leur état de dépendance, en fonction d'un projet réévalué et personnalisé, dans des unités particulières, dont les missions seront centrées sur la prise en charge d'une population homogène quant à la nature de ses handicaps.

Ni le diagnostic, ni la durée de séjour ne constituent à eux seuls des indicateurs suffisants ou pertinents pour orienter vers un type de prise en charge. Comme on l'a dit, les personnes concernées relèvent de cadres nosographiques différents, même si la perte d'autonomie, la dépendance institutionnelle et l'isolement familial représentent des constantes.

Une orientation vers une prise en charge dans laquelle l'aspect "soins", toujours présent, n'est plus prévalent, ne peut s'apprécier qu'à partir des critères précis et concordants d'une évaluation clinique personnalisée et sur la base d'un projet personnalisé lui aussi.

Cette évaluation clinique doit s'appuyer sur certains outils que constituent :

- les coupes transversales qui peuvent être réalisées par les Services Médicaux de l'Assurance Maladie,
- les travaux menés par les Départements d'Information Médicale,
- les orientations de la COTOREP.

Il convient de souligner que ces éléments ne constituent que des indicateurs, indispensables à une première approche, mais ne dispensent pas de l'évaluation individualisée qui ne peut être envisagée qu'avec l'éclairage et les compétences de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle de psychiatrie.

S'agissant des patients psychotiques stabilisés³ dans les institutions hospitalières, une évaluation clinique doit, pour chaque cas, permettre de discuter des avantages et des inconvénients d'une réponse de proximité prévoyant l'insertion en milieu ordinaire, le maintien sur le site hospitalier, ou la recherche d'autres solutions innovantes.

Le développement d'activités de préparation à la sortie, pouvant éventuellement prendre la forme d'une unité spécifique pour les patients psychotiques chroniques dépendants de l'institution, permet de diversifier le travail de réinsertion et de dynamiser les habitudes de

³ La plupart bénéficient d'une AAH et sont placés sous tutelle.

travail en réseau. Si cette étape n'existe pas, il est impératif de la susciter. Un certain nombre de ces patients pourront bénéficier assez rapidement des solutions d'hébergement existantes, (appartements thérapeutiques et/ou associatifs, placement familial thérapeutique. Articuler les démarches des Unités de Préparation à la Sortie (UPS) avec les structures alternatives favorise la continuité des soins par une même équipe. Il s'agit dans tous les cas de proposer un réseau articulé, souple, et capable de graduer les réponses à apporter.

Les patients orientés vers des structures sociales ou médico-sociales, malgré une continuité des soins assurée par un suivi des équipes de secteur, peuvent présenter des phases de décompensation (épisode psychotique aigu ou thymique par exemple) ; ils devront alors être réhospitalisés dans l'unité d'hospitalisation plein temps de leur service d'origine ou dans une unité intersectorielle spécifique prévue pour les accueillir.

Pour les personnes atteintes de psychoses infantiles qui atteignent l'âge adulte le passage "du cap de l'adolescence" correspond souvent à une aggravation symptomatologique proche de la pathologie de l'âge adulte (activités délirantes, hallucinations, dissociation, épisodes catatoniques...). Ces troubles viennent compliquer ou aggraver une éventuelle encéphalopathie existante.

Ces patients seront regroupés dans des unités où ils pourront bénéficier de projets éducatifs et de modalités d'existence appropriées à leur état, en refusant de créer des lieux de relégation, qui n'auraient pour seul projet que le « gardiennage ».

La meilleure formule de prise en charge semble être une réponse éducative d'accompagnement dans la vie quotidienne avec soutien soignant, en rapprochant les lieux de vie des personnes handicapées des lieux habituels d'habitation et en privilégiant des sites périurbains sur lesquels sont implantés des bâtiments spacieux entourés d'espaces verts. Ces unités développeront une démarche en réseau de complémentarité par voie conventionnelle avec l'ensemble des structures médico-sociales de la zone d'attraction de l'établissement hospitalier.

Les unités d'accueil des patients arriérés ou présentant une psychose infantile avancée en âge, peuvent au sein d'un établissement constituer un département et organiser de petites unités de court et moyen séjour chargées du bilan, du diagnostic, de l'orientation mais aussi de traitements séquentiels prescrits à partir d'un contrat conclu avec les structures médico-sociales d'origine des patients adressés.

Un certain nombre de patients dits "handicapés graves", "lourds" ou "polyhandicapés", nombre qu'il est d'ailleurs difficile de préciser globalement, est accueilli en psychiatrie générale, surtout si un handicap mental associé existe. Souvent prévue, initialement, comme un relais transitoire, l'hospitalisation en service de psychiatrie, liée le plus souvent à l'absence de solutions en structures médico-sociales adaptées, a perduré. Les arriérés mentaux sont souvent des polyhandicapés du fait de l'association de divers troubles psychiatriques et neurologiques, en sachant que le risque d'une association de handicaps apparaît d'autant plus élevé que la déficience mentale est profonde.

Les textes relatifs à l'accueil des enfants et adolescents présentant des handicaps associés fournissent une définition précise du polyhandicap applicable à l'âge adulte : « *handicap grave à expression multiple, associant déficiences motrices et mentales sévères ou profondes, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression, de relation* ».

La particularité des prises en charge nécessite des unités capables d'offrir un nursing prévalent et divers modèles d'interventions selon la nature des handicaps associés, facteurs d'autonomie restreinte, voire très restreinte, sous une responsabilité médicale de type médecine fonctionnelle. Certaines équipes de psychiatrie ont acquis des savoir-faire opérants qui prévoient des protocoles de nutrition, des mises en positionnement pour éviter les escarres et les positions vicieuses. Ces unités de soins doivent évoluer vers des projets médico-sociaux de type MAS ou Foyer à Double Tarification, tout en conservant et même en améliorant, le savoir-faire des soignants.

Certaines similitudes de fonctionnement existent entre les unités mises en place ou prévues, pour prendre en charge les patients handicapés par maladie mentale, dans les Centres Hospitaliers et les structures médico-sociales. Les deux démarches se définissent à l'identique comme organisant des lieux de prise en charge, générateurs de projets variés et ouverts, nommés, de soins pour les unités hospitalières et de vie pour les structures médico-sociales. Des différences existent toutefois, ne serait-ce que sur le plan structurel.

Dans le secteur hospitalier chaque unité est placée sous la responsabilité d'un médecin et d'un cadre infirmier, pouvant définir de nouvelles missions liées aux fonctionnements d'un lieu de vie et fixer des objectifs précis. Cette mutation des services de soins apparaît bien évidemment tant sur le plan chronologique que dans l'ordre des priorités comme un élément essentiel. Une démarche volontariste du corps médical, maintenant un intérêt et une capacité d'intervention pour tous les malades hospitalisés, adaptés à leur état, implique une spécialisation des unités, dans un souci d'efficacité et de cohérence, puisqu'il s'agit de reconnaître et d'investir des réalités cliniques nécessitant un abord adapté à chaque patient. Seule l'option de la mise en œuvre au profit de chaque patient hospitalisé d'un projet individuel, thérapeutique et éducatif, faisant appel aux compétences nécessaires, y compris extérieures au champ de la psychiatrie, dans l'état actuel de nos connaissances, satisfait aux exigences éthiques.

Dans le cadre médico-social, le Directeur, issu du corps des directeurs médico-sociaux⁴ a la responsabilité administrative, financière, éducative et technique, de la structure.

