



Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »

Le groupe de travail :
« Ressource du projet de création d'une structure dédiée
aux troubles du spectre autistique ».

ECUE 7.2

Marie GENERAU et Patrick FARNAULT

Christophe MARGUERON

Année 2021/2022

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma reconnaissance à Mme GENERAU et M. Patrick FARNAULT. Ils ont su, par le temps qu'ils m'ont consacré et avec leurs conseils avisés, me guider tout au long de ce projet managérial.

Merci à Mme PEREZ-CHANOZ pour sa gestion sans faille de ce cursus M2 malgré un contexte parfois compliqué.

Merci également à Catherine, mon « binôme professionnel », pour son appui et son soutien dans ma démarche.

Un grand merci à ma famille qui a su développer une démarche de conduite de « patience ».

Toute ma gratitude envers Amélie et Rachel pour leurs précieuses relectures.

A mes amies du groupe « PFC » Master 1 pour leurs encouragements, « *nous continuons à transmettre ce que nous sommes* ».

Et enfin, je remercie mes collègues de la promotion de ce master pour leur aide et leur soutien moral tout au long de cette année.

« Donnez-moi un point fixe et un levier et je soulèverai la
Terre. »

Archimède

« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait. »

Mark Twain

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
1 CONTEXTE D'EMERGENCE	7
2 LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	8
2.1 NATURE ET CHAMP D'ACTION.....	8
2.2 LA NATURE DES ACTEURS DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	11
2.3 LE CADRE JURIDIQUE DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	13
2.4 LA LOI N°75-534 DU 30 JUIN 1975	13
2.5 LA LOI N°2002-2 DU 3 JANVIER 2002.....	14
2.6 LA LOI N°2005-102 DU 11 FEVRIER 2005.....	15
3 LE CONTEXTE NATIONAL : LA PRISE EN CHARGE DE L'AUTISME EN FRANCE.....	17
3.1 UNE LENTE EVOLUTION	17
3.2 LES QUATRE PLANS « AUTISMES ».....	18
3.2.1 Le premier « Plan Autisme » (2005-2007).....	18
3.2.2 Le second Plan Autisme (2008-2010).....	19
3.2.3 Le troisième Plan Autisme (2013-2017).....	21
3.2.4 Le quatrième plan (2018-2022).....	23
3.3 BILAN	25
4 LE CONTEXTE REGIONAL	28
4.1 LE TERRITOIRE DE SANTE CONCERNE	28
4.1.1 Données géographiques et démographiques	28
4.1.2 L'offre sanitaire et Médico-sociale du territoire.....	29
4.1.3 L'autorité de tutelle et ses missions sur le territoire	32
4.2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	34
4.3 PRESENTATION DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (« LE PONANT »).....	36
4.4 EVOLUTION DES PUBLICS ACCUEILLIS.....	38
4.5 ADAPTATION DE LA STRUCTURE	39
4.6 STRATEGIE ORGANISATIONNELLE ET MANAGERIALE	40
5 LE PROJET URAT	45
5.1 LA FORME ATTENDUE	48
5.2 LES RESSOURCES PRESENTES ET NOTRE QUESTIONNEMENT.....	50
5.3 LES ENJEUX DU PROJET POUR L'ETABLISSEMENT.....	54
5.4 LES ENJEUX POUR LA MAS (« LE PONANT »)	55
5.5 LE CADRAGE INITIAL DU PROJET	57
5.6 LES ELEMENTS FINANCIERS DU PROJET.....	60
5.7 L'ETAT D'AVANCE DU PROJET :	63
5.8 BILAN	66
6 LE GROUPE DE TRAVAIL	67
6.1 RESSOURCES ET CONTINGENCES	68
6.2 LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	70
6.3 LA STRUCTURATION DE MA DEMARCHE.....	73
6.4 MON ROLE	76
6.4.1 Le projet, un moyen de projection vers une autre fonction ?	81
6.5 LES ENJEUX LIES AU GROUPE	82
6.6 LES AXES DE TRAVAIL DU GROUPE	83
6.6.1 Le travail du champ externe	85
6.6.2 Le travail du champ interne.....	88
6.6.3 Le travail avec l'établissement support.....	93
6.7 L'ORGANISATION DU GROUPE	96

6.8	PLAN D'ACTION	97
7	LA MISE EN ŒUVRE	99
7.1	LE BENCHMARKING.....	99
7.1.1	L'URAT de Montlignon	99
7.1.2	Bilan.....	103
7.2	LE PARTENARIAT.....	104
7.2.1	L'association 'Vivre et devenir ».....	104
7.2.2	Bilan.....	107
7.3	DIALOGUE AVEC LES AUTORITES DE TUTELLES	107
7.3.1	Première réunion avec L'ARS du 9 février 2022.....	108
7.3.2	Bilan.....	111
7.4	PREMIERE REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	112
7.5	LES PREMIERES DONNEES LIEES AU DIMENSIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	114
7.6	DIALOGUE AVEC LE COPIL ET L'ETABLISSEMENT SUPPORT	117
8	FOCUS SUR LA CONDUITE DE PROJET EN COURS	119
8.1	LES INDICATEURS D'EVALUATIONS ET DE SUIVI	120
9	LE FUTUR DU PROJET	122
10	LES LIMITES ET LA PORTEE DE CE TRAVAIL.....	123
11	CONCLUSION	126
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXES.....	

LISTE DES ABREVIATIONS

A

A.R.S : Agence Régionale de Santé

ANESM : Agence nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

C

CATTP : Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COFIL : Comité de Pilotage

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRA : Centre Ressource Autisme

CRD : Centre Régional Anti Douleur

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CVS : Conseil de Vie Sociale

D

DDASS : Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

DSS : Direction de la sécurité Sociale

E

EPRD : Etat des Prévisions de recettes et de Dépenses

ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

EPS : Etablissement Public de Santé

EPOCAA : Échelle Pour l'Observation des Comportements d'Adultes avec Autisme

F

FAM ; Foyer d'Accueil Médicalisé

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

I

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGEN : Inspection Générale de l'Education Nationale

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

M

M.A.S : Maison d'accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

M.E.O.P.A : Mélange Equimoléculaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote

P

PLFSS : Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PRS : Projet Régional de Santé

R

RMM ; Réunion Morbi Mortalité

ROB : Rapport d'Orientation Budgétaire

S

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SRS : Schéma Régional de Santé

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

T

T.S.A : Trouble du Spectre Autistique

TED : Trouble Envahissant du Développement

U

U.R.A.T : Unité Renforcée d'Accueil et de Transition

USIDATU : Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence

UMI : Unité Mobile Interdépartementale

INTRODUCTION

Malgré leurs différences le secteur sanitaire et médico-social partagent le même objectif : offrir à la population d'un territoire la meilleure réponse aux besoins de santé. Ils évoluent aux grés des lois visant à rationaliser leurs fonctionnements mais également s'adaptent aux nouveaux besoins de prise en charge.

Depuis 26 ans, la prise en charge de l'autisme relève officiellement du secteur du handicap et du champ d'action du secteur médico-social. Cependant malgré la prévalence de ce handicap (700000 personnes concernées dont 100000 ont moins de 20 ans [1]), il faut attendre 2005 et le lancement du premier plan autisme pour que le législateur initie la construction d'un réel système de prise en charge pour les personnes porteuses de ce qu'on appelle maintenant Trouble du Spectre Autistique (TSA).

On s'aperçoit dès lors de la carence liée à la prise en charge des adultes atteints de TSA, souvent hospitalisés en structure sanitaire (le plus souvent en psychiatrie), par défaut de diagnostic, d'offre de soins adaptés et de prises en charges coordonnées.

Ce constat appelle alors une stratégie nationale et programmatique visant à développer une offre de soins à destination de ces populations. C'est dans ce cadre qu'il a été décidé de créer une offre de soins territorialisée sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS) visant à offrir une réponse adaptée à cette population porteuse de ce handicap. Le secteur médico-social est donc appelé à se transformer afin de répondre à ces enjeux de santé.

Je suis cadre de santé dans une structure médico-sociale (Maison d'Accueil Spécialisée) rattachée à un Etablissement Public de Santé. Notre établissement de référence a été retenu après avoir candidaté dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS visant à la création d'une Unité de Répit d'Accueil et de Transition (URAT) à destination des personnes atteintes de TSA en situation complexe.

C'est donc au sein de ce projet institutionnel porteur d'enjeux importants quant à sa réussite que j'ai choisi de positionner mon projet managérial en lien avec le Master 2 « Management des Organisations Soignantes ».

Dans un premier temps ce travail devra respecter l'équilibre nécessaire entre théorie et opérationnalité afin de constituer un ensemble pertinent et utile à ma mission. Secondairement, il devra s'appuyer sur une méthodologie de conduite de projet.

[1] Autisme info Service

1 Contexte d'émergence

En 2017 l'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand a candidaté dans le cadre d'un appel à projet émis par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France. L'objet de cette entreprise consistait à la création d'une unité renforcée d'accueil et de transition (U.R.A.T) de 6 places pour des personnes présentant des situations complexes de troubles du spectre autistique (T.S.A). [2]

Cette création se devait d'être réalisée à l'appui d'une structure médico-sociale type Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S) existante. L'opportunité pour l'établissement d'avoir sur son site d'Etampes la MAS « Le ponant » lui a donc permis de candidater dans le cadre de ce projet.

En octobre 2018, L'ARS publie ses résultats en retenant l'établissement dans le cadre de ce projet et retient celui-ci pour la création d'une unité type U.R.A.T.

En tant que cadre de santé, exerçant mes fonctions à la M.A.S « le ponant », je suis directement concerné et acteur de ce futur projet.

J'ai choisi de positionner le cadre de mon travail managérial au sein du processus de création de cette unité.

Cependant, nous allons auparavant devoir préciser des éléments nécessaires à ce travail afin qu'il devienne un ensemble cohérent. Ces étapes guideront ainsi notre cheminement de notre point de départ jusqu'à notre objectif projet.

- Tenter de définir la nature et l'organisation du champ d'action de ce futur projet : le secteur médico-social.

- Apporter une clarté nécessaire sur la nature de l'activité du projet : l'autisme et sa prise en charge.

- Présenter l'établissement support du futur projet.

- Présenter notre structure d'exercice (cible du projet)

- Préciser le choix, l'organisation, la nature des tâches de ma démarche projet quant à sa place dans le processus de création de la future structure.

[2] Plan autisme 2013-2017

2 Le secteur médico-social

Le cadre de notre projet managérial est centré sur notre domaine d'exercice professionnel. Exerçant ma fonction d'encadrant dans le secteur médico-social, il nous paraît donc nécessaire d'en définir sa nature, ses acteurs, ses champs d'application mais également les dispositifs législatifs qui le structure.

2.1 Nature et champ d'action.

Notre système de santé regroupe 3 types de secteurs :

- Sanitaires (Prise en charge hospitalière)
- Médico-sociales et sociales
- Ambulatoires

Le secteur médico-social a pour mission la prise en charge des publics en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance. Ce rôle est exercé pour une durée brève ou au long cours (en ambulatoire ou en hébergement).

Il regroupe 35 000 établissements et services et concerne 1,2 millions de personnes âgées et handicapées [3].

Les missions sont donc nombreuses et les populations concernées sont diverses et par nature hétérogènes. La mission, ici, n'est pas la prise en charge d'un épisode de santé aigu comme dans le secteur sanitaire.

La prise en charge dans ce secteur de la santé revêt la forme d'un accompagnement dans le cadre d'un parcours de vie à la différence d'un parcours de soins dans le cadre d'un épisode de santé spécifique.

Le cadre de la temporalité du parcours de vie justifie l'orientation des populations cibles vers ce secteur de santé.

Cette notion de temps, permet déjà de qualifier une des particularités de ces secteurs vis à vis des autres champs de la santé.

Ici la problématique est inclusive. Les difficultés de vie de la personne prise en charge sont pérennes. Le projet de vie est organisé et adapté à cette problématique.

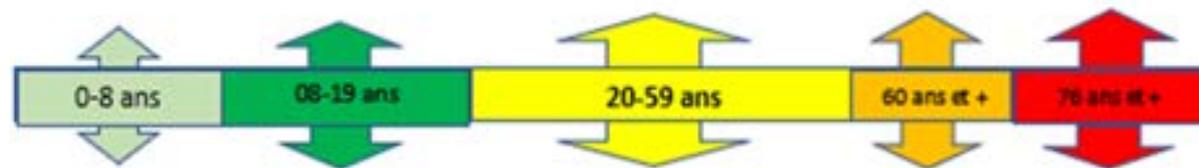
[3] ARS, Organisation de l'offre médico-sociale

Une constellation d'acteurs au sein d'un secteur d'activité au large champ d'action

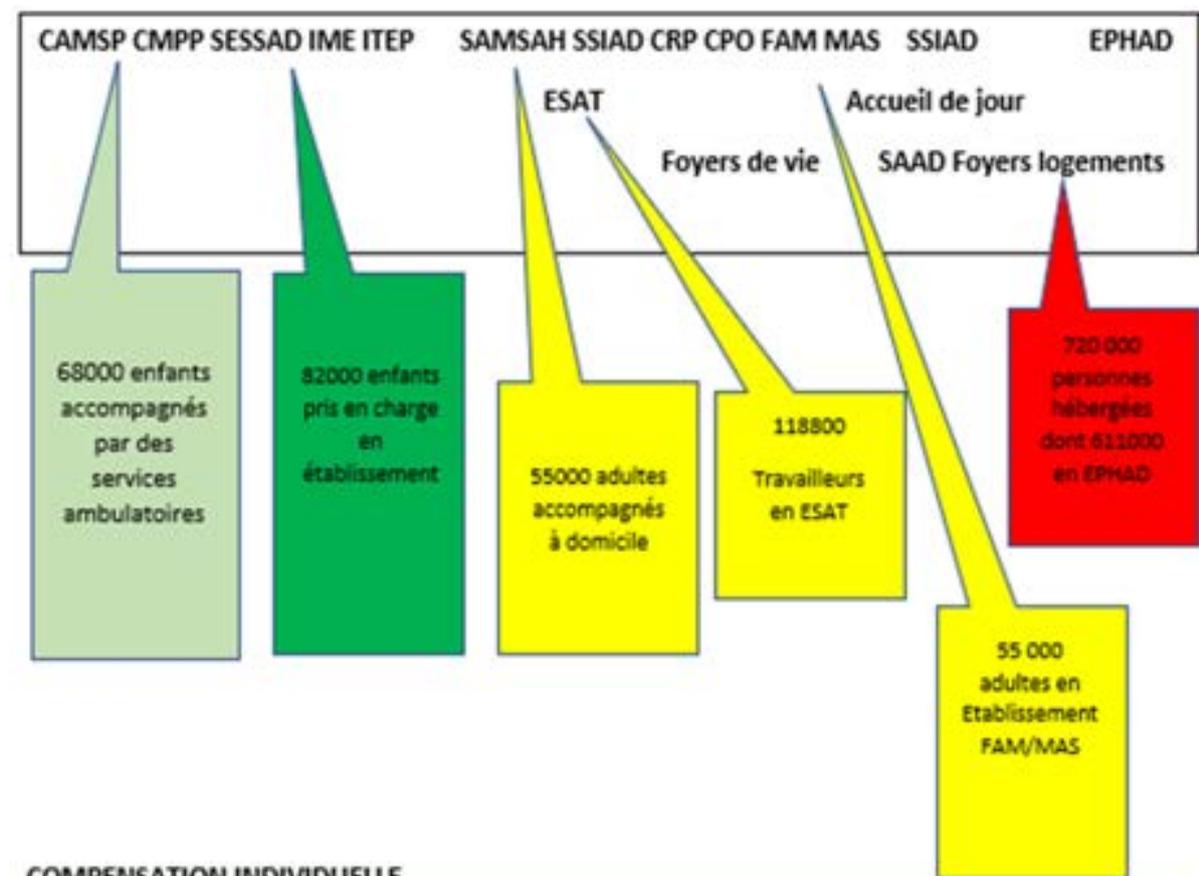
Accompagnement des personnes tout au long de la vie

SOURCE CNSA 2020

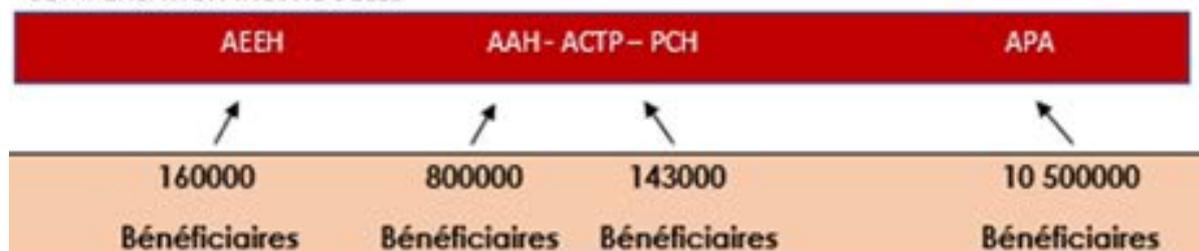
Domaines de la vie



ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL



COMPENSATION INDIVIDUELLE



Les établissements et services médico-sociaux sont financés, selon les profils des populations concernées et par leurs actions (personnes handicapées, personnes âgées, adultes atteints de maladies chroniques, personnes en situation d'exclusion, etc..).

Ces budgets sont donc issus de financeurs multiples : l'État, l'assurance maladie, du fond d'intervention régional et/ou du conseil départemental au titre de l'aide sociale.

Au titre de l'année 2020, le budget global de ce secteur est de 24 ,624 milliards d'euros (22,492 milliards d'euros en 2019). A titre de comparaison, le budget du secteur sanitaire, représenté par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), s'élève à 209,2 milliards d'euros pour 2020.

Les structures médico-sociales sont soumises au Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM médico-sociale pour l'ensemble du secteur depuis 2021 à l'appui des lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et de financement de la sécurité sociale de 2016).

Cette obligation de contractualisation avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) identifie les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont attribuées ainsi que les financements octroyés.

L'outil de dialogue de gestion entre l'autorité de régulation incarné par les ARS régionales est l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD). Cet outil comptable normatif et exigible garantit le respect des objectifs du CPOM.

Ces structures relèvent de l'autorité de l'ARS, du Conseil départemental, du Préfet de région. Parfois l'autorité peut être partagée entre plusieurs acteurs (compétence conjointe).

Au même titre que les établissements sanitaires, L'HAS finalise la construction d'un nouveau dispositif d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce référentiel et ses méthodes d'évaluations devaient être publiés en septembre 2021.

Il est fort probable que ce dispositif se rapproche de la procédure et des critères qualités en vigueur dans le secteur sanitaire tant par sa méthodologie mais également par son rythme d'évaluation. Cependant sa mise en place est encore retardée, le Conseil Constitutionnel ayant amendé l'article 52 l'instaurant dans le cadre du PLFSS 2022 (plan de loi de financement de la Sécurité Sociale) [4].

Le secteur associatif jugeait également le caractère inégalitaire de cette procédure par les critères des référentiels constitués d'éléments exigibles nécessitant des ressources dont ces acteurs ne disposent pas.

Finalement, ce référentiel est officialisé par l'HAS le 10.03.2022. Cependant, le cahier des charges posant le cadre réglementaire de la procédure ne devrait être promulgué qu'en juillet 2022.

[4] Hospimédia du 21 /12 /21

2.2 La nature des acteurs du secteur médico-social

En l'espèce [5], la définition juridique de la nature d'un établissement médico-social selon le code de l'action sociale et des familles (CASF) est la suivante : « *c'est une **personne morale** publique ou privée et bénéficiant de fonds publics pour remplir **une mission de service public** ».*

Dans le cadre de leur régulation juridique, les acteurs du champ médico-social sont soumis au code de l'action sociale et des familles (CASF). La création et l'exploitation d'un établissement médico-social (ESSMS) est soumis à un régime de police administrative [6] et, plus précisément, à un régime d'autorisation qui relève des articles L. 313-1 du CASF.

En fonction de la population concernée, (mineurs, personnes handicapées, etc. ...) ces établissements relèvent de l'autorité du directeur général de l'ARS, du Préfet de région, soit de plusieurs d'entre eux dans le cas d'une compétence conjointe.

Les acteurs du secteur médico-social ont en commun leur mode de financement : ils perçoivent des budgets publics. Par conséquent, ils doivent répondre à des appels à projet émanant de leurs organismes financeurs (« puissance publique ») afin de se conformer à la demande et pouvoir se développer (ARS, conseil départemental, préfet de région).

Ces appels à projets reposent sur des diagnostics comme le Schéma Régional de Santé (anciennement le SROMS ou Schéma d'Organisation de l'Offre Médico-Social) compris dans le Projet Régional de Santé (PRS), mais également sur des programmes ponctuels de l'ARS liée à des états de besoins territoriaux spécifiques en santé.

Dans ce cadre contraint de réponse à des besoins précis, le secteur médico-social a pour particularité de regrouper plusieurs types d'acteurs :

- Des acteurs publics
- Des acteurs associatifs (ou fondation) à but non lucratif
- Des acteurs privés à but lucratif (situés le plus souvent dans le champ des services à la personne)

Selon les estimations disponibles [7] le secteur médico-social regroupe environ 35 000 établissements. Le secteur associatif en concentre à lui seul plus de 40%. Fort de cet héritage ce secteur se structure différemment par rapport au secteur sanitaire.

Historiquement de nombreux acteurs religieux se sont structurés en association ou fondation (séparation Eglise/Etat) afin de pouvoir assurer leur mission de « salut » public dans le cadre des nouvelles règles fonctionnement normatives Laïques [8]. Cet héritage, par le nombre de ces acteurs, est encore présent.

Aujourd'hui, par leur proximité, les acteurs associatifs représentent également un élément de décentralisation « *par leur adaptation au milieu local* [9] ».

[5] ZACHARIE, C. Responsabilité en droit de la Santé : in cours UPEC Master 2 « MOS », 21/01/2022, Créteil

[6] ZACHARIE, C. Aspects juridiques de la gestion hospitalière : in UPEC Master 2 « MOS », 14/12/2022

[7] Agence Régionale de Santé, 2017

[8] LETOURNEAU, D. Les évolutions du système de santé : in UPEC Master 1 « MOS », 2017, Créteil

[9] CORON Gaël, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », La Revue de l'Ires, 2017/1-2 (n° 91-92), p. 213-235.

Par les lois du 2/01/2022 et celle du 11/02/2005, les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) sont créés. Ce dispositif rend possible le regroupement des établissements, des personnes gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux (personne morale à but non lucrative).

Ces acteurs associatifs peuvent coopérer sur des fonctions logistiques et administratives afin de pouvoir répondre aux nouvelles exigences de gestion dépassant pour un certain nombre leurs ressources disponibles (mutualisation des moyens possible, regroupement associatif).

Ce cadre législatif facilitant, permet la continuité de l'activité pour les acteurs « mono établissement », souvent dans des domaines d'intervention très spécifique [10].

Il permet également de faire face aux enjeux liés à l'évolution du contexte sociétale.

Par exemple, depuis une dizaine d'années la part du secteur public et associatif a diminué de plus de 20% au profit de grands groupes se spécialisant dans l'hébergement médicalisé des personnes âgées dépendantes ou non dépendantes (Korian, Orpéa, Domus VI etc....).

La mise aux normes, l'agrandissement ou la rénovation de ces établissements représentent des postes d'investissements dépassant les capacités de financement de ces acteurs.

Le secteur associatif voit ainsi disparaître sa clientèle la plus solvable aux profits de nouveaux acteurs attirés par la croissance annoncée et prévisible de ce marché.

Aujourd'hui ces groupes détiennent 22% des 728000 places d'EPHAD disponibles en France [11].

Un dispositif tel que le GCSMS rend possible la « sauvegarde » du maillage associatif constituant « historique » de ce secteur. Il permet également le fonctionnement et la coexistence d'acteurs différents par nature mais synchronisés sur cette temporalité longue de l'action Médico-sociale au côté des structures publiques et privées.

C'est peut-être cette différence issue de coopérations existantes presque par nature dans ce champ médico-social qui permet de le différencier du celui du sanitaire qui a tant de difficulté à structurer et viabiliser ses coopérations.

Cependant son cadre juridique le structurant accroît encore cette différence.

[10] HARDY Jean-Pierre, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », Vie sociale, 2010/1 (N° 1), p. 43-57.

[11] CRESPO Geneviève, LAROQUE Michel, « Introduction », Vie sociale, 2020/3-4 (n° 31-32), p. 7-19.

2.3 Le cadre juridique du secteur médico-social

Trois lois fondamentales structurent et articulent le secteur Médico-social :

- La loi n°75-534 du 30 juin 1975
- La loi n°2002-2 du 3 janvier 2002
- La loi n°2005-102 du 11 février 2005

2.4 La loi n°75-534 du 30 juin 1975 [12]

Avant 2005, Le secteur du handicap était en partie régit par La loi n°75-534 du 30 juin 1975. Cette loi a défini comme obligation nationale « *la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux* ».

Cette loi mène à la création d'un secteur médico-social à part entière.

La gestion des hospices et foyers pour personnes âgées sort du champ de la gestion sanitaire hospitalière. Ceci permettant entre autres de recentrer les établissements hospitaliers sur leurs missions premières. [13]

Le secteur médico-social est en capacité de délivrer des prestations de soins afin de satisfaire les besoins de la personne mais également un accompagnement adapté.

Les publics ciblés à cette époque sont les personnes vulnérables, et en particulier les personnes âgées et handicapées. Par ces publics concernés, ce secteur effectue des accompagnements à long terme.

Cette loi tente également d'unir un secteur qui se caractérise par la diversité des institutions et des publics accueillis. La DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) assure l'agrément préalable des pouvoirs publics pour l'ouverture et le fonctionnement de ces établissements.

Des mécanismes de compensation sociaux sont alors créés ainsi que des organismes destinés à orienter les populations ciblées (Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES), les COTOREP, la notion de taux d'incapacité, les Centres Actions Médico-Sociales Précoces (CAMSP), l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES).

[12] Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

[13] BEAUDURET Jean François & JAEGER Marcel, « Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation », Dunod, 2005, 342p

Cette loi tente de rationaliser une offre multiple mais sans toutefois imposer une planification ou une organisation ressemblant à celle du secteur sanitaire. La diversité du champ médico-social semble être un frein à une organisation homogène globale. L'insertion de ce secteur dans des planifications départementales, l'évaluation de ses besoins et de ses actions et la coordination entre ses différents opérateurs vont nécessiter d'autres évolutions législatives.

2.5 La loi n°2002-2 du 3 janvier 2002

La Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale est promulguée le 3 janvier 2002 avec comme objectifs pour le législateur la responsabilisation des acteurs du secteur et l'amélioration de la qualité aux usagers.

Les axes principaux de cette loi viennent en réalité palier aux manques du précédent dispositif de 1975.

Au même titre que dans le secteur sanitaire (loi de mars 2002 dite loi Kouchner affirmant le droit des malades et initiant le principe de démocratie sanitaire), l'usager est replacé au cœur du dispositif.

Une charte des droits et des libertés de la personne accueillie est instaurée (J.O n° 234 du 9 octobre 2003), ainsi qu'un projet d'accueil et d'accompagnement et l'obligation de proposer un contrat de séjour (Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004).

Dans ce cadre l'obligation contractuelle engage les acteurs mais également les usagers.

Cette obligation voit l'instauration d'une nouvelle instance : le conseil de vie sociale (CVS). Elle est obligatoire aux seins des structures exerçant un accueil de jour, un hébergement ou une activité d'aide par le travail.

Ce conseil associe usagers élus, représentants des familles également élus membres de la direction et du personnel, permet d'associer les personnes accueillies à leur prise en charge.

Le CVS est doté de la capacité à émettre des avis (prise en charge, activité...) mais ceux-ci ne sont pas opposables aux décisions des organismes gestionnaires et aux directions des établissements.

Les coûts de fonctionnements des établissements doivent être proportionnels aux services rendus, une planification du secteur est mise en place (en lien avec le CPOM).

Un dispositif d'évaluation de la qualité des prestations est également créé (géré par ANESM sous la forme d'un audit externe obligatoire réalisé par des cabinets d'audit agréés).

Le renouvellement de leur autorisation est exclusivement subordonné aux résultats cette l'évaluation externe (article L. 313-1 du CASF).

Les acteurs du secteur sont maintenant intégrés dans une politique de planification et par la nature de leur activité au sein d'un schéma régional (comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), à la charge des conseils régionaux et de l'assurance maladie.

Ces deux entités demeureront les gestionnaires des créations (ou des fusions) en fonction des besoins sur les régions jusqu'en 2009.

Un autre dispositif législatif incarné par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) viendra compléter ce dispositif. Elle confiera cette gestion aux Agences régionales de Santé régionales.

Ce dispositif vient donc compléter la loi de 1975 en définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant leurs modalités.

La notion de contractualisation (projet d'accueil, contrat de séjour) et d'évaluation permet le développement d'une politique de qualité au sein de ces établissements.

Dans ce cadre, le lien avec les référentiels de bonnes pratiques est réalisé en fonction du domaine d'intervention de ces acteurs.

L'amélioration des procédures de pilotage du dispositif médico-social par la planification de la section sociale du comité national et des comités régionaux (ARS par la suite) permet l'homogénéisation du champ médico-social en fonction des réels besoins sur un territoire.

Enfin, en instaurant avec les établissements des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la réalisation des orientations des schémas sociaux et médico-sociaux et la mise en œuvre des projets d'établissements sont encouragées.

Ces deux lois sont donc fondatrices de la structuration du champ médico-social.

En ce sens, leur place dans la politique de planification leur permet de s'affirmer comme des acteurs essentiels du système de santé.

2.6 La loi n°2005-102 du 11 février 2005

Le dispositif législatif se trouve renforcé par La loi n°2005-102 du 11 février 2005. Elle précise entre autres la notion et le champ du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Cette loi positionne la personne en situation de handicap au centre des préoccupations (égalité des chances) en instaurant la notion de projet de vie (projet personnel de scolarisation pour les enfants).

Ce dispositif devient opposable car le handicap devient de fait un facteur de perte d'égalité au regard de la société.

Ce dispositif de nature législatif, revêt également une dimension sociétale par la nécessaire prise en compte des personnes en situation de handicap comme des citoyens à part entière.

La loi fusionne les CDES (Commission Départementale de l'Education Spéciale) et les COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) en créant les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Dès lors, un lieu unique par département permet de centraliser l'accueil, l'information, et les démarches administratives.

Cette transformation permet de resserrer le maillage des acteurs du système en limitant leur nombre. Dorénavant l'ARS et la MDPH seront les pierres angulaires qui structureront et organiseront le champ du secteur médico-social.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est également créée. Elle est l'organe décisionnaire lié à l'ensemble des droits de la personne en situation de handicap, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses projets.

C'est donc le cadre réglementaire et législatif qui renforce la politique d'inclusion des personnes handicapées au sein de la société.

Cependant s'il est communément admis aujourd'hui que cette « obligation d'inclusion » dans la société est opposable, la difficulté de structurations et de coordination des prises en charges des handicaps au long cours reste complexe.

Cette structuration implique maintenant que certains handicaps auparavant pris en charge dans le champ sanitaire relèvent dorénavant du champ médico-social.

C'est le cas des personnes atteintes de troubles du spectre autistique, dont la prise en charge s'effectuait dans le champ sanitaire de la psychiatrie.

Pour ce type de handicap, d'autres dispositifs vont s'avérer nécessaires afin de développer une offre de soins « balbutiante » à destination des personnes atteintes de TSA (1% de la population soit environ 600 000 en augmentation constante).

Cependant, les pratiques médicales, parfois très dogmatiques combinées à ce changement de champ d'action doivent être encore uniformisées. L'intervention du législateur va donc être nécessaire. C'est en partie l'objectif « des plans autismes » initiés en 2005.

3 Le contexte national : la prise en charge de l'autisme en France

3.1 Une lente évolution

La première trace mentionnant l'autisme dans la littérature date de 1943. Le psychiatre Américain Kanner repère un syndrome spécifique qu'il nomme autisme.

En France dans les années 50, l'autisme est alors considéré comme une « Psychose précoce » par les pédopsychiatres.

L'approche psychiatrique française à cette époque assimile l'autisme à une maladie mentale d'origine psychique causée par « une mauvaise relation parentale ».

Au tout début des années 90, les pratiques médicales consistant à orienter les personnes atteintes d'autisme vers un placement en institution spécialisée est remis en cause par des associations de parents qui saisissent le conseil de l'Europe par l'exclusion sociale qu'elle entraîne.

Ce changement de paradigme sociétale est à mettre au regard de l'évolution de la pratique médicale.

L'autisme en France est marqué par une culture témoignant d'une forte influence de la psychanalyse, et par la pérennité de pratiques d'institutionnalisation.

Le développement des sciences cognitives et de l'imagerie médicale renforce cette opposition avec le courant psychanalyste prônant l'institutionnalisation de ces « malades ».

Cependant ces nouvelles thérapies et approches alors en développement, permettent une rationalisation de la compréhension des troubles et par conséquent les solutions pouvant y être apportées.

L'emprise des sachants « médicaux » grandement liée à l'influence psychanalytique est alors remise en cause au profit de la place des familles et des aidants.

En 1990 le DSM3 (Diagnostic and Statistical Manual version 3) élargit la définition de l'autisme en y incluant les troubles envahissants du développement (TED).