L'organigramme d'une équipe de direction hospitalière doit donc tenir compte de ces aspects spécifiques de la fonction et le principe d'une véritable autonomie du directeur d'établissement médico-social doit être posé (notamment sur le plan de la délégation budgétaire). Ce principe apparaît essentiel.

2.4.2. Acquérir de nouvelles compétences

Articuler projet de soin et projet de vie, lorsque la prestation est assurée dans un premier temps par un hôpital est une démarche innovante.

Des projets adaptés à diverses dépendances, nécessitent de nouvelles compétences qui peuvent être acquises par la formation continue des professionnels de l'établissement et par le recrutement de certains acteurs issus des professions éducatives et bénéficiant d'une expérience de travail dans les structures médico-sociales. S'il ne s'agit en aucune façon de

⁴ Dans les structures qui seront gérées par les CHS, il faudra préciser : - si juridiquement, les directeurs d'hôpitaux peuvent assumer ces fonctions, - la responsabilité médicale du médecin attaché à l'établissement médico-social. Est-il Chef de service ? Est-il seulement responsable des projets de soins, sans avoir aucune responsabilité dans les projets personnalisés, si ce n'est une place de technicien ?

préserver des activités pavillonnaires devenues inadaptées, il faut néanmoins savoir préserver un certain "savoir-faire" des soignants, qui laissera la possibilité de réserver des temps institutionnels pour travailler la clinique, de repérer les désirs du résident, d'analyser les réponses apportées, mais aussi, avec les éducateurs, d'élaborer des projets personnalisés.

2.4.3. Faire évoluer les structures de soins vers des lieux de vie

Les unités seront amenées à évoluer et à se transformer en fonction de la population prise en charge pour assumer de nouveaux projets, tendant notamment vers l'animation, la socialisation, voire si possible la réinsertion en milieu ordinaire.

Les unités initialement définies comme sanitaires, pour ce qui concerne les malades atteints de psychose infantile, d'arriérations ou de polyhandicaps, pour ne pas risquer de devenir des lieux d'abandon, devront évoluer vers des lieux de vie, tout en maintenant des liens contractuels avec les secteurs d'origine. L'évolution vers un statut médico-social de ces unités préservera un cadre institutionnel. La notion de groupes de vie, s'inspirant des pratiques de la psychothérapie institutionnelle, permettra la mise en place d'activités au niveau de la vie quotidienne, que celles-ci soient d'orientation ou d'inspiration pédagogique ou culturelle pour tendre vers une socialisation.

Dans certains cas, des soins spécifiques dispensés régulièrement de façon ponctuelle, lors de crises, ou centrés sur l'abord corporel à visée rééducative et/ou psychothérapique (psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie, etc.), pourront être assurés par les équipes de secteur dans un cadre contractuel.

Soigner, dans une structure médico-sociale, est à prendre au sens large et non uniquement au sens strictement médical. L'expression « Prendre soin » apparaît mieux adaptée.

Les soins médicaux :

- généralistes : soins du corps (vaccinations, problèmes digestifs, respira-tion...),
- psychiatriques : soutien, traitements chimiothérapiques, actions psychothé-rapeutiques,
- spécialistes : gynécologie, cardio-vasculaire, ORL...

Les soins para-médicaux :

- thérapies à médiation corporelle (psychomotricité, kinésithérapie, balnéothérapie),
- soins quotidiens (besoins fondamentaux de la vie : alimentation, lever, coucher, hygiène, sommeil).

Les activités éducatives et de socialisation :

- activités de socialisation et de créativité (ateliers, ergothérapie),

- activités cognitives et éducatives (s'inscrivent dans un projet thérapeutique et pédagogique).

Il convient cependant d'être particulièrement attentif afin d'éviter toute pérennisation de pavillons de psychiatrie en dehors de leur vocation initiale. De tels locaux sont en effet inadaptés à la mise en œuvre de véritables projets de vie nécessitant une architecture particulière.

2.4.4. Créer un cadre et un environnement appropriés

Au niveau de l'architecture⁵

Il n'est pas simple de définir le lieu de résidence des personnes hébergées en institution. Il s'agit à la fois d'un lieu public, financé par les organismes d'assurance maladie ou par l'aide sociale départementale, et d'un lieu privé, le lieu de vie des résidents. Ce qui détermine en partie l'identité d'une personne, ce qui précise l'espace qu'il s'approprie, (par exemple inscrire son nom sur la porte d'entrée de son appartement, acte qui délimite le lieu intime de son habitation), n'est pas possible ici. La chambre constitue, au mieux, le seul lieu qui peut être approprié.

Dans l'espace qu'elles occupent, les personnes handicapées évoluent à partir de normes et de codes particuliers, résultat de leur histoire, conditionnées par leurs troubles, qui régissent leurs attitudes et comportements, et leur passé vécu en institution.

Les personnes handicapées qui disposent de peu d'espace privé au niveau de l'institution sont donc confrontées à deux handicaps ; l'un est constitué par leur maladie, autisme ou psychose déficitaire, facteurs de régression, l'autre réside dans la promiscuité institutionnelle. La conception architecturale doit intégrer cette dimension.

L'hébergement doit donc être individualisé, comporter des moyens pour favoriser l'autonomisation, la communication, l'objectif étant de permettre de s'exprimer, communiquer, maintenir, voire développer ses acquis, dans un environnement qui confère une sécurité maximum.

Au niveau de la localisation

Lorsqu'un Etablissement de Santé s'engage dans une telle démarche, la question de la localisation de la future structure médico-sociale, éventuellement destinée à devenir autonome, se pose légitimement.

S'il n'est pas possible, ni peut-être souhaitable, d'arrêter une règle absolue de "bonne pratique" dans ce domaine, il est cependant nécessaire de privilégier certains critères de choix par rapport à d'autres qui seront à éviter, voire à proscrire.

Certains points ont déjà été évoqués, qui constituent, pour des raisons évidentes, les garants d'une évolution réussie : inscription dans un projet global institutionnel, orientation vers ce type de structures réalisées sur la base de critères précis et de projets personnalisés, formation ou recrutement de personnels aux

⁵ Pour un développement plus complet des conceptions architecturales, voir annexe 1.

compétences adaptées à un fonctionnement qui ne doit plus être uniquement "sanitaire" sans négliger pour autant l'articulation avec une fonction de soins, qui doit être organisée, qualité architecturale et environnementale d'un lieu de vie, autant de critères qui excluent un simple "changement d'étiquette" sur des pavillons hospitaliers.

Une organisation la plus proche possible de la "vie normale" doit être recherchée et doit guider la localisation de la structure. La proximité avec les familles et la vie sociale est un impératif.

On voit que cet impératif sera d'application différente pour un établissement en site urbain ou rural, mais il semble toutefois que l'objectif d'individualiser cette structure, tant sur le plan de sa localisation (situation "hors des murs") que, même à moyen terme, sur le plan de sa gestion (personnalité morale) devrait être privilégié.

Si certains arguments peuvent toutefois militer pour une situation dans l'enceinte de l'Etablissement de Santé, celui-ci devra veiller à répondre au mieux aux critères de qualité qui s'imposent et qui, sur ce plan, concernent les espaces intérieurs et extérieurs, leur aménagement spécifique, l'accessibilité et l'individualisation (entrée et si possible adresse propres).

III - MODALITÉS D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

3.1 Son inscription dans le projet d'établissement

Comme le souligne la circulaire du 20 février 1997 "bien que les établissements de santé aient la possibilité de créer directement toute structure sociale ou médico-sociale, il est tout à fait souhaitable que les missions spécifiques et les modes de fonctionnement propres à ladite structure soient prises en compte dans le cadre du projet d'établissement, prévu à l'article L.714.4 et L.714.11 du code de la santé publique".

Toute réflexion sur une prise en charge médico-sociale, comprenant éventuellement une transformation de lits d'hospitalisation psychiatrique, intervient dans un contexte institutionnel précis, aboutissement d'une réflexion interne à l'établissement de santé, mais s'inscrit également dans le contexte plus large des orientations de la Santé Mentale, au niveau d'un département et d'une région.

Les orientations du SROS, "l'état des lieux" concernant tant l'identification de la demande (type de population hospitalisée et orientation personnalisée) que l'approche de l'offre existante (connaissance de l'environnement médico-social et des réponses accessibles) constituent la base de la démarche.

Au sein d'un projet d'établissement, cette orientation s'inscrit le plus souvent dans un axe de "différenciation", réfléchi à partir d'un bilan critique de services polyvalents, maintenant une proximité de toutes les formes de pathologies et d'états.

Cet axe de réflexion trouve son expression dans l'ensemble des composantes d'un projet d'établissement : projet médical au départ, projet de soin, projet social, tous les partenaires internes étant concernés par les différentes étapes de cette orientation.

Partie intégrante du Projet d'Etablissement, ce projet ne peut être élaboré sans une concertation, qui doit être permanente, avec les partenaires extérieurs.

Les structures médico-sociales existantes, les associations, les familles, la DDASS, le Conseil Général, l'Assurance maladie, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, de nombreux interlocuteurs seront contactés, leur participation active doit être recherchée tout au long de l'élaboration du projet, et le plus en amont possible.

Une fois inscrit dans le Projet d'Etablissement, en tant qu'orientation stratégique, il est important que ce projet soit "porté" par une personne, ou un petit groupe de personnes, clairement identifié en interne et en externe.

Dans certains établissements, une ou des commissions associent les partenaires institutionnels. Dans d'autres, un responsable de projet, Directeur, Médecin-Chef, Cadre infirmier ou Cadre infirmier supérieur est désigné, selon les personnes ressources disponibles. Il est également possible de faire appel à une compétence extérieure,

comme un professionnel choisi pour sa connaissance technique du secteur médico-social. Le recrutement extérieur de cette "personne ressource", très en amont de la mise en œuvre du projet, peut s'avérer nécessaire, et devrait être facilité lorsqu'il constitue un levier, face à une adhésion partielle, qu'il convient d'amplifier, ou à une absence de "culture" médico-sociale au sein de l'établissement.

Il revient au directeur d'établissement de situer le niveau de responsabilité des partenaires internes dans le contexte du projet.

Le Conseil d'Administration

Il appartient à l'assemblée délibérante de décider la réalisation du projet par délibération.

La présentation aux administrateurs requiert par conséquent une importance majeure, notamment en ce qui concerne la place de cette opération dans la politique d'ensemble de l'établissement, et l'impact de la nouvelle structure, tant en interne qu'en externe, qu'il s'agisse de l'implication financière, de la gestion des personnels, du service rendu aux usagers.

La Commission Médicale d'Etablissement

Elle doit être saisie très en amont de la réalisation du projet car une véritable adoption de ce dernier nécessitera un travail de préparation, voire "d'approvisionnement", qui exigera certainement plusieurs débats.

Le challenge consiste en fait à "s'approprier" une structure nouvelle dont aucun médecin ne devra être "propriétaire" et, de plus, à intégrer et contribuer à faire accepter par les équipes, de nouveaux modes de fonctionnement (projet de soins/projets de vie), de nouveaux acteurs, dont le rôle est plus particulièrement ciblé sur le handicap.

Le Comité technique d'Etablissement

C'est sans doute au niveau de cette assemblée que le travail de maturation sera le plus nécessaire et difficile.

Il importe d'emblée de s'attaquer au spectre de la déqualification (présumée) et de la réduction des moyens, dont certains seront tentés d'affirmer qu'ils sous-tendent le projet.

Expliquer qu'il s'agit de mettre en place des structures qui ont leurs techniques spécifiques, et que les personnels qui les animent doivent se sentir respectés et valorisés, s'avère délicat dans un contexte de réduction budgétaire. Cela peut conduire rapidement à une situation de blocage dans le cadre d'un redéploiement interne.

La Direction

Au niveau des différentes Directions, et autour du Directeur, le projet nécessite une mobilisation importante, schématisée dans le tableau joint.

La Direction des Services Economiques et la Direction des Services Financiers sont impliquées dans la préparation et la mise en œuvre du projet au plan administratif, en veillant au respect des normes techniques de fonctionnement d'une structure médico-sociale et au niveau de qualité requis.

Les activités devront être retracées dans un budget annexe de l'établissement public de santé, conformément aux articles R.714.3.9 et R.714.3.13 du code de la santé publique.

Il revient à la Direction des soins infirmiers et à la Direction des ressources humaines de piloter et d'accompagner, en concertation étroite, une évolution aux implications fortes en termes de gestion des emplois et des compétences.

Les craintes, les questions, les résistances, qui accompagnent le plus souvent un tel projet ne doivent pas être sous-estimées ; elles nécessitent attention, écoute, et concertation, afin de mobiliser les différents acteurs concernés et valoriser leur parcours professionnel.

Direction des soins infirmiers	Objectifs	Actions à mener
Réunion de l'encadrement infirmier avec l'I.G. Visite de structures médico-sociales existantes.	Evaluer la prise en charge, la qualité des soins actuels et définir le cadre futur du projet de vie. Mesurer les résistances Repérer les situations de blocage. Mesurer l'adhésion.	Recueillir des observations et opinions. Diffuser les informations. Elaboration du projet et explications sur les enjeux, l'intérêt pour les patients et pour le personnel. Elaborer le règlement intérieur ⁶ en collaboration avec la DRH Recueillir les contre propositions
Direction des services économiques et Direction des Services Financiers	Objectifs	Actions à mener
Etude prospective du projet	Mobiliser autour du projet Définir le fonctionnement de la future structure.	Réflexions et études financières, Plan de financement : Investissement – Fonctionnement Création d'un budget annexe. Conception des espaces. Travaux et équipements. Appels d'offres et marchés.
Direction des Ressources Humaines	Objectifs	Actions à mener
Rechercher l'adéquation entre les personnels en place et les emplois à créer dans la nouvelle structure	Adapter offre/demande Maîtriser les coûts de personnel Eviter un climat social conflictuel Autonomiser la gestion du personnel de la structure médico-sociale	Etude des fonctions et élaboration des fiches de poste. Entretiens de compétence avec les agents. Pourvoir les postes. Redéploiement de postes. Création de nouvelles fonctions. Recrutement externe. Transformation des postes, mutations, départs volontaires. Rechercher une adhésion collective au projet. Formation professionnelle et adaptation à l'emploi et reclassement ou requalification. Etude d'un plan de formation à moyen terme. Droit du cadre de diriger, par délégation, la structure créée. Elaborer le règlement intérieur particulier à la structure en collaboration avec la Direction des soins infirmiers.

⁶ Voir annexe 5.