En France, en 1996 (11/12/1996) la « loi Chossy » est promulguée afin de garantir aux personnes atteintes d'autisme un accompagnement pluridisciplinaire, et reconnaître l'autisme en tant que « handicap » et non plus en tant que maladie.

Dès lors, l'autisme est rattaché au domaine du handicap. Cette donnée impliquant la création de nouvelles mesures destinées à la prise en charge de ce déficit.

Parallèlement, la pratique médicale poursuit sa transformation et son évolution vers une cohérence de ses pratiques en incluant dans le DSM5 la notion de Troubles du Spectre Autistique (incluant les syndromes de TED et d'asperger).

Aujourd'hui, la définition communément admise est la suivante : « Les troubles du spectre de l'autisme se caractérisent par une anomalie du développement neurologique (pathologie neuro développementale).

Ils apparaissent généralement dès les premières années de la vie et frappent majoritairement les garçons.

Les signes sont les troubles de la communication (verbales et non verbales), l'altération des interactions sociales et les anomalies comportementales ». Ces catégories de symptômes sont communément appelées « triades autistiques ».

Le consensus médical s'amorce donc mais il est nécessaire maintenant de structurer une offre de soin lacunaire notamment grâce à la pression des familles touchées par ce handicap.

3.2 Les quatre plans « autismes ».

3.2.1 Le premier « Plan Autisme » (2005-2007)

Ce premier plan intitulé « *Un nouvel élan pour l'autisme* » doit en partie sa création à une condamnation de la France par la cour européenne de justice pour le non-respect des droits des personnes autistes. Ce programme est lancé en 2005 sous la présidence de Jacques Chirac.

Il permet la création des Centres Ressources Autisme (CRA, un par région française) et propose des recommandations pour le dépistage et le diagnostic des TSA. Il propose une amélioration de la formation des professionnels, et davantage de places en institutions spécialisées.



Les centres ressources autisme en France

En 2007, le comité consultatif national d'éthique (CCNE), saisi par cinq associations de parents (en 2005), rend un avis très critique en incriminant un défaut de prise en charge et soulignant la détresse des personnes autistes et de leur famille. En ce sens la place de la psychanalyse est remise en cause dans la prise en charge de ces troubles et suscite des querelles entre les praticiens attachés à ces méthodes.

Finalement ces rivalités de pratiques mettent en lumière l'indispensable coordination médicale encore absente et ne permettant pas à ce plan de remplir pleinement ces objectifs. Une autre phase de stratégie nationale va donc s'avérer nécessaire.

3.2.2 Le second Plan Autisme (2008-2010)

Ce plan est lancé en mai 2008 par Valérie Létard. Ses objectifs sont plus ambitieux et quantifiés.

Sur une période de deux ans, il doit permettre la création de 4 100 places en institution pour les enfants et adultes autistes.

Afin d'uniformiser les pratiques médicales, la Haute Autorité de santé se voit confier la réalisation d'un socle de connaissances internationales, scientifiques et pluridisciplinaires, sur l'autisme.

En compagnie de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'HAS est chargée de définir les bonnes pratiques de prises en charges liées à l'autisme.

La Haute Autorité de Santé publie ce socle commun en janvier 2010, renforcé par la parution du DSM5 créant l'appellation TSA et catégorisant ces critères diagnostiques (l'autisme est un handicap depuis 1996 et un handicap cognitif depuis 2005).

C'est dorénavant à l'appui de ce guide opposable de bonne pratique réalisé par l'HAS que les plans suivants vont pouvoir prendre appui.

Le champ de prise en charge concerné dans ce cadre est le champ médico-social. De ce fait, l'approche éducative doit être maintenant développée et priorisée.

La connaissance de ce handicap par l'élaboration du socle des connaissances publié en mars 2010, permet la formation des professionnels et donc l'amélioration de la qualité des prises en charges.

La création des 4100 places d'accueil est réalisée (1500 places dans les Établissements pour enfants, 600 en SESSAD, 2000 en MAS et FAM pour adultes).

Le bilan dressé de ce plan insiste également sur la nécessaire sensibilisation de la population à ce type de handicap.

Cependant la loi HPST dans son cadre de décentralisation impose une nouvelle organisation. La planification de l'offre de soins au niveau d'un territoire (tous champs confondus) est en la pleine compétence des ARS.

Dans le cadre du secteur médico-social, le Projet Régional de Santé lié au nouveau Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS) doit permettre le décloisonnement entre des secteurs et acteurs jusqu'ici séparés.

En 2012, l'autisme est déclaré Grande Cause nationale, sous l'impulsion du Premier ministre de l'époque, François Fillon.

Cette fois, c'est à l'initiative du législateur que des propositions tentant de structurer les pratiques médicales de l'autisme vont être incluses dans le débat public.

En janvier 2012, le député Daniel Fasquelle présente une « proposition de loi visant l'arrêt des pratiques psychanalytiques dans l'accompagnement des personnes autistes et la généralisation des méthodes éducatives et comportementales ».

Cette proposition insiste sur la réaffectation de tous les financements existants à ces méthodes psychanalytiques.

En mars 2012, la Haute Autorité de Santé recommande certaines approches éducatives, comportementales et développementales :

- La méthode ABA (le programme développemental de Denver)
- Le programme TEACCH

Ces méthodes sont reconnues pour « leur efficacité sur le quotient intellectuel, les compétences de communication et le langage ». Par ailleurs, à moyen terme il est noté une amélioration pour environ 50 % des enfants comparativement aux pratiques « éclectiques ».

Ces méthodes rationalisent les prises en charge et permettent d'envisager des déploiements opérationnels de dispositifs (mobiles, régionaux, structures, etc....) Ils répondent également aux attentes des familles mais également aux besoins des personnes (et enfants) atteints de TSA.

Cependant le besoin en formation des professionnels est encore important avant la mise en œuvre de ces pratiques.

Les conclusions du second plan autisme insiste sur le développement d'une politique plus pertinente de prise en charge précoce de ces troubles.

Cette précocité de prise en charge conditionnant le pronostic fonctionnel liée au retentissement de ces troubles sur la vie quotidienne (insertion et déscolarisation).

Pour la première fois dans un rapport du conseil économique et social (C. Prado 2012) il est fait mention du coût social mais également économique de la prise en charge des TSA en France.

Le diagnostic initial n'est pas réalisé avant l'âge de 6 ans et le plus souvent les hospitalisations en long séjour (36000 adultes en 2010) sont courantes par défaut diagnostic ou par manque de structures Medico sociales.

3.2.3 Le troisième Plan Autisme (2013-2017)

Il est annoncé le 2 mai 2013 par Marie-Arlette Carlotti, qui propose dix mesures à mettre en place jusqu'en 2017, avec entre autres :

- La généralisation du diagnostic précoce à 18 mois (à proximité du domicile)
- La création de 700 places d'enseignement spécialisé à l'école maternelle visant à permettre l'intégration des enfants autistes à l'école primaire ordinaire.

La question de la « prise en charge et l'accompagnement » des adultes commence également à être posée. Cinq actions prioritaires sont menées dans le cadre de ce plan, doté de 205 millions d'euros :

- Diagnostic précoce
- Accompagnement depuis l'enfance.
- Soutien aux familles.

- Recherche.
- Formation des acteurs de l'autisme.

Un site internet officiel destiné à centraliser des informations validées par un comité scientifique est mis en ligne par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé le 30 novembre 2016 « pour répondre à un besoin impératif d'information claire et fiable ».

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Éducation Nationale (IGEN) pointe trois faiblesses majeures de ce plan, tout d'abord en matière d'épidémiologie, d'implication des professionnels de santé concernés et enfin liée au pilotage au niveau régional (une nouvelle loi de délimitation des régions intervenant en 2016 et obligeant simultanément à la réorganisation des compétences territoriales).

L'essentiel reste à faire pour les publics adultes. En témoigne les nombreux appels à projet de l'ARS concernant des projets de création de structures destinées à prendre en charge des publics adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme en situation complexe (par exemple en Ile-de-France).

Les créations de ces structures revêtent donc des enjeux importants.

Le projet régional de santé dorénavant poursuivie par l'ARS (en appui des CRA régionaux) vise à un décloisonnement entre des secteurs jusqu'ici séparés : promotion de la santé, prévention, soins ambulatoires (équipe mobile par exemple), soins hospitaliers et prise en charge Médico-sociale avec une organisation de l'offre sur les territoires en cohérence avec le parcours de vie des personnes.

Les orientations de cette politique sanitaire sont également reprises dans le rapport de l'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme réalisé par la cour des comptes en 2017.

Cependant ce rapport pointe également les résultats encore insuffisants concernant la prise en charge liée au faible nombre de structures d'accueil (exil belge financé par SECU) La cour des comptes pointe également une dispersion potentiel des budgets par l'insuffisance de la structuration de l'offre de soins

3.2.4 Le quatrième plan (2018-2022)

Ce plan change de dénomination. Il est appelé maintenant « stratégie autisme ».

Afin de renforcer les décisions de réorganisation du champ de prise en charge quant à la nature de l'autisme, cette stratégie s'inclut désormais dans le cadre des politiques générales du handicap et aux autres troubles neurodéveloppementaux.

Dans le cadre du handicap, cette stratégie met l'accent sur un meilleur accès aux soins somatiques, sur l'éducation et l'apprentissage.

Dans ce contexte, les mots ont leur importance. Cette planification, appelée maintenant stratégie, implique des mesures plus claires, normatives et budgétées à hauteur de l'enjeu de cette démarche à visée inclusive.

Les ressources sont présentes il s'agit donc maintenant de les structurer aux bénéficiaires des ayant droits.

Parallèlement l'instance politique en soutien de cette stratégie (secrétaire d'État Sophie Cluzel), lie les financements des établissements par la mise en œuvre des bonnes pratiques telles que rédigées par l'HAS (critères qualité).

Cette volonté législative visant à réduire les derniers « bastions » médicaux promouvant des pratiques de soins « déviantes ».

Des recommandations en faveur des adultes sont également publiées par la HAS en juin 2017.

Ce 4ème plan comprendra une enveloppe de 344 millions d'euros sur cinq ans (2018-2022) pour améliorer la recherche, le dépistage et la prise en charge de l'autisme, contre 205 millions pour le plan précédent (2013-2017).

Les priorités de la nouvelle stratégie sont d'intervenir plus précocement chez le jeune enfant et de mieux inclure enfants et adultes dans la société.

Cette stratégie est déclinée sur 5 engagements principaux.

Répartition budgétaire de la nouvelle enveloppe allouée à la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022



Depuis janvier 2019 est créé un « forfait intervention précoce ». Le processus diagnostic dure souvent plusieurs mois occasionnant le recours à des professionnels comme des psychomotriciens ou des ergothérapeutes.

Dans ce cadre, le reste à charge des familles est désormais pris en charge par la sécurité sociale par ce forfait.

Lors des examens médicaux obligatoires à 9 mois et 24 mois, les médecins devront alerter sur un trouble psycho-autistique.

Le consensus médical prônant maintenant le repérage et un « accompagnement précoce et intense » (certains écarts de développement peuvent être rattrapés dans certains cas ou l'aggravation du handicap limitée).

La politique d'inclusion scolaire est également un axe majeur de cette stratégie (une centaine de postes d'enseignants spécialisés sur l'autisme dans le primaire et le secondaire).

3.3 Bilan

Grace aux actions et ressources déployées (moyens, connaissances, formations) dans le cadre de ces quatre plans « autisme », l'amélioration de la prise en charge pour les sujets jeunes est notable.

La précocité du diagnostic initial et la mise en route de la prise en charge permet lors de la période d'entrée dans les troubles autistiques de faire évoluer favorablement le pronostic fonctionnel.

A ce titre, la prise en charge précoce de ces « déficits sensoriels » permet de maintenir le critère d'inclusion sociale des sujets qui en sont atteints. Cet élément est également un marqueur économique en terme de financement et coûts de prise en charge (moins d'institutionnalisation et de déscolarisation).

Mais ce bilan est différent pour les sujets adultes atteints par ces troubles. Ces difficultés ont notamment été soulevées lors de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020.

La problématique de l'hospitalisation des adultes non diagnostiqués par manque de structures de santé et médico-sociales est notable.

Selon les données de ATIH [14] (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), l'hospitalisation longue (plus de 292 jours), le plus souvent en psychiatrie, est trois fois plus importante pour les personnes autistes qu'en population générale.

Cette donnée ne prenant pas en compte la cohorte de problématiques d'amont générée par ces hospitalisations (existence de structure post hospitalisation et suivis)

Les objectifs de prise en charge concernant la population adulte atteint de TSA en situation complexe ne sont pas atteints par le troisième plan et le nouveau dispositif semble d'orienter (quatrième plan autisme) vers la même finalité.

La problématique de la situation complexe ou problème est pourtant clairement définie : *« Lorsqu'on arrive de façon permanente aux limites de l'accompagnement d'une personne, dans les différents lieux communément dédiés à l'accueil et au soutien spécialisé ».*

Les Agences Régionales de Santé (ARS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGCS), la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et les directeurs d'Établissements et

[14] 2015

Services Médico-Sociaux (ESMS) sont unanimes dans l'identification des causes et des difficultés rencontrées dans les parcours de ces adultes :

- *« Un sous-équipement en ESMS spécialisés en capacité de recevoir et d'accompagner de manière adaptée ce public présentant des spécificités comportementales.*
- *Des ESMS qui ne disposent pas des ressources, des compétences et des locaux nécessaires pour apporter un accompagnement adapté.*
- *Des orientations en structure de santé mentale inadéquates ou non souhaitées vers la Belgique ou par défaut un maintien en famille. »*

L'addition de ces facteurs peut engendrer des situations de mise en danger de la personne elle-même, des autres résidents et des professionnels ainsi qu'un risque d'isolement prolongé au sein des ESMS voire de sur-médication.

Dans les situations les plus graves et en l'absence de toute réponse adaptée, des risques majeurs de maltraitance surviennent pour la personne et des risques d'épuisement peuvent concerner sa famille et les professionnels qui assurent la prise en charge.

En lien avec ces enjeux de dignité, de santé publique et de soutien aux familles, il semble donc impératif de répondre à ces situations très complexes sans solutions sur le long terme.

Il est plus que nécessaire de veiller à la prise en charge adéquate de ces personnes dans les situations de crises mais également au quotidien au sein de structures de vie pérennes, adaptées à la prise en charge des personnes atteintes de TSA en situation dite « complexe ».

Dans ce cadre, et à l'issue de cette conférence, il est préconisé la création de « petites unités », accueillant six résidents maximum, avec la possibilité d'en réserver deux à l'accueil temporaire, 24h/24 et 365 jours par an.

Cette préconisation est liée à l'instruction ministérielle datée du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale « autisme » au sein des troubles du neurodéveloppementaux 2018-2022.

La population concernée de plus de 16 ans, doit présenter des troubles du spectre de l'autisme associés à des comorbidités. Ces dispositifs qui auront le statut de MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) doivent donc demeurer sous la « responsabilité » du secteur médico-social (pas d'intégration dans les secteurs hospitaliers) puisqu'ils doivent être adossés à des établissements pour adultes existants. [15]

Cette décision « d'assurer un maillage territorial pertinent » répondant aux besoins, identifiés sans pour autant en implanter forcément dans chaque département ».

[15] INSTRUCTION INTERMINISTRIELLE N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1- Bulletin Officiel Santé, Protection Sociale & Solidarité, n°16, 15/09/2021

Les critères de coordination précisent que l'admission au sein de l'unité est prononcée par le directeur de l'établissement sur la base d'une liste de priorités établie par une « instance régionale de coordination ».

Au niveau national, l'installation des unités suivra la programmation suivante :

	2021	2022	2023
Nb d'unités	3	19	18

Le premier plan « autisme » est considéré comme fondateur, le second plan plus précis tend à unifier les pratiques médicales et le troisième plan vise en priorité la prise en charge des enfants.

Dans ce cadre, des progrès significatifs ont été réalisés.

Cependant, Pour la population adulte, il est visible que les mêmes carences produisent les mêmes effets. Les constatations réalisées en 2021 aboutissent à des directives ne reprenant en fait que des éléments d'objectifs de la planification contenue dans le cadre du troisième plan « autisme ».

La création de ces structures était déjà contenue dans la 3 -ème stratégie nationale et avait déjà donné lieu à des appels à projets par les autorités de régulation territoriales chargées de leurs déploiement (ARS).

Néanmoins, il est notable que ces directives semblent plus claires dans leur nature (unité, champs d'action). Mais surtout quant à leurs nombres souhaités ainsi que dans la temporalité de leur création. Ces éléments sont maintenant cadrés et planifiés.

A titre d'exemple (et dans le cadre de notre projet managérial) les appels à projet de l'ARS Ile de France de 2017 concernant les créations d'Unité de Répit et d'Accueil (et de Transition (URAT) répondant à des indications similaires, demandent encore à être précisé tant les contours des créations souhaitées ne semblent pas assez clairs dans les appels à projets initiaux.

Dans le cadre de ces enjeux de santé mais également économiques, il est cohérent que les acteurs demandent des précisions, ceci retardant d'autant la mise en fonction de ces structures et la non atteinte des objectifs souhaités.

Ici nous pensons que ces décisions correspondent à une clarification des attendus souhaités mais également le lever d'un frein par le bilan des objectifs de planification et de stratégie nationale non atteints dans les prises en charge des situations complexes des populations adultes atteints de TSA.

Les attendus deviennent maintenant plus précis et donc plus réalisables.

4 Le contexte régional

4.1 Le territoire de santé concerné

4.1.1 Données géographiques et démographiques

Notre établissement de référence et cible du projet est situé sur le territoire de l'Essonne.

Le département de l'Essonne divisé en 3 zones administratives (arrondissements), il est situé au sud de Paris, il est pour partie intégré à l'agglomération parisienne.

Il compte plus d'1,3 millions d'habitants en 2018 (soit 10,7 % de la population de la région), pour 1 804 km², l'Essonne présente une densité de population de 728 habitants au kilomètre carré, inférieure à la moyenne régionale.

Cette densité est contrastée au sein du département, le nord de l'Essonne est densément peuplé, le sud jouxtant les départements du Loiret et de l'Eure-et-Loir au sud a un profil plus rural.



L'évolution démographique de ce département est depuis 20 ans supérieure à l'évolution régionale et nationale. Les projections de population d'ici 2030 montrent une évolution supérieure à la moyenne régionale (+ 7 % entre 2017 et 2030, soit 1,5 % de plus que l'évolution régionale).

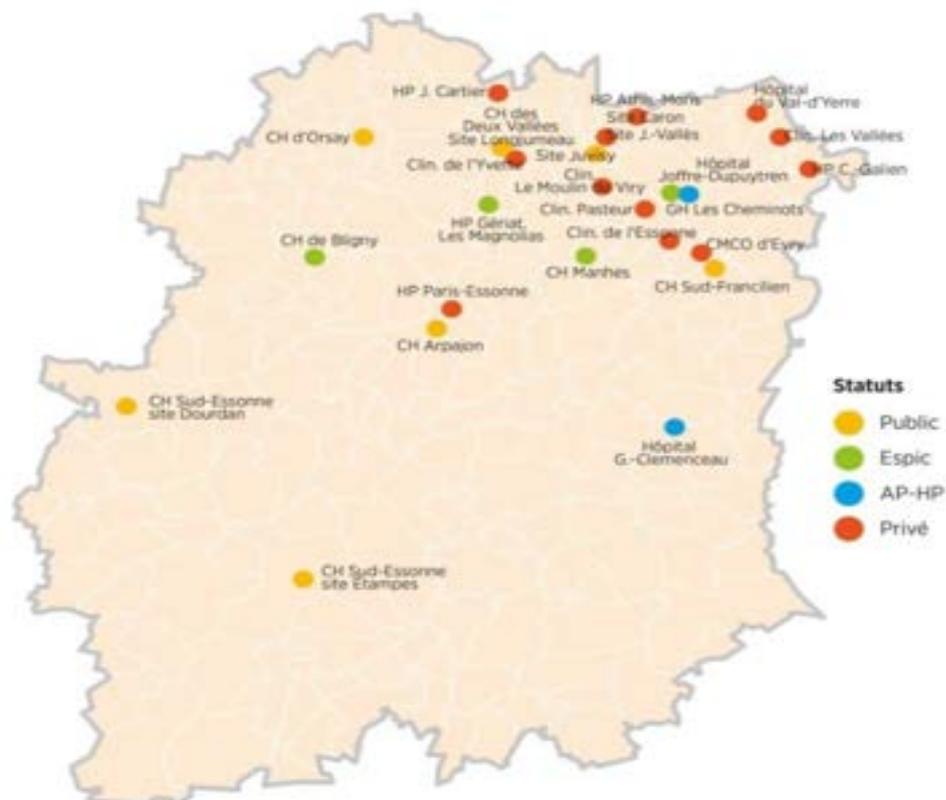
Cependant ce territoire est appelé à accueillir des évolutions conséquentes :

- En lien avec les dynamiques d'aménagement (Hausse du rythme des constructions ces dernières années dans le secteur pavillonnaire et des opérations d'aménagement, exode citadin et parisien).
- Hausse de l'attractivité par de nouvelles dessertes en transports en commun (Grand Paris Express).

Dans un cadre de planification, il est probable que les besoins en santé devront être corrélés avec les modifications démographiques à venir dans ce territoire.

4.1.2 L'offre sanitaire et Médico-sociale du territoire.

L'offre sanitaire Médico chirurgie et obstétrique (MCO) du département de l'Essonne est composée d'établissements publics, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, d'établissements privés et d'établissements parisiens.



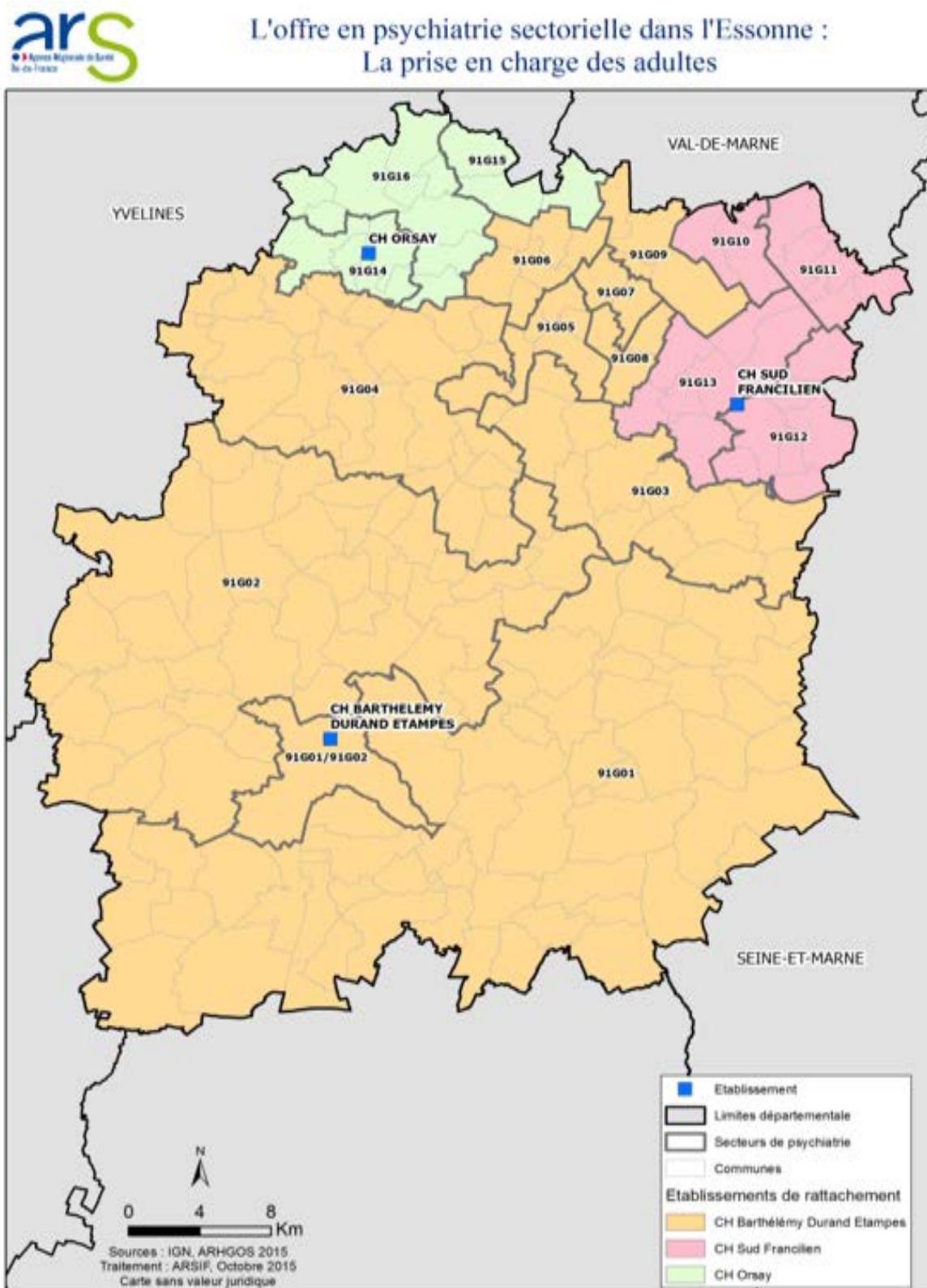
Source : PTSM 2019-2024

Nous retrouvons ici dans l'implantation de l'offre MCO cette dichotomie démographique territoriale nord/sud. Cet élément nous permet d'évaluer la pertinence de l'adaptation de l'offre MCO en fonction de la population actuellement présente sur le territoire.

L'offre en soins psychiatrique adulte (sectorisée) est partagée entre 3 établissements :

- Le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF)
- Le groupement hospitalier Nord Essonne (GHNE, Longjumeau/Juvisy et Orsay)
- L'établissement Public de Santé Barthélemy Durand (**notre établissement de référence**)

Le département est découpé en 16 secteurs de Psychiatrie générale et 5 de Psychiatrie infanto-juvénile.



La prise en charge des troubles psychiques est également assurée par les établissements privés non sectorisés :

- 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)
- 4 établissements privés du groupe Clinéa spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques.

A cette offre en hospitalisation temps plein, s'ajoute l'offre ambulatoire de psychiatrie de chaque établissement permettant le maillage du territoire. Cette offre ambulatoire est principalement représentée par Les Centres médico-psychologiques (CMP) qui sont articulés selon le mode d'organisation retenu par l'établissement avec les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour.

On retrouve ici un maillage territorial au niveau de l'offre de soins sectorielle en psychiatrie dense au nord du département au regard d'une sectorisation beaucoup étendue dans sa superficie dans le sud du territoire. En ce sens, l'offre de soins MCO et Psychiatrique suivent la même implantation

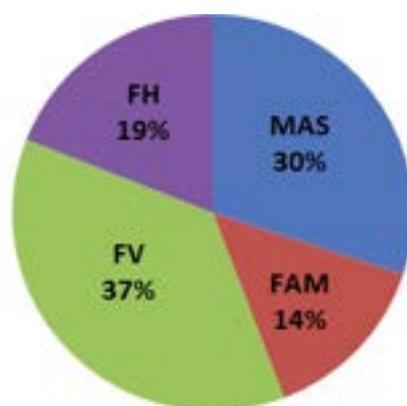
Afin de ne pas « perdre » notre lecteur par la redondance et l'importance des données liées au secteur Medico social qui sont très larges quant à leurs natures car liées à des champs d'actions multiples, nous décidons de poursuivre notre présentation du territoire en l'axant uniquement sur son offre en établissements Medico sociaux d'hébergement pour adultes.

Le département dispose de :

- 31 Foyers de Vie (FV)
- 10 Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)
- 14 Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- 15 Foyers d'Hébergement (FH)



Offre capacitaire représentée par les établissements médico-sociaux d'hébergement pour adulte sur le territoire



Plus spécifiquement, le département de l'Essonne dispose de 2 foyers d'hébergement et de 2 MAS spécialisées dans l'accueil de personnes relevant d'un handicap psychique :

- La Maison D'Accueil Spécialisée (MAS) départementale « Le Ponant » de l'EPS Barthélemy Durand située à Étampes (capacité de 60 places).
- La MAS Dassault à Corbeil-Essonnes, qui accueille des personnes de plus de 50 ans avec un handicap psychique.

Ces données méritent cependant d'être replacées dans leur contexte. Selon une étude du Conseil Général de l'Essonne en 2011[16], la population « administrativement reconnue » porteuse d'un handicap (décision MDPH) s'élève à 40000.

La proportion des personnes atteintes d'un handicap psychique et présentant une altération de l'autonomie nécessitant un accueil dans un établissement spécialisé type « MAS » représente 1% de cette population, **soit 400 personnes en 2011 (capacité d'accueil en 2019 : environ 120).**

Cette estimation datant de 2011, liée un vieillissement naturel de la population concernée tend aujourd'hui à en faire augmenter son importance.

Dans ce cadre il s'avère donc que l'offre de soins n'est pas corrélée à la demande. La situation est donc celle d'un sous équipement dans ce domaine (solution de vie en fonction du handicap ou aval d'une situation aigüe).

4.1.3 L'autorité de tutelle et ses missions sur le territoire

Au niveau départementale, l'autorité de gouvernance de référence est l'Agence Régionale de Santé (représentée par des délégations sur chaque département).

[16] Schéma Départemental de l'Essonne en faveur des adultes handicapés 2007-2011

Cette entité est un outil de déconcentration administrative (bénéficiant du statut juridique d'une personne morale autonome) et s'inscrivant dans une logique de décentralisation.

La nature de cette autorité affirme le principe de territorialisation [17] , le territoire est son espace de compétence dans la prise en compte des besoins en santé, de leur organisation et de leur gestion (autorisations et appels à projet).

Cette idée de territorialisation renvoie donc à celle de la planification (déploiement des objectifs nationaux et territoriaux).

L'ARS s'appuie sur le Projet Régional de Santé (P.R.S.) comme outil de pilotage de sa stratégie [18].

Cet outil de planification vise notamment à :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales en santé.
- Indiquer les besoins en implantations.
- Fixer des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre en soin des établissements et des services médico-sociaux.
- Définir l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population.

Le P.R.S. est constitué de 3 éléments :

- Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui va déterminer les objectifs généraux et les résultats attendus sur 10 ans.
- Le Schéma Régional de Santé (SRS) établi pour 5 ans, grâce à une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux (fusion des SROS et SROMS)
- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins à destination des personnes les plus démunies (PRAPS).

Afin de construire cette planification, une gouvernance est mise en place (renforcement de la démocratie sanitaire au regard de la loi de modernisation du système de santé de 2016). Elle est composée entre autres de :

- D'une Instance stratégique, constituée de la Direction Générale de l'ARS (comité de direction)
- D'un comité de pilotage associant la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la Fédération des établissements hospitaliers et D'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) et une équipe inter direction constituée des correspondants PRS de l'ensemble de l'ARS (directions métiers et délégations départementale).

[17] Instruction no SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de Santé de la loi no 2016-41 de modernisation de notre système de santé

[18] Projet régional de santé (PRS) 2018-2022

- Une Cellule projet (coordination), au sein de la Direction du Pilotage, de la Stratégie et des Parcours (DPSP), pilotée par la direction générale de l'ARS et le comité de direction.

Dans les faits, l'organisation tutélaire de l'ARS permet la prise en compte des besoins en santé d'un territoire par le rapprochement d'une instance décisionnaire en y associant les acteurs de santé.

La rationalisation et la simplification du nombre d'outils stratégiques (fusion SROS, SROSM par exemple) permet une meilleure lecture des orientations et des planifications en santé au sein d'un territoire.

Cependant l'ARS centralise de ce fait un pouvoir décisionnaire important.

Le directeur général de chaque ARS est nommé par le conseil des ministres et révocable également par celui-ci. L'insertion politique dans le comité de pilotage présidé par le DGARS et décisionnaire de la stratégie est donc factuel [19].

Ici on peut s'interroger sur le degré d'autonomie accordé dans ce cadre de décentralisation.

4.2 Présentation de l'établissement

L'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand crée en 1950 sur la commune d'Étampes (Essonne) dessert 11 des 16 secteurs de psychiatrie générale de l'Essonne et 3 des 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département. Le bassin de population concernée est de 800 000 habitants (84 % du département dont des secteurs ruraux).