3.2. La gestion des ressources humaines

Qu'il s'agisse d'une restructuration prévue au sein d'une institution, ou d'une création d'un nouvel établissement, public ou privé, il importe de favoriser les facteurs susceptibles d'engendrer des comportements coopératifs plutôt que conflictuels. Tout projet d'évolution d'une unité hospitalière d'arriérés profonds ou de psychotiques déficitaires vers une unité médico-sociale de type MAS ou Foyer de vie, rencontre des problèmes liés aux difficultés de mutations professionnelles. Ces difficultés sont à gérer dans la redéfinition des projets de prises en charge et donc des fonctions.

Une autre difficulté résulte de l'introduction dans le futur établissement ou service médico-social de nouvelles catégories professionnelles (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs et AMP par exemple), qui vont devoir collaborer avec un effectif paramédical majoritairement infirmier. Cette collaboration se fera au sein même de l'institution si le service médico-social demeure géré par le Centre Hospitalier, ou en réseau si l'établissement devient autonome.

Si un établissement hospitalier a fait le choix de confier la gestion de la future structure à une association, le personnel relève alors de conventions collectives de droit privé. Nous verrons quelles peuvent être les différentes positions statutaires du personnel dans les deux cas.

3.2.1. La définition des fonctions et des emplois dans le secteur médico-social

Permettre à chacun de structurer ses activités, de repérer sa place dans l'organisation générale, de déterminer son implication et son degré d'autonomie, nécessite de définir d'emblée l'ensemble des fonctions afin de préciser QUI fait QUOI.

Les fonctions exercées doivent être complémentaires et interactives, de manière à induire une unité professionnelle et institutionnelle autour de projets personnalisés dans le cadre d'une démarche d'équipe pluridisciplinaire.

Le directeur d'établissement médico-social dans le secteur public⁷

Le Décret 94-948 du 28 octobre 1994 portant statut les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux précise que : "*Le directeur, chef d'établissement, est chargé de la direction d'un établissement ; il est responsable de sa bonne marche et assure sa gestion administrative et financière. Le directeur assure la préparation et coordonne la mise en œuvre des délibérations du conseil d'administration, est ordonnateur des dépenses et procède à la nomination du personnel dans la limite du tableau des effectifs arrêté par le conseil d'administration, a la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que l'établissement a été autorisé à conduire. A ce titre, il est chargé, en*

⁷ Le nombre des Directeurs sociaux et médico-sociaux dans la fonction publique étant très nettement inférieur au nombre de postes à pourvoir, il pourra être fait appel à des Directeurs sociaux et médico-sociaux, en poste dans le secteur associatif, sur des bases contractuelles.

liaison avec les équipes éducatives, sociales, psychopédagogiques qu'il dirige, de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement fixant les objectifs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, sociaux et professionnels de l'établissement, ainsi que la définition des projets individuels des personnes accueillies".

Une telle responsabilité pédagogique et médico-technique particularise les fonctions d'un directeur qui a pleine responsabilité et autorité sur l'ensemble des équipes médico-techniques.

Dans le secteur public le recrutement du directeur se fait par concours interne et externe, avec un niveau licence et une formation de deux ans à l'ENSP.

Les Cadres de direction du secteur privé, sont titulaires du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social (CAFDES), certifié par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (formation de niveau II).

Le chef de service : surveillant ou éducateur-chef

Le chef de service en structure médico-sociale, cadre porteur du projet d'établissement ou de service, a le grade de surveillant des services médicaux ou d'éducateur chef⁸ conformément aux statuts particuliers du titre IV de la fonction publique. Ses responsabilités vont bien au-delà des fonctions hospitalières habituelles des cadres infirmiers, d'où cette dénomination couramment employée dans le secteur associatif.

La fonction de chef de service requiert :

- des qualités de compétence technique, de rigueur financière, pour une mise en œuvre cohérente des projets,
- des capacités d'encadrement des projets individualisés faits pour les résidents, et leur inscription dans la vie collective, et de management, pour gérer au mieux les équipes soignantes, éducatives et hôtelières.

Le médecin psychiatre

Le psychiatre a la responsabilité, dans le cadre du projet de service ou d'établissement, de superviser les projets de soins déterminés pour les résidents. Il est la référence médicale, dans des institutions où tous les projets doivent concourir aux bons soins des résidents, et un collaborateur privilégié du directeur et du chef de service, sur lequel il n'a aucun pouvoir hiérarchique. La concertation doit être étroite dans la mesure où la prescription médicale peut avoir une dimension relationnelle. Dans certaines structures médico-sociales, il est membre de l'équipe de Direction.

⁸ Comme pour les Directeurs, le nombre des éducateurs-chefs dans la fonction publique étant très nettement inférieur au nombre de postes à pourvoir, il pourra être fait appel à des éducateurs-chefs en poste dans le secteur associatif sur des bases contractuelles.

Le médecin généraliste

Dans le secteur public, il n'est pas facile de le recruter dans la mesure où les vacations sont faiblement rémunérées. Certains Centres Hospitaliers bénéficient d'un praticien hospitalier. Dans ce cas, le médecin généraliste peut aussi faire des vacations dans des structures médico-sociales. Dans certaines structures médico-sociales, il est également membre de l'équipe de Direction.

Les infirmiers

Placé sous l'autorité du chef de service, de formation initiale psychiatrique ou diplômé d'Etat, l'infirmier dispense les soins infirmiers nécessaires à la prise en charge des besoins psychiques et physiques des personnes dépendantes. Ce travail se réalise à partir de ses observations et de ses analyses des symptômes présentés par les usagers, en collaboration avec les autres membres de l'équipe. Les soins infirmiers sont dispensés sur prescriptions médicales et en fonction de leur rôle propre.

Les aides-soignants⁹

Les aides-soignants dispensent des soins de bien-être et de confort. Ils assurent par délégation, et en collaboration avec les infirmiers, un certain nombre de soins. Ils ont également un rôle éducatif et préventif et collaborent à la gestion et à l'entretien de l'environnement de la personne dépendante.

Les ASH

Ils assurent l'entretien des locaux des différentes unités, du mobilier collectif et de certains matériels et peuvent avoir une fonction hôtelière. Ils participent au confort et au bien-être de la personne dépendante.

Les psychomotriciens

Le psychomotricien est chargé de la rééducation des fonctions psychomotrices. Il est plus particulièrement chargé de prendre en charge et de rééduquer les personnes dépendantes hébergées, qui présentent des troubles de la motricité, du schéma corporel ou du comportement.

⁹ Le contenu du programme de formation des Aides-soignants est en annexe 2.

Les kinésithérapeutes

Ils prodiguent des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir et d'y suppléer. Dans l'exercice de son activité, le masseur kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapeutique et choisit les actes techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Les psychologues

Les psychologues conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie des personnes dépendantes qui leurs sont confiées.

A partir des prescriptions médicales, ils contribuent à la détermination, l'indication, la réalisation d'actions thérapeutiques, en collaborant à la mise en œuvre des projets personnalisés.

Les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes contribuent au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle

Les éducateurs spécialisés

Ils ont pour mission d'aider les personnes dépendantes, les familles qui connaissent des difficultés, à retrouver leur autonomie, et de faciliter leur insertion. Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, social. Ils participent à la mise en œuvre du projet de l'établissement dont ils relèvent ainsi que des projets sociaux et éducatifs. Ils ont des fonctions de cadre technique et sont placés sous l'autorité du chef de service, ce qui peut être réglementairement contesté lorsque ce dernier est cadre infirmier.

La formation de niveau III dans la classification Education Nationale (1 450 h de cours) se poursuit sur trois années en « voie directe » (non salarié) ou en situation d'emploi avec, dans ce cas, la possibilité de l'effectuer sur quatre ans (aide financière de l'Etat).

Les moniteurs éducateurs

Placés sous l'autorité du chef de service, et sous la responsabilité technique des éducateurs spécialisés, ils participent à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne des personnes dépendantes, en liaison avec les autres personnels éducatifs et soignants. Ils mettent en œuvre le projet d'établissement comme les projets personnalisés.

La formation, de niveau IV dans la classification Education Nationale (950 h de cours) se poursuit sur deux années, en voie directe ou en situation d'emploi.

Les aides médico-psychologiques¹⁰

Les aides médico-psychologiques participent à l'accompagnement des personnes dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles, sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical, afin de leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état physique ou psychique.

Le CAFAMP (Certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP) est une formation de niveau V, pour les personnes qui interviennent auprès d'enfants et d'adultes très dépendants. La formation se fait en situation d'emploi sur deux années ou en voie directe en une année.

Des fonctions pour répondre à des besoins plus éducatifs et sociaux

Les moniteurs d'atelier

Selon leur spécialisation, les moniteurs d'atelier mettent en œuvre, dans le cadre d'activités techniques, le projet éducatif élaboré pour les enfants, les adolescents ou les adultes handicapés, inadaptés, en danger d'inadaptation ou en situation de dépendance accueillis au sein de l'établissement. Ils participent à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif et mettent en œuvre le projet d'établissement (Art. 2 du Décret n° 93.658 du 26 mars 1993).

Les éducateurs techniques spécialisés

Les éducateurs techniques spécialisés ont pour mission de favoriser l'insertion sociale et professionnelle par la mise en œuvre des activités techniques dont ils orientent le choix. Ils participent à l'organisation du fonctionnement des ateliers, des projets sociaux et éducatifs, ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif. Ils peuvent avoir la responsabilité de plusieurs ateliers et encadrer des moniteurs d'atelier.

¹⁰ Le contenu du programme de formation des AMP est en annexe 2.

Les animateurs

Les animateurs assurent le choix des activités adaptées aux personnes accueillies et participent à leur mise en œuvre. Dans le domaine de leur compétence, ils ont un rôle de conseiller technique et de soutien auprès des personnels de l'établissement et agissent en concertation avec les équipes sociales, éducatives et soignantes. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, des projets sociaux et éducatifs, ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif.

Les conseillers en économie sociale et familiale

Les conseillers en économie sociale et familiale ont pour mission de former, conseiller et informer, dans le domaine de la vie quotidienne, les personnels de l'établissement, en vue de contribuer à améliorer les conditions de séjour des usagers et de favoriser leur insertion sociale. Ils exercent les mêmes missions au bénéfice direct des usagers. Ils assurent un rôle de conseiller technique pour l'organisation interne de l'établissement. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, des projets sociaux et éducatifs, ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif.

Les assistants de service social

Les assistants de service social ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont il relève pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population et d'y remédier. Ils assurent dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux.

Les personnels administratifs

Les agents administratifs assurent les travaux de secrétariat, de bureautique et les tâches administratives courantes.

La régie d'avance et de recette tient une place particulièrement importante dans une structure médico-sociale. Elle doit adapter, dans le respect de la réglementation, son fonctionnement aux nécessités de la vie quotidienne des résidents (ouverture quotidienne, l'ensemble des soignants et des éducateurs étant amenés, en fonction des projets, à intervenir dans ce domaine...).

Les personnels des services logistiques

Ces prestations peuvent être fournies par les services des Centres Hospitaliers, ce qui est le plus souvent le cas dans une situation de redéploiement interne. Il n'en demeure pas moins que pour redonner à l'usager le sens des actes de la vie quotidienne, on doit rapprocher les prestations de son lieu de vie. La circulation dans la structure des odeurs, lors de la préparation des denrées, donne une autre valeur à la prise du repas. Le résident n'a plus la

seule représentation d'un produit fini. Il peut suivre le cheminement de la confection du repas. De même pour le traitement du linge, il peut être intéressant, pour redonner du sens aux actes de la vie quotidienne, que les résidents apportent leur linge sale pour prendre le propre. Le personnel des services logistiques doit donc présenter certaines qualités relationnelles, afin d'accepter la proximité des personnes handicapées.

3.2.2. Les positions statutaires

L'entité juridique envisagée peut être la gestion directe par le Centre Hospitalier, autorisée par les ordonnances du 24 avril 1996, la création d'un Etablissement Public autonome, d'un G.I.P ou d'une association.

Quelle que soit la formule retenue, les modalités de constitution d'une équipe médico-sociale qualifiée dépendent de statuts différents selon que le salarié relève de la fonction publique ou du secteur privé. Dans les structures de caractère public, le recrutement s'effectue sur les bases réglementaires propres à la Fonction Publique. Dans le cadre associatif, le Président de l'association détient le pouvoir de recruter les personnels, même si, le plus souvent, il délègue ses pouvoirs au Directeur de l'association dont les délégations sont précisées dans le contrat de travail.

L'intégration des hospitaliers au titre IV du Code de la Fonction Publique (Loi du 9 janvier 1986) facilite les mutations entre Etablissements Publics, les agents conservant leur statut.

Les Conventions collectives de 1951 et 1966 concernent les agents du secteur associatif ou d'établissements privés ne relevant pas du titre IV de la fonction publique hospitalière.

L'agent conserve son statut

Si la structure médico-sociale est gérée par le Centre Hospitalier, l'affectation est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, à savoir le Directeur de l'établissement.

L'affectation d'office ne doit intervenir que si toutes les possibilités de dialogue et de persuasion, sur l'intérêt du projet de restructuration, ont été mises en œuvre. Cette disposition ne peut être utilisée que lorsque la structure d'accueil est gérée directement par le Centre Hospitalier. L'agent reste en position d'activité dans son établissement. L'affectation est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, le refus de l'agent d'intégrer son nouveau poste s'apparentant à un abandon de poste.

La mise à disposition

La mise à disposition, qui est une modalité particulière de la position d'activité et non une position statutaire nouvelle, est définie par l'article 48 du statut comme "la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, et réputé occuper un emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui effectue son service dans une autre administration que la sienne".

Elle peut-être prononcée dans les établissements relevant du titre IV comme un simple mesure entre établissements sanitaires et sociaux relevant de la Loi du 9 janvier 1996, comprenant en particulier :

- les établissements d'hospitalisation publics et les syndicats interhospitaliers,
- les hospices publics et maisons de retraite publiques,
- les établissements publics ou à caractère public pour mineurs et adultes handi-capés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée.

Selon l'article 49, la mise à disposition apparaît possible auprès d'organismes d'intérêt général publics ou privés, ce qui n'exclut pas les organismes à but lucratif assurant une mission d'intérêt général. La nécessité de service peut-être aussi bien celle de l'organisme bénéficiaire que celle de l'organisme prêteur. L'absence d'emploi budgétaire correspondant à la fonction à remplir est obligatoire et dès qu'un emploi est créé, la mise à disposition cesse de plein droit pour être, si besoin, transformée en détachement, l'agent concerné bénéficiant d'une priorité s'il le souhaite. Le Décret du 13 octobre 1988 précise que chaque établissement doit dresser un état indiquant le nombre de ses personnels mis à disposition (avec leur répartition entre établissements) ainsi que celui de ceux mis à sa disposition et leur origine.