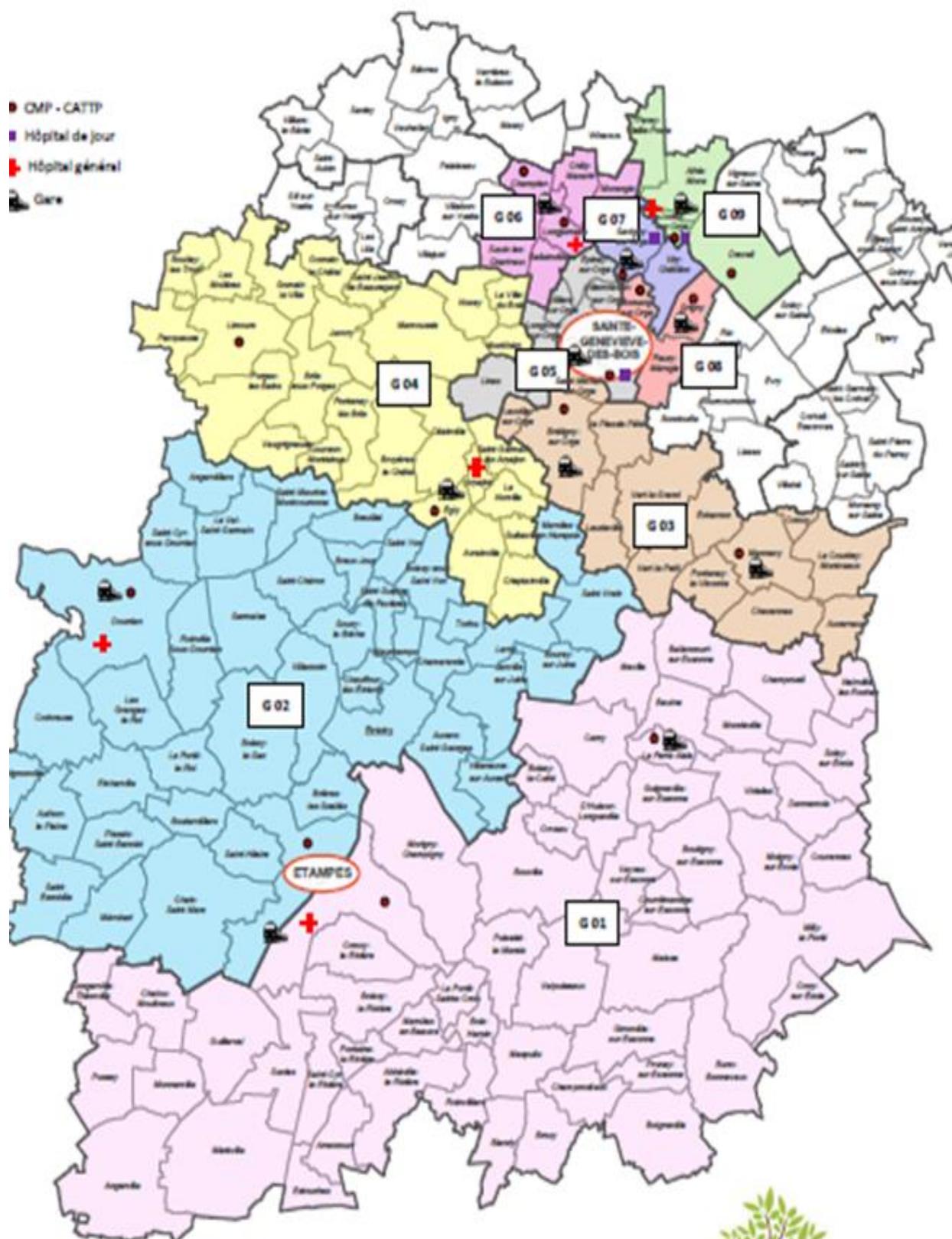
1502 salariés médicaux et non médicaux y sont employés. Sa capacité totale est de 310 lits d'hospitalisation.

L'établissement propose 11 unités d'hospitalisation à temps plein, 5 sont situées à Sainte-Geneviève-des-Bois (nord du département) et 6 à Étampes (sud du département). Il est organisé en services pour adultes, enfants et adolescents. Il propose plus de 70 structures extrahospitalières (CMP/HDJ/CATTP) sur son territoire de référence.

Les prises en charge (hospitalisations ou ambulatoires) sont organisées au regard de la sectorisation psychiatrique (en fonction du lieu d'habitation par un secteur intra ou extra hospitalier de l'établissement).

[19] ZACHARIE, C. Aspects juridiques de la gestion hospitalière : in UPEC Master 2 « MOS », 14/12/2022

Département de l'Essonne
 EPS Barthélemy Durand : secteurs de psychiatrie adulte



La structure polaire interne de l'établissement Barthelemy Durand est organisée au regard de la loi HPST.de 2009 Elle est constituée de 3 pôles :

- **Le pôle de psychiatrie adulte** regroupant 11 services hospitaliers, 6 sur le sud Essonne et 5 sur le nord Essonne avec leurs structures de villes rattachées (CMP/CATTP).
- **Le pôle psychiatrie enfants et adolescents** 2 secteurs d'hospitalisation, un centre de crise articulée avec des HDJ, CMP et une maison des adolescents (unité hospitalisation)
- **Le pôle recours de référence et de recherche** appelés T3R et regroupant des équipes mobiles (sujet âgé, de crise...) ainsi que le centre régional anti douleur et la maison d'accueil spécialisée « Le Ponant ».

En 2011, l'établissement fait le choix d'ouvrir sur l'emplacement laissé vacant par l'hôpital PERREY VAUCLUSE (déménagement sur l'hôpital Henri EY) de délocaliser la moitié de son offre de soins afin de répondre aux besoins des populations du nord de l'Essonne qui dépendaient alors d'un seul site d'hospitalisation au sud du département.

Depuis l'établissement est constitué de deux entités géographiquement distinctes, l'une située sur le site « historique » (Etampes sur une superficie conservée de 80 hectares) et une à Sainte Geneviève des Bois surnommée « Barthelemy Durand sur Orge » (superficie équivalente). Les deux sites sont distants d'environ 30 kilomètres.

4.3 Présentation de la Maison d'accueil spécialisée « Le Ponant »

Ouverte le 9 septembre 2013 sur le site de l'Etablissement Public de Santé (EPS) Barthelemy Durand à Etampes, la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) "Le Ponant" a été inaugurée le vendredi 8 novembre 2013. Les travaux de cette structure entièrement neuve ont commencé en novembre 2011 pour se terminer en août 2013.

La visite de conformité de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a eu lieu le 2 septembre 2013. Le coût financier de l'opération, toutes dépenses confondues, est évalué à 12 millions d'euros, comprenant une part d'autofinancement de l'EPS Barthelemy Durand à hauteur de 40 %, et le reste par emprunt.

L'établissement support bénéficie d'un nombre de places qui lui est dédié au sein de la structure (nombre), l'autre partie est réservée pour des résidents hors établissement (après avis MDPH et commission d'admission interne, cette commission est décisionnaire dans les deux cas d'adressage : interne ou externe).

La structure dispose de 60 places, destinées à des personnes présentant une situation complexe de handicap, avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le bâtiment est constitué de 5 résidences de 12 places, au sein desquelles toutes les pathologies se côtoient. Les résidents avec TSA (1/5ème de la population hébergée) sont donc intégrés aux autres résidents dans les différentes unités.

L'implantation de la MAS "Le Ponant" sur le site de l'EPS Barthélemy Durand (Etampes) répond à de réels besoins de prise en charge et de soins appropriés, ne justifiant pas une hospitalisation à plein temps en établissement psychiatrique.

Barthélemy Durand, établissement support de la MAS, a en effet souhaité élargir son offre de soins en proposant un lieu de vie adapté aux personnes atteintes de troubles psychiques dont le faible niveau d'autonomie nécessite un accompagnement constant pour les actes de la vie quotidienne. L'usager est ici un résident et non pas un patient.

Sa création correspond également à la division de l'établissement en deux entités, occasionnant une diminution en offre d'hospitalisation à temps complet.

La MAS est un établissement médico-social, financé par l'Assurance Maladie. Cette structure n'est donc pas une unité d'aval pour l'établissement support (type soins de suite et réadaptation (SSR)) mais une structure de vie à part entière.

La prise en charge des résidents se décline en trois phases principales : socio-culturelle, rééducatrice et médicale.

La structure dispose d'une équipe pluriprofessionnelle d'environ 95 personnes (IDE, AMP, Educateurs Spécialisés, Aides-Soignants, Aide Médico Psychologique, Psychomotricien, ergothérapeute, secrétaires, agents hospitaliers, etc.) qui offre, au travers du projet personnalisé de chaque résident, un accueil et un accompagnement social et éducatif adapté, favorisant liens familiaux et sociaux.

Dans son fonctionnement, contrairement aux établissements médico sociaux non rattachés à une EPS ou du secteur associatif, la structure peut accéder à toutes les ressources de son établissement support :

- Formation de son personnel grâce à une offre importante et accessible sur l'EPS.
- Consultations psychiatriques et somatiques
- Examens de biologie
- Centre régional douleur (C.R.D)
- Recours si besoin au service qualité,
- Utilisation des procédures de signalements d'événements indésirables
- Réalisation de Réunion de Morbi-Mortalité (RMM)
- Accessibilité aux projets de la cité culturelle
- Accès et recours si nécessaire à la Direction des Relations avec les usagers

4.4 Evolution des publics accueillis

Depuis 2013, deux évolutions notables sont constatées dans le profil des populations accueillies au sein de la structure.

D'une part le vieillissement des résidents générant une réponse aux besoins de dépendance. Cette donnée ayant pour corolaire un renouvellement avec un rajeunissement des publics accueillis.

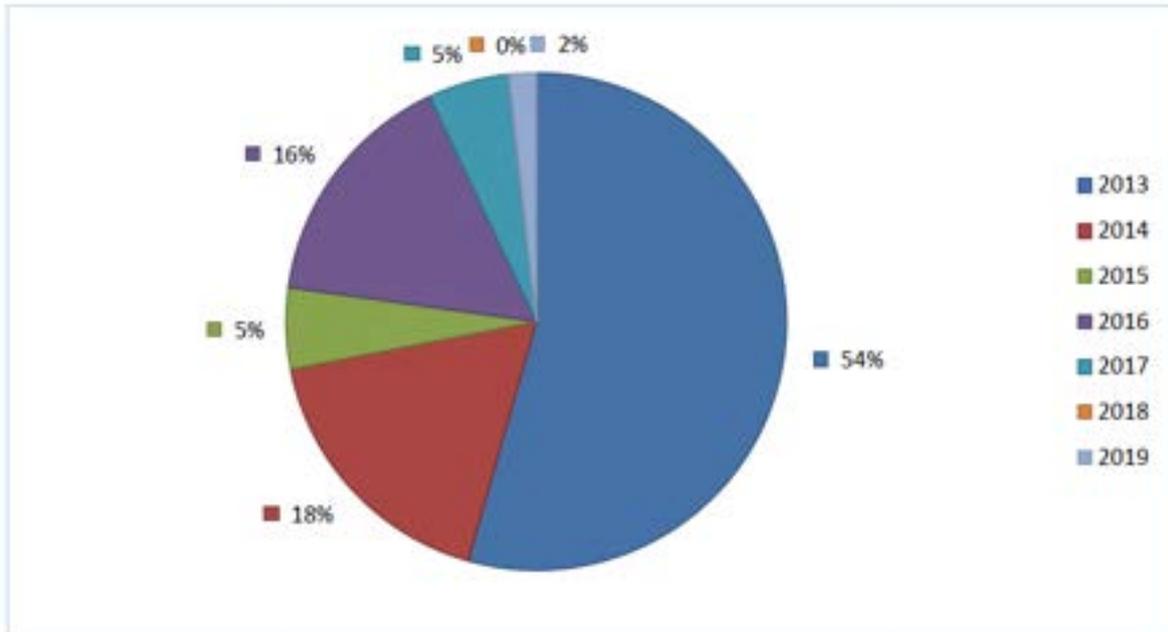
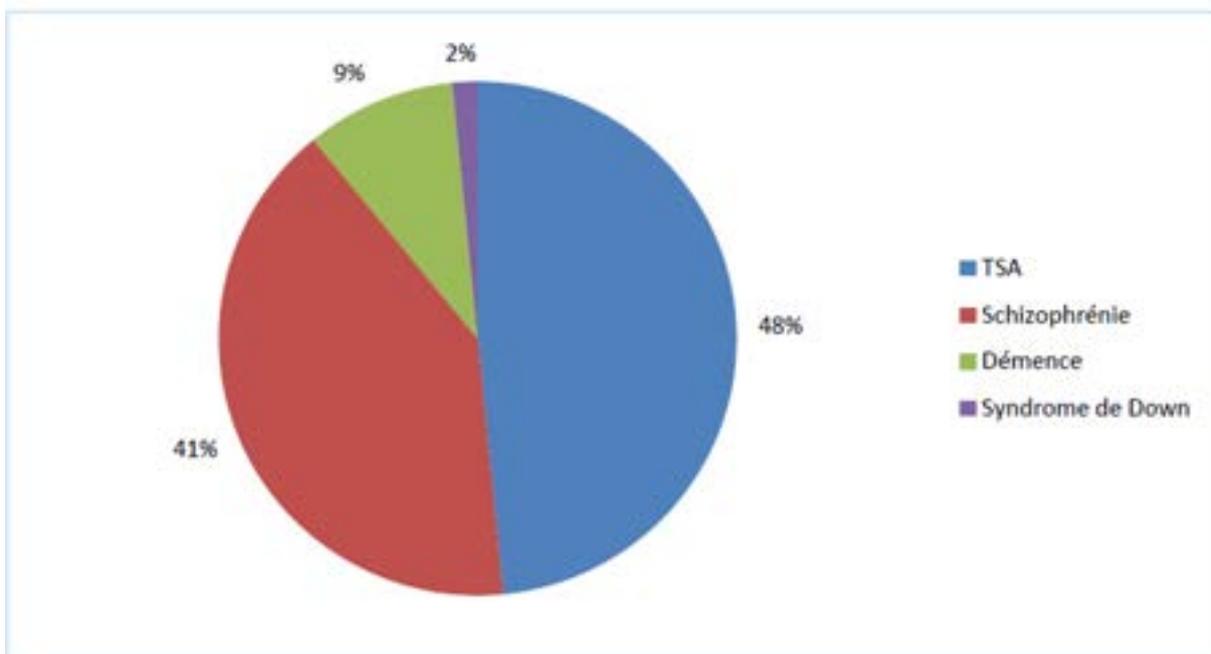


Figure 9 : Ventilation des résidents présents en temps plein en 2019 par date d'entrée dans la structure

Le renouvellement des résidents accueillis traduit une augmentation du nombre de résidents dont le diagnostic principal se rattache aux troubles du spectre de l'autisme



Afin d'offrir de nouvelles ressources aux publics accueillis, notamment à la MAS, le Centre régional anti douleur à vu le jour lors d'un des projets d'établissement de l'EPS. Le CRD offre des réponses de prise en charge du patient élargies, au travers de dispositifs de soins spécifiques (handicap / TSA). Le CRD est accessible aux résidents de la MAS « le Ponant ».

Cependant la modification des besoins en soins des résidents liées à l'évolution des pathologies accueillis (hausse des TSA) nécessitait également une réponse en termes d'offre de soins et de compétences nécessaires à leur prise en charge au sein de la structure.

4.5 Adaptation de la structure

Dans son organisation, la Maison d'accueil est constituée de 5 unités distinctes avec des profils de pathologies hétérogènes.

Initialement, le choix de la mixité des populations avait été décidé à l'ouverture de la structure. Cependant l'évolution des profils accueillis ainsi que l'expression des symptômes de certains est souvent délétère pour les résidents atteints de TSA.

Ces résidents aux profils particuliers nécessitent un abord sensoriel spécifique liée à leurs difficultés communicationnelles (guide de bonne pratique HAS).

De surcroit un cadre de vie spécifique basé sur des routines d'exercices cognitifs journalière est nécessaire.

Ces pré requis essentiels garantissent la qualité des prestations offertes aux résidents sur leur lieu de vie.

Des modifications organisationnelles devaient donc d'être engagées afin de créer une unité dédiée au public TSA au sein de la MAS. Cette création devant être réalisé à moyen constants au regard des ressources disponibles.

Ce préalable nous paraît essentiel dans le cadre de la création de la futur U.R.A.T.

En effet, la ressource que constitue la M.A.S par ses savoirs faire et ses moyens humains est contributive à la réussite de ce projet.

Dans le cadre de la création de cette future structure, les liens de collaborations déjà existant et liée à l'expertise sur site du domaine d'activité visé, constitue un levier important pour notre future démarche projet.

Par exemple, la création d'une unité propre à la prise en charge des T.SA au sein de la M.A.S nous permet d'en reprendre les apports méthodologiques employés pour sa création (équipe projet mobilisée et ayant acquis des compétences de travail et existence d'une base documentaire de recherche).

Par cette stratégie managériale poursuivie, nous respectons également les directives de notre autorité de tutelle, l'A.R.S. Initialement le cahier des charges de l'appel à projet U.R.A.T de 2017 fixait la condition de création par un appui aux ressources d'une structure médico-sociale « type M.A.S » déjà existante.

Ici, notre réorganisation actuelle et notre futur projet sont donc intimement liés Il constitue de ce fait le facteur clé de la réussite du projet stratégique futur envisagé.

Il est donc nécessaire d'en dresser un constat précis afin de poursuivre vers l'objectif final de notre ce travail.

4.6 Stratégie organisationnelle et managériale

Cette réorganisation a été le fruit d'un travail commun avec notre cadre supérieur de Santé et ce dès notre prise de fonction en 2018.

Notre équipe d'encadrement se trouvait à l'époque réduite à sa plus simple expression (un cadre de proximité et un cadre supérieur de santé).

La délégation professionnelle qui m'a été octroyée m'a permis d'appréhender différemment ma fonction de proximité avec la capacité de pouvoir me projeter dans une dimension moins opérationnelle mais plus stratégique.

Cette opportunité m'a permis d'acquérir une connaissance « fine » de la structure mais également la légitimité afin d'impulser les changements nécessaires à son bon fonctionnement grâce à l'appui de ma Cadre Supérieure.

Cette confiance professionnelle mutuelle m'a permis d'évoluer dans mon positionnement en participant aux projets ou décisions stratégiques en lien avec notre structure.

Il me semble en effet nécessaire de pouvoir accompagner un déplacement des préoccupations individuelles vers une réflexion collective au bénéfice des résidents de notre Maison d'Accueil Spécialisée.

Cet aspect me semble être à la base du travail à entreprendre afin d'impulser les différents changements pouvant être nécessaires à la structure, ce constat guidant mes premières décisions.

Les constats principaux furent les suivants :

- Un virage sanitaire important pris par la structure au détriment de la filière éducative (pourtant essentiel dans le médico-social)
- Une organisation de travail fragmentée (pas d'équipe d'unité clairement constituée)

- Des répercussions sur les « routines de vie » nécessaires aux résidents.
- Un impact sur la sécurité des soins (dilution et perte de l'information)
- Des effets potentiels sur la qualité de vie au travail (turn over important et non stabilisation des effectifs).

Tacitement à l'ouverture il avait été convenu que certaines unités avaient une charge moins élevée de soins au quotidien. Cette donnée est aujourd'hui infondée,

Par le vieillissement de la population accueillie mais également par le changement du profil des populations prise en charge (population T.S.A). La charge en soins semble maintenant identique sur les différentes unités.

L'organisation des unités fut le premier axe de travail engagé. La constitution d'équipes en poste sur une unité distincte nécessita également une redéfinition des minimums exigibles de sécurité au vu des ressources et de la masse équivalent temps plein (ETP) de la structure.

Chaque unité est maintenant clairement identifiée par l'équipe qui la compose. Elle est en charge de la réalisation de son planning prévisionnel de travail, validée par l'encadrement dans le respect des normes de présence nécessaires au fonctionnement de la structure.

L'autonomie de chacun pour mettre en place des activités visant à dynamiser ce lieu de vie est encouragée.

L'opportunité pour la structure d'incarner le lieu de périodes de stage de nombreux futurs professionnels (Aide-soignant, IDE) nous permet également de jeter les bases d'un cercle vertueux notamment liée à l'attractivité de la M.A.S.

Le regard posé sur une structure semblant toujours paradoxalement « inconnue » malgré sa présence au sein de l'établissement depuis 2016 évolue maintenant.

Les ETP manquants ont été « comblés » (et le sont dans la plupart des cas à chaque mouvement de personnel). Cette donnée renforce encore un peu plus le sentiment d'amélioration des conditions d'exercices. A ce jour [20] « le capacitaire en masse ETP » de la M.A.S est complet pour la première fois et ce depuis son ouverture.

Nous parvenons aujourd'hui à attirer à fidéliser des nouveaux professionnels qui ne sont pas issus du domaine sanitaire ni de l'établissement mais exerçant au sein du domaine médico-social (M.A.S, F.A.M) et désireux d'exercer à la M.A.S.

[20] 15 mars 2022

Notre niveau d'exigence pour le bénéfice des résidents peut être maintenu. Les compétences recherchées afin d'être utile à nos futurs projets peuvent donc être trouvées grâce à l'attractivité de la structure.

Le travail en effectif suffisant permet aux professionnels de pouvoir se projeter et de s'impliquer dans les projets présents ou futurs de la structure (animation, développement des compétences de prises en charge des T.S.A).

D'autres dispositifs ont permis également d'instaurer les bases d'une communication pertinente renforçant les dynamiques d'équipe.

Des réunions mensuelles par équipes d'unité sont organisées afin de pouvoir aborder les difficultés pouvant être rencontrées dans le cadre du travail en commun.

En parallèle des « synthèses cliniques » hebdomadaires par unité sont également organisés afin cette fois ci d'aborder les problématiques liées aux prises en charge des résidents.

Les bénéfices managériaux sont multiples :

- Ils permettent une meilleure appréhension de ce qui est réellement effectué en terme qualitatif (renforcement des capacités de contrôle effectif)
- Identification des agents en fonction de leurs compétences exprimées en lien avec les futurs projets d'unité dédié TSA (échanges quant à leurs motivations à intégrer cette unité et formations à envisager).

Le second axe de travail poursuivi a été la construction d'une équipe éducative en grande souffrance (4 ETP budgétés, deux agents en poste).

L'un des objectifs poursuivis devait être le recrutement d'un éducateur bénéficiant de compétences dans la prise en charge des publics TSA afin de poursuivre le projet d'ouverture d'une unité dédiée.

Parallèlement, un dialogue a été engagé avec la direction fonctionnelle et la direction des ressources humaines lors de plusieurs conseils de direction afin que le dimensionnement de l'équipe éducative soit réalisée au regard des caractéristiques de la structure :

- 5 unités donc 5 éducateurs.

Ce projet, également soutenu par les élus du CVS trouve un écho favorable au niveau des familles des résidents (amélioration de la qualité des prises en charge existantes pour certains).

Ce dimensionnement apporte également une verticalité organisationnelle et permet une structuration plus pertinente sur la réalisation des prises en charge éducatives réalisées dans chaque unité par une référence distincte.

Les projets personnalisés des résidents sont garantis par la présence de l'équipe éducative sur chaque unité (réalisation en équipe et élaboration jusqu'à la présentation). Chaque éducateur devenant également une ressource en tant que référent pour l'équipe de l'unité

L'arrivée d'un éducateur spécialisé ayant des compétences dans le domaine des TSA et particulièrement motivé par la perspective de création d'une unité dédiée nous permet de poursuivre notre projet d'unité dédiée T.S.A.

Des réunions d'informations en parallèle sont organisées en grande équipe afin de pouvoir communiquer sur ce projet.

Secondairement, nous pouvons également procéder à un recrutement « interne » de personnes volontaires afin de pouvoir établir un plan de formation.

Il sera nécessaire afin d'exercer dans cette future unité mais également doit être dimensionné au regard des ressources budgétaires de formation de la MAS.

Un groupe de travail est constitué, structuré autour du futur éducateur de l'unité, avec les personnes volontaires pour ce projet et nous-même. Son rythme de réunion est d'une fois par mois depuis septembre 2021.

La future équipe de l'unité est formée à la prise en charge des T.S.A et bénéficie tous les 3 mois d'une « supervision » en lien avec l'ouverture de la future unité (formateur externe).

En parallèle, l'adressage des résidents devant intégrer cette unité est validé par notre médecin coordonnateur afin de poursuivre ce processus de construction.

Finalement, cette démarche a permis la réalisation d'un dossier projet quant à la création de cette unité. Ce dossier reconnu par nos directions va nous permettre de poursuivre notre travail vers les objectifs de création que nous nous sommes fixés.

Ce document est maintenant rattaché au projet d'établissement 2018-2023 et va nous permettre, après l'accord de notre direction fonctionnelle et hiérarchique, de pouvoir à son appui entamer un dialogue avec notre autorité de tutelle (A.R.S) afin de pouvoir solliciter les ressources supplémentaires (matériels et humaines) nécessaires.

En définitif, les résultats de la stratégie managériale que nous avons développés conjointement sont les suivants :

- L'attractivité de la structure**
- Sa ré organisation**
- La démarche de création d'une unité**
- Le développement des ressources**
- Le développement des compétences in situ**

Nous pensons que ces éléments sont autant de leviers et de méthodes qui vont nous être utile vers l'atteinte de l'objectif que nous nous sommes fixés dans le cadre de notre projet managérial : notre participation au processus d'ouverture d'une structure U.R.A.T

5 Le projet URAT

En 2017, dans le cadre du 3 -ème plan « Autisme », des appels à projet ont été émis par L'ARS Ile de France concernant la création et l'ouverture de 3 unités de répit d'accueil et de transition de 6 places à destination de personnes adultes présentant des TSA dans un cadre de situations complexes.

Ce projet répond à une carence de prises en charge des populations adultes atteintes de T.S.A [21].

L'articulation de cette offre de recours sera organisée pour de l'adressage des patients, autour de l'Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (**USIDATU**) de la Pitié Salpêtrière et des Unités Mobiles Interdépartementales (**UMI**).

L'USIDATU est une unité d'hospitalisation de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) non sectorisée dont le périmètre d'action s'étend à toute l'île de France.

Elle accueille des enfants, adolescents et adultes atteints de T.S.A en état de crise (décompensation) dont l'accueil est inadapté aussi bien dans les unités médicales que dans les unités psychiatriques polyvalentes mais également au sein des établissements d'accueil médico sociaux.

Cette structure apporte des réponses dans la gestion de la crise et permet un accès aux soins somatiques pour ces patients. Elle réalise également en parallèle des évaluations comportementales ayant pour but d'identifier l'origine des difficultés rencontrées.

L'organisation de ce dispositif prévoit un temps maximum d'hospitalisation (3 mois initialement en 2012).

L'UMI, le second partenaire dans la structuration de ce dispositif a pour mission d'organiser l'aval et l'amont de l'USIDATU afin de fluidifier le parcours de soins.

L'enjeu, dans ce cas, est de ne pas emboliser un système de prise en charge dont l'offre est encore très réduite.

Les UMI créés en 2010 par l'A.R.S. sont des équipes mobiles intervenant en Ile de France. Elles sont au nombre de 3 et couvrent un périmètre d'action déterminé :

[21] Loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé et redéfinissant la politique de la santé mentale

- UMI Centre (référence des départements 75 et 92)
- UMI Est (référence des départements 93,94 et 77)
- UMI Ouest (référence des départements 78 91 et 95)

Ces unités mobiles ont pour missions d'accompagner, à leur demande, les aidants ou les ESMS en difficulté accueillants des personnes adultes atteintes de TSA.

Leurs équipes sont pluridisciplinaires (médecin, psychiatre, infirmière, éducateur psychologue) et formées aux spécificités des TSA.

Après une première évaluation réalisée in situ, l'équipe mobile de l'UMI peut en fonction de la complexité du cas, s'appuyer sur l'USIDATU.

Dans ce cadre, une hospitalisation peut être organisée afin de préciser ou d'évaluer les problèmes somatiques parfois masqués.

L'UMI agit en amont et en aval de l'hospitalisation mais également après la phase aigüe afin de continuer l'accompagnement des aidants et des professionnels.

La capacité d'accueil de l'USIDATU est de 12 places pour toute l'Île de France (16 initialement). Il existe donc un delta capacitaire négatif entre la demande de soins et l'offre présente sur le territoire.

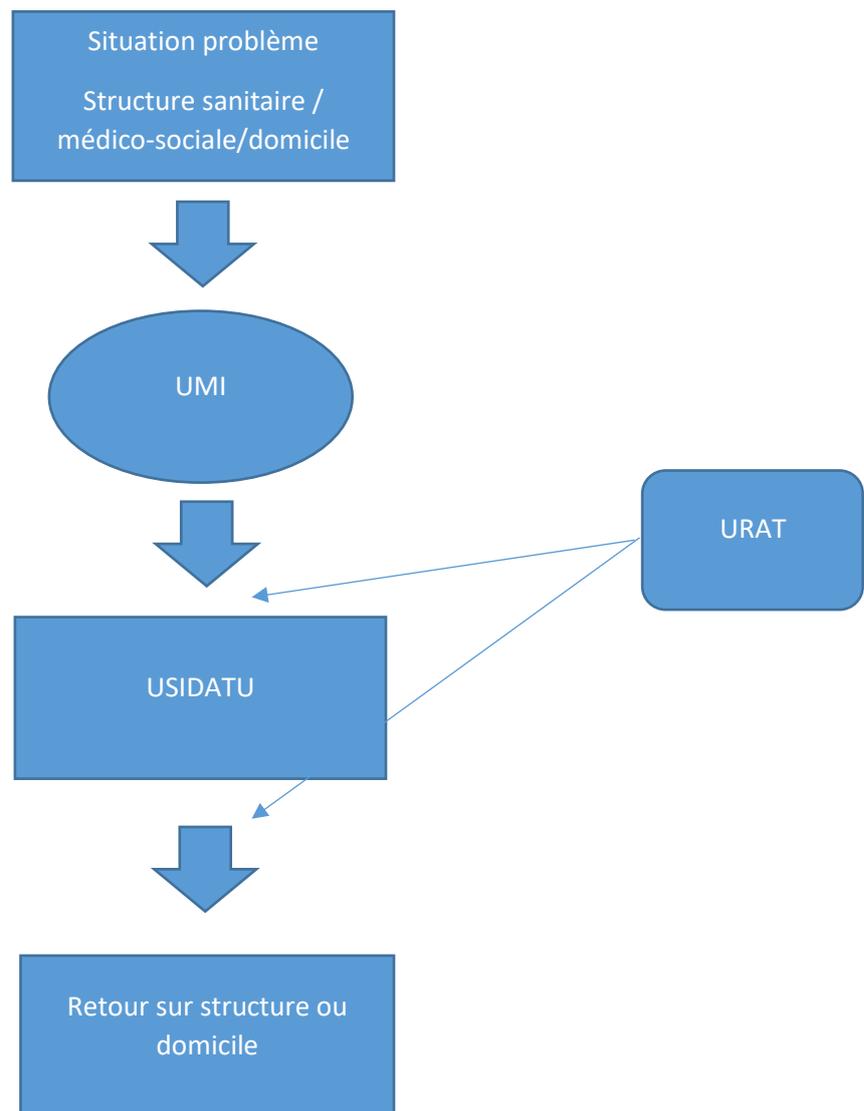
Les appels à projet concernant la création des URAT vont donc constituer une réponse pour des situations complexes. Cependant leur caractère de transition est un élément important à considérer.

En effet, les futures URAT, telles que projetées, accueilleront, pour des durées allant de 3 à 9 mois des personnes en amont ou aval d'une hospitalisation à l'USIDATU ou bien identifiées comme prioritaires par les MDPH [22].

Cette donnée impliquera des solutions d'aval à rechercher dans l'offre médico-sociale existante.

[22] RAPPORT IGAS N°2019-003R « Suites données au rapport relatif à l'évaluation du dispositif d'accueil pour les enfants et adultes handicapés gérés par l'association « Le Silence des Justes », Mars 2019, 35p

Identification de la place des URAT dans le dispositif de prise en charge des situations complexes de prise en charge des adultes T.S.A



La structuration de la prise en charge impose une coordination, voire une coopération entre les champs sanitaires et médico-sociale [23].

Après candidature de notre établissement, la commission de sélection d'appel à candidature de l'ARS a validé le projet proposé dans ce cadre par l'EPS Barthelemy Durand pour la création et l'ouverture d'une Unité d'Accueil de Répit et de transition pour personnes adultes présentant des TSA dans un cadre de situations complexes de 6 places, adossée à la MAS « le Ponant ».

[23] Article 51 LFSS 2018 - Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé.

5.1 La forme attendue

L'obtention de cet appel à projet consiste selon son cahier des charges à la construction d'une nouvelle structure (6 places) à destination d'un public atteint de TSA et présentant des situations problèmes en hospitalisation, au domicile ou en établissement d'accueil.

Le positionnement de cette structure en plus d'être une unité de répit consiste également à pouvoir être en capacité de pouvoir investiguer (avec l'aide du CRD de l'établissement support) sur les origines du comportement problèmes somatiques et/ ou comportementaux et d'être à même de proposer des solutions pérennes.

Cette future structure devra être adossée (au sens propre comme au sens figuré) à la MAS existante sur l'établissement.

Ce projet n'a pas pour vocation à être un lieu de vie (séjour limité à 6 mois renouvelable une fois).

Dans ce cadre, des partenariats de fonctionnement se doivent donc d'être développés afin de pouvoir fournir à la fin de cette période de « répit » des solutions de vie et d'hébergement au domicile ou dans le champ du secteur médico-social à l'appui de ses acteurs (MAS, FAM, SAMSAH...).