Toute mise à disposition est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, sur demande de l'établissement bénéficiaire et après avis de la Commission Administrative Paritaire. La durée ne peut excéder trois ans. Renouvelable, elle peut prendre fin avant le terme fixé à l'initiative des parties. La convention de mise à disposition peut prévoir l'exonération totale ou partielle, temporaire ou permanente, du remboursement de la rémunération.

Le détachement

"Le détachement est la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine ou de son emploi d'origine, mais continuant à bénéficier dans ce corps ou cet emploi, de ses droits à avancement et à la retraite". Lorsque la rémunération de l'intéressé est payée par l'établissement d'origine, il n'y a pas détachement, mais mise à disposition. Le détachement sur un emploi de droit privé, dont l'institution ne bénéficie pas d'une délégation de service public, n'est pas possible.

Nécessitant une demande du fonctionnaire il ne peut lui être imposé. Seuls les fonctionnaires titulaires en position d'activité peuvent être placés en détachement.

L'article 13 du Décret du 13 octobre 1988 limite les possibilités de détachement à certaines situations :

- dans un emploi permanent de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public relevant de l'Etat ou d'une collectivité territoriale,
- auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé assurant une mission d'intérêt général : association ou fondation reconnues d'utilité publique, les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, les centres de lutte contre le cancer et établissements de transfusion sanguine mentionnés à l'article L. 668 du Code de la Santé Publique,
- auprès d'un groupement d'intérêt public entrant dans un des cas prévus aux articles L. 668-1 (4^e alinéa, 2^o) et L. 713-12 du Code de la Santé Publique, ou d'un groupement d'intérêt économique mentionné également à l'article L. 713-12.

Le détachement est accordé sous réserve des nécessités de service par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis de la CAP. Le détachement est une position révocable. Tout refus doit être motivé.

Il est accordé pour une courte ou pour une longue durée. Le détachement de courte durée ne peut excéder 6 mois et n'est pas renouvelable. Le détachement de longue durée ne peut excéder 5 ans, mais est renouvelable par périodes n'excédant pas 5 ans, sans limitation. Le fonctionnaire détaché est géré par son administration d'origine, tout en l'étant également par l'administration de l'organisme d'accueil. Il continue à bénéficier dans son corps d'origine de ses droits à avancement et à la retraite. Les détachements ne peuvent être accordés si la rémunération afférente à l'emploi de détachement excède celle de l'emploi d'origine de plus de 15 %. A l'expiration normale de la période de détachement, le fonctionnaire est en principe réaffecté dans son emploi d'origine. Le détachement peut également prendre fin avant le terme fixé, de la propre initiative de l'agent, sur la demande de l'organisme d'accueil, ou enfin à la demande de l'administration d'origine, dans des conditions fixées par l'article 54 de la Loi du 9 janvier 1986.

La mutation entre établissements publics

Improprement appelé "mutation", le changement d'établissements à grade égal est prévu par l'Article 32, alinéa d, du statut : *... les fonctionnaires hospitaliers peuvent être recrutés sans concours... lorsqu'un fonctionnaire change d'établissement pour occuper un des emplois auquel son grade donne vocation dans un autre des établissements mentionnés à l'article 2".*

Il s'agit des "établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux". L'article 36 précise que "l'autorité investie du pouvoir de nomination... peut pourvoir les emplois vacants soit par la procédure de changement d'établissement définie à l'alinéa d de l'article 32, soit par détachement de fonctionnaires titulaires". L'agent qui désire être nommé au même grade dans un autre poste doit présenter sa démission au directeur de l'établissement qui l'emploie. Cette démission a un caractère juridique particulier car elle n'entraîne pas les effets de la démission ordinaire. L'agent conserve ses droits à congé annuel, son ancienneté dans son échelon. L'article 37 dispense l'agent de stage qui est classé à l'indice de traitement dont il bénéficiait antérieurement.

3.2.3. Le recrutement externe d'un nouveau personnel dans une structure médico-sociale

Structures relevant de l'article 2 du statut de la fonction publique hospitalière (Loi du 9 janvier 1986)

Les conditions sont les mêmes que pour un recrutement en Centre Hospitalier. L'établissement ou la DDASS doit organiser un concours sur titre ou sur épreuve. Puis la nomination du candidat retenu intervient dans une position de stagiaire avec titularisation au bout d'un an. Pour les postes éducatifs, les statuts particuliers prévoient qu'ils doivent être publiés au Journal ou au Bulletin Officiel. Sur des postes à temps non complet, des contractuels peuvent être nommés.

Structures de type groupement (GIP, GIE...)

Les agents conservent leur statut d'origine tout en étant intégrés dans le nouvel établissement, ce qui peut poser des problèmes de gestion d'équipe lors de statuts différents.

Structures associatives de droit privé

Le contrat de travail, de droit privé, est soumis aux conventions collectives dont les plus courantes sont celles de CCNT de 1966 (Convention nationale des personnes inadaptées et handicapées (SNAPEI, SOP et SNASEA) du 15/03/66) et de 1951 (FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée du 31/10/51).

3.2.4. La formation des personnels

Elle revêt une importance de tout premier ordre au plan institutionnel. A ce titre, elle concerne non seulement les personnels directement intéressés, mais également tout l'établissement.

La "greffe" ne prendra qu'à partir d'un apprentissage dans lequel le personnel d'encadrement, tous services confondus, jouera un rôle majeur.

Le plan de formation doit intégrer les nouvelles données et toutes les passerelles possibles, au sein de chaque formation, doivent être recherchées afin d'intriquer les cultures et d'éviter à tout prix que se crée un "à-côté" qui risquerait fort de devenir rapidement le mauvais objet.

La mise en place d'une structure médico-sociale peut représenter une opportunité pour former des agents titulaires et non titulaires non diplômés, et aspirant à une promotion professionnelle.

Lors de création de Maison d'Accueil Spécialisée, des ASH ont pu bénéficier d'une formation d'AMP ou d'Aide-soignante. Dans d'autres cas des Aides-soignantes se sont engagées dans une formation d'AMP, non pas avec un objectif promotionnel, mais pour

élargir leur champ de compétences ; des infirmiers ont désiré obtenir le diplôme d'éducateur spécialisé. Des personnels des services généraux ont pu, après formation spécifique, devenir éducateurs techniques spécialisés. Ces formations induisent des coûts variables pour l'établissement, selon que les coûts pédagogiques sont financés par l'Etat (Educateurs Spécialisés, Moniteurs Educateurs, Educateurs Techniques Spécialisés) ou par la formation continue, (pour une AMP, le coût pédagogique de formation est alors de 25 000 F environ pour les deux années, auxquels il faudra ajouter le salaire concernant les 540 heures de formation).

Mettre en place une structure médico-sociale demande une évolution de la culture des professionnels qui devront, à partir d'une position sanitaire, passer du concept de "soin actif au patient" pour tendre vers une conception plus globale de la personne qui peut être définie comme "prendre bon soin de la personne handicapée".

Une formation adaptée est indispensable. Elle doit comprendre trois axes associant l'aspect structurel du projet, son aspect technique, la requalification et la promotion des agents.

Pour les deux premiers aspects, l'abord pédagogique doit reposer sur une Formation/Action.

L'aspect structurel du projet

La première étape consiste à analyser l'existant, ses forces comme ses faiblesses, en menant à bien un bilan et un état des lieux. Cette phase permet d'évaluer la motivation des personnels car les expériences déjà menées de restructuration d'une unité de soins vers un lieu de vie montrent que certains agents se sentent dévalorisés, démotivés à l'idée de travailler dans une structure médico-sociale. Ils le ressentent comme une négation de leur passé professionnel. Il apparaît indispensable d'écouter leur plainte, parfois leur amertume dans des groupes "d'analyse de la pratique". D'autres, au contraire, se sentiront mobilisés, motivés pour ce projet et en seront porteurs.

Dans un second temps commence un travail important de repérage de la fonction de chacun, soignant, éducateur, personnel des services hôteliers. Cette étape évitera toute confusion dans l'exécution des tâches. Des règles éthiques seront fixées, des protocoles de bonnes conduites, éducatives ou soignantes, seront élaborés. La nature et les objectifs des activités seront formalisés, le déroulement d'une journée, pensé en fonction du rythme de vie des résidents, qu'il s'agisse du déroulement des repas, des modalités de gestion du linge, du respect de l'intimité au moment de la toilette, de la présence des soignants et des éducateurs dans les divers moments, du nettoyage des locaux le moins perturbant possible, sans oublier la formation spécifique du personnel de nuit.

On déterminera :

- La place des familles, les rapports entre l'établissement médico-social et son environnement proche (le reste de l'hôpital), comme avec les collectivités sociales environnantes.

- La mise en place du projet personnalisé, son élaboration, les outils nécessaires à sa conception, les modalités de son évaluation. Toutes ces questions devront être traitées à l'intérieur des groupes de travail.

Pour cette élaboration, on s'appuiera sur les ressources internes au Centre Hospitalier, mais pour des aspects plus spécifiques, les Directeurs ne devront pas hésiter à faire appel à de formateurs extérieurs, surtout lorsque la culture médico-sociale doit être clairement affirmée.

L'aspect technique

Prendre en charge les personnes handicapées, et promouvoir leurs capacités, nécessite que les soignants et les éducateurs disposent d'outils techniques de communication, qu'ils utiliseront comme médiateurs.

Ils doivent donc se former, pour comprendre la communication non verbale, essentielle dans des services qui accueillent des résidents très déficitaires. Soignants et éducateurs doivent se montrer capables de maîtriser ce mode particulier de communication, pour mesurer la sensibilité, l'affectivité, la confiance ou l'angoisse de la personne handicapée, afin de repérer et gérer au quotidien, les problèmes d'agressivité, de mal être, et plus généralement de promouvoir les capacités des résidents.

Des ateliers et des activités font appel à des médiateurs n'impliquant pas forcément des objectifs thérapeutiques, mais ont tout simplement pour objectif de permettre aux résidents de s'exprimer. Ainsi, former à l'animation d'un atelier d'expression artistique permettra aux résidents :

- d'articuler autour de certains concepts l'expression, la création, le désir, le plaisir et le jeu,

- d'offrir un lieu de détente où l'expression « libre » est possible grâce à divers médiateurs (peinture, écriture, découpage, collage, etc.).

- de créer sans obligation d'une production "normalisée".

- de donner la possibilité d'établir une relation, de communiquer ou non avec le personnel.

- de s'ouvrir à une communication avec l'extérieur et à une reconnaissance de la part d'autrui.

L'objectif général demeure la possibilité offerte aux résidents d'atteindre un mieux être.

La formation concerne d'autres activités (aquatiques, sport adapté, équitation, éveil corporel) ou tout simplement organisation des loisirs. Chaque formation spécifique doit se concrétiser par un projet, intégré dans le projet personnalisé de chaque résident et doit tendre à la socialisation de la personne handicapée.

La requalification et la promotion des agents

Certains soignants peuvent entreprendre une formation d'éducateurs spécialisés, s'ils sont infirmiers, ou d'AMP ou de moniteurs-éducateurs s'ils sont aides-soignants, dans un cadre d'adaptation à l'emploi.

Pour d'autres, la mise en place de la nouvelle structure peut offrir des perspectives de promotion professionnelle. Ainsi, une ASH forte de son expérience en milieu hospitalier et de son savoir-être auprès des personnes handicapées, pourra entreprendre une formation d'AMP. Un ouvrier des services généraux pourra assumer, après avoir suivi une formation éducative, des fonctions de moniteur d'atelier dans un foyer de vie ou dans un CAT.

La mise en place d'une structure médico-sociale nécessite l'élaboration d'un plan de formation concerté entre tous les acteurs. Ce plan doit accompagner la mise en place du projet de vie. Il doit également prévenir les phénomènes de routine et d'usure du personnel qui guettent toute structure qui héberge des personnes dépendantes pendant de très longues durées.

3.3. Un projet de qualité, conforme aux normes techniques de fonctionnement d'une structure médico-sociale

3.3.1. La constitution du dossier de demande d'autorisation

Le dossier présenté aux autorités de tutelle, puis soumis à l'avis du CROSS, doit comporter¹¹:

- un exposé des caractéristiques de l'établissement ou du service qui précisera :
 - la socialisation et la zone d'intervention ou la résidence de ses bénéficiaires,
 - Les catégories de bénéficiaires,
 - la capacité prévue, répartie, le cas échéant, selon le mode d'accueil.
- une note exposant l'intérêt de l'opération envisagée au regard des besoins de la population concernée,
 - un dossier présentant les objectifs sociaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques¹²
 - pour les établissements gérés par une personne morale de droit privé, un exemplaire des statuts,
 - pour un dossier relatif à la transformation ou à l'extension d'un établissement ou d'un service, des précisions sur la qualification de la personne physique chargée de la gestion,
 - des renseignements sur la situation juridique des immeubles où les travaux seront exécutés,

¹¹ Décret n° 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹² Pour un plus long développement sur ce sujet, voir annexe 3.

- une note sur le projet architectural¹³
- un dossier financier comportant :
 - une estimation du montant des investissements,
 - un état prévisionnel des recettes et des dépenses d'exploitation sur les cinq premières années,
 - la présentation des modalités de financement envisagées.
- un dossier relatif aux personnels comportant une estimation de l'effectif par catégories,
 - si nécessaire, une note précisant les dérogations sollicitées aux normes fixées par les textes réglementaires,
 - s'il y a lieu, le projet de convention que le demandeur et l'Etat ou les collectivités publiques intéressées envisagent de conclure en application de l'article 11-2 de la Loi du 30 juin 1975,
- le délai de réalisation.

Le dossier doit affirmer une orientation délibérément "éducative" et montrer une volonté d'introduire à court, moyen ou long terme du personnel éducatif et non plus une orientation uniquement médicale et soignante.

Le projet doit comporter des orientations concernant :

- la mise en place du projet personnalisé,
- les relations avec les familles, avec notamment la mise en place d'un Conseil d'Etablissement¹⁴
- le recrutement de personnels de formation sociale, notamment un Directeur issu du corps des Directeurs d'Etablissements Sociaux,
- la conclusion d'un contrat de séjour des personnes accueillies.

Les dossiers doivent être adressés au Préfet ou au Président du Conseil Général suivant la compétence, les deux lors de double tarification, en trois exemplaires, sous pli recommandés.

L'avis du comité sera notifié à l'organe exécutif de la personne publique concernée dans un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet. Si le Comité ne s'est pas prononcé dans ce délai, la consultation est réputée avoir été régulièrement effectuée.