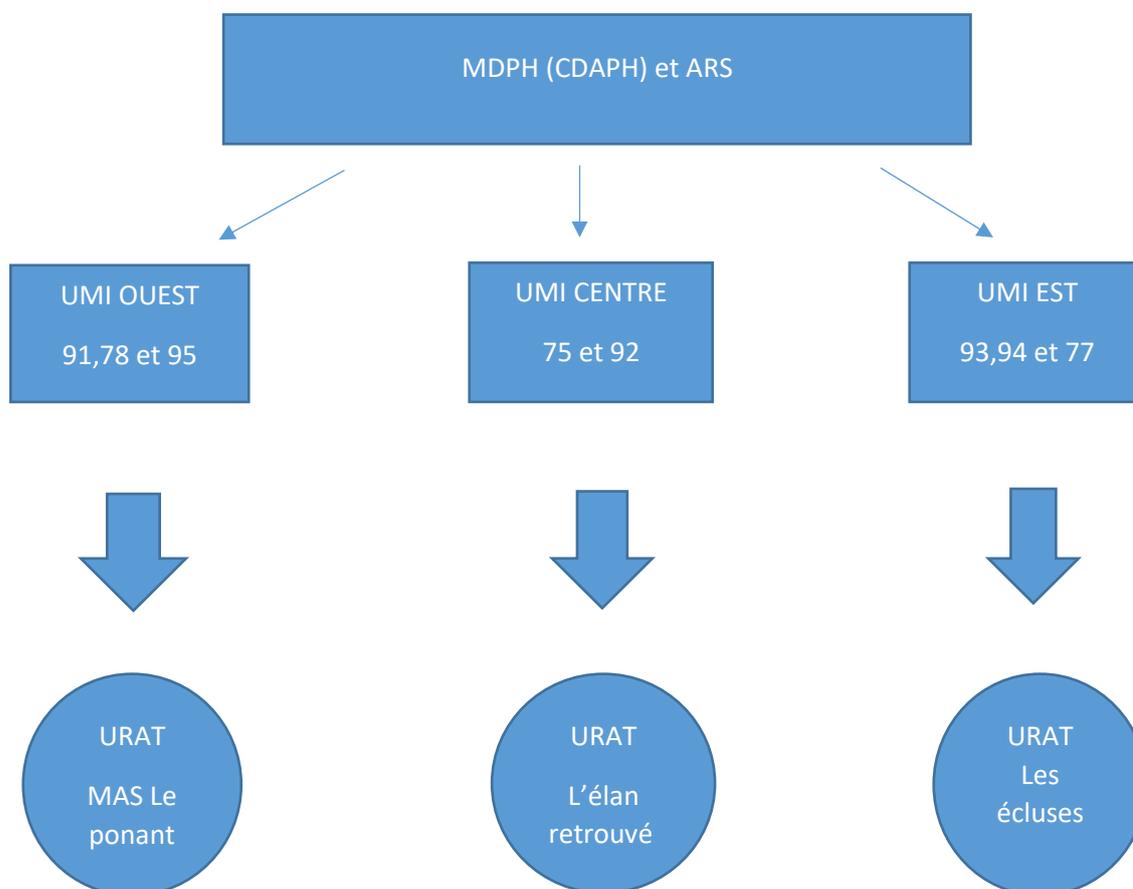
Officiellement les résultats de l'appel à projet ont été publiés par l'ARS le 28/03/2018 (candidature de l'établissement en 2017), **3 structures** ont candidaté et sont mandatées afin de créer une unité de répit d'accueil et de transition autisme (URAT) :

- **L'association « l'élan retrouvé »**
- **Etablissement Public de santé Barthélemy Durand/ Mas « le ponant ».**
- **L'association Fam « les écluses »**

Chacune de ces **URAT** à un périmètre d'action territoriale défini, à savoir les secteurs de

- **Paris et des Hauts de Seine** (départements 75,92) pour la première
- **L'Essonne, les Yvelines et le val d'Oise** (départements 91,78,95) pour la seconde
- **Seine Saint Denis, Val de Marne et Seine et Marne** (départements 93,94,77) pour la troisième

Structuration du périmètre d'action des UMI en ile de France par URAT



Chaque URAT est rattachée à une UMI de référence ayant le même périmètre d'action territorial.

Au niveau d'un territoire de santé, l'articulation de l'adressage des patients est réalisée par la MDPH via l'ARS donc de fait coordonné.

Les proches aidants ou les structures en difficulté sont à même, de saisir la MDPH et l'ARS (via la CDAPH) afin de solliciter une admission dans cette structure.

L'admission et la prise en charge des patients adressés quelque soit l'importance de leurs troubles dans la structure est statuée par les autorités de tutelles en fonction du lieu d'habitation (sectorisation).

On comprend dès lors la limitation imposée par le cahier des charges dans la durée de séjour. Il est nécessaire d'éviter une embolisation des structures de ce type en faible nombre par rapport à la demande (18 places au total pour l'ile de France).

Cette structuration très cadrée dans son organisation (référence géographique strict) trouve son origine et sa justification au sein de la stratégie nationale incarné par le 3 - ème plan autisme et notamment par les éléments tels que :

- La fragmentation de l'offre de soins
- Le cloisonnement des dispositifs
- L'insuffisance de la coopération des acteurs et l'organisation au niveau des territoires notamment autour des situations complexes d'autisme [24].

Le cadre de fonctionnement est linéaire et ne permet pas de transversalité (coopération) entre région/ département pourtant limitrophe (Ile de France).

Ces appels à projets interviennent également dans une période de réattribution des financements de la sécurité sociale vers ce type de prise en charge de ce handicap [25].

Environ 4000 à 5000 personnes atteintes de T.S.A seraient prises en charge dans plus de 225 établissements transfrontaliers (pour la plupart situées en Wallonie). Cette donnée est à mettre en relation avec le manque d'offre médico-sociale en France.

Auparavant, ce financement extra national, était réalisé dans un cadre conventionné avec des établissements pour la plupart situés en Belgique.

Ce changement de paradigme de financement allié à la stratégie incarnée par les quatre plans « autisme » devant permettre le développement d'une offre de soins nationale et territoriale.

5.2 Les ressources présentes et notre questionnement

Les critères de validation de l'appel à projet précisent que cette création doit s'appuyer sur un établissement médico-social support existant.

Dans ce cadre, il est cohérent qu'il soit, en appui des compétences développées par la Maison d'Accueil Spécialisée « le Ponant » dans la prise en charge des TSA et sur le CRD (Centre Régional anti Douleur de l'établissement support).

L'adaptation de la structure à l'évolution, des populations accueillies (cf. point 4.5 et 4.6) consistant à la création d'une unité dédiée TSA en son sein, permet de fournir au projet des ressources, des compétences mais également une méthodologie afin de satisfaire au cahier des charges.

[24] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 17

[25] Secrétariat d'Etat Chargé des personnes handicapés, communiqué du 25/02/2021

L'articulation existante entre établissement support et la M.A.S permet de garantir un haut niveau de qualité de prise en charge des résidents par la mise à disposition de nombreuses ressources :

- Médical présence d'un psychiatre coordonnateur (0.5 ETP) et d'un médecin somaticien (0,5 ETP), intervention des psychiatres de l'établissement en cas de besoin
- Support possible dans la réalisation de soins spécifiques (sous MEOPA [26] par exemple) du CRD.
- Possibilité de mutualisation des agents (remplacement) grâce à l'établissement support.
- Fonctions logistiques (livraison matériel, repas etc....) assurés par l'établissement support.

Ces ressources de fonctionnement mises à disposition ne viennent donc pas impacter les ressources intrinsèques de la structure. Même si au niveau budgétaire ces dépenses sont imputées au budget de fonctionnement, leur coût mutualisé est inférieur au coût réel de la prestation si elle était réalisée uniquement par la structure.

Notre questionnaire nous conduit également à réfléchir à propos de la gestion de la « file active » de la future URAT. La temporalité liée à l'activité du secteur médico-social est en effet différente car plus longue (coordination d'une multitude d'acteurs, problématique de parcours de vie).

La limitation quant à la durée du séjour imposée par le cahier des charges représente donc un enjeu quant au fonctionnement pérenne de l'unité (entrée versus sortie). Dans ce cadre il est nécessaire de créer des liens avec différents acteurs du secteur (aval et amont) afin d'assurer la viabilité fonctionnelle du futur projet.

Un autre élément de questionnaire me semble important dans sa prise en compte :

- Le caractère expérimental du cadre de création de ces URAT tel que définie par l'ARS dans son cahier des charges.

Ces dispositifs n'ont pour l'instant pas d'égal au plan national.

Ainsi que nous l'avons défini précédemment (**cf. partie 5** « place des URAT dans le dispositif de prise en charge ») le périmètre d'action est vaste : en aval ou en amont d'un épisode aigu (de nouveau défini dans la réunion du Comité de Pilotage (COPIL du 06/09/2019).

[26] Mélange Equimoléculaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote à visée anxiolytique et analgésique.

Par cette donnée, les champs d'interventions, ainsi que les ressources nécessaires vont donc devoir être précisées plus finement mais surtout dimensionnées à leur juste mesure.

En effet, les moyens et ressources à mettre en œuvre sont différents dans le cadre d'une phase aigüe (amont USIDATU) que dans le cadre d'une phase de post aigüe (résolution au préalable de l'expression des symptômes (aval de l'USIDATU)).

Par ces missions ayant des objectifs différents, le positionnement de la structure se trouve radicalement modifié, ses missions également.

L'intervention en phase aigüe implique une investigation intégrale des facteurs causales (somatiques et comportementales). Les moyens de mise en sécurité des patients mais également des équipes varient selon cette donnée (normes, procédures, équipements, effectif).

A contrario, la phase post aigüe implique une recherche des facteurs causales avec dans une moindre mesure une investigation somatique mais des objectifs plus axés sur des évaluations comportementales et de surcroît plus en phase avec les missions inhérentes au domaine d'action du médico-social.

La finalité de cette prise en charge devant conduire à une réintégration de la personne dans le cadre d'un projet de vie au domicile ou au sein du champ des acteurs de médico-sociale.

Nos interrogations demeurent sur le temps médical nécessaire malgré la ressource que représente la création d'un poste de psychiatre référent mutualisée sur les trois structures (compris dans l'enveloppe budgétaire financée du projet et figurant dans le cahier des charges de l'appel à projet).

Dans ce cadre, plusieurs choix vont guider nos actions dans l'organisation de notre démarche projet suivant le rôle qui nous sera attribué :

- **Le développement d'un réseau** [27] est nécessaire avec d'autres acteurs (UMI mais pas seulement) afin de pouvoir mettre en place un fonctionnement évitant l'embolisation de la structure par la durée contingentée de la solution que nous pouvons proposer. L'objectif étant à ce stade, la mise en place de solutions de vie pérenne sur d'autres structures qui deviendraient amont de l'URAT.

[27] BONNIN M, GREMY F, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », Santé Publique, 2004/1 (Vol. 16), p. 133-146.

De surcroît, Ces partenariats à développer sont également imposés par le cahier des charges.

- **Le benchmarking** [28] sur d'autres structures va nous apporter des éléments de réponse quant aux fonctionnements, dimensionnements et erreurs à ne pas commettre dans le cadre de cette création d'unité.

Cette action s'inscrivant de fait dans la prise en compte des pratiques afin de pouvoir s'en inspirer et les adapter en fonction de nos besoins pour réaliser ce projet.

« La principale caractéristique du benchmarking est son inscription dans une politique globale et participative d'amélioration continue de la qualité ».

Les conditions de réussite de cette démarche se situant sur sa préparation et son anticipation au grès des interrogations que ce projet va générer.

Dans ce cadre, un des enjeux liés à cette démarche qualité est également le dimensionnement pertinent et précis des ressources humaines de la structure afin de pouvoir satisfaire aux bonnes pratiques de prise en charge [29].

- L'établissement d'un dialogue avec notre autorité de tutelle (ARS) afin de préciser le périmètre d'action de la structure et pouvoir le cas échéant solliciter en lien avec le COPIL, des éléments d'adaptation aux cahiers des charges initial.

[28] ETTORCHI-TARDY Amina, LEVIF Marie, MICHEL Philippe, « Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé », Pratiques et Organisation des Soins, 2011/1 (Vol. 42), p. 35-46.

[29] Recommandations de bonnes pratiques, Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, HAS & ANESM, mars 2018

5.3 Les enjeux du projet pour l'établissement

Le positionnement de l'établissement sur cet appel à projet répond aux enjeux nationaux quant à la prise en charge des TSA. Dans ce contexte sa réponse est guidée par les politiques de santé national (plan autisme) et l'organisation des territoires de santé.

Elle est également en phase avec les orientations stratégiques des schémas directeurs (PRS, SRS). Dans le contexte primaire de sa mission, l'établissement répond ici aux exigences législatives liées à sa nature sanitaire.

Au niveau de sa stratégie d'établissement, Barthélemy Durand fait le choix de rayonner au niveau régional et départemental, en proposant des dispositifs de soins spécifiques dans des champs encore peu explorés ou en développement (CRD, URAT, première filière d'addictologie en ile de France).

L'EPS a donc adopté une stratégie « concurrentielle » d'offres de soins très spécialisées.

Il renforce donc son expertise développée au niveau de ses ressources humaines en permettant d'augmenter sa « valeur » en tant qu'acteur de santé essentiel et établissement de recours au niveau du territoire.

L'établissement Public de Santé fonctionne financièrement en dotation globale. Un budget annexe est de ce fait affecté à la MAS dont le revenu est conditionné principalement par son taux de remplissage.

Le budget prévisionnel de la Maison d'accueil Spécialisée est établi tous les ans sur la base du Rapport régional d'Orientation Budgétaire (ROB) et financés par des crédits de l'assurance maladie.

Ce budget prévisionnel est opposable aux autorités de tarification (dans le cadre de la procédure contradictoire). Il obéit aux exigences règlementaires prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le Schéma régional de Santé oriente l'allocation des ressources selon les axes prioritaires inhérents aux différents besoins de services notamment les filières/ parcours de soins sous représentées par rapport aux besoins de la population sur un territoire.

Les ressources allouées dans le cadre des schémas directeurs sont donc importantes et permettent le développement en Co-financement (part d'autofinancement et financement étatique) de l'établissement sur des activités à valeurs ajoutées.

La gestion des différents financements doit donc prendre en compte les priorités et stratégies régionales comme nationales.

Les projets en lien avec les personnes avec TSA (CRD, URAT) font partie de ces priorités actuellement. Le positionnement de l'établissement sur cet appel à projet relatif à la création d'une URAT est donc également fondé et en cohérence avec sa stratégie « économique ».

Par cette double démarche stratégique sanitaire et économique, l'établissement renforce premièrement son expertise développée au niveau de ses ressources humaines dans un domaine spécifique. Secondairement, cette stratégie lui permet d'augmenter sa « valeur » en tant qu'acteur économique au niveau du territoire.

5.4 Les enjeux pour la MAS « le ponant »



Cette matrice SWOT [30] est une analyse stratégique succincte orientant mes réflexions et futures actions sur les éléments susceptibles de mettre en péril le l'objectif poursuivi.

[30] SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) ou MOFF en français (Menaces - Opportunités - Forces - Faiblesses)

Ce qui m'interpelle dans le cadre de ce projet c'est l'apparente somme d'éléments positifs qui vont contribuer à fournir des ressources pour les deux structures.

Les éléments de forces sont factuels et présents (mutualisation fonctionnelle par exemple). Cependant les opportunités m'apparaissent encore plus nombreuses dans ce cadre d'analyse.

La création d'une structure répondant à une carence en soins sur le territoire permet une visibilité décuplée dans le sens où la rareté génère l'intérêt. L'opportunité de pouvoir créer cette structure permet donc une visibilité accrue de ses acteurs mais également une reconnaissance de leur savoir-faire.

La dynamique soignante engendrée par les montées en expertise (plan de formation) permet également d'initier un cercle managérial vertueux vers l'attractivité **des deux structures**.

Cette donnée je la mets également en regard du lien fonctionnel que j'estime possible entre l'URAT et la MAS. La mutualisation des savoir-faire encourageant encore un peu plus les dynamiques d'équipes et les « passerelles inter structures ».

Sous un angle de vue uniquement pragmatique, l'établissement s'est engagé auprès des autorités de tutelle dans une démarche visant à mener à bien de projet. C'est donc, en plus de l'obligation contractuelle du dispositif, également une obligation de résultat.

Cet engagement constitue paradoxalement un levier au regard des faiblesses dans le sens où la prise compte des spécificités du champ médico-social demeure une obligation de l'établissement vis-à-vis des tutelles.

Dans ce cadre, l'enjeu budgétaire représenté mais également la stratégie de « rayonnement de l'établissement support » peuvent représenter des axes futurs de positionnement fort pour les deux structures (MAS et URAT).

Par conséquent, la somme des atouts nécessaires à sa réalisation me semble concourir à cette réussite future.

Mes inquiétudes s'axent également sur l'absence d'autonomie décisionnaire actuelle de la Mas et potentiellement de la future URAT.

Nous évoluons dans un système de fonctionnement contraint par la non délégation fonctionnelle d'un établissement dont les prises de décisions restent fortement centralisées.

Paradoxalement, cette structure, bientôt multiple (MAS/URAT), est pourtant indépendante dans ses dotations et unique dans son fonctionnement (par rapport au cœur d'activité sanitaire de l'établissement support).

Le poids que ces structures représenteront au sein de l'établissement, tant par leur importance humaine (102 agents pour la Mas et potentiellement 30 pour l'URAT, soit 10% du total de la masse salariale de l'EPS) mais également leur visibilité au sein de l'organisation interne et externe (autorité de tutelles/partenariat) représentera un levier permettant d'assurer un équilibre vers une éventuelle autonomie décisionnaire.

Cet élément constitue de nouveau un levier au regard des faiblesses.

Ces points de vigilance doivent être pris en compte dans le cadre de notre travail mais également dans notre positionnement vis-à-vis de notre direction fonctionnelle déléguée, voir hiérarchique centrale.

Cette donnée tendra également à renforcer notre travail en binôme entre Cadre supérieur de Santé et cadre de proximité dans la conduite de ce projet.

5.5 Le cadrage initial du projet

A la suite de la décision d'obtention reçue de la part de l'ARS, un comité de pilotage est créé le 15/11/2018 à l'initiative de la direction de l'établissement support.

Sa mission est la conduite du projet de l'Unité d'Accueil de Répit et de Transition. Cet organe de décision arrêtera la méthodologie, les décisions, les acteurs, les livrables et les dates butoirs.

Ce COPIL veillera à la cohérence des actions avec la réponse à l'appel à projet mais également avec les prises en charges envisagées.

Sa composition est la suivante :

- Le Directeur de la MAS (**responsable du groupe**)
- La Coordinatrice Générale des Soins
- Le Médecin coordonnateur de la Mas
- Le directeur des Ressources Matérielles et numériques
- Le Directeur des Ressources humaines
- La directrice des finances
- Le Responsable du Service qualité et gestions des risques

Afin de formuler des propositions d'orientation au COPIL sur des sujet nécessitant une expertise ou des degrés de précisions, 3 groupes sont alors mis en place :

- **TRAVAUX**
- **PRISE EN CHARGE**
- **RECRUTEMENT ET FORMATION**

➤ **1) Travaux :**

- Directeur adjoint de l'établissement (**responsable du groupe**)
- Directeur délégué de la MAS
- Médecin coordonnateur de la MAS
- Ingénieur de l'établissement
- Responsable du cabinet d'architecte ayant remporté l'appel d'offre.
- Cadre supérieure de santé de la MAS
- Une Psychomotricienne de la MAS avec des compétences dans les prises en charge des publics TSA.
 - Cabinet de conseil « ANDIBO » (spécialisé dans la conception des environnements à destination des publics TSA)
 - 1 Secrétaire

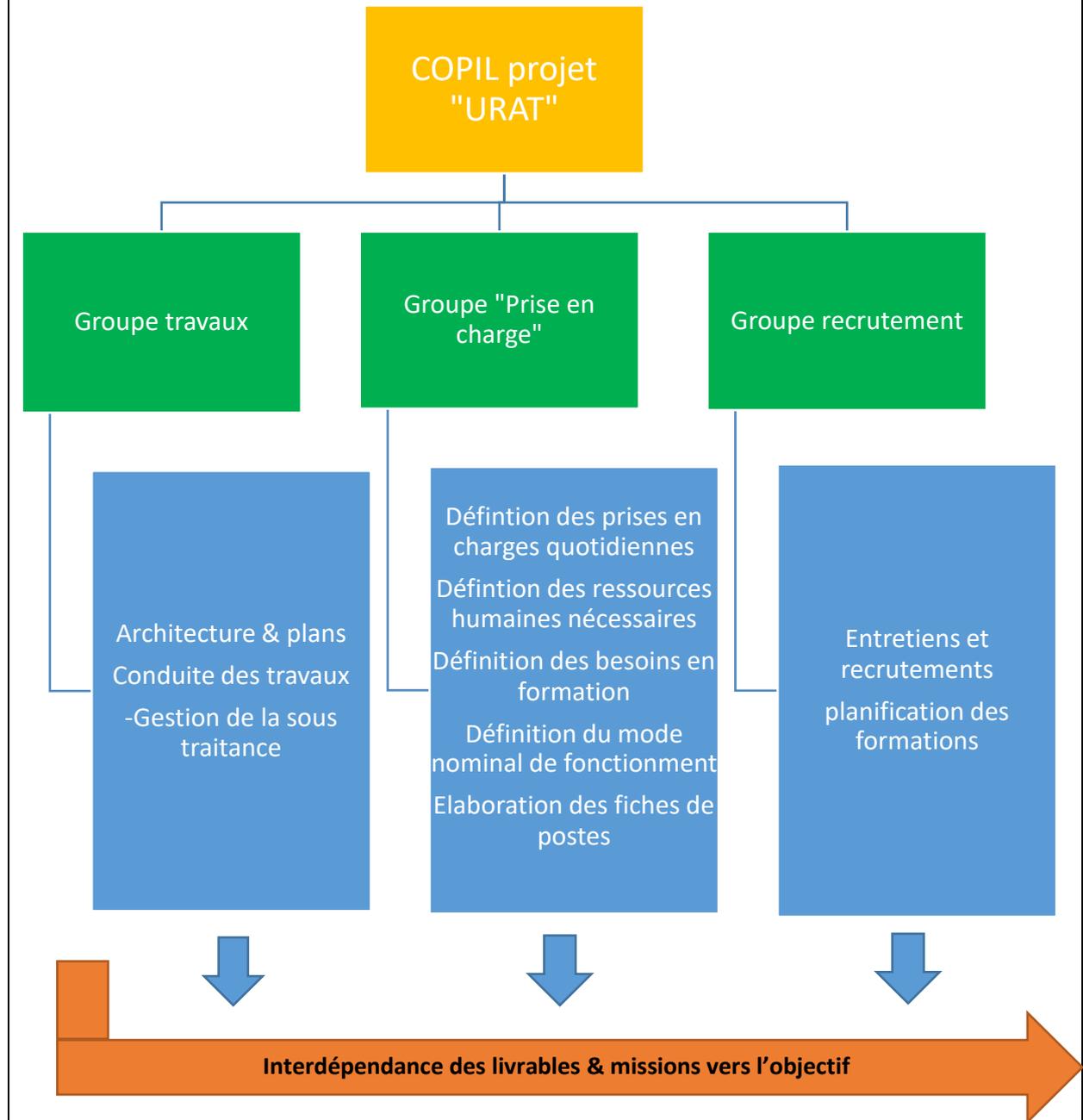
➤ **2) Prise en charge :**

- 1 Éducateur spécialisé
- 1 Cadre de proximité (**Moi, responsable du groupe**)
- 2 Accompagnants Educatif et social
- 2 Aide-Soignant
- 1 Infirmière DE
- 1 Médecin Coordonnateur de la MAS
- 1 Psychologue
- 1 Secrétaire

➤ **3) Recrutement et formation :**

- Coordinatrice générale des Soins (**responsable du groupe**)
- Directeur des Ressources Humaines
- Directeur de la MAS
- Médecin Coordinateur de la MAS

Organigramme fonctionnel du projet



5.6 Les éléments financiers du projet

Initialement l'avis d'appel à candidature du 30 mai 2016 de l'ARS contenait les éléments de cadrage budgétaire nécessaire à la construction du dossier de réponse.

Le coût à la place annuel (CPA) ne devait pas dépasser 180 000 €, soit un budget annuel maximum de 1 080 000 € pour 6 places (pour 365 jours de fonctionnement).

Ce coût à la place ne prend pas en compte le temps de psychiatre mutualisé sur les 3 unités à réaliser contenu dans l'appel à projet (budget annexe de fonctionnement propre à l'ARS et répartie vers les acteurs au prorata des interventions qui seront effectuées).

Cet équivalent temps plein (ETP) n'est donc pas pris en compte dans l'estimation ni grevé aux dotations de fonctionnement.

Les premières estimations de travail (dossier de candidature) de notre établissement font apparaître un coût d'exploitation de 190 000 euros, légèrement supérieur à la cible définie (+5.5 %).

L'estimation suivante réalisée par l'établissement Barthelemy Durand propose en l'état une projection de la Masse « RH » nécessaire à la structure en coût de fonctionnement.

Budget par place	190 000 €
Budget total pour 6 places	1 140 000 €
Dépenses prévisionnelles hors personnel	273 741 €
Dépenses personnel max	866 259 €
Dépenses prévisionnelles personnel	865 136 €
Balance	1 123 €

Reproduction interdite et limitée au cadre du travail en cours

Pour ce projet, il faut compter entre 2000 et 2500 Euros/m². L'étendue de la surface à construire est évaluée à 610m².

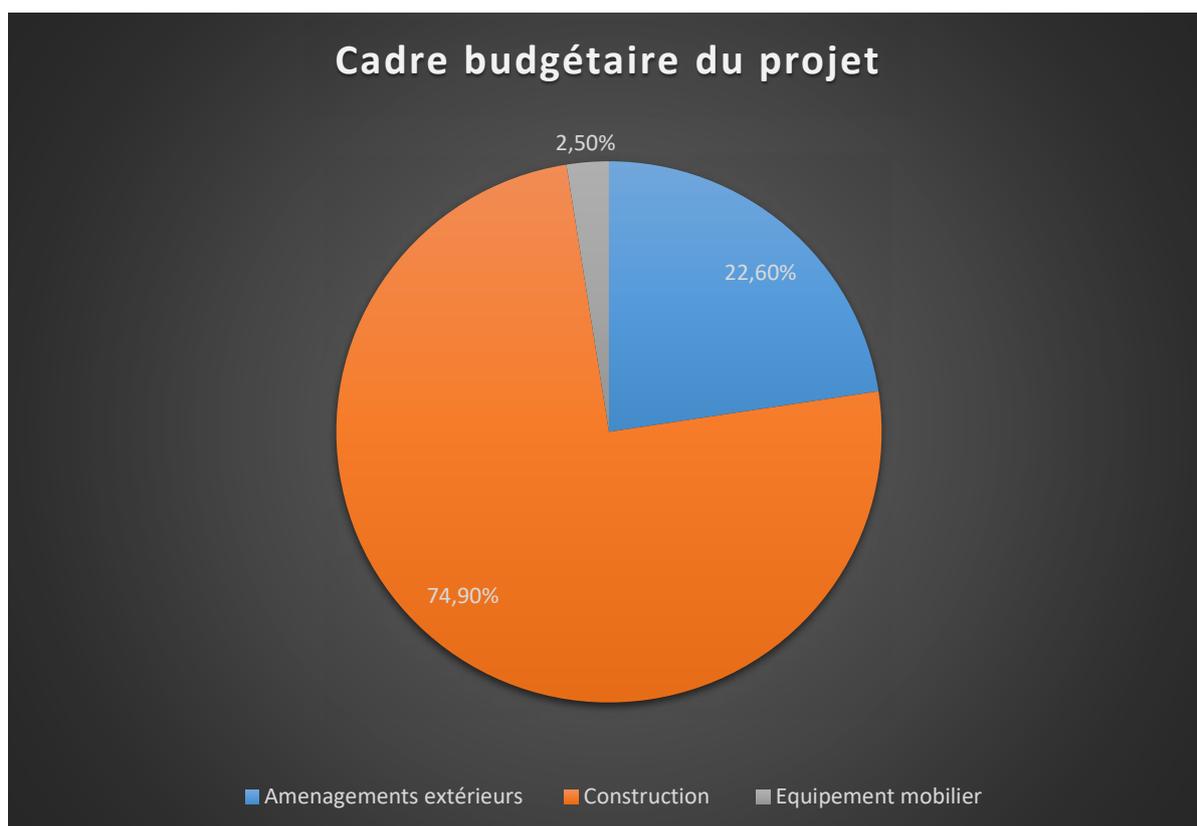
Notre Direction Economique définit comme base de travail un budget de 2 280 000 Euros TDC (Toutes Dépenses Confondues).

Finalement d'autres éléments de dépense prévisionnelle doivent être provisionnés dans le cadre de cette création.

De ce fait, le coût total du projet est maintenant de 2 450 000 Euros TDC pour 6 places

Il se décompose comme suit :

- 555 000€ pour les aménagements extérieurs fermés (représentant 22,6% du budget)
- 1 834 000€ pour la création de l'extension de 574 M2 pour recevoir l'unité de transition de 6 places (représentant 74,9% du budget).
- Budget d'équipement mobilier de 61000 Euros (représentant 2,5% du budget)



Plusieurs éléments suscitent notre réflexion. Tout d'abord l'aspect du budget mobilier devra très certainement être réexaminé car les spécificités de la population cible nécessite un ameublement résistant dans le cadre d'agitation comportementale aigue.

Le respect de normes de sécurité spécifiques (pour la personne et les équipes) engendre un coût d'achat très supérieur à la moyenne. Cette donnée nous l'avons déjà observé dans le cadre du projet de création de l'unité TSA interne à la MAS (population cible presque identique).

L'offre dans ce domaine est restreinte et les caractéristiques nécessaires au fonctionnement de la structure au regard des populations accueillies engendrera très certainement un coût supérieur en matériel par rapport aux prévisions.

Secondairement nous observons l'apparition d'une balance positive (+1123 euros) sur le document précédent d'estimation de masse « RH ». Cette particularité est également à considérer.

Dans le cadre du fonctionnement souhaité des ventilations budgétaires de fonctionnement doivent avoir lieu entre la MAS qui sera l'établissement support de l'URAT.

Par exemple, ceci est déjà le cas entre la MAS et son établissement support Barthélemy Durand dans le cadre de certains coûts de fonctionnements mutualisés tel que les fonctions logistiques. Ceci même si la MAS « le ponant » est dotée d'un budget annexe de fonctionnement par rapport à l'établissement auquel elle est rattachée.

Par conséquent, entre la MAS et l'URAT cette ventilation comptable prendra certainement la forme concrète de mutualisation de personnel ou matériel.

Dans ce cadre, l'imbrication budgétaire et fonctionnelle est dense. De plus, nous n'avons à ce jour pas accès à toutes les données nécessaires.

Cependant, ces données se traduisant par des mutualisations de fonctionnement entre les deux entités, seront pour nous un enjeu de vigilance dans la réussite de ce projet.

Je suis bien conscient que la pérennité économique de la structure est un élément central dans un projet de ce type.

Cependant, je pense que le juste « équilibre budgétaire » représenté par les moyens et ressources de la structure pour son fonctionnement dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins doit être considéré au regard de ces mêmes impératifs.

Le niveau opérationnel, voir fonctionnel ne doit pas être compromis dans ses impératifs de sécurité pour les personnes accueillies mais également pour les équipes qui vont faire le choix d'exercer dans cette future structure (enjeu d'attractivité).

Par conséquent, cet élément pourra faire partie d'un futur éventuel dialogue de gestion avec le COPIL mais également la direction de notre l'établissement support afin de savoir si des mutualisations sont déjà projetées.

5.7 L'état d'avancé du projet :

- La partie travaux du projet :

RETRO Planning initial Groupe Travaux									
Suivi projet	Octobre 2018	Novembre 2018	Janvier 2019	Février 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019	Avril 2019
Arrêté de création de l'URAT									
Etude des travaux									
Lancement des marchés									
Dépôt permis de construire									
Publication du permis de construire									
Rapport de publications des offres de marchés						Retard	➔		
Notification des offres								Retard	
Lancements des travaux (10mois)								Retard	

Initialement l'ouverture de la structure était prévue pour septembre 2021.

De nombreux facteurs liés à la nature de la structure servent aussi à expliquer pour une partie, ces décalages temporels.

Les visites de type benchmarking à l'USIDATU (Pitié Salpêtrière) ainsi que dans une IME Solfège (Boulogne Billancourt) ont permis au groupe travaux de les prendre en compte dans leur travail d'élaboration, et ce, dès 2019.

Voici à titre d'exemple les contraintes rencontrées par le groupe travaux :

Prise en compte des contraintes du lieu quant à son activité :

« Un nouvel emplacement : devant le parking de la MAS, bâtiment accès famille à la structure. Pour limiter les contraintes liées au voisinage (bruit pour les résidents) et garantir plus d'intimité pour ces publics => décision de faire un merlon et donc sera vu avec le constructeur du lotissement la possibilité de récupérer la terre

- *Chambre de 12 m2 sans pièce humide ? salle de bain WC 6 à 8 m2*
- *Les salles de bain seront des douches*
- *Créer un espace familial*
- *Espaces restreints, espaces modulables*
- *Esprit foyer, pas sanitaire*
- *Des couloirs moins larges que ceux de la MAS et facilement repérables avec des jeux de couleur*
- *Pas de lumière forte (variateur)*
- *Des petits vitrages (pas de grandes baies vitrées)*
- *Prévoir une chambre pour les personnes à mobilité réduite*
- *Voir le revêtement pour le sol*
- *Voir ce qui peut être mis pour les poignées de porte*
- *Même dispositif clé comme à la MAS ?*
- *Volet roulant programmable extérieur de la chambre (blocage par les équipes)*
- *Poste infirmier – à voir après la visite à l'USIDATU*
- *Robustesse des matériaux, changement facile de l'équipement*
- *Créer une Balnéo*
- *Bureau équipe volante*
- *Prévoit-on un lit pour les accompagnants*
- *Salle TV ou alors vidéo projecteur*
- *Bagagerie, effet personnel (à revoir)*
- *Création de merlons*

En extérieur, pas de petites cours individuelles mais plutôt une cour unique »

Ces éléments liés au caractère novateur du projet tendent à expliquer le retard dans la notification des offres relatives aux équipements (appel aux marchés) qui ont dû être réévaluées.

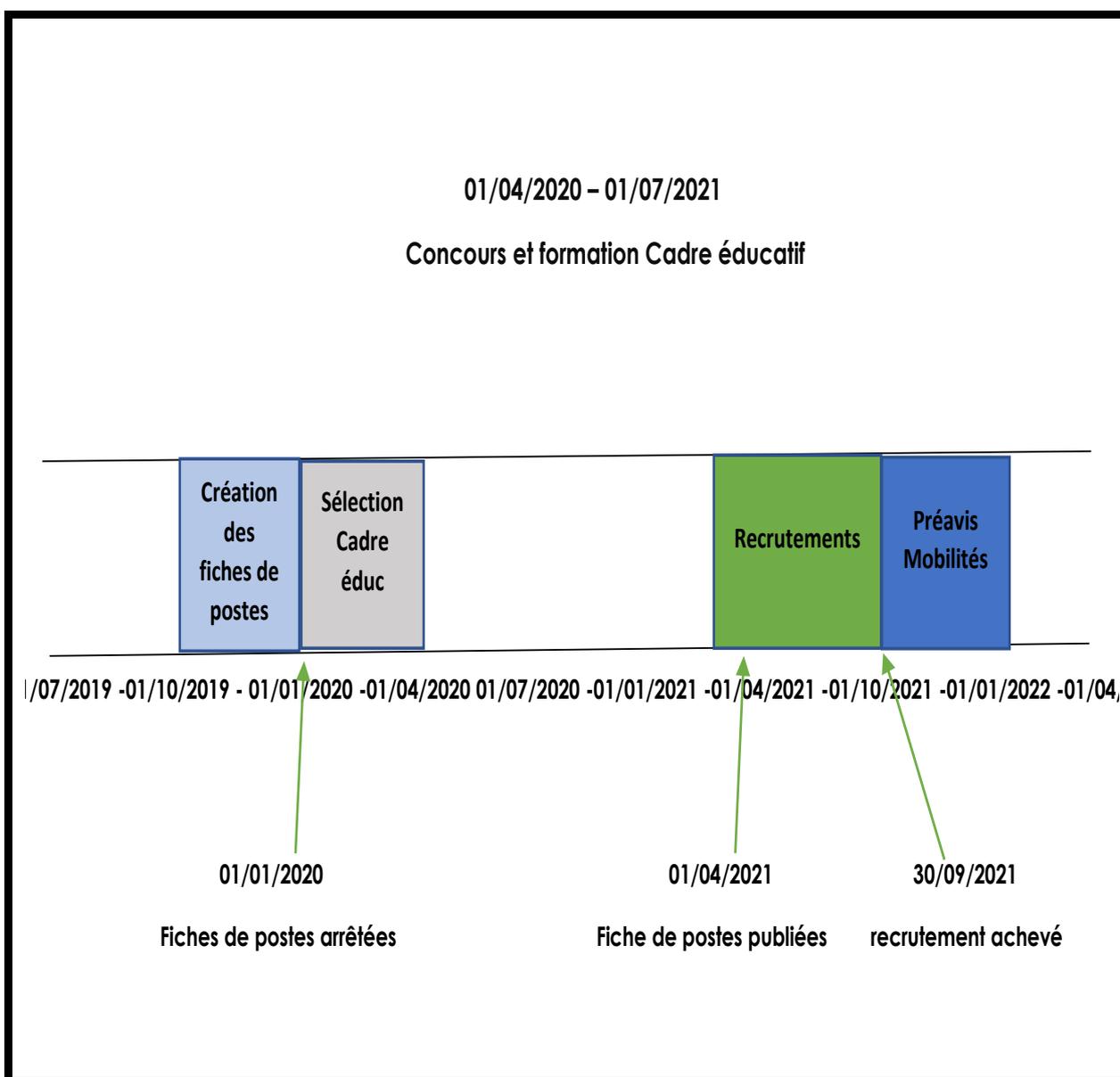
Ces appels d'offres de marchés n'ont pu être effectués avant juillet 2020. Parallèlement le projet architectural à lui été également remanié et l'arrêté du permis de construire n'a été reçu qu'en mai 2020.

Secondairement, du fait de la crise sanitaire et des différents reports de livrables qu'elle a entraîné, la date butoir de livraison est décalée dans un premier temps pour avril 2022. A ce jour, l'achèvement est prévu pour février 2023.

Le séquençage de l'organisation « projet » génère une indépendance forte entre ses éléments de travail. Le décalage de l'un entraînant celui de l'autre. Notre tentative d'explication est donc multi causale.

Cependant dans le contexte sanitaire subi, chaque phase a été directement impactée en plus du retard systémique :

- **Les bâtisseurs (approvisionnement matériels et humains) n'ont pas été en capacité de débiter les travaux préparatoires (terrassage) avant juillet 2021.**
- **L'organisation du groupe « prise en charge » prévue pour janvier 2020 n'a pas débuté par l'impact des vagues épidémiques et clusters multiples qui ont atteint la structure ressource du projet (la MAS) et affecté ses résidents, son fonctionnement et ses équipes.**
- **Le groupe « Recrutement et formation » sans plan de formation prévisionnel et sans aucune définition de masse « RH » nécessaire au projet n'est pas alimenté en livrable (malgré un planning initial ambitieux ci-dessous).**



Planification du COPIL en septembre 2019

5.8 Bilan

La première phase du projet représentée par le « groupe travaux » est donc en cours de réalisation. Cependant, l'objectif de cette séquence sera atteint puisque qu'elle est soumise à une obligation contractuelle (cf. analyse SWOT partie 5.4).

Ici, la variable d'ajustement est représentée dans notre projet par la durée de construction (retard). Cet élément représente donc une ressource car elle permet d'allouer un temps de travail supérieur au délais initialement prévu pour le groupe « prise en charge ».

Par conséquent, à ce stade de notre analyse les objectifs de ces deux groupes (travaux et prise en charge) sont atteignables. La faisabilité globale du projet est donc avérée.

La phase 2 représentée par le groupe prise en charge va donc pouvoir être initiée.

Ma mission est d'être le responsable de ce groupe dans le cadre du projet de la création du de la futur URAT.

La création de cette unité met en lumière, par son caractère expérimental, l'impossibilité de pouvoir se conformer à des existants.

La frontière entre zone de sécurité et zone d'incertitude est donc minime et représente un enjeu quant à l'aboutissement vers la réussite.

Les prises en charge journalières jusqu'au moyens humains qui seront nécessaires en passant par la particularité des publics accueillis renforcent l'aspect multidimensionnel des missions du groupe « prise en charge ».

Cependant, notre fonction d'encadrement nous offre une ressource annexe supplémentaire liée à la permanence de nos prérogatives. En effet, nos absences donnent lieu à des remplacements organisés entre Cadre Supérieur de santé et Cadre de proximité.

Dans cette configuration, il m'arrive régulièrement d'assister en tant que remplaçant de l'encadrement supérieur aux réunions du groupe travaux, voire parfois du COPIL.

Ceci me permet d'avoir une vue plus large des contraintes du projet, de ses enjeux et sa progression.

Cet angle de vision stratégique me donne l'opportunité de pouvoir axer et prioriser mes actions (choix d'une structure particulière à contacter par exemple) ou mes choix d'organisation afin de mener à bien la mission qui va m'être confiée.

Je tiens cependant à préciser en toute honnêteté, qu'un tel projet, avec des enjeux aussi importants dans le cadre de notre organisation somme toute contrainte, ne peut se mener seul. Qui plus est, dans un cadre tutoral qu'est l'objet de ce travail.

Tous mes choix ou mes décisions sont par conséquent discutés au sein du binôme cadre supérieur de santé /cadre de proximité que nous formons. Ceci contribuant également à l'enrichissement professionnel apporté par cette démarche.

La redondance est un gage de sécurité mais également de qualité du travail bien fait.

À la vue de son avancement, l'échec ne peut donc pas être une option et justifie nos moyens et stratégies mises en place afin d'atteindre l'objectif que je me suis fixé.

La première séance du groupe « prise en charge » est prévue le 12 avril. Notre objectif (validé par le COPIL) est de fournir un livrable (« définition des chemins cliniques » et évaluation des ressources nécessaires pour novembre 2023).

6 Le groupe de travail

Selon une définition somme toute assez usuelle, le groupe de travail représente un ensemble d'acteurs réunis pour travailler sur un projet commun.

Cependant même si la nature de la mission est partagée, la méthodologie de la conduite de ce groupe dépendra *« autant de sa dynamique et de l'analyse du contexte que l'objectif qui lui est attribué »*. [31]

L'intervenant ou l'animateur de ce groupe va donc dès sa création, modéliser cet ensemble selon ses compétences (savoir être, savoir-faire et expérience) mais également avec ses valeurs.

Si l'estime accordée par l'animateur à cette entité est uniquement basée sur la production d'un livrable, la dynamique interpersonnelle de coopération risque d'être absente.

Ici, la distinction entre posture « gestionnaire » et participation « active » est donc un élément central à considérer.

Dans un cadre sociologique, l'animation est la propriété générale des méthodes de conduite des groupes qui ont pour but d'accroître la participation et de favoriser la progression du groupe vers ses objectifs. [32]

[31] CHEVETZOFF Philippe, « Méthodologie de conduite de groupe dans la perspective de l'arip/Transition », Connexions, 2015/2 (n° 104), p. 19-34.

[32] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

L'animateur a donc une place essentielle dans le soutien de cet ensemble. En plus de l'impérative production, le fonctionnement de ce groupe se doit d'être facilité dans ses échanges et régulé entre ses participants afin de pouvoir prendre en compte l'importance de la place de chacun. L'animateur se doit donc de posséder des compétences utiles à l'entreprise projetée.

La coopération est empreinte de réciprocité et l'ensemble ne peut exister que si le groupe est volontaire dans ce processus.

Par conséquent, au même titre que la confiance ne se décrète mais se construit, les acteurs se doivent d'être volontaires pour intégrer ce processus de travail.

C'est donc en termes de motivation et non d'obligation que je dois recruter ses membres.

Ce groupe constitue une des cellules de l'organisation mise en place et dont le but collectif est fixé mais également unique. Toutes ces cellules y concourant selon leur mission. L'ensemble disparaîtra une fois le but atteint. Ce groupe aura donc un début et une fin.

Cependant, l'inconnu d'un espace de pouvoir offert aux participants par les enjeux qu'il recouvre favorise l'apparition de stratégies visant à préserver leur intérêt. Cet élément est également un facteur de vigilance que nous devons conserver à l'esprit.

La régulation entre les participants impliquera nécessairement la gestion des comportements de chacun dans leur relation au « pouvoir ». [33]

Néanmoins, comme toute autre organisation, des facteurs de contingences peuvent influencer le déroulement prévu initialement.

6.1 Ressources et contingences

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [34] la contingence est une notion abstraite, à savoir l'existence d'une réalité dite « potentielle ».

Dans le cadre de notre projet, le contexte et ses répercussions ont fortement remanié la temporalité escomptée ainsi que les moyens pour parvenir à l'objectif fixé.

Il n'existe donc pas une seule voie pour atteindre notre finalité mais potentiellement plusieurs (« one best way » [35]).

[33] CROZIER Michel & FRIEDBERG Erhard, « L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective », 1977. Paris : Editions du Seuil.

[34] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

[35] Théorie de la contingence de Henry Mintzberg, « Le Management, voyage au centre des organisations », 1989, les éditions d'organisation.

De manière plus pragmatique, les facteurs de contingence sont des contraintes, d'origine interne ou externe, qui vont avoir un impact sur notre prise de décision donc sur une finalité souhaitée, notre objectif.

Le contexte et son influence génèrent une réorganisation du cheminement de la démarche projet. Ici, le contexte subit, est donc un facteur de contingence. [36]

L'objectif à atteindre reste le fil d'ariane qui guide les participants dans l'élaboration de leur stratégie d'adaptation. Seul diffère le chemin emprunté.

La Limitation de la visibilité temporelle liée aux « stops and go » du contexte sanitaire, justifie la décision stratégique d'axer les ressources à ce moment mobilisables sur une action de création interne (unité TSA Cf partie 4.6).

Cette action représente une ressource pour la réalisation du livrable (objectif du groupe « prise en charge »).

Secondairement, elle pourra également représenter une ressource stratégique fonctionnelle lors de la montée en charge de la nouvelle structure (pôle de compétence commun MAS/URAT, cf. analyse SWOT partie 5.4, « opportunités »)

A mon sens, la création préalable d'une unité TSA « interne », représente un facteur de réussite important pour l'entreprise future. L'organisation mise en place pour sa réalisation est en effet susceptible d'être systématisée (acteurs, méthodologie, démarche, réflexion et management de groupe de travail).

Cette méthodologie est donc transposable et adaptée à la création du projet du futur URAT (structuration, organisation et fonctionnement du groupe « prise en charge »).

Seule diffère, une nouvelle fois, le chemin emprunté.

Ce groupe va me permettre d'associer des acteurs impliqués précédemment ayant fait la preuve de leurs compétences et qui vont pouvoir enrichir ou créer un cahier des charges. [37]

Les ressources que représentent les éléments de cette création préalable vont s'avérer utiles dans le cadre de notre travail.

[36] Dumond Jean-Paul « Transformer les organisations de santé », p57-58, UPEC,2021

[37] Guide approche participative ANACT, associer les salariés à un projet de changement

En effet, l'avancé linéaire du projet n'est effectivement pas encore existant. Nous subissons encore des retards et décalages influençant l'ensemble du programme.

Notamment par :

- Une forte vague épidémique qui a touché la structure sur les deux premiers mois de l'année.
- Le retard de la phase de construction du projet.
- L'adaptation nécessaire quant aux arrivées de nouveaux acteurs.
- L'environnement multi dimensionnel de ce projet.
- La contrainte de temps quant aux rendus de ce projet managérial.

6.2 La composition du groupe de travail

Cette phase préliminaire consiste à articuler le processus devant contribuer à l'objectif final. Ici le processus est la démarche pratique du projet théorique.

La traduction de l'objectif à atteindre pour le groupe nécessite donc une communication claire quant à sa nature mais implique également la continuité des relations durant le temps de sa réalisation avec nous-même (le chef de projet) ainsi qu'avec le COPIL.

La création de ce groupe vise avant tout à faire appel au vécu de l'action de ses membres, c'est-à-dire à leur expérience dans le domaine concerné afin de parvenir vers l'objectif visé.

Par conséquent, l'objectif de notre projet managérial nécessite la réunion de l'ensemble des savoirs faire à utiliser afin de mener à bien l'action.

Cette expérience va permettre de donner du sens aux choix exprimés par ce groupe d'acteurs vers la réalisation de l'objectif visé.

Les savoirs mobilisés valorisent les participants [38] contribuant en plus du sens donné à leurs rôles, à l'émergence de facteurs de motivations.

Cette donnée constitue un atout vers l'atteinte du but recherché mais également une dynamique essentielle pour la mise en œuvre opérationnelle future.

Le choix des professionnels prend également en compte la zone d'incertitude liée à la nature de tout projet (« se projeter ») vers un avenir par définition incertain.[39]

Cependant, un projet est une composante essentielle de la motivation, ne parle-t-on pas de maîtrise sur son avancé, sur cet avenir incertain vers lequel nous devons nous projeter ? [40]

La somme des ressources expérientielles réunis doit permettre l'identification des actions qui seront nécessaires. Notre choix de composition du groupe va s'orienter vers un échantillon représentatif des professionnels intervenant au cours de la journée d'un résident.

En ce sens, cette planification tend à réduire l'importance de l'inconnue en recentrant les actions vers l'objectif visé par le groupe.

De plus, par l'utilisation, des ressources consacrées précédemment à la création de l'unité TSA en interne nous tendons à diminuer cette zone d'incertitude liée au fonctionnement même du groupe.

En effet les acteurs qui vont composer ce groupe ont pour la plupart fait partie de ce projet. Ils ont tous bénéficié d'un ensemble de formation sur site lié à la prise en charge des publics TSA et pour certains, bénéficient d'un exercice professionnel au sein de structures spécialisées (recrutement orienté) dans les prises en charges de ces profils.

Ils sont tous volontaires pour faire partie de ce nouveau groupe de travail et les participants se connaissent déjà.

En s'appuyant notamment sur le cahier des charges de l'unité TSA, devenue une annexe à part entière au projet d'établissement, le groupe dispose d'une excellente base de travail méthodologique.

[38] CLOT Yves, BONNEFOND Jean-Yves, BONNEMAIN Antoine et al., Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations, Paris, La Découverte, « Sciences humaines », 2021, Chap. 4

[39] BOUTINET Jean-Pierre, Psychologie des conduites à projet. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2004.

[40] NUTTIN Joseph, Théorie de la motivation humaine. Du besoin au projet d'action. Presses Universitaires de France, « Psychologie d'aujourd'hui », 1996.

Les compétences théoriques, pratiques mais également les ressources sont donc présentes.

Ce groupe a été remanié suite au départ de certains membres et à l'arrivée d'une équipe éducative (ayant participé précédemment au projet de création de l'unité TSA au sein de la MAS) par rapport au cadrage initial du projet.

Ce groupe comprend 10 personnes :

- 1 Médecin (médecin coordonnateur de la MAS)
- 1 IDE (participante dans le projet TSA interne et formée)
- 2 Educateurs spécialisés (pratique professionnel dans une autre structure, participant dans le projet TSA d'unité et formé)
- 1 Moniteur éducateur nouvel arrivants (candidature spontanée pour intégrer l'URAT, pratique professionnelle dans une unité similaire)
- 1 Psychologue (Participante au projet d'unité interne et formée)
- 1 Cadre de santé (moi-même) et **responsable du groupe** (formé TSA)
- 1 AMP (participants au projet interne, futur membre de l'unité TSA et formés)
- 1 Ergothérapeute
- 1 Psychomotricienne

La place du médecin coordonnateur au sein de ce groupe est centrale afin de valider (lien CME) la pertinence (bonnes recommandations) des chemins cliniques réalisés. C'est également la méthode que nous avons retenu lors de la création de notre unité TSA.

La présence médicale au sein de ce groupe est également à mettre en lien dans les rapports amenés à être développés avec le psychiatre adresseur du futur patient mais également liée à son expérience de médecin coordonnateur au sein de la MAS auprès des résidents TSA.

Les compétences éducatives recrutées afin d'achever la construction de l'équipe éducative de la structure ressource mais également dans l'optique du projet d'unité interne TSA et URAT, s'avèrent ici comme de précieuses ressources permettant d'alimenter la réflexion et la création des chemins cliniques au sein de la future structure.

Nous allons maintenant vous exposer la structuration de notre démarche afin de pouvoir définir nos objectifs et nos axes principaux de travail liés à la nature de notre projet.

L'objectif de notre mission de responsable du groupe de travail « prise en charge » est de fournir un livrable pertinent, cohérent et dans la bonne temporalité à la phase suivante de ce processus de création, c'est-à-dire le groupe « recrutement et formation ».

6.3 La structuration de ma démarche



« Tentons d'identifier nos missions ! ».

Ma mission de chef de projet peut paraître assez « cadrée » dans la mesure où l'objectif est institutionnel. Cet élément impliquant un ensemble de jalons organisationnels pré défini (respect des coûts budgétaires et livrables définis) et stricts.

Cependant ce projet se « déplace » au grès de nos interrogations sur 3 dimensions :

- Une dimension « **empirique** », qui implique de s'adapter aux éléments intrinsèques et extrinsèques (contexte, acteurs externes) malgré un environnement de départ établi (appel à projet).
- Une dimension « **théorique** » qui implique la prise en compte de base scientifique (prise en charge et bonne pratique par exemple)
- Une dimension « **opératoire** » (c'est-à-dire programmatique), nécessitant son organisation et sa planification (élaboration des missions et gestion de la temporalité).

Il n'y a pas dans ce cadre initial de place à l'improvisation ni à l'innovation (intervenant dans un cadre d'amélioration ou d'optimisation d'un existant).

Cependant, malgré l'arborescence organisationnelle de cette carte mentale, notre mission est beaucoup plus dense que représentée et nécessite d'être structurée.

La création d'une nouvelle entité fonctionnant au sein d'une organisation implique nécessairement :

- **Son adaptation (offre, développement et contexte)**
- **Sa régulation (organisation et mode de fonctionnement)**
- **Son développement (taille critique, élargissement des missions, perspectives futures)**

L'organisation devant être créée doit également fonctionner avec d'autres (externes) partageant les mêmes principes et objectifs de fonctionnement mais différente par nature.

Dans ce cadre de fonctionnement j'identifie deux types d'interactions.

- **Les interactions « contraintes » (autorité de tutelles, financement et contrôle)**
- **Les interactions de fonctionnement (par exemple les structures représentant l'aval et l'amont de notre projet).**

En conséquence, le livrable du groupe ne peut être réduit à la simple expression d'une analyse de processus ou à une nomenclature d'actions nécessaires à la prise en charge quotidienne d'un public atteint de TSA (process de prise en charge).

S'interroger sur le fonctionnement de l'URAT, sur son organisation et sur ses liens d'interdépendances, constitue à mon sens une approche globale plus pertinente.

Dans ce cadre il convient de considérer cette approche multidimensionnelle comme ressource et comme faisant partie intégrante des missions de ce groupe.

Les découvertes ou enseignements externes venant enrichir la réflexion en interne.

L'entrée de l'élément initial s'effectue par le biais d'organisations externes. Il est donc nécessaire de prendre en compte dans notre démarche projet l'impact de ces organisations sur la structure que nous souhaitons développer.

Les paramètres de conception [41] de l'organisation conditionneront les moyens, donc la méthodologie à employer afin d'atteindre un objectif de sortie.

La dialogue avec les partenaires « contraints » est donc à privilégier afin de d'identifier précisément les attentes du cadre de ce projet.

Le questionnement est multiple :

- **Aval et amont pour une seule structure ?**
- **Cadre budgétaire figé ?**
- **Les partenariats de fonctionnement (UMI & USDATU, autre URAT) se doivent-ils être attendus ou initiés ?**

De ce fait, en ressource des apports méthodologiques existants (Guide des bonnes pratiques HAS, compétences des acteurs participants) contenus dans la dimension 'théorique' de l'entreprise, des actions supplémentaires se doivent d'être entreprises.

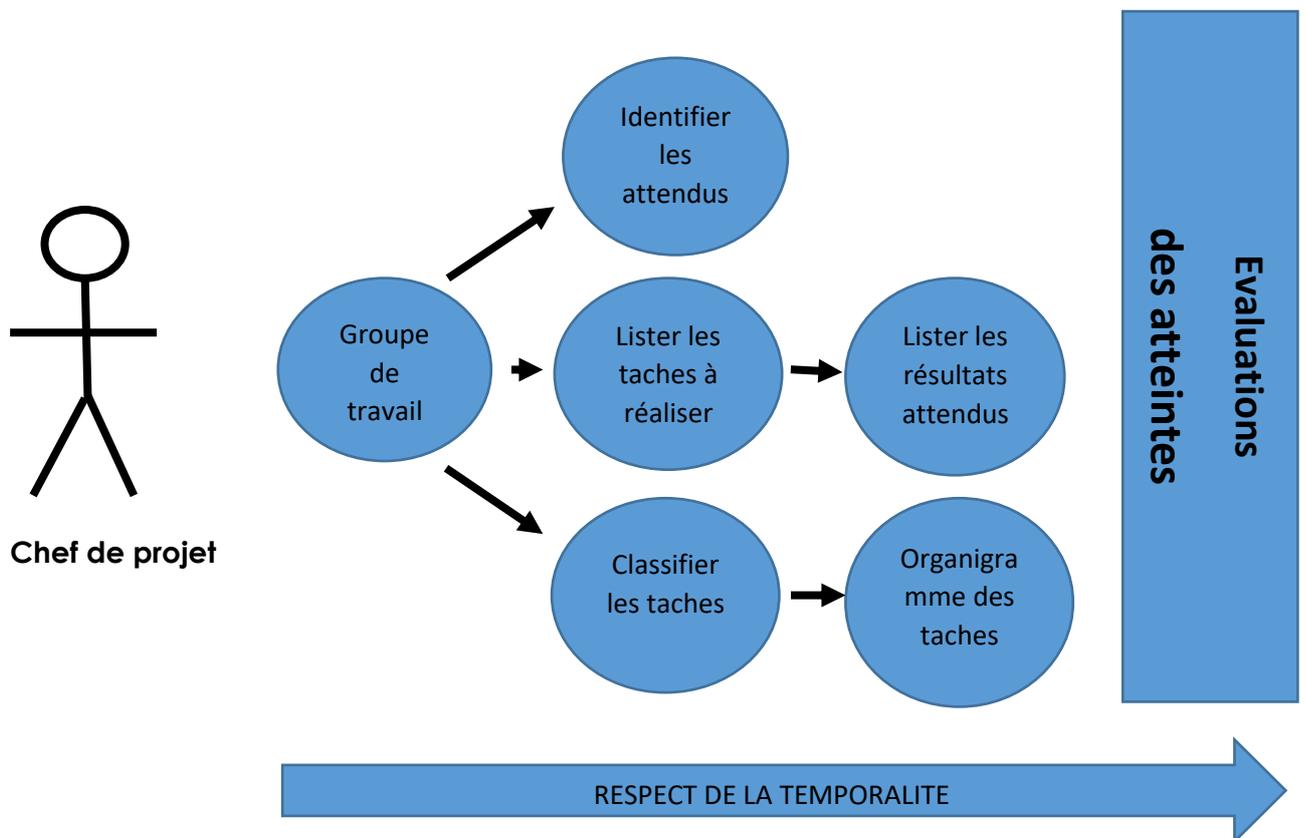
Une démarche de benchmarking doit être également et logiquement engagée afin de préciser les éléments contenus dans la dimension « empirique » du projet.

Cette démarche nous permettra de confronter l'approche théorique à la réalité des actions nécessaires à entreprendre mais également pouvoir comparer les pratiques de chacun.

Ces éléments impliquent donc dans le cadre de notre mission une nécessaire fonction de coordination par la capacité nécessaire à fournir des éléments de réponse au bon moment, au bon acteur afin de garantir l'avancée du projet.

[41] DUMOND Jean-Paul, « transformer les organisations de santé », P-43, UPEC,2021

6.4 Mon rôle



Notre mission dans ce projet est d'encadrer et d'animer le groupe « prise en charge ». C'est dans le cadre de cette phase que nous avons choisi de centrer notre projet managérial.

En tant que chef de projet et mandaté par ma cadre supérieure de santé ma mission va consister à établir le déroulement des activités de soins journalières nécessaires aux publics accueillis. Cet élément constitue avec l'évaluation des ressources nécessaires à la future structure notre mission de chef de projet (livrable).

Quels vont être les éléments qui vont conditionner les objectifs de cette organisation, de ce système ?

Ici, les besoins du patient accueilli définiront l'ampleur des moyens qui se doivent d'être consacrés mais également le cadre d'exercice des professionnels qui seront appelés à délivrer les soins qui leur seront nécessaires.

Cette étude devra donc prendre en compte ces besoins afin de pouvoir y allouer les ressources humaines nécessaires. Cet élément fournira une expression des besoins permettant :

- D'établir une base de recrutement (masse « RH ») afin d'assurer le fonctionnement nominal de la structure
- Un plan de formation adapté aux particularités de la structure s'appuyant sur une cartographie des compétences attendues au regard des objectifs de la prise en charge. [42]

Ici, l'expression de besoins réalisées par le groupe « prise en charge » fournira au groupe recrutement (DSI/DRH et service financier) l'évaluation des ressources économiques qu'il est nécessaire d'affecter au projet.

A ce niveau de temporalité, l'organisation et le management du groupe prise en charge se révèlent central dans la réussite du travail en cours.

Je dois m'assurer que le groupe doit être :

- Constitué et clairement identifié par le COPIL (en nombre avec assez de participants, entre 5 et 10 nous semble un chiffre pertinent).
- Encadré, c'est-à-dire veiller à son animation (permanence de la présence de l'animateur et s'assurer d'une délégation possible si besoin est).
- Valorisé dans son rôle, sa fonction et ses réalisations. L'abord managérial que nous retenons c'est la valorisation du collectif de travail : l'équipe (« *ensemble on va peut-être moins vite mais plus loin* »)
- Doté de moyens lui permettant de fonctionner selon les objectifs qui lui sont attribués (matériel (informatique, secrétaire et logistique (salle de réunion dédié), et dégagé de ses obligations de travail initiales.
- Assurer la communication des réalisations avec le COPIL et s'assurer que le livrable destiné au prochain acteur est clair et répond à la commande ou la continuité du projet.
- En capacité de respecter le calendrier des livrables et de l'avancée du projet

[42] MARCHAND, X. La place de la notion de compétence dans l'organisation de travail : in cours UPEC Master 2 « MOS », 29/10/2021, Créteil

La prise en compte de ces aspects managériaux conditionne notre légitimité en tant que chef de projet auprès du groupe que nous encadrons, notre positionnement mais également l'implication des acteurs de ce groupe (sentiment d'appartenance au projet).

Il me semble nécessaire avant tout d'être crédible dans mon discours ainsi que dans mes directives. A mon sens, le travail en équipe implique nécessairement la maîtrise de la communication (ascendante et descendante).

Cependant, ce travail « du communicant » ne se réduit donc pas à la transmission d'objectifs ou de points d'étape si ambitieux soient-ils.

L'écoute de l'autre ou d'un groupe représente une part importante de ce processus (communication horizontale au sein du groupe)

La communication n'implique-t-elle pas un émetteur avec un récepteur suivi d'un effet « Feed back » ?

Gérer cette communication « utile » permet de fédérer un groupe autour d'un objectif qui est commun par nature.

Ici il convient de garder à l'esprit que l'objectif est également le nôtre, il nous engage au même titre que l'équipe projet. L'engagement ne s'atténue pas avec le niveau de responsabilité.

Par conséquent, nous faisons partie de l'équipe projet, nous ne nous contentons pas seulement de sa gestion. Par conséquent ses réussites ou ses difficultés sont également les nôtres.

Être en capacité de gérer un projet implique donc des valeurs et des prérequis.

J'utilise volontairement ce terme car celui de qualité me semble galvaudé.

On peut se targuer d'avoir les qualités nécessaires mais cette vision me paraît assez subjective et surtout réductrice.

Je pense qu'il est nécessaire de s'interroger sur nos propres motivations en liens avec nos valeurs.

Ici nous choisissons de nous engager et de :

- Mener une équipe vers un objectif (élaborer un livrable)
- Guider cette équipe (mise à disposition des ressources nécessaires).
- D'inspirer ses réflexions (par notre statut indentifiable de ressource du groupe)

Canaliser cette addition de compétences que représente l'équipe projet, implique un réel positionnement de leadership par mon choix d'incarner l'élément qui fixera, rappellera et veillera sur le cap qui doit être suivi.

Je pense que ce positionnement s'avère obligatoire afin de remplir la mission qui m'est confié.

La légitimité de responsable de groupe nous impose la mise en place des conditions optimales pour que ses membres soient en capacité de produire les livrables attendus. Je dois donc nécessairement structurer, organiser et coordonner son fonctionnement.

Dans ce cadre nous avons une obligation de moyens mais également de résultats par rapport à l'objectif du groupe tel que définie par le COPIL.

Par conséquent afin de d'assurer le pilotage de ce groupe il est nécessaire : [43]

- **D'identifier clairement les attendus (Le livrable du groupe)**
- **Etablir une liste des taches à réaliser pour le groupe**
- **Classifier les taches à réaliser**
- **Organiser leurs exécutions et leur délai de réalisation**

L'ensemble de ces micros objectifs conduisant à la réalisation du livrable sont bornés dans leur ensemble par le respect de la temporalité du rendu final : la réalisation et la remise du livrable en novembre 2022.

[43] NERE Jean-Jacques, Le management de projet. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2009.

Assurer cette mission nous engage également à structurer notre stratégie.

Le simple fait de pouvoir poser notre réflexion au regard d'un champ de fonctionnement regroupant plusieurs acteurs (internes et externes) nous permet de dégager d'autres objectifs en lien avec ce groupe.

Tel que nous l'avons défini précédemment (cf. **partie 6.1**), le fonctionnement quotidien de la structure n'est pas l'unique objectif visé par notre travail.

Notre mission est également liée à une démarche plus globale concernant les interactions qui participent à la dynamique de fonctionnement et aux missions de la future structure (entrées/sorties).

Le livrable « réel » qui doit être réalisé est de ce fait bien plus vaste.

Par conséquent je pense que ma démarche stratégique ne peut être considérée comme hors de propos.

Je suis fermement convaincu que la définition de ce que l'on pourrait appeler « chemins cliniques », définissant la prise en charge journalière, n'est qu'une partie de la réponse à apporter dans le cadre de ce groupe, une partie de son objectif.

Le cheminement est dans la structure mais également au dehors. Ce cheminement se doit d'être également coordonné et structuré.

Nous avons une obligation de coopération pour fonctionner tel que le cahier des charges nous l'impose.

Dans ce cadre il est donc nécessaire d'alimenter le groupe avec des éléments de fonctionnement définissant la structure, l'organisation et les missions de la future unité. Grace à ces ressources qui lui seront procurées, sa réflexion lui permettra de définir les missions à accomplir, le profil souhaité des acteurs et leur nombre nécessaire.

L'organisation telle qu'elle doit être définie implique donc un fonctionnement entre ses composants internes et externes.

Notre objectif nous impose donc d'orienter également notre travail vers les interactions externes de fonctionnement que nous avons identifié précédemment.

6.4.1 Le projet, un moyen de projection vers une autre fonction ?

La dimension de la mission que j'ai choisi de mener est moins axée sur le quotidien d'un fonctionnement et sur la proximité des équipes que j'encadre. Les objectifs recherchés se situant sur des perspectives globales d'orientations de l'organisation.

Ces éléments je les mets en relation avec la fonction que j'estime plus stratégique liée à celle du Cadre Supérieur de Santé.

Les liens de fonctionnement utilisés sont en effet développés à un niveau de responsabilité supérieur et articulés avec un échelon décisionnaire stratégique (COFIL, Direction).

Dans ce cadre, les actions menées influencent les éléments fonctionnels de l'organisation, c'est à dire son fonctionnement global.

De surcroit, la participation à un projet de création implique et engendre un questionnement somme toute différent du quotidien.

Ce quotidien consistant le plus souvent à maintenir un degré d'efficacité, de qualité et de sécurité basé sur l'encadrement d'organisation déjà en place.

Dans le cadre de ce projet les ressources que je dois mobiliser sont par conséquent différentes, ne serait-ce que par le travail du champ externe dont la finalité ne concerne pas une situation fonctionnelle donnée mais dont la nature est globale, stratégique voir anticipatoire.

Secondairement, ce projet prendra également la dimension d'un tutorat dans la découverte de l'autonomie disponible dans le cadre des missions à dimension stratégique du cadre Supérieur de Santé. Cet élément me semblant nécessaire et pertinent dans le cadre d'une évolution professionnelle future.

Par cette mission et ce projet managérial, cette projection implique un niveau de lecture différent mais également une modification de la représentation du rôle futur que nous pourrions décider de jouer.

N'est-ce pas la transposition des missions du cadre de proximité à un échelon stratégique, voir une suite logique dans ce contexte ?

6.5 Les enjeux liés au groupe

De par mon engagement dans ce projet et ma responsabilité au sein de ce groupe, mon objectif professionnel est l'atteinte de la mission qui m'a été confiée.

Cependant, j'identifie d'autres enjeux en plus de ceux qui me lie professionnellement à cette entreprise.

Je pense que les enjeux liés à l'existence de ce groupe s'articulent sur deux axes importants :

➤ **L'atteinte d'un objectif institutionnel :**

Par l'engagement contractuel de l'établissement dans cette démarche s'inscrivant dans sa politique de développement (**cf. partie 5.3 et 5.4**).

➤ **L'attractivité d'une structure, d'un secteur d'activités :**

Par le développement de la dynamique d'équipe et la montée en compétences de ses membres. (Élargissement de la vision transversale, montée en expérience) rejaillissant de facto sur la visibilité de la structure)

Par conséquent les enjeux du groupe mettent en exergue des impacts potentiels dans des dimensions différentes. Elles sont de nature :

- **Professionnelles (lié à notre fonction dans notre organisation)**
- **Expérientielles (équipes et attractivité de l'ensemble de l'établissement (impact DRH et GPEC)**
- **Stratégiques pour l'établissement (en rapport avec sa politique de développement)**

6.6 Les axes de travail du groupe

Le travail de ce groupe génère un questionnement multiple.

Plusieurs axes de travail liés à ce groupe sont donc à envisager. Ils sont par nature différents et s'avèrent toujours plus nombreux au fil de notre avancée dans ce projet.

Ce projet, je le définis maintenant tel un ensemble de blocs d'imbrications semblables à ce que l'on peut comparer à des « poupées Russes ».

Son tout forme un ensemble massif et cohérent mais leur analyse nous laisse découvrir des sous-ensembles organisationnels. Notre difficulté c'est que ces sous-ensembles sont indivisibles et se doivent d'être tous pris en compte afin que tout s'imbrique et fonctionne.

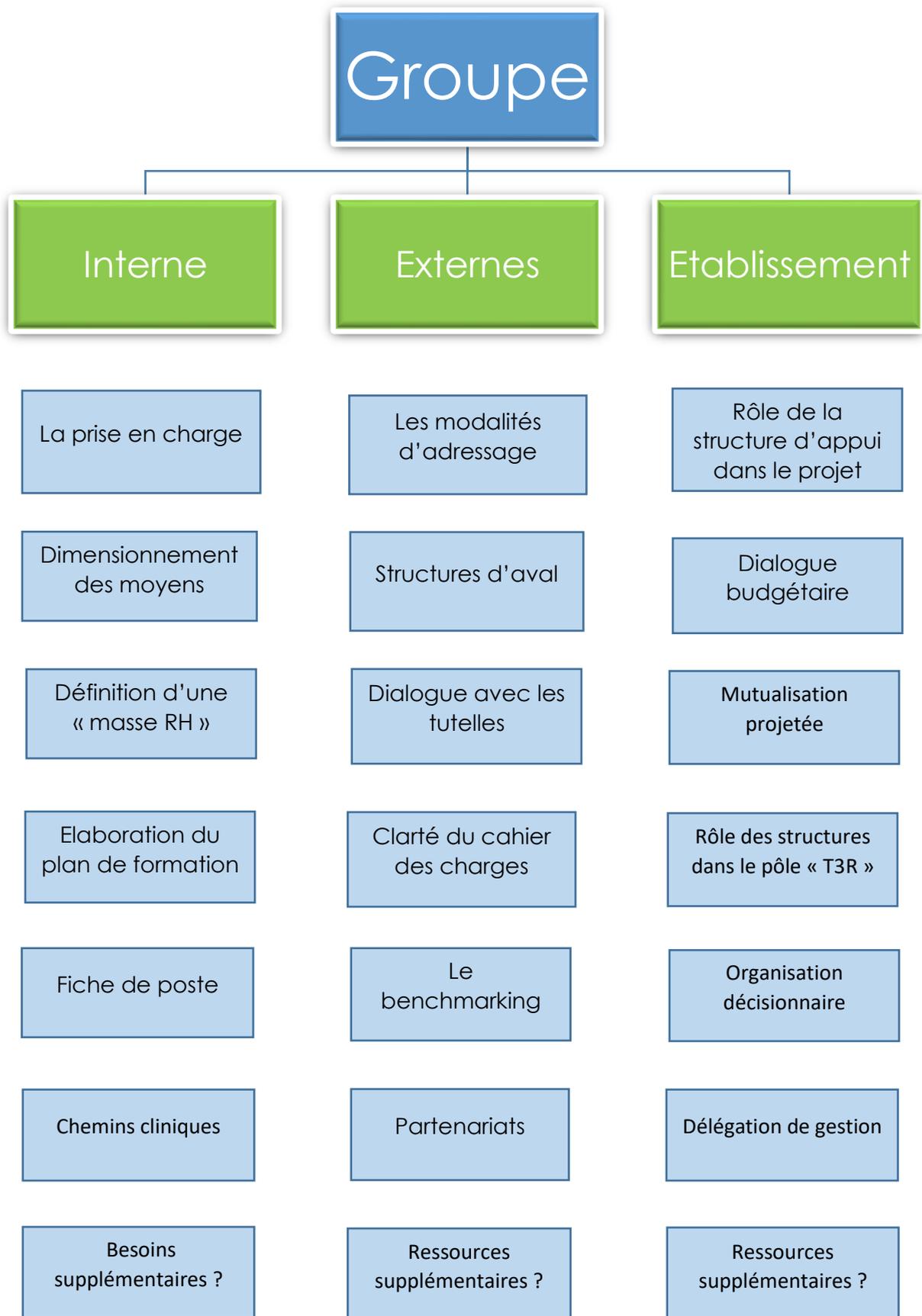
Cependant, nous pouvons les classer de manière thématique, ceci nous permettra de pouvoir enrichir, structurer et coordonner nos axes de travail.

Ils ont pour chacun leur spécificité mais concourt toujours vers la même finalité : la réussite mais également la pérennité de notre projet.

Afin de clarifier les actions que j'envisage de mener mais également afin de faciliter la compréhension de mon lecteur, je vais tenter de synthétiser les axes de travail que je compte poursuivre dans la gestion de ce groupe.

Trois grandes catégories se dégagent de notre analyse :

- **Le champ interne**
- **Le champ externe**
- **L'établissement support**



Cet outil « mémo » orientant nos objectifs de travail se complète au fil de l'avancée du projet.

6.6.1 Le travail du champ externe

Le travail du champ externe est de surcroît imbriqué avec celui de l'interne mais pas dans sa temporalité.

Familièrement on pourrait réfléchir de la sorte : « avant de savoir ce qu'il nous faut pour faire il nous faut au préalable savoir ce qu'on va devoir faire ! ». Notre angle d'analyse managérial et stratégique implique donc de connaître les missions de la structure avant d'en définir les ressources nécessaires et d'y appliquer (ou construire) une organisation.

Par conséquent, nous décidons de former une équipe binôme (CSS et CS) afin de pouvoir commencer à investiguer sur ses missions spécifiques. Mais pourquoi décider de complexifier l'organisation de notre démarche projet en y rajoutant un échelon de travail ?

C'est en grande partie par une limitation de nos moyens mais également une décision managériale.

Nous décidons de ne pas « sur solliciter » les membres du groupe, qui pour la plupart ont déjà participé à la création de l'unité interne TSA. Les réponses et informations que nous pourrons leur apporter seront autant de ressources leur permettant de mener à bien leur mission.

De plus, nous ne sommes pas en maîtrise de l'aspect délais de notre « triangle projet ». Il est constamment remanié et nous ne voulons pas prendre de risque occasionnant une « pression » dans le délai imparti au groupe et à nous même pour la réalisation des livrables.

Nous décidons donc de garder cette ressource positive que nous procure le retard de construction (la variable d'ajustement représentée dans notre projet **cf. partie 5.8 bilan état actuel du projet**).

La stratégie retenue sera peut-être d'inclure un membre du groupe en fonction de la nature du contact ou visite que nous envisageons (éducateur par exemple si benchmark structure afin de confronter les pratiques professionnelles).

Pourquoi le travail du champ externe est un préalable ?

Dans le cadre de notre pilotage de ce groupe de travail nous identifions cette action comme prioritaire dans sa mise en œuvre car dans la structuration même de l'appel à projet initial la définition du rôle de la structure (reprise par le COPIL depuis le lancement du projet) se doit d'être précisée.

En effet, le périmètre d'action (aval et amont ?) est difficile à appréhender. L'objectif initial est celui d'une transition.

Ceci signifie qu'en un moment T (notre cadre opérationnel d'exercice futur), une intervention est entreprise (admission URAT) dans le cadre d'une situation initial définie au préalable (modalité).

Le cheminement de l'élément d'entrée dans ce processus interne (chemin clinique URAT) est donc également conditionné à son état d'entrée dans ce continuum et influence les paramètres de conception à définir.

Cette situation conditionne les moyens et les ressources nécessaires. Au sein de ce cadre opérationnel (parcours de soins) la mission varie en fonction de la position dans l'organisation de la structure cible (URAT, en aval ou en amont de la situation problème).

Ici notre interrogation se porte sur la réponse qui doit être apportée en termes de transition dans le cadre d'une situation aigue. Mais quelle est la nature de cette situation, puisqu'elle est liée au positionnement de la structure dans le parcours de soins projeté ?

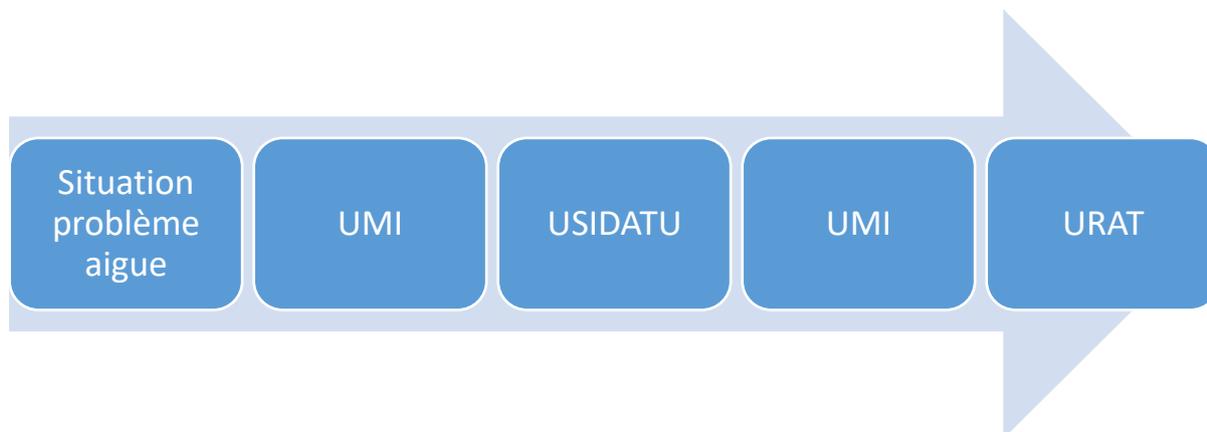
Notre interrogation est multiple car la structure d'adressage n'est pas identifiée. Finalement l'équation comporte deux inconnues.

Tentons d'illustrer ces parcours potentiels aux multiples variables.

Approche du parcours par adressage direct (amont USIDATU)



Parcours avec organisation du réseau d'adressage (aval USIDATU)



Cette démonstration nous apporte des données pertinentes relatives aux actions qui doivent être planifiées et engagées prioritairement.

La réponse à apporter est significativement variable et nécessite également des moyens qui le sont tout autant. Si le parcours comporte ces deux variables simultanées la complexité (structuration) va s'avérer exponentielle.

A mon sens, cet élément représente un enjeu de réussite par la réponse que la structure sera ou non en mesure d'apporter à une situation « problème ».

La prise en compte de moments différents dans le cadre d'une prise en charge nécessite d'y allouer des moyens et ressources plus importantes et diversifiées afin d'être en capacité d'y répondre.

La flexibilité demandée à la structure dans son adaptation à la problématique de gestion d'une situation aigue et à la gestion d'une situation post aigue, risque donc de nécessiter un ensemble de ressources plus important et supérieur à la réalité.

La structuration d'une journée de prise en charge (base de travail du cheminement clinique) risque elle aussi d'être d'une grande variabilité, donc l'orientation de travail du groupe le sera elle aussi car conditionnée par l'inconnue que représente l'élément d'entrée dans le processus.

Or, dans ce cas, ce dimensionnement doit être réalisé dans un cadre aléatoire (en fonction des situations d'aval et d'amont). Cette notion s'opposant de fait avec le cadre contraint du projet (ressources allouées fixes).

De plus, ces données impliquent également que tous les moyens attribués à la structure risquent de ne pas être déployés dans son quotidien et son fonctionnement (sous-utilisation de compétence, étude des besoins erronée), c'est à dire sous utilisés pour certains éléments.

Finalement par ces zones d'incertitudes, les livrables du groupe « prise en charge » risquent de s'appuyer pour l'élaboration des chemins cliniques sur des bases de travail qui aboutiront à un livrable non conforme à la réalité des attendus.

Ce projet est donc également une conduite d'anticipation dans la mesure où deux instants coexistent : sa conception (moment A) et sa réalisation (moment B). Ces deux instants sont forcément différents par la complexité des multiples intervenants. [44]

En l'état, la construction des parcours sera réalisée avec des estimations de ressources orientant l'ensemble du projet vers un sous ou sur dimensionnement « RH » susceptible de ne pas coïncider avec les enveloppes budgétaires allouées dans le cadre du projet.

Notre rôle implique de fournir des informations claires et exploitables dans le cadre de notre pilotage de projet. Il est donc nécessaire d'anticiper la présence d'éléments susceptibles d'influencer le dessin projeté.

Par conséquent, Ce travail du champ externe est donc bel et bien un pré requis au chemin clinique (champ interne) et nécessite d'être maintenu dans la durée en parallèle du travail du champ interne.

6.6.2 Le travail du champ interne

Le travail du champ interne est l'élément socle de l'objectif du groupe de travail.

Cette séquence permettra la réalisation du livrable afin de l'adresser au COPIL pour sa validation puis au groupe de travail suivant (« recrutement et formation ») afin de poursuivre l'entreprise.

Ce que je qualifie donc de travail du champ interne est l'ensemble des activités qui vont être « produites » par la structure URAT.

L'élaboration d'une journée de prise en charge fait partie intégrante de ce champ. Elle conditionnera l'ensemble des ressources que nous recommanderons d'allouer au projet.

Le point de départ de la structuration du travail du groupe, consiste à décomposer l'organisation d'une journée en tâches c'est-à-dire tous les éléments du processus de prise en charge d'un patient TSA au sein de la future structure (besoins en fonctions des profils patients).

[44] BOUTINET Jean-Pierre, Psychologie des conduites à projet. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2004.

Cette décomposition en processus nous permettra de nommer des responsables de tâches (prises en charge journalières nécessaires ou/et recommandées) en fonction de leurs compétences (soins, éducatif).

Cette planification de tâches me semble cohérente car elle fait appel au domaine d'expertise et de pratique de chaque participant (critères initiaux d'inclusion dans le groupe pour la réalisation du livrable attendu).

Nous aurons de ce fait la possibilité de modéliser l'organisation de ce groupe en sous-groupe de travail par compétence (favorisant ainsi la proximité entre membre et la dynamique de l'équipe projet, voire de « challenge inter équipe »).

Dans ce cadre, nous devons donc nous appuyer sur une méthodologie structurante afin de parvenir à l'élaboration et la description des prises en charge nécessaires.

L'HAS, en 2004 [45] , définit le chemin clinique comme la description d'une prise en charge à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse de processus.

Elle permet en outre la coordination des acteurs de la prise en charge mais également la rationalisation des soins c'est-à-dire l'attribution des ressources qui leur sont nécessaires.

Dans ce cadre il est nécessaire fournir des ressources documentaires au groupe afin de pouvoir définir ce chemin clinique :

Dans un premier temps nous leur fourniront :

- Le guide de bonnes pratiques HAS.
- L'appel à projet initial de l'ARS.
- Le dossier de candidature de l'établissement.
- Le dossier de création de l'unité TSA interne à la MAS

Ces ressources seront bien sûr enrichies par le travail du champ externe, notamment par des documentations (projets, masse « RH ») ou des fiches de postes que nous ambitionnons d'obtenir.

[45] Guide du chemin clinique de l'HAS

Chaque membre du groupe peut également choisir et décider de mettre à disposition des ressources documentaires ou exposer une expérience (formation par exemple) en lien avec le travail en cours.

Cette possibilité permet de favoriser l'apparition de facteurs d'implications et d'engagements dans le projet mais également son appropriation par les participants.

Ces éléments représentent, à mon sens, des leviers managériaux vers le succès de cette entreprise.

Ces ressources sont denses et nécessiteront d'être clairement explicitées, je compte avant tout exposer et justifier les raisons qui ont motivé ce choix préliminaire de leur fournir ces apports (notamment à l'appui du cadrage initial du projet).

Grace à :

- Cette clarification
- L'explication sur mes choix et l'angle de vision élargie offert aux participants.

J'objective de positionner les membres du groupe en capacité de pouvoir réaliser les liens avec leur pratiques quotidiennes (pour la plupart d'entre eux, ces méthodes sont déjà utilisées).

L'interrogation sur les pratiques du quotidien, l'élargissement de leur vision professionnelle ainsi que sur des pratiques collectives permettra secondairement des échanges par ce que je définie comme un « effet de contagion ».

Cet effet je le défini par le questionnement d'un acteur initié par l'échange avec ses pairs générant une réflexion secondaire dans le cadre d'échanges en dehors du groupe. Ceci impliquant un questionnement d'un autre acteur sur sa propre pratique (effet miroir).

En ressource de ce travail de réflexion sur les interventions souhaitées, nous prendrons également appui sur le cahier des charges de l'unité interne TSA réalisé par certains membres de ce groupe. Cette démarche nous permettra :

- Une clarification des attendus
- Une meilleure compréhension de la part des participants
- De pouvoir guider leur réflexion.

Voici à titre d'exemple ce que nous allons mettre à disposition du groupe afin d'initier la réflexion autour des processus d'intervention de chacun relative à la création des chemins cliniques de la future URAT.

Exemple d'un planning de la journée d'un patient accueillie en URAT :

l'information ou de la consigne donnée, et de limiter le verbal (en termes de quantité) en privilégiant des consignes simples données sur une intonation adaptée et les pictogrammes (méthode PECS).

En prenant en compte tous ces paramètres, il est envisagé le déroulement d'une journée type de la façon suivante, dont les objectifs sont de :

- Trouver l'origine et résoudre le comportement-problème, dans la mesure du possible,
- Préciser le projet individualisé en l'adaptant à l'évolution du résident,
- Préparer à la sortie.

HORAIRES	PLANNING DES RÉSIDENTS
7h00 - 9h00	Réveil et lever (avec des stimuli adaptés) dans le respect du rythme du résident
8h30 - 9h00	Petit déjeuner en salle commune
9h30 - 10h00	Toilette, douche, bain et soins si nécessaire
9h30 - 12h00	<p>Actions en lien avec la préparation à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnements extérieurs (RDV divers en lien avec des explorations ou suivis somatiques ou rencontres avec des partenaires du médico-social en fonction du projet de sortie travaillé dès l'admission). • Accompagnement du résident pour des temps de rencontres et d'adaptation aux futurs lieux d'accueil prenant le relai de l'Unité renforcée. <p><u>OU</u></p> <p>Activités pour la stabilisation, le maintien des acquis, et la diminution des comportements-problèmes selon les objectifs du projet individualisé du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salle d'activité (porte ouverte et libre adhésion), activités d'écoute musicale, lecture de contes, accompagnement dans des tâches structurant la concentration, modelage peinture, promenade dans le parc, prise en charge en salle de psychomotricité (salle Snoezelen, jeux de ballon).
12h00 - 13h00	Repas en salle commune ou non
13h00 - 14h00	Temps de repos, sieste si souhaité
14h00 - 16h00	<p>Actions en lien avec la préparation à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnements extérieurs (RDV divers en lien avec des explorations ou suivis somatiques ou rencontres avec des partenaires du médico-social en fonction du projet de sortie travaillé dès l'admission). • Accompagnement du résident pour des temps de rencontres et d'adaptation aux futurs lieux d'accueil prenant le relai de l'Unité renforcée. <p><u>OU</u></p> <p>Activités pour la stabilisation, le maintien des acquis, et la diminution des comportements-problèmes selon les objectifs du projet individualisé du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salle d'activité (porte ouverte et libre adhésion), activités d'écoute musicale, lecture de contes, accompagnement dans des tâches structurant la concentration, modelage peinture, promenade dans le parc, prise en charge en salle de psychomotricité (salle Snoezelen, jeux de ballon).
16h00 - 16h30	Goûter en salle commune ou non
16h30 - 19h00	Accompagnements individualisés Détente, bain, projets spécifiques à chacun.
19h00 - 20h00	Dîner en salle commune ou non
20h00 - 21h00	Toilette, détente, télévision... coucher

La finalité de cette analyse par processus nous fournira l'organisation des pratiques et des interventions nécessaires au fonctionnement de la future unité en fonction du public cible.

Elle constituera la base de la définition des chemins cliniques de l'URAT.

La définition du niveau d'expertise ou de maîtrise souhaitée en fonction des rôles par fonction pourra de ce fait être ajustée.

Elle donnera lieu à une expression des besoins en personnel nécessaire pour accomplir les tâches relatives aux chemins cliniques élaborées par le groupe de travail.

Afin de guider et d'enrichir la réflexion nous tenterons d'obtenir des données « RH » des structures visitées dans le cadre de notre démarche de « benchmarking » (champ de travail externe et préliminaire **cf. partie 6.6.1**) afin de pouvoir comparer les résultats de notre travail par rapport aux valeurs nominales d'une structure opérationnelle.

En fonction de la nature des interventions de prise en charge retenues comme nécessaires, des compétences devront être exigibles afin d'assurer le fonctionnement de l'URAT tel que défini par le groupe.

Avec l'aide d'une cartographie des compétences, mais également des informations relatives aux formations existantes (recherche) ou choisie par les établissements que nous souhaitons visiter, nous serons en mesure de définir le profil de compétence type souhaité par acteur et nécessaire au projet futur.

Cet élément servira d'appui à la réalisation des fiches de postes et du dispositif d'adaptation au rôle souhaité (plan de formation)

Le travail du champ interne semble ici plus simple.

Cependant il nécessite l'apport de beaucoup d'éléments issus du champ externe afin de bénéficier de base de travail claire et en phase avec le cadrage du projet par les autorités de tutelles.

Ici, la méthodologie employée, l'analyse par processus, tendent à faciliter le travail collectif et permettent de surcroît le maintien d'un cadre strict dans la construction. Elle permet la délimitation des rôles de chacun et évite de la dispersion des ressources nécessaires. Elle est également une aide pour la visibilité des participants.

Cependant il est impératif d'unifier les processus en un processus que je qualifie de globale ou unique (document synthétique) sous peine de se retrouver avec une « masse » documentaire de « process » risquant de nous faire perdre l'objectif initial du groupe mais également la mission première de la future structure.

Cet élément est un enjeu de vigilance quant à cette séquence du projet.

6.6.3 Le travail avec l'établissement support

Dans le cadre de ce projet, le COPIL structure nos échanges et notre communication ascendante. Il est le maître d'œuvre en charge de l'application de la politique stratégique de l'établissement incarné par la réalisation de ce projet d'ouverture et de création de structure.

Chaque avancée dans le champ externe et interne (groupe de travail) donne lieu à des comptes rendus qui sont adressés aux membres du COPIL afin qu'ils soient en capacité de suivre le déroulement du projet. Secondairement ceci leur permet également de s'assurer que l'avancée du projet respecte leurs directives.

Cependant la particularité de la structure support de la future URAT (la MAS) nécessite des échanges fréquents avec notre établissement support.

En effet la MAS (**cf. partie 4.3**) est un établissement médico-social rattaché à un Etablissement Public de Santé.

Par conséquent les liens fonctionnels sont importants tant au niveau de l'organisation décisionnaire que dans la gestion budgétaire.

Cette donnée que je qualifie en cascade vient complexifier les liens fonctionnels car en l'état l'URAT à pour support la MAS, la MAS à pour support l'établissement Barthélemy Durand.

Par conséquent dans un schéma de ce type deux hypothèses de fonctionnement peuvent se poser :

- Une direction par délégation de direction positionnée sur la MAS et encadrant l'URAT (elle-même redevable à l'EPS Barthélemy Durand)
- Une direction totalement décentralisée des deux sites et gérant d'un côté l'URAT et de l'autre la MAS (absence d'autonomie décisionnaire).

Pourquoi s'interroger à ce moment sur des aspects qui semble éloignés de nos missions ?

Dans un premier temps, je pense que la faisabilité du projet en termes d'accessibilité à des informations (enveloppe budgétaire du projet à ce stade par exemple) justifie notre questionnement. Ces données sont utiles dans le cadre de notre mission donc cette interrogation ne me semble pas dénuée de sens.

Secondairement, le projet sera mené jusqu'à son terme en matière de réalisation quel que soit le retard pris (**cf. partie 5.4** analyse stratégique SWOT, « obligation contractuelle de l'établissement »).

Par conséquent, en prenant appui sur cette même analyse, je pense que les modalités de fonctionnement doivent être optimisées, ne serait ce que par la taille des deux structures médico-sociales qui représentent presque un pôle dans un autre pôle d'activité.

Cette « masse » structurelle sera de surcroît rattachée à un établissement de référence dont les missions par nature (sanitaire) sont différentes au regard des spécificités du secteur médico-social.

Ce questionnement sur le fonctionnement futur est à prendre en compte, Cependant, notre priorité actuelle est la continuité de la mission qui nous est confiée.

Dans la structuration de nos axes de travail, nous devons nous assurer d'avoir des informations pertinentes afin d'alimenter le travail du groupe,

Mais il est de surcroît complexe de ne pas être en capacité d'avoir les informations correctes. La difficulté consiste à baser des estimations sur des hypothèses qui peuvent se révéler erronées (ressource à allouer au volet formation par exemple impliquant un choix en fonction des priorités nécessaires et des ressources disponibles).

Un autre enjeu est également présent et impacte le fonctionnement de la future structure.

Dans le cadre des modalités d'adressage sur l'URAT, l'établissement de rattachement ne sera pas en maîtrise de ce processus, au même titre que les deux établissements Médico sociaux rattachés n'auront que peu d'autonomie de décision. Par conséquent quelle pourra être le rôle de la fonction support de l'établissement de rattachement (EPS) ?

Dans le cas où des besoins ou ressources s'avèrent nécessaires quel sera le circuit à retenir ?

Est-il pertinent d'établir un rééquilibrage décisionnaire ou d'établir un circuit optimisé voire dédié avec l'établissement de rattachement ?

Y aura-t-il des éléments rectificatifs (ou imposés) de la part des autorités de tutelles (ARS) concernant l'organisation de l'URAT dans ses relations avec son établissement support (ici la MAS) engendrant également des modifications entre la MAS et son établissement de rattachement (EPS) ?

Certains éléments (mutualisation projetée dans le dossier de réponse d'appel à projet) suscitent également notre interrogation.

Est-ce que ces mutualisations sont validées alors que les rendus du groupe sont en cours de réalisation ou est-ce qu'il s'agit uniquement d'estimations dans un cadre de faisabilité au vu des ressources escomptées ? Mais lesquelles et sur quelles bases ? (Ressources documentaires présentes à exploiter pour notre mission ?)

Ces interrogations je les mets en perspective au regard de mon analyse SWOT précédente (cf. partie 5.4).

Je pense qu'à partir d'une masse critique une délégation de direction permettant des décisions stratégiques dans un cadre de fonctionnement établis et à proximité des enjeux est pertinente et permet d'optimiser le fonctionnement d'une organisation.

Cependant, la gestion de notre communication au sein de ce projet nous impose de coordonner la circulation de l'information « pertinente ».

Dans ce cadre, ce niveau de travail au sein du groupe n'a pas vocation à être médiatisé, tout simplement parce qu'il n'apporte aucune ressource aux membres du groupe mais que bien au contraire il serait susceptible de générer un questionnement qui ne rentre pas dans les objectifs qui lui sont attribués dans cette séquence.

Dans le cadre du binôme de travail que nous formons avec notre CSS nous projetons de rencontrer tout d'abord la direction fonctionnelle de la MAS (délégation de la direction centrale) afin de pouvoir mettre en place les prémices d'un dialogue plus simple avec notre établissement de rattachement.

Plusieurs axes de travail sont donc nécessairement à considérer :

- La place de la structure d'appui (MAS) dans le dispositif
- Les mutualisations escomptées (utile pour l'expression des besoins URAT)
- Un dialogue de gestion (MAS et URAT)
- La place des deux structures médico-sociales au sein du pôle actuel

6.7 L'organisation du groupe

Dans un premier temps, la fréquence de réunion retenue est d'une fois par mois.

Cette donnée peut être adaptée au fil du temps.

Un cadencement de réunion plénière une fois tous les 15 jours en alternance avec la création de sous-groupe de travail suivant la thématique en cours peut également être envisagée.

Notre organisation doit être adaptable et anticipatoire.

Les membres du groupe sont avertis du calendrier des réunions par l'intermédiaire de leur adresse électronique professionnelle ou à défaut par un courrier interne. La planification des réunions (sur deux mois dans un premier temps) leur a été remise initialement.

Dans le cadre de leur présence, ils sont logiquement dégagés de leurs obligations professionnelles habituelles. Ils ont un accès si besoin à des ressources informatiques (postes accessibles dans des salles de la structure pouvant être mises à disposition du groupe).

Chaque réunion (d'une durée de 1 heure et demie dans un premier temps) donne lieu à un compte rendu (établis par nous-même ou un référent nommé), adressé aux membres du groupe mais également au COPIL « projet ».

Cette action de traçabilité et de communication ascendante et horizontale permet :

- Aux membres du groupe de pouvoir se situer dans le processus de travail en cours (thématique en cours ou réflexion ou à mener pour la prochaine séance, information de notre médecin coordonnateur ne pouvant pas être présent sur chaque séance projetée).
- De garantir un niveau d'information constant avec le COPIL afin qu'il puisse s'assurer de la bonne marche du projet en cours ou si des réajustements doivent être réalisés.

En fonction des résultats des actions entreprises dans le travail externe à la structure, des membres peuvent être associés à des déplacements extérieurs (en plus des visites projetées de notre structure) afin de d'apporter une ressource supplémentaire au travail du groupe.

La prise en compte des conditions de travail des acteurs du projet qui sont volontaires dans le cadre du groupe est un élément important à considérer. Additionnée à notre gestion managériale, elles contribuent à la mise en place des conditions propices au bon déroulement de la séquence projetée.

6.8 Plan d'action

La première réunion du groupe pris en charge est prévue **le 12 avril**. Par conséquent il, va être nécessaire de planifier dans la mesure du possible les actions à mener au préalable afin de pouvoir donner au groupe un cadre de travail claire quant aux attendus.

- 1) **Le dialogue avec les autorités de tutelles (ARS)** afin de clarifier nos missions est donc primordiale. Secondairement, nous préciserons en leur compagnie les modalités attendues des partenariats demandés et/ou souhaités dans le cadre du cahier des charges. Ces éléments seront de tout façon à modéliser en fonction des missions de la structure.

Dans le même cadre (et après approbation du COPIL) il serait également pertinent de connaître si des éventuelles modifications au cahier des charges initial sont prévus (des liens avec la MDPH/CDAPH seront également à envisager.)

Une première entrevue (en distancielle) est prévue le 9 février 2022, suivi d'une autre associant l'ARS et les deux autres candidats à l'appel à projet URAT (Webinaire) le 22 juin 2022.

- 2) **Le benchmarking** permettra d'alimenter la réflexion du groupe mais également la nôtre, sur le vécu, les pratiques et le fonctionnement des structures accueillant le même public.
L'amélioration du contexte sanitaire nous permet maintenant (si notre calendrier nous le permet) de pouvoir envisager la visite de structures presque identiques.

Un contact est pris avec l'URAT de Montlignon (première URAT pour enfant, ouverte en novembre 2021 à l'appui d'un cahier des charges semblable aux public adulte). Une visite est planifiée pour le 17 février 2022.

- 3) **La création de lien** avec nos futurs partenaires réseau nous permettra de mieux cibler leurs attendus et de pouvoir les confronter aux nôtres (continuité des entrées /sorties au sein de la structure). Cela fournira également des pistes de réflexion au groupe dans leur élaboration du quotidien.

Un rapprochement avec l'UMI Ouest est à prévoir (rencontre dans le cadre de notre structure par exemple).

4) **Dimension partenariale à créer.**

Cette offre de soins très réduite impose une coordination entre acteur de surcroît en proie aux mêmes interrogations.

Cependant, la création de cette unité met en lumière, par son caractère expérimental, l'impossibilité de pouvoir se conformer à des existants. La recherche risque dans ce cas de se limiter, dans un premier temps, aux autres structures ayant répondu au même appel à projet.

Un premier contact est pris avec l'association « Vivre et Devenir » (candidat également retenu pour le projet URAT en référence des départements 93,34 et 77). Un premier rendez-vous en distanciel est posé le 7 février 2022, suivi du souhait de nos interlocuteurs de venir nous rencontrer sur notre site courant mai.

5) **A long terme, mise en place d'un dialogue constructif avec notre établissement**

support ne se limitant pas à la commande d'un livrable mais plutôt dans une politique de long terme et de Co-construction d'un projet novateur bénéficiant à chacun des partis (compétences d'un côté, attractivité et visibilité au sein du territoire de l'autre par la spécialisation de ses unités de références).

Ce dialogue doit être structuré et objectivé lors de nos échanges dans le cadre du COPIL (cf. partie 6.6.3) mais également lors des conseils de direction interne de la MAS (l'approche multi angle est à privilégier car elle est à mettre au regard des éléments susceptible d'influencer l'organisation sur des segments différents).

Voici en synthèse, les premières actions qui vont être réalisées en préalable de la première réunion du groupe de travail.



7 La mise en œuvre

7.1 Le benchmarking

7.1.1 L'URAT de Montlignon

L'URAT de Montlignon est située dans le Val D'Oise (95). C'est un établissement médico-social administré par un acteur privé mutualiste (mutuelle « La Mayotte »).

Cet ensemble est constitué :

- D'un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) accueillant 59 enfants de 12 à 18 ans, en internat ou semi internat, présentant des difficultés psychologiques en leur proposant des soins adaptés, une scolarisation aménagée ainsi qu'un parcours éducatif ayant pour objectif l'acquisition de leur autonomie.
- D'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) prenant en charge 24 enfants et ayant pour mission le maintien en milieu ordinaire (scolarisation et vie sociale).
- D'une URAT ouverte en novembre 2021, accueillant 5 adolescents ou jeunes adultes de 10 à 18 ans, en situation de handicap et/ou avec des troubles associés du spectre autistique.

En totalité cet ensemble a pour capacité :

- 46 places en externat (SESSAD compris).
- 72 places d'internat.
- 77 places d'internat de semaine.
- 64 places en semi internat.

Dans le cadre de notre projet, les éléments constituant la structuration de cette URAT semblent similaires à ceux qui nous sont demandés par nos autorités de tutelles (articulation UMI, USIDATU et MDPH), seul diffère le public accueilli et certaines modalités liées à cette particularité (public mineur).

Nous sommes accueillis chaleureusement par Madame Pedro, Directrice de site et Madame Cucciarre, chef de service, adjointe de Direction (dont les fonctions d'encadrement sont similaires aux nôtres).

L'URAT a une capacité de 5 places, actuellement, 4 enfants sont accueillis et les admissions ont été faites de façon progressive depuis l'ouverture, toutes en aval de l'USIDATU. Nos interlocuteurs tiennent à nous rassurer quant à l'accompagnement des structures partenaires dans le dispositif. Il existe une très bonne collaboration avec l'USIDATU, l'UMI Ouest, ainsi que l'ARS.

Plusieurs éléments viennent alimenter nos réflexions en cours.

Dans le cadre des prises en charge du quotidien, c'est à dire au niveau des stratégies d'accompagnement, il paraît très important d'obtenir un recueil exhaustif d'informations sur le patient avec TSA en amont de son admission (rôle important de l'UMI Ouest, de l'USIDATU ainsi que des familles des personnes accueillies).

Un temps d'observation d'un à deux mois est nécessaire pour pouvoir élaborer un projet personnel individualisé.

Ce qui a été observé, depuis l'ouverture de l'URAT de Montlignon, c'est l'importance de la stratégie d'accompagnement sur un versant éducatif venant agir immédiatement de manière positive sur les troubles du comportement.

Cet abord éducatif semble avoir plus d'impact sur les troubles comparé à l'accompagnement « soignant » en USIDATU.

Les réponses ne sont pas les mêmes : là où une réponse à type de contention/Mise en retrait en post passage à l'acte est apportée, ici une proposition d'activité/Balade ou autres sont faite pour aider le patient à se décharger d'une tension émotionnelle ou physique, associée à des techniques de désescalade lorsque cela s'avère nécessaire.

L'accompagnement sur un versant éducatif s'avère donc primordial en termes de ressources humaines à mobiliser.

Nos interlocuteurs attirent notre attention sur l'importance du dispositif de formation à destination des professionnels de l'URAT avant l'ouverture. Un temps d'environ vingt jours de formation est à répartir entre différentes sessions : un organisme nous est conseillé : **LearnEnjoy**.

On nous conseille également de cibler en termes de contenus l'approche globale de l'Autisme, les différents moyens de communication (pictogramme, Makaton [46]), ainsi que tout ce qui est en lien avec les comportements problèmes.

Plus précisément, un temps de formation comprenant un passage en USIDATU dans le cadre d'un tutorat des futurs professionnels de l'URAT doit être planifié en amont de l'ouverture. Ce dispositif est soutenu par l'ARS.

Ces informations nous permettent d'orienter nos recherches sur les formations existantes, mais également le temps de formation qu'il est nécessaire d'allouer au projet.

[46] Méthode qui combine l'utilisation de signes, des pictogrammes et la parole.

Dans cette optique, la procédure de recrutement doit donc prendre en compte cette nécessité de temps impérative avant l'ouverture de la structure. Il est nécessaire d'ajuster la mise en place du dispositif de recrutement en fonction du volet formation choisit.

Notre vigilance a également été attirée par le matériel et les équipements de la structure. Notamment par leurs caractéristiques fonctionnels et sécuritaires.

Depuis l'ouverture de la structure, les enfants accueillis ont déjà mis à rude épreuve le bâti : (trous dans les murs, interrupteurs cassés, téléphones arrachés...). Tout est mis sous protection (coffrage pour les téléviseurs, rideaux coulissants masquant les meubles de cuisine, interrupteurs de commandes des volets fermés dans des placards à clé).

Tout l'ameublement a été commandé et réalisé sur mesure auprès de la société CréObois (ameublement des chambres, cuisine équipée et même l'espace de calme retrait capitonné, qui a conservé son intégrité).

Ces meubles sont solides et adaptés aux personnes avec TSA et ils ne paraissent pas détériorés à ce jour.

L'accent est mis sur les affichages et pictogrammes adaptés aux personnes présentant des TSA (panneaux avec scratch permettant le repositionnement des supports visuels).

Le sol (aux couleurs pastel imitation parquet) est en vinyle très épais (sensation d'amorti au niveau de la marche). Les murs de l'établissement et des chambres sont blancs ou bleus. Les lumières sont modulables. Les stimulations visuelles sont donc maîtrisées.

En plus des formations nécessaires à la gestion des comportements aigus, la mise en sécurité des personnels nécessite des équipements spécifiques.

Ici, le système de bracelet « DATI [47] » de marque « Stanley » que l'agent porte au poignet est moins susceptible d'être détérioré qu'un téléphone qui peut être saisi par les usagers lors d'un passage à l'acte.

[47] Dispositif d'alarme pour travailleur isolé.

Il nous est recommandé dans le cadre de la protection individuelle des équipes, l'acquisition de manchons de protection pour éviter les morsures lors des contentions physiques.

En termes d'attractivité pour les recrutements à venir, voici l'argumentaire que l'on nous conseille de déployer :

- Insister sur l'aspect novateur du projet.
- Mettre en avant la plus-value représentée en termes de parcours professionnel (compétences développées)
- Les aspects évolutifs d'exercice dans une dynamique participative au niveau des personnels
- Insister sur l'esprit d'équipe et de cohésion
- De mettre en avant des dispositifs novateurs (par exemple sur Montlignon Séances d'Ostéopathie sur site à destination des personnels une fois par mois)

Secondairement dans le cadre du fonctionnement de la future unité, il nous est également suggéré de :

- Faire preuve de transparence concernant les difficultés qui peuvent être rencontrées.
- Mettre en place des groupes de supervision très rapidement.
- Faire circuler la parole.
- De gagner la confiance des équipes par la disponibilité et un accompagnement managérial de proximité et réactif.
- D'inclure les professionnels dans le portage de ce projet en s'appuyant sur les leaders positifs.

Nous devons également adapter notre communication en amont de l'ouverture et en toute transparence sur cette future unité auprès du personnel de la MAS.

Ce pré requis représente un enjeu pour l'attractivité de la future unité.

L'objectif est de créer l'envie de venir éventuellement y travailler, voire de faciliter les possibilités de mutualisation de personnel le cas échéant et enfin pour rassurer les équipes en postes et démystifier le projet en cours.

7.1.2 Bilan

Tout d'abord, contrairement à notre première visite à l'USIDATU en novembre 2019, il ressort ici une impression de sérénité, de calme, et une énorme positivité de la part de nos hôtes.

L'enthousiasme des professionnels rencontrés en poste conjugué à leur lucidité et leur capacité à réajuster les stratégies d'accompagnement au besoin, semblent être des atouts majeurs pour mener à bien cette entreprise.

L'URAT de Montlignon est à mon avis, un exemple à suivre en termes de conduite de projet et d'approche managériale.

L'opportunité de pouvoir réaliser cette visite nous apporte des éléments de vigilance à prendre en compte dans le cadre de notre conduite de projet :

- Le volet RH doit absolument prendre en compte la présence significative d'une équipe de professionnels socio-éducatifs (ME, AES, Educateurs spécialisés).
- Le dimensionnement RH devra donc certainement être modulé au gré de l'élaboration des stratégies d'accompagnement lors des groupes de réflexion sur les futures prises en charge.
- La définition et la formalisation de l'aspect « renfort » et mutualisation en cas de nécessité (base de volontariat pour l'ITEP de Montlignon)

Cette visite nous ouvre donc le champ des possibles, en faisant de ce projet URAT, un projet concret et viable dès lors que les moyens dédiés (humains, matériels) correspondent bien aux besoins.

7.2 Le partenariat

Dans le but de rendre logique et cohérente notre démarche projet, nous avons tenté d'entrer en contact avec les deux autres structures ayant candidatées pour cet appel à projet :

- L'association « L'élan retrouvé »
- L'association « Vivre et devenir »

Nous sommes entrés assez facilement en contact avec l'association « l'Elan Retrouvé » dont la structure a ouvert ses portes en fin d'année à Montreuil (93).

Cependant nous n'avons pas été en mesure d'établir un lien en vue d'une rencontre au vu des difficultés de chacun :

- L'association se trouvant en position de phase de recrutement RH et de formation avant ouverture.
- Parallèlement la MAS « Le Ponant » subissait une nouvelle vague épidémique en fin d'année 2021 et début 2022 limitant fortement ses capacités.

L'articulation entre cette structure et L'UMI « centre » faisant partie intégrante de cette structure associative multiple, nous interpelle. En effet, la même organisation intègre l'entité d'adressage UMI « centre » (92/93 et 75) et la structure d'amont.

Néanmoins, nous gardons comme objectif cette mise en lien car cet URAT est le premier ouvert des trois que doit compter l'île de France dans un futur proche.

La rareté de l'offre de soins existante à terme sur l'île de France dans la prise en charge des situations complexes des TSA justifiant, à mon sens, la création d'un partenariat quasi obligatoire.

7.2.1 L'association 'Vivre et devenir »

Le 7 février 2022, nous rencontrons enfin notre premier et espérons futur partenaire, engagé comme nous dans un projet de création d'un URAT.

L'association Vivre et devenir gère des établissements et services qui accueillent et accompagnent en priorité :

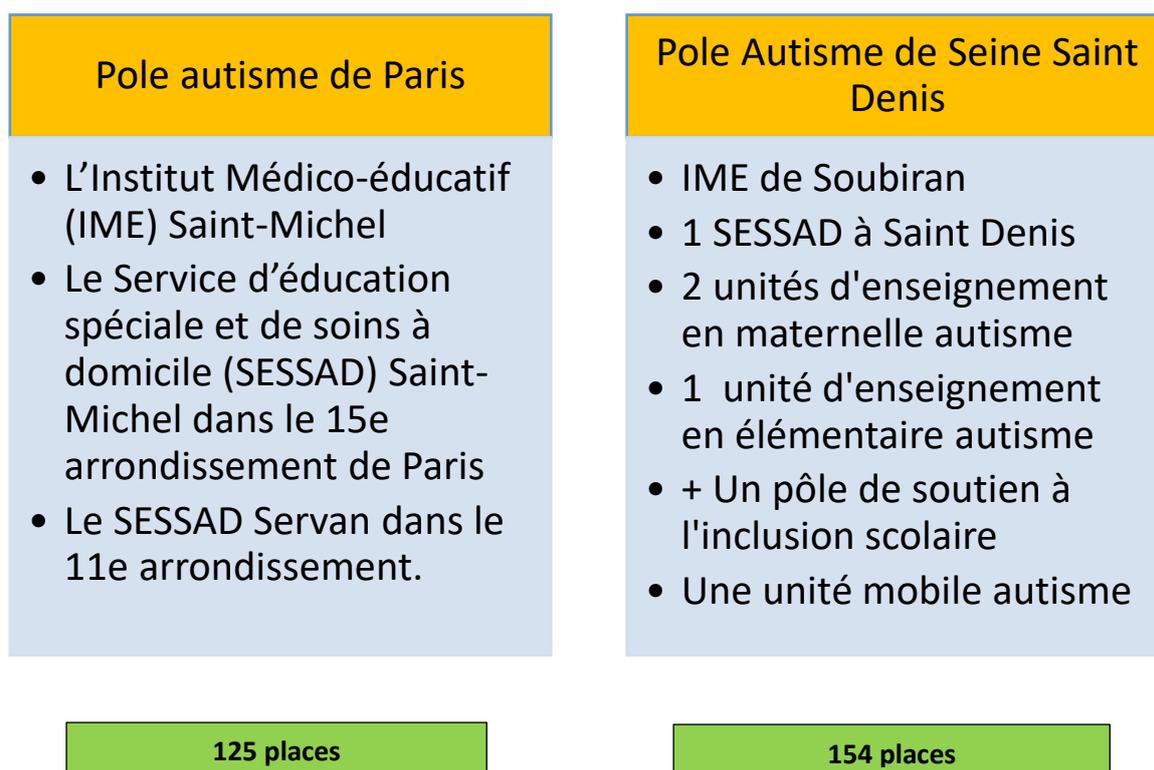
- Des enfants et adolescents en situation de handicap ou en difficulté sociale et/ou familiale.
- Des adultes en situation de handicap, de fragilité psychique ou de perte d'autonomie.

- Des adultes pour la prise en charge des cancers et des soins palliatifs, ainsi que la rééducation et la réadaptation

Historiquement cette association s'est structurée par la réunion de plusieurs sanatorium gérés par la congrégation religieuse « Marie Auxiliatrice ».

Aujourd'hui elle regroupe plus de vingt établissements et services, en Île-de-France, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les activités liées à notre secteur commun sont regroupées par l'association au sein de deux pôles autisme, un sur Paris et l'autre sur la Seine Saint Denis. La future URAT sera intégrée au Pôle Autisme de Seine Saint Denis.



A l'analyse de ce schéma, on s'aperçoit que l'association a structuré ses deux pôles en fonctions des objectifs définis par le second et le troisième plan « autisme » (cf. **parties 3.2.2 et 3.2.3**).

Ce plan fixait l'orientation par la création de SESSAD pour les enfants atteints de TSA (structure du pôle Autisme de Paris). Le Troisième plan fixait quant à lui des critères d'inclusivité par l'intégration scolaire des enfants atteints de TSA (structure du pôle de Seine Saint Denis).

Dans ce cadre, l'association s'appuie donc sur de nombreuses compétences et de multiples acteurs dans la prise en charge à temps complet ou en intervention extérieure des publics enfants atteints de TSA.

L'établissement de Villepinte « Saint Louis » est le site qui va accueillir la future structure. Ce site est composé d'une MAS pour polyhandicapés d'une capacité de 47 personnes adossé à un FAM.

La maturation du projet a été longue pour l'association, un changement de lieu ayant été réalisé afin de bâtir la future unité près de structures pouvant lui servir de support. Par conséquent, les plans déjà réalisés ont dû être retravaillés.

Nos interlocuteurs nous expliquent assez brièvement l'organisation de leur démarche projet. Nous décidons de ne pas devenir trop « intrusif » dans nos demandes dans le cadre d'un premier contact.

La confiance réciproque doit s'installer au cours de plusieurs échanges avant que des éléments de travail plus personnels à nos structures puissent être partagés.

Le groupe « prise en charge » que l'association a mis en place (dont ils ne nous précisent pas la composition) s'appuie essentiellement sur l'expertise de leurs structures partenaires avec des démarches de Benchmarking (visite URAT de Montlignon), leurs difficultés pour entrer en contact avec « L'élan Retrouvé » sont identiques aux nôtres.

Les coordonnées d'une structure type URAT à Niort nous sont communiqué (Dr NIARD), nous tenterons d'entrer en contact avec cette structure.

Leurs premières projections « RH » les conduisent à une estimation de 17,5 ETP pour le fonctionnement de leur future structure.

Leur questionnement quant à la place du projet dans le parcours de soins (aval ou amont de l'USIDATU) est identique au notre.

Nous semblons bénéficier de ressources expérientielles existantes plus importantes que les celles de nos interlocuteurs grâce à notre Maison d'accueil Spécialisée et notre projet d'unité TSA interne.

Cependant, la population cible du projet, concerne uniquement les adultes atteint de TSA. Par conséquent, les besoins et problématiques liées à ce public, risques sont différentes et ce, pour plusieurs raisons :

- Pour la plupart des sujets adultes, en fonction de l'adressage, ils sont atteints de problématiques comportementales déjà installées.
- Les critères d'expériences dans l'inclusivité et de dépistage précoce ne seront pas un avantage dans le cadre d'une situation complexe aigue, rémanente ou pérenne.
- L'établissement sur lequel va être adossée la future URAT n'a pas de lien dans son activité avec le champ des TSA.

A contrario, la prise en charge de ces troubles en termes de formation et de compétences pour les équipes est transposable vers un public adulte (méthodologies TEACH et ABBA prônées par l'HAS dans le cadre de la cause nationale de 2012 (Cf **partie 3.2.2**). Cette donnée permet à l'association de bénéficier d'équipes déjà formées à ces problématiques mais pour des publics différents.

7.2.2 Bilan

Dans le cadre de nos projets respectifs, nous pensons que les liens que nous pouvons créer avec l'association ne sont pas asymétriques. Malgré l'ambiance moins chaleureuse que celle que nous avons ressentie lors de notre visite de benchmarking à l'URAT de Montlignon (peut-être est-ce dû également au format distanciel), nous pensons que chacun est susceptible d'apporter des éléments de ressource à l'autre dans son processus de « création projet ».

Nous allons dans un premier temps fournir les grilles EPOCAA (Échelle Pour l'Observation des Comportements d'Adultes avec Autisme) que nos équipes éducatives utilisent afin de cerner les problématiques afin d'établir les projets individualisés de nos résidents atteints de TSA.

Enfin, au terme de notre échange très cordiale, nos interlocuteurs seraient fort intéressés, dans le cadre d'un échange d'expérience que nous puissions poser les bases d'un partenariat.

Cette proposition est très bien accueillie et nous convenons de planifier une rencontre qui sera faite dans notre structure au mois de mai (date non encore définie). Nous convenons également d'échanger d'éventuelles informations que chacune des parties pourraient obtenir (d'autres structures ou de l'ARS).

7.3 Dialogue avec les autorités de tutelles

Notre autorité de tutelle de référence est L'ARS de par sa mission de mise en application des stratégies nationales de santé (ici dans le cadre du troisième plan autisme), mais également en tant qu'initiateur de cet appel à projet lancé en 2017.

Par conséquent, cette première réunion organisée à leur initiative revêt des enjeux importants car elle va nous permettre de pouvoir dresser un large état de lieux de l'avancement du projet pour nous même mais également pour les autres structures concernées.

Certaines questions importantes que nous posons (organisation du dispositif et adressage) pour mener la suite de notre conduite de projet vont pouvoir peut-être trouver des réponses.

7.3.1 Première réunion avec L'ARS du 9 février 2022

Nous rencontrons en distanciel, Mme Delavoix, Inspectrice Déléguée en charge de l'Autisme de l'Essonne et Mme Hueys, Chargée de Mission pour la Stratégie « Autisme ». L'ambiance est cordiale et bienveillante.

Dans un premier temps nous reprenons les éléments calendaires du projet. L'arrêté d'autorisation a été délivré le 16 octobre 2018, il a une durée de 4 ans et doit logiquement aboutir à une ouverture 4 ans plus tard soit le 16 Octobre 2022.

Notre direction fonctionnelle et membre du COPIL du projet assiste également à distance à cette entrevue. Nous connaissons l'état d'avancés et les retards en cours dans le cadre du groupe « travaux » (Cf **partie 5.7 « état actuel du projet**), le dernier point chronologique de réception du bâti nous mène en février 2023.

Les rôles de chacun sont définis et clairs Je suis chargé de projet dans le cadre du groupe « prise en charge », nous referons au COPIL et lui adressons les livrables.

Nous ne sommes pas en décision des éléments stratégiques dépassant le cadre de nos missions.

Par conséquent, même si à ce moment nous savons que ce délai ne sera pas tenu, nous prenons cette information comme un élément nous permettant de gérer au mieux notre mission dans les délais impartis.

Néanmoins il est vraisemblable que la stratégie de l'établissement va devoir être adaptée, plusieurs situations me paraissent possibles :

- Un report d'ouverture qui entrainera certainement des pénalités quant aux budgets initiaux fixés au préalable par l'ARS (cas de non-respect des délais et jurisprudence associée).
- La possibilité d'une autorisation temporaire liée avec une conformité provisoire (ouverture à demie charge) afin de débloquer la ligne de crédit « RH », solution qui me paraît peu envisageable (le bâti n'est pas terminé).
- Une négociation qui se déroulerait entre le COPIL/Direction de l'établissement support et L'ARS sans médiatisation.

Nos interlocuteurs insistent sur « *le segment* » de réponse important que vont incarner les trois URAT d'Ile de France dans la prise en charge des TSA.

Par ces enjeux, l'ARS nous propose un accompagnement dans l'élaboration des besoins « RH » mais également sur la construction du volet formation.

De nouveaux critères sont alors définis et nous sont présentés.

Il est nécessaire de construire un lien étroit avec l'USIDATU. Par conséquent, le volet formation devra intégrer une période d'un mois obligatoire de formation à l'USIDATU.

Ce paramètre est important à considérer car le recrutement doit avoir lieu initialement un mois avant la date d'ouverture projetée.

Par conséquent, les procédures de recrutement doivent être avancées d'un mois (soit deux mois avant la date d'ouverture). Cette donnée corrobore celle recueillie dans le cadre de notre démarche de benchmarking (cf. **partie 7.1.1**)

En prenant en compte les délais « réels », les procédures de recrutement doivent être lancées en novembre 2022.

Ce délai doit être validé également au niveau des instances budgétaires (en plus du COPIL), car les crédits alloués pour le recrutement du personnel doivent être validés par les autorités tutelles et versés à l'établissement afin de commencer à rémunérer les agents recrutés durant leur période de formation.

Cette donnée est valable dans un cadre défini, c'est-à-dire le respect des délais. A notre niveau de compétence, ces éléments ne sont pas de notre prérogative et seul compte les délais de temps en lien avec la mission qui nous est assignée.

La connaissance de ces informations est néanmoins pertinente car elle nous permet d'avoir une vision globale du futur projet.

Mme Hueys nous offre la possibilité pour elle d'intégrer, et ce dès juin 2022, notre groupe « prise en charge » afin de nous offrir son aide.

Nous acceptons son offre, ce qui nous permettra de comparer notre état d'avancement en fonction des critères requis mais également de pouvoir tisser des liens de collaboration.

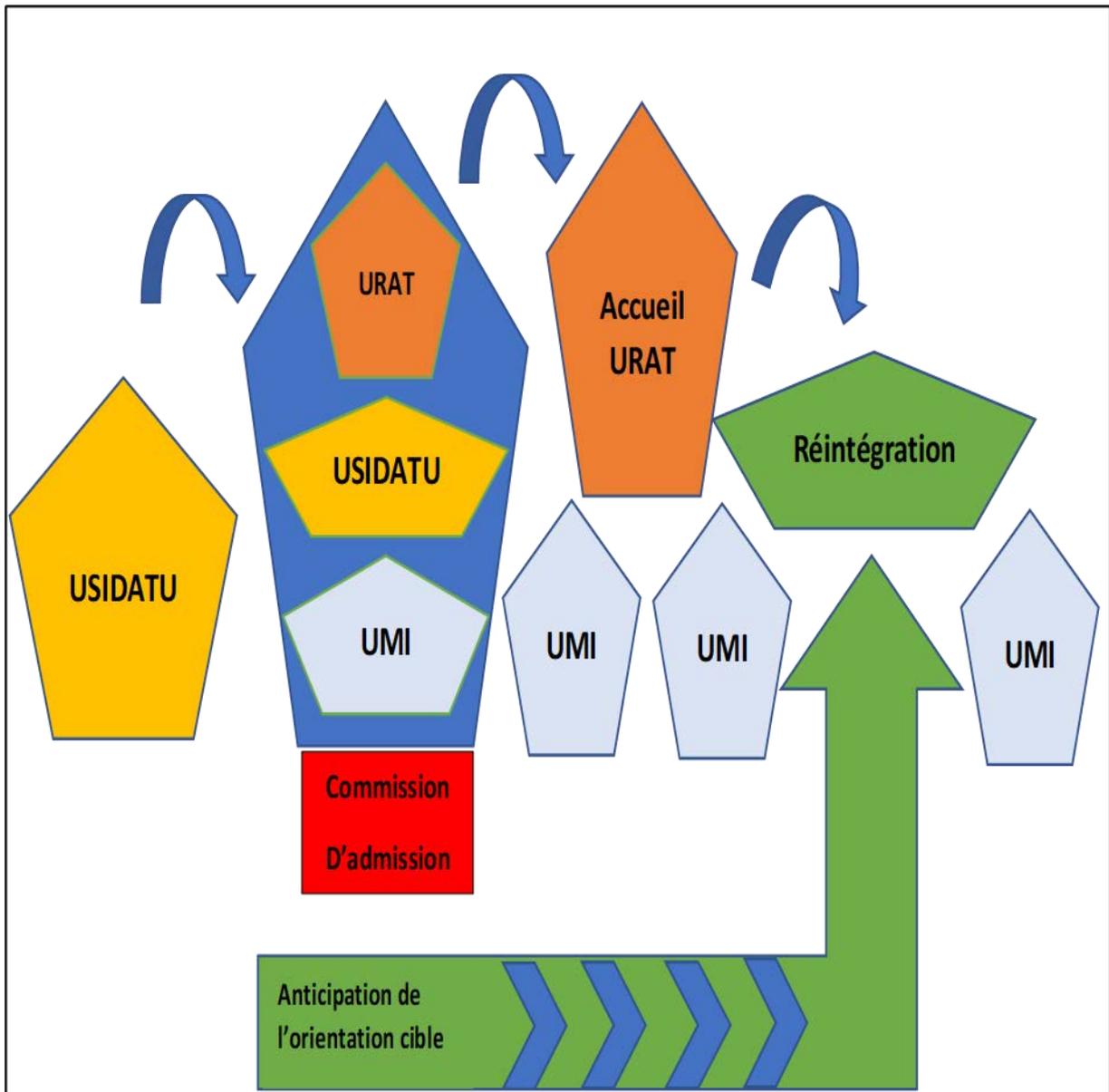
Nos interlocuteurs tiennent maintenant à situer (à notre demande) la place de l'URAT dans le parcours tel que le mentionne l'appel à projet.

L'USIDATU représente la solution d'amont dans le cadre des situations problèmes liées à prise en charge des TSA, l'UMI le partenaire adresseur et l'URAT l'unité d'aval.

Par conséquent, le lien avec l'adresseur (dans notre cas l'UMI ouest) doit être développé car il joue un rôle important « *dans les techniques d'appropriation et d'intégration vers l'URAT de référence* »

Cette information nécessite d'être plus clairement explicitée et suscite enfin une meilleure compréhension de la place que la future unité est appelée à jouer. Elle conditionne également les actions de liens et partenariats qui devront être engagés.

PROCESS D'ADMISSION DE L'URAT



SOURCE : ARS 2022

Voici le process à appliquer que nous remet notre autorité de tutelle lors de notre entrevue.

Ici est défini un nouvel organe appelé « commission d'admission » et regroupant les 3 acteurs principaux du parcours de soins (URAT, UMI et USIDATU).

Ce diagramme du process d'admission vient répondre aux interrogations que nous nous posons quant au rôle et à la position de l'URAT au sein du dispositif d'adressage et de coordination (cf. **partie 5**).

Cette précision de la place de la structure dans le processus (aval USIDATU) va nous permettre de préciser les orientations des actions souhaitées et donc y attribuer les ressources nécessaires.

7.3.2 Bilan

Dans le cadre de notre cheminement, nous possédons maintenant des éléments de ressources définissant plus précisément le projet :

- L'orientation de la construction des chemins cliniques devra privilégier les interventions éducatives (l'USIDATU assurant la plus grande part des investigations somatiques, l'URAT représentant l'aval de la situation aigue).
- Il sera nécessaire de prioriser les évaluations comportementales dans la recherche des comportements problèmes (développement des compétences en lien avec le plan de formation pour la maîtrise des évaluations)
- Le dimensionnement « RH » devra privilégier l'effectif éducatif.

Par ces précisions « le cap » de travail du groupe « prise en charge » est défini de manière précise.

La proposition liée à l'intégration de la chargée de mission pour la stratégie « autisme » au sein du groupe m'apparaît comme une opportunité et une ressource quant à l'atteinte et la réalisation de nos objectifs.

Ceci est accessoirement un moyen pour notre autorité de tutelle de s'assurer de l'avancée des livrables et de veiller également à la pertinence quant à la conduite du projet en cours (contrôle de son avancée et déploiement de la stratégie nationale).

On comprend dès lors la pertinence de la double stratégie déployée par l'ARS en organisant également un Webinaire entre les acteurs : elle marque ici sa volonté structurer le futur parcours et suivre au niveau micro l'avancée du travail.

Nous bénéficierons donc d'un double contrôle direct représenté par :

- Le COPIL
- Notre autorité de tutelles (ARS)

Ces données renforçant encore un peu plus le niveau d'enjeu du projet (pour nous et l'établissement).

7.4 Première réunion du groupe de travail

Pour cette première session de travail 8 participants sur 10 sont présents dont la majeure partie de l'équipe éducative.

Une brève présentation du groupe est effectuée, j'insiste sur les possibilités offertes par ce travail (« le champ des possibles reste ouvert ») afin de susciter la motivation et l'adhésion de ses membres.

Nous rappelons les priorités de travail en lien avec l'objectif du groupe (déterminer l'organisation à mettre en place pour élaborer le chemin clinique) :

- Décrire le processus de prise en charge en définissant les rôles des professionnels réaliser les actions définies comme nécessaires.
- Elaborer un chemin clinique à l'aide de ce processus (tableau journalier des interventions et intervenants).
- Déterminer l'organisation à mettre en place et son importance (« RH »).
- Les compétences nécessaires pour évoluer dans ce processus (formation, cartographie des compétences).

En ressource il est fourni au groupe :

- Les premiers éléments de recueil du travail du champ externe précisant la nature (cf. **partie 7.3.1**) et la place de la future structure sont exposés aux participants ainsi que le compte rendu de la démarche de Benchmarking
- Envoi en préalable de ressources documentaires aux participants (cahier des charges et de la réponse à l'appel à projet, guides bonnes pratiques HAS et du projet d'unité TSA interne).

Nous proposons un échange sur des thématiques, sur les questions que l'on peut se poser.

Les participants sont déjà conscients de l'importance représentée par la future équipe éducative au sein du projet et les premières réflexions porte sur la nature de l'encadrement de la structure (filrière sanitaire ou médico-sociale ?)

Enfin, un consensus autour du choix d'un Cadre Socio-Educatif se dégage car les équipes auront besoin d'appui par l'expérience et de référence (l'URAT reste un projet du champ médico-social).

Cependant la nécessité d'un lien fonctionnel de l'encadrement entre MAS et URAT est également évoqué.

Un questionnement est également présent à propos de de la mutualisation (appel à renfort ... « qui s'y rend ? ») et de la « Permanence temporelle » des équipes, important pour le suivi et repérante pour les patients (« *attention à la mutualisation « sauvage »* »)

D'autres pistes de travail sont également évoquées :

- Le travail de nuit en URAT
- La gestion de la crise (formations existantes et réalisées par les membres du groupe) et la gestion des troubles du comportement.
- La prise en compte d'espaces de paroles pour les équipes (APP [48] /supervisions).
- Proposition d'échanges entre pairs (présence de membres du groupe lors de la visite de l'association « vivre et devenir » second future URAT, ainsi que visite des membres du groupe sur Montlignon ?).

Les réflexions sont pertinentes, mais nous recentrons les échanges sur l'objectif du groupe à savoir la définition d'une journée type, Cette base départ de cheminement clinique est nécessaire afin d'y attribuer les moyens et déterminer l'organisation et ses contingences.

Le groupe approuve cette orientation.

Nous leur demandons de :

- Réfléchir sur le type de professionnels nécessaire à la structure pour prendre en charge la population ciblée (TSA).
- Réfléchir à comment pourrait se dérouler une journée type.

La prochaine réunion aura lieu dans un mois. Il est certain que certains participants utiliseront le temps du groupe ressource de l'unité TSA interne (réunie une fois par semaine) afin de poursuivre la réflexion engagée.

Par le questionnement initié, les compétences du groupe sont des ressources car le sujet est rapidement appréhendé. Les objets des actions de construction (questionnements annexes) sont déjà évoqués quant aux moyens d'assurer un une pérennité fonctionnelle à la structure.

L'organisation mise en place permet l'expression de chacun. Par conséquent il est probable que la dynamique du groupe soit déjà initiée au vu de la qualité et le contenu de ces premiers échanges (pertinence et recul professionnel).

[48] Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles

Au fur à mesure de l'avancé du groupe, des éléments tel que des planifications graphiques repérante (temporalité (Gant) jalonnant les thèmes de travail en cours pourront être réalisées en fonction des besoins.

7.5 Les premières données liées au dimensionnement des Ressources humaines

Lors de notre visite de benchmarking, nous avons recueilli les données « RH » concernant le fonctionnement nominal de la structure de Montlignon.

Volet « RH » URAT Montlignon	
ETP	FONCTION
	Direction (Mutualisation du temps entre structure et association)
1	Psychologue
2	IDE
4	« Veilleurs » de nuit
8	Accompagnants éducatif et social
4	Moniteur Educateur
3	Maitresse de maison
0.5	Psychomotricienne
TOTAL	22,5 ETP

Lors de notre visite, nos interlocuteurs nous ont annoncé 24,07 ETP au total, nous ne savons pas quel est la nature des éléments générant ce différentiel entre les moyens évoqués et le calcul effectif. Nous décidons de considérer comme base de calcul les éléments factuels.

Estimation de notre établissement en 2019	
Adjoint administratif	0,10
Cadre supérieur de santé	0,20
Cadre de santé	
Cadre éducatif	1,00
Aide-soignant (AS)	4,00
Aide médico-psychologique (AMP) et	-
Moniteur-éducateur	4,00
Agent des services hospitaliers (ASH)	1,60
Éducateur spécialisé	1,50
Infirmier (IDE)	5,00
Préparateur en pharmacie	0,09
Assistante sociale	0,50
Psychologue	0,30
Psychomotricien	0,60
Total personnel non médical	18,89

Reproduction interdite et limitée au cadre de ce travail

L'association « Vivre et devenir » ne nous a fourni que le nombre total d'ETP qu'ils envisage d'attribuer à ce stade, soit 17,5 ETP (sans nous préciser si des mutualisations de fonction étaient envisagées également).

Cette donnée mise en regard de celle de Montlignon, (22,5 ETP) unique unité en fonctionnement et notre futur structure (18,89 ETP) est la plus faible des 3. On note également que les projections des études (pour les deux structures) comportent des chiffres de fonctionnement inférieurs à l'unique structure URAT en fonction (sous dimensionnement des estimations ?).

Précisons les moyens attribués par filière pour les deux structures dont les données nous le permettent :

Structure	Filière	ETP
Montlignon	Sanitaire	2 sur total de 22, 5 ETP Soit 8,9% de la masse projetée
	Educative	12 sur total de 22.5 ETP Soit 53,3% de la masse projetée
URAT « Etampes »	Sanitaire	5 sur total de 18.89 Soit 26,5 % de la masse projetée
	Educative	5,5 sur total de 18.89 Soit 29,11 %de la masse projetée

L'orientation sanitaire des moyens estimés par Barthélemy Durand est deux fois plus importante (26,5% versus 8,9%) et ce malgré un effectif total projeté moins important (18,89 versus 22,5 ETP). L'orientation sanitaire de l'établissement conditionne-t-elle l'estimation de ces données ?

Si la donnée effective de fonctionnement d'efficience retenue est de 22.5 ETP, alors les estimations d'effectif total en ETP sont inférieures de :

16 % pour l'Etablissement Public de Santé « Barthélemy Durand ».

22 % pour l'association « Vivre et Devenir »

Au vu de l'orientation et de la place du dispositif :

- Dans le champ du secteur Médico-social
- Lié à la priorisation des prises en charges évaluatives comportementales réalisées par la filière éducative.

Il semble donc pertinent de s'interroger sur l'importance des ressources projetées par filières métiers car elles impliquent :

- Un enjeu de vigilance quant à l'importance de la cartographie des compétences souhaitées.
- Une vigilance dans la définition des fiches de postes.
- L'importance des formations nécessaires à l'adaptation de la fonction au poste dans la future structure.

Ces données brutes ne tiennent pas compte des possibilités de mutualisation, elles sont donc à envisager en plus des moyens dimensionnés au préalable (données pondérées).

Notre questionnement n'est cependant qu'à son début. D'autres données issues de notre travail vont nourrir notre étude et notre réflexion quant à la pertinence des moyens à alloués à ce projet au regard des priorités et des ressources nécessaires définis par le groupe dans le cadre des chemins cliniques.

Cependant, cette première approche constitue un enjeu de vigilance quant à la réalisation et à la pérennité future de ce projet.

7.6 Dialogue avec le COPIL et l'établissement support

L'ensemble du projet est structuré selon l'organisation retenue par l'établissement support (cf. **partie 5.5**), dans ce cadre la fonction de l'établissement est assimilable à celle d'un Comité de Direction (CODIR).

Chaque action que nous entreprenons dans le travail du champ interne (groupe de travail et thématique en cours) ou externe (benchmarking, rencontre sur site) donne lieu à un compte rendu qui est adressé à chaque membre du COPIL.

Nous privilégions l'envoi en continue d'informations liées à notre avancée et les réalisations des tâches en cours mais également les orientations et les objectifs que nous visons. Cette action permet au COPIL d'avoir une vision globale et précise de l'avancée du projet.

Ce travail de reporting peut paraître fastidieux, voir redondant car nous pourrions simplement choisir de fournir ces informations lors des réunions COPIL.

Cependant, la centralisation décisionnaire de l'établissement (cf. **partie 5.4** « analyse stratégique ») nous contraint de poser les bases d'une stratégie de fonctionnement avec le COPIL.

Dans le cadre du projet, ne bénéficions pas d'un réel calendrier des réunions du COPIL. Chaque action engageant un axe de travail du projet nécessite une action de la direction centrale (délégation de direction fonctionnelle sur le site MAS du responsable du COPIL URAT).

Par ces actions d'information et de communication en continue nous anticipons l'inertie liée à la structuration organisationnelle de la MAS/URAT par rapport à son établissement gestionnaire.

Ces particularités de fonctionnement nous imposent donc en plus de notre mission de responsable de groupe une vigilance supplémentaire qui lie la réussite de notre mission avec le maintien de la dynamique du groupe.

La production des tâches du groupe se doit d'être constante. Le risque inhérent lié à l'attente d'une directive liée aux réalisations en cours ou projetée nous obligerait à adopter une position statique dans le déroulé de la gestion du groupe.

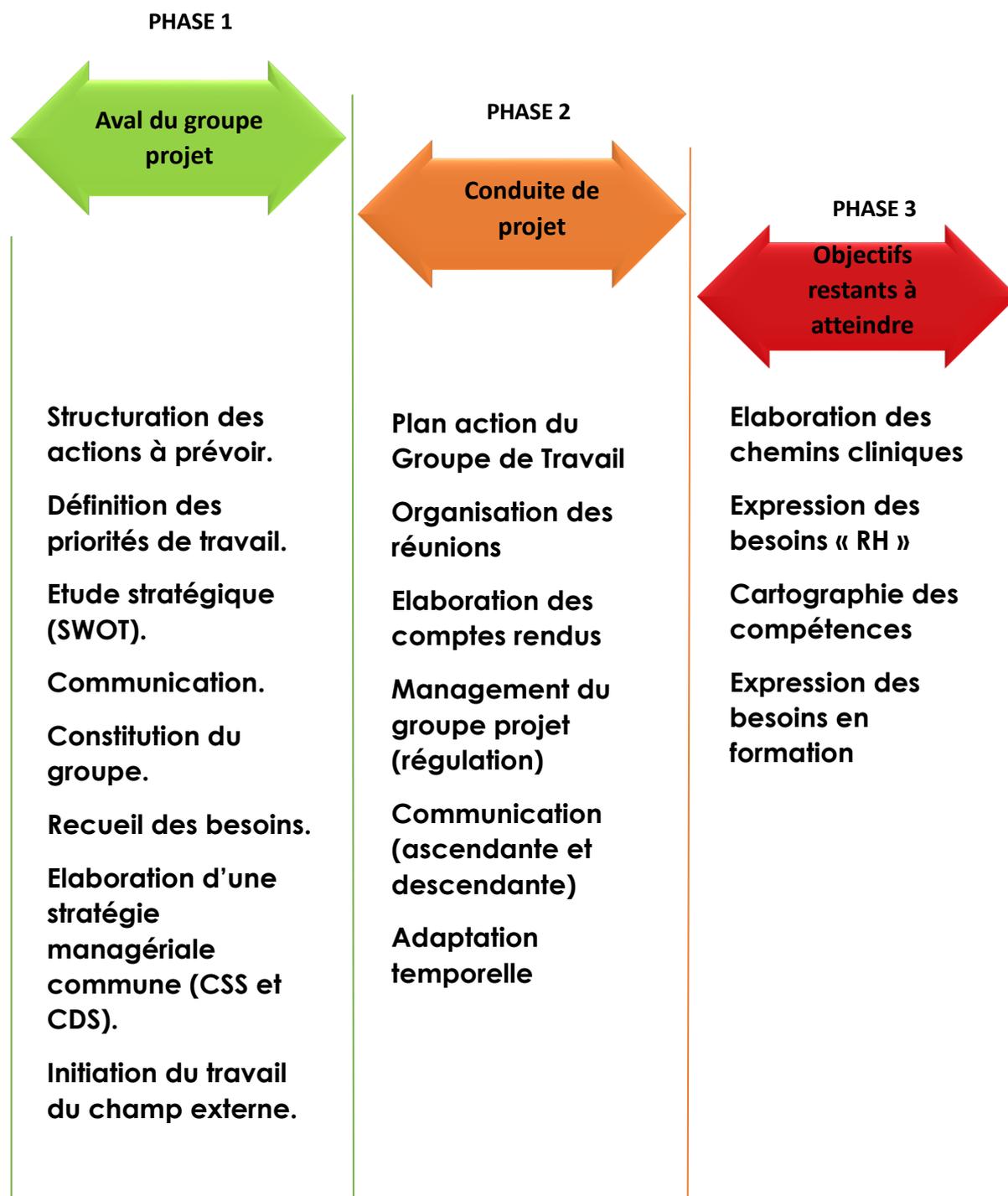
Cette donnée entraînerait le ralentissement du travail du groupe voire la suspension temporaire de ses réunions.

Par conséquent, c'est en adoptant une démarche d'anticipation en structurant notre travail en amont afin de le communiquer au COPIL, que nous avons décidé de fonctionner.

Notre démarche de clarté et d'échanges entreprise dans le cadre de notre mission » projet » semble aujourd'hui contribuer à installer la confiance avec le COPIL par les capacités du groupe « prise en charge » que nous avons structurée, malgré les retards et difficultés calendaires du projet (retards groupe travaux).

8 Focus sur la conduite de projet en cours

Dans le cadre de notre mission nous restons donc centré sur notre objectif final signifiant pour nous la réussite de notre gestion de projet. Ici, le groupe de travail est divisé en 3 phases représentatives de l'avancée de notre démarche. Notre situation actuelle est en phase 2.



Année 2021 2022

DECEMBRE

AVRIL

NOVEMBRE

Nous constatons que le travail préliminaire est assez dense dans son volume mais également dans les questionnements qu'il induit. Dans ce cadre, le temps de préparation et la rigueur qu'on lui accorde est sans doute un gage de réussite de la démarche projet.

8.1 Les indicateurs d'évaluations et de suivi

Dans le cadre de notre démarche projet, des éléments de référence vont nous permettre d'en estimer la progression et finalement l'atteinte de nos objectifs. Ces éléments nous sont utiles mais également pour le COPll du projet.

Différents critères d'évaluations peuvent être déclinés en indicateurs qualifiant la progression de ma démarche et permettant également son suivi.

Des données peuvent être extrapolées à partir de nos axes de travail (cf. partie 6.6). Par exemple nous pourrions obtenir une valeur en pourcentage de nos réalisations (ici des valeurs indicatives calculées à partir des items réalisés ou en cours) :

- Le champ de travail externes est réalisé à 50%
- Le champ du travail interne 10 %
- Le travail avec l'établissement de rattachement 0 %

Cependant je m'interroge quant à la pertinence de telles données dans le cadre du groupe que je conduis. Dans le cadre global du projet, de telles valeurs permettent d'en apprécier l'avancée et donc de qualifier le respect de la temporalité imposée. Ici mon avis est plus nuancé.

Bien évidemment ces éléments chiffrés ajouteraient une « note de complexité » parfois recherchée (!). Cependant, je décide de privilégier le fonctionnel vers la réussite par rapport à la subjectivité de données non évocatrices.

Dans le cadre de notre de gestion de groupe de travail, quels indicateurs pourraient évaluer l'avancer de notre conduite de projet ?

Je pense que des données chiffrées communiquées au COPIL ne serait pas représentatives du travail d'amont réalisé. Par exemple, la densité du travail du champ externe. De plus, elles ne constitueraient pas non plus un vecteur de communication pertinent ni évocateur de l'avancée projet.

La structuration de notre conduite de projet en cours (axes de travail définis) et le focus projet en cours (Cf partie 8)) séquencé en phases, sont représentatifs de nos actions et de leurs avancées. Nous qualifions notre avancée par la comparaison entre leurs objectivations versus leurs réalisations. Cette comparaison, nous permet d'acter notre progression.

Notre stratégie de communication choisie consiste à adresser les comptes rendus de nos réalisations mises en lien avec notre plan d'action adressé au COPIL. La somme de ces éléments devant nous conduire à la production du livrable demandé.

Notre communication liée à la structuration de notre démarche en lien avec la réalisation de nos objectifs clairement définis constitue donc nos indicateurs de progression et d'évaluation vers la production du livrable.

Je pense que les critères d'évaluations chiffrés sont plus utiles s'ils sont créés par et pour le COPIL lui-même. Ces éléments représentent un levier de décision dans le cadre de sa vision stratégique de l'ensemble du projet de création de l'URAT.

Cet outil lui permettant de gérer « *les dispositions procédures-opérations-actes indispensables au déroulement de l'action globale que représente le projet lui-même* ».[49]

Par conséquent, grâce à nos indicateurs d'évaluations retenus (axes de travail en amont et communication) notre objectif reste clair, malgré les aléas temporels du projet, et borné dans sa réalisation.

[49] BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.

9 Le futur du projet

Les obligations contractées par l'Établissement Public de Santé Barthélemy Durand lui impose de mener ce projet à terme, ce qui en soi est une réponse au sens donné à notre mission.

Cependant les retards vont devoir être clarifiés, précisés, voire maîtrisés. Si dans le cadre de notre projet cette donnée s'avère une ressource positive il va s'en avérer autrement pour la suite du processus.

En effet, dès lors que la procédure de recrutement devra être initiée et coordonnée avec les procédures de formations adaptées, il va être impossible de considérer ce retard comme un élément positif mais plutôt les considérer comme un frein.

Dans un premier temps, je pense qu'un enjeu d'attractivité est présent pour la future structure tout comme pour l'établissement de rattachement. Cet enjeu réside dans la capacité de ces acteurs à construire et initier un cadre organisationnel clair et maîtrisé donc attractif.

Secondairement, cette donnée se transforme en enjeu de crédibilité et de fiabilité auprès des autorités de tutelles dans l'obtention d'autres projets.

Ici, en plus du retard lié à la construction, nous devons considérer le retard pris par rapport au délais total de mise en œuvre du projet. La durée d'exécution ne devait en effet pas dépasser 4 ans, or ce délai va être atteint en octobre prochain (le bâti ne sera pas terminé).

Dans ce cadre plusieurs solutions peuvent s'offrir à l'établissement :

- Une ouverture à demi charge, (hypothèse peu probable si le bâti n'est pas terminé) lié à une autorisation temporaire.
- Une redéfinition des délais (négociation entre les autorités de tutelles et la direction centrale de l'établissement).
- L'obligation de réalisation d'un nouveau dossier projet.
- Des pénalités financières pour l'établissement (non-respect des obligations contractuelles).

La visibilité afin de pouvoir anticiper au niveau stratégique est restreinte par l'organisation pyramidale et décentralisée de notre structure de référence. Ceci est seulement un constat guidé par nos préoccupations pour la réussite de nos missions liées à l'organisation dans laquelle nous évoluons. Nos difficultés rencontrées sont toujours sources d'enseignements pour le futur. Ceci constitue la base du principe expérientiel.

Deviendront-elles une ressource pour les acteurs mais également pour nous ?

10 Les limites et la portée de ce travail

Dans le cadre de ce travail je pense que les limites peuvent avoir deux natures :

- Contextuelles
- Structurelles.

Ces deux éléments différents doivent donc être considérés indépendamment l'un de l'autre. Dans notre cas, les freins structurels sont préexistants à la décision de ce travail (et du projet également).

Dans un cadre issu d'une décision (établissement par exemple), j'ai décidé d'insérer dans cet ensemble un processus méthodologique afin de contribuer à sa réussite.

Cependant cette insertion nous oblige d'accepter d'évoluer dans un environnement contraint par :

- Le calendrier du projet lui même
- La temporalité liée à l'élaboration de notre travail
- L'application de notre méthodologie construite (notre démarche projet)
- L'imprévisibilité et la variabilité de l'organisation de travail

Accepter ces règles comme un postulat de départ dans notre cheminement constitue un prérequis essentiel.

Par conséquent, je pense que les freins contextuels ne représentent pas une limite à ce travail. Nous évoluons déjà dans un contexte défini comme contraint (norme, législation, qualité, sécurité, etc....). Nous nous y adaptons en permanence afin de pouvoir y évoluer.

L'exemple que je retiens est le suivant : au bout de deux ans de contexte sanitaire spécifique et pour le moins compliqué, nous avons appris à y évoluer et à accepter ses contraintes (accepter ne signifiant pas approuver).

De plus, la création de ce travail est une décision. Par conséquent notre choix nous engage et implique également la mise en place d'une stratégie d'adaptation afin de parvenir à remplir nos engagements mais également d'atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé. Ici, ces éléments je les mets en relation avec le niveau d'engagement personnel lié à notre posture et nos valeurs professionnelles.

Cet engagement nous apporte un élargissement de notre vision professionnelle. En effet, notre positionnement est forcément différent grâce à l'apport de connaissance et de leur expérimentation méthodologique dans le quotidien. Cet engagement choisi au vu des contraintes contextuelles ne constitue pas, à mon sens, une limite pour ce travail mais un bénéfice professionnel.

Les principales limites que j'attribue à ce travail sont situées au niveau des freins structurels identifiés dans notre analyse SWOT (**cf. partie 5.4**). Elles sont liées en grande partie à la centralisation décisionnaire et fonctionnelle de notre établissement de rattachement.

Il est par conséquent difficile de pouvoir y appliquer le cadre méthodologique de notre travail dans les actions qui seraient pertinentes d'y entreprendre.

Cette centralisation rejaille également sur la structuration du projet dans lequel nous avons décidé de centrer notre travail managérial.

L'accessibilité à certaines informations nécessaires dans un réel dialogue de Co construction dans un cadre de conduite de projet est complexe. Il constitue un contre-exemple au cadre d'enseignement du Master 2. Secondairement, parfois, un frein à l'élaboration de ce travail.

Par exemple, il eut été pertinent de prévoir la présence des chefs de groupe dans l'effectif du COPIL projet lors de la structuration initiale du projet.

L'adaptation au « réel » est donc constante et nécessite des réajustements fréquents pour devenir un élément chronophage.

Ici, l'hypothèse est confirmée par la situation : la plus-value d'un co-pilote est réelle dans ce cadre (binôme de travail CSS et CDS). C'est à mon sens un élément de réussite au même titre que la prise de recul nécessaire dans ce type d'exercice.

Je pense que l'unique prise en compte de l'élément de réussite de notre projet managérial occulterait les aspects tutoraux et pédagogiques, voire formateur de l'exercice en cours.

Par conséquent dans le cadre de ces limites structurelles, j'ai décidé de faire « avec » et non pas « contre ». La difficulté n'est donc pas l'individu qui s'adapte au contexte mais l'organisation qui est en difficulté à s'y adapter.

Dans ce cadre et afin de poursuivre et continuer à nourrir mon cheminement ainsi que mon projet, des ajustements et des stratégies ont dû être élaborés. Ne dit-on pas : « que nécessité fait loi ? ».

Pour Pierre Boutinet ; « il n'y a pas de projet sans problèmes et inversement pas de problèmes sans projet [50] ».

Ce travail a donc les limites du cadre de fonctionnement dans lequel il est réalisé.

[50] BOUTINET, Jean-Pierre, LADSOUS, Jacques, MIRAMON, Jean-Louis, et al. Les cahiers de l'actif - 266/267 le projet... en quête de sens. In : Les Cahiers de l'Actif, 01/07/1998, n° 266-267, pp.5-120

Cependant, le projet revêt également une constante fondamentale : « *L'action qui dynamise le projet, de ses origines jusqu'à son terme s'avère aussi importante dans son déroulement que dans son résultat* ». [51]

Je partage, dans le cadre de ce travail, cet avis.

Cette démarche de projet est un mouvement allant de ses prémices débutées par une lettre de mission et une fiche projet, jusqu'à la coordination et la maturation d'un ensemble de paramètres nécessaires de savoirs, de connaissances, de découvertes et d'organisation.

Une odyssee ? Par son cheminement, ses champs de recherches multiples et son volume (!), assurément.

Je pense que ce projet managérial représente une synthèse de connaissances nouvelles et anciennes mais également un exercice de mise en commun pour leur emploi.

De plus, la démarche projet génère « *une tension vers un objectif admis, exacerbe les pressions parce qu'elle multiplie concomitamment les contacts entre individus et les exigences de performance* » et même déjà des doutes sur le futur car l'innovation dans un cadre centralisé sera difficile.

A l'appui de ces éléments, je peux donc affirmer que ce projet managérial, cette démarche, a pour moi une portée professionnelle certaine car il est articulé par nos savoirs et nos valeurs amplifié par l'élargissement de la vision de mon champ d'exercice.

Dans le cadre de sa réalisation, ce travail représentera un guide, vers la finalité de notre mission. Il nous permettra ainsi de répondre aux exigences nécessaires de l'organisation dans laquelle nous évoluons.

Ainsi pour notre environnement de travail, ce projet ne constituera que la synthèse d'une période, pour nous il représentera bien plus que cela.

[51] BOUTINET, Jean-Pierre, LADSOUS, Jacques, MIRAMON, Jean-Louis, et al. Les cahiers de l'actif - 266/267 le projet... en quête de sens. In : Les Cahiers de l'Actif, 01/07/1998, n° 266-267, pp.5-120

11 Conclusion

Dès lors que ce projet de création de structure sera abouti il marquera le développement d'un parcours de soins jusqu'ici encore absent du territoire pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles autistiques. Les éléments que nous avons apporté dans le cadre de notre travail, renforce à mon sens, l'enjeu relatif à la création de ce dispositif pour les patients mais également pour leurs proches aidants.

L'élaboration puis la mise en application de cette conduite de projet nous a donné l'opportunité de pouvoir nous situer dans une autre dimension managériale. Cette dimension est moins axée sur le fonctionnement quotidien d'une organisation mais centrée sur des objectifs visant à créer ou transformer cette organisation.

Notre positionnement professionnel s'est modifié par l'élargissement de notre angle de vue et d'analyse professionnelle. Nous ne prenons plus uniquement en compte les éléments relatifs à notre organisation de travail mas également les facteurs externes qui les initie où les modifie. Notre réflexion multidimensionnelle devient stratégique.

Dans ce cadre, pouvoir accompagner et donner un sens aux équipes dans des perspectives de projections futures nous a permis, au sein de de ce travail, de nous projeter vers la fonction de Cadre Supérieur de Santé. L'amélioration de la prise charge pour la personne soignée mais également la qualité de vie au travail des collaborateurs demeurant les jalons de notre pratique managériale liée à nos valeurs.

Paradoxalement, le projet est un mouvement vers un avenir incertain. Structuré et organisé dans sa méthode, il permet de redonner des perspectives positives, de fédérer autour d'un objectif commun, d'accompagner le changement pour finalement de redonner un sens au travail par la montée en compétence et la création.

Grace aux apports théoriques liée à notre Année de Master 2 (cours de X. Marchand notamment), nous mesurons tous les enjeux relatifs aux facteurs de motivation que revêt cette conduite de projet. Je pense que la construction de ce projet managérial est parallèle avec la construction d'une nouvelle identité professionnelle par les réflexions, les connaissances et la prise de recul qu'il génère.

Déjà des questions sortant du cadre de ce travail viennent à nous :

- Comment développer l'attractivité des spécialités éducatives liée au Medico social ?
- Comment développer l'attractivité dans un cadre contraint ?

Enfinement, en dépit de ces difficultés, le projet de création URAT, ne marque que le début de quelque chose semblable à « un grain de sable » à l'échelle de nos territoires.

Cependant cette création initiale, appelée à se développer [52] , aura pour le bénéfice des patients, déjà le mérite d'exister.

[52] ARS Ile de France : Appel à projet pour la création de 8 unités spécialisées pour TSA.

Bibliographie

ARTICLES

Autisme », Institut Pasteur, 22 mars 2019. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/autisme>
(consulté le 15 décembre 2021).

Définition des institutions sociales et médico-sociales », La Gazette des Communes. <https://www.lagazettedescommunes.com/214/definition-des-institutions-sociales-et-medico-sociales/>
(consulté le 21 décembre 2021).

PELLOUX Anne-Sylvie, « L'autisme dans tous ses états. Champ de mines ou nouvelles fondations ? », Enfances & Psy, 2011/4 (n° 53), p. 6-12. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-4-page-6.htm>
(consulté le 5 mars 2022).

GRANGER-SARRAZIN Clotilde, « La prise en charge des enfants autistes en France : l'expérience des familles », Laennec, 2013/4 (Tome 61), p. 26-35 <https://www.cairn.info/revue-laennec-2013-4-page-26.htm>
(consulté le 10 avril 2022).

Le cadre législatif, les grandes lois », Enfant Différent | enfance & handicap informations & ressources, 18 décembre 2020. <https://www.enfant-different.org/droits-legislation/le-cadre-legislatif-les-grandes-lois>
(consulté le 12 février 2022).

DEMAILLY Lise, « Le champ houleux de l'autisme en France au début du XXIème siècle », SociologieS, févr. 2019, fihal-03079494 <https://hal.univ-lille.fr/hal-03079494/document>
(consulté le 10 avril 2022).

Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés », Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes
(consulté le 10 avril 2022).

Troubles du spectre de l'autisme », Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/troubles-du-spectre-de-lautisme/la-maladie>
(consulté le 28 décembre 2021).

HOCHMANN Jacques, « Les batailles de l'autisme : hier et aujourd'hui », *Contraste*, 2013/1 (N° 37), p. 109-122.

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2013-1-page-109.htm>

(consulté le 28 décembre 2021).

[1] Autisme, chiffres et statistiques

<https://www.autismeinfoservice.fr/adapter/essentiel/chiffres-statistiques>

(consulté le 13 mai 2022).

[3] L'organisation de l'offre médico-sociale.

<http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-loffre-medico-sociale>

(Consulté le 28 décembre 2021).

[4] Hospimédia du 21/12/2021 « Le secteur associatif se sent trahi par la réforme HAS des évaluations médico-sociales »

https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211221-qualite-le-secteur-associatif-se-sent-trahi-par?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20211221-qualite-le-secteur-associatif-se-sent-trahi-

[par&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211221-qualite-le-secteur-associatif-se-sent-trahi-par&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged)

(consulté le 28 décembre 2021).

[7] « Système de santé, médico-social et social », Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

(consulté le 15 décembre 2021).

[9] CORON Gaël, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, 2017/1-2 (n° 91-92), p. 213-235 :

<https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2017-1-page-213.htm>

(consulté le 5 mars 2022).

[10] HARDY Jean-Pierre, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », *Vie sociale*, 2010/1 (N° 1), p.

43-57 : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-43.htm>

(consulté le 18 décembre 2021).

[11] CRESPO Geneviève, LAROQUE Michel, « Introduction », *Vie sociale*, 2020/3-4 (n° 31-32), p. 7-19. :

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2020-3-page-7.htm>

(consulté le 18 janvier 2022).

[14] Ambitions et perspectives de la HAS dans les champs social et médico-social », Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3193025/fr/ambitions-et-perspectives-de-la-has-dans-les-champs-social-et-medico-social

(consulté le 3 février 2022).

[27] BONNIN M, GREMY F, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », *Santé Publique*, 2004/1 (Vol. 16), p. 133-146.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-133.htm>

<https://www.enfant-different.org/droits-legislation/le-cadre-legislatif-les-grandes-lois>
(consulté le 27 mars 2022).

[28] ETTORCHI-TARDY Amina, LEVIF Marie, MICHEL Philippe, « Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2011/1 (Vol. 42), p. 35-46. <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-1-page-35.htm>
(consulté le 20 février 2022).

[31] CHEVETZOFF Philippe, « Méthodologie de conduite de groupe dans la perspective de l'arip/Transition », *Connexions*, 2015/2 (n° 104), p. 19-34. <https://www.cairn.info/revue-connexions-2015-2-page-19.htm>
(consulté le 20 février 2022).

[32] L'animation et sa définition
<https://www.cnrtl.fr/definition/animation>
(consulté le 20 février 2022).

[34] La contingence
<https://www.cnrtl.fr/definition/contingence>
(consulté le 03 mars 2022).

[37] Guide approche participative ANACT, associer les salariés à un projet de changement
<https://www.anact.fr/file/2953/download?token=wJB3IMWb>
(consulté le 10 avril 2022).

[40] NUTTIN Joseph, *Théorie de la motivation humaine. Du besoin au projet d'action*, Presses Universitaires de France, « Psychologie d'aujourd'hui », 1996
<https://www.cairn.info/theorie-de-la-motivation-humaine--9782130442776.htm>
(consulté le 28 mars 2022)

[49] BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.
<https://www.cairn.info/anthropologie-du-projet--9782130594611.htm>
(consulté le 20 janvier 2022)

[50] [51] BOUTINET, Jean-Pierre, LADSOUS, Jacques, MIRAMON, Jean-Louis, et al. Les cahiers de l'actif - 266/267 le projet... en quête de sens. In : *Les Cahiers de l'Actif*, 01/07/1998, n° 266-267, pp.5-120
(consulté le 28 mars 2022)

COURS

[8] Master 1 « MOS » - Mr D. Letourneau - « les évolutions du système de santé » 2017

[5] [6] Master 2 « MOS » - Mme ZACHARI – « Responsabilité