¹³ Voir annexe 1.

¹⁴ Voir annexe 4.

3.3.2. Le passage du dossier en C.R.O.S.S

Les C.R.O.S.S. (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) qui ont remplacé en 1991 les C.R.I.S.M.S. (Commission Régionale des institutions Sociales et médico-sociales) comportent deux sections, l'une sanitaire, consultée pour les autorisations d'équipements hospitaliers et l'établissement du S.R.O.S. (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), et l'autre sociale qui est consultée pour la mise en place des équipements sociaux et médico-sociaux.

Chaque section siège de manière indépendante, une réunion plénière annuelle délibère sur les modalités de fonctionnement (règlement intérieur...).

La circulaire du 20 février 1997 précise que les projets établis sur la base de l'Article 51 de l'Ordonnance n° 96.346 du 24 avril 1996, doivent être déposés devant la section sociale du C.R.O.S.S.

Présidée par un magistrat administratif, elle est composée de représentants pléniers et d'autres désignés par collège.

Les représentants pléniers sont consultés sur tous les projets.

- Le Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale ou son représentant,
- Un Médecin Inspecteur Régional,
- Le Trésorier Payeur Général ou son représentant,
- Le Directeur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou son représentant,
- Un représentant des Directeurs de D.D.A.S.S.,
- Un représentant désigné par le Conseil Régional,
- Deux représentants désignés par l'association des Présidents de Conseils Généraux,
- Un représentant désigné par l'Association des Maires de France,
- Quatre représentants de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, dont le Directeur et le Médecin Conseil Régional,
- Deux représentants des régimes d'assurance maladie, autres que le régime général,
- Deux représentants des syndicats médicaux,
- Deux représentants syndicaux des organisations représentant le personnel,
- Un représentant des usagers des institutions sociales et médico-sociales,
- Sur proposition du Directeur de la DRASS : un travailleur social,
- Sur proposition du Directeur de la DRASS : une personnalité représentant le corps médico-social,
- Les représentants désignés par collège sont consultés sur les projets relevant de leur compétence, il s'agit des représentants des institutions accueillant :
 - *les personnes handicapées,*
 - *les personnes inadaptées,*
 - *les personnes âgées.*

A titre d'exemple nous citerons la liste des représentants désignés dans le CROSS

section sociale de la région Rhône-Alpes¹⁵ :

- *Représentants des institutions accueillant des personnes handicapées*, dont deux au titre du secteur public : un représentant URAPEI¹, APF², ANCE³, deux représentants GEPSO⁴
- *Représentants des institutions accueillant des personnes inadaptées*, dont deux au titre du secteur public : un représentant de la FNARS⁵, de l'AFSEA⁶, du CREA⁷, du GEPSO, de l'ANPASE⁸
- *Représentants des institutions accueillant des personnes âgées* dont deux au titre du secteur public : un représentant de l'URIOPSS⁹, de la FRSSAD¹⁰, de la FEHAP¹¹, de la FHF¹²

Les représentants de chaque sous-section peuvent siéger et intervenir dans le débat mais ils n'ont droit de vote, comme nous l'avons dit précédemment, que pour les dossiers relevant de leur sous-section. Pour un projet de MAS ou de FDT, pourront voter les représentants pléniers et ceux de la section handicapée.

En fonction du nombre de dossiers, le C.R.O.S.S. se réunit environ une fois pas mois. Les services de la D.R.A.S.S. assurent le secrétariat.

L'examen d'un dossier en C.R.O.S.S. fait intervenir :

- Les membres du Comité,
- Le ou les Rapporteurs¹⁶
- Les Promoteurs.

Le ou les rapporteurs et les promoteurs sont introduits en séance avant l'examen du dossier. Les promoteurs sont invités à se présenter. Le Président du Conseil d'Administration est convoqué pour présenter le dossier, mais il peut déléguer ses pouvoirs au Directeur de l'Etablissement Public de Santé. La réglementation prévoit que les promoteurs sont au nombre de deux, mais il est admis par la majorité des CROSS un nombre plus important, le Directeur pouvant être accompagné d'un médecin, d'un cadre de soins, d'un architecte, qui pourront répondre en complément aux questions des membres du CROSS.

Le rapporteur rapporte en son nom. Il est désigné par l'autorité qui a compétence pour financer le projet présenté, il peut s'agir :

- d'un représentant des services de l'Aide Sociale Départementale du Conseil Général s'il s'agit d'un Foyer de vie,
- d'un Inspecteur de l'Action Sociale de la DDASS, s'il s'agit d'une Maison d'Accueil Spécialisée ou d'un CAT.

Les rapporteurs du Conseil Général et de la DDASS interviennent ensemble lors de double tarification. (Foyer à Double Tarification, structures médicalisées pour personnes âgées ...).

Le rapporteur présente le projet en décrivant l'existant, puis en exposant les aspects financiers, architecturaux, le projet de vie et l'organigramme du personnel et il fait état des avis complémentaires du dossier. Lors de dossier dont la tarification est décidée par l'Etat,

¹⁵ Cette désignation peut varier en fonction des contextes locaux et de l'importance de chacune des associations suivant les régions.

¹⁶ Rapporteurs du Conseil Général et de la DDASS interviennent ensemble lorsqu'il y a double tarification ? (Foyer à Double Tarification, structure pour personnes âgées médicalisées...).

avec financement de l'assurance maladie, les avis sont ceux du :

- Directeur de la DDASS,
- Médecin Inspecteur Départemental,
- Médecin Conseil Chef de le CRAM,
- Directeur de la CRAM.

Lors de dossier dont la tarification est décidée par l'Etat, mais avec financement Etat (CAT par exemple) les avis sont ceux du :

- Directeur de la DDASS,
- Médecin Inspecteur Départemental.

Lors de dossier dont la tarification est décidée par le Conseil Général les avis sont ceux du :

- Président du Conseil Général,
- Médecin Inspecteur ou Conseil du Conseil Général, s'il y en a un.

Lors de dossier dont la tarification est décidée par l'Etat et le Conseil Général, avec financement par l'assurance maladie, les avis sont ceux du :

- Directeur de la DDASS,
- Président du Conseil Général,
- Médecin Inspecteur Départemental,
- Médecin Inspecteur ou Conseil du Conseil Général, s'il y en a un,
- Médecin Conseil Chef de la CRAM,
- Directeur de la CRAM.

Les promoteurs peuvent intervenir pour compléter la présentation du rapporteur. Il est indispensable qu'ils contactent et rencontrent, avant la présentation du dossier, ceux qui émettent des avis afin de tenir compte de leurs remarques.

Les délais doivent tenir compte des autorisations nécessaires, des temps de concertation, de réflexion, d'élaboration du projet dans un cadre de partenariat, de la planification de travaux de mise en conformité¹⁷ Une durée de deux ans paraît raisonnable.

URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents et Amis des Enfants Inadaptés.

APF : Association des Paralysés de France

ANCE : Association Nationale des Communautés Educatives

GEPSO : Groupement d'Etudes et de Promotion des Etablissements Publics pour Personnes Handicapées

FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale.

AFSEA : Association Française pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

¹⁷ Pour un exemple de planification, voir annexe 6.

ANPASE : Association Nationale des Personnels et Acteurs de l'action Sociale en faveur de l'Enfance et de la Famille

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

FRASSAD : Fédération Régionale des Services de Soins à Domicile

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif

FHF : Fédération Hospitalière de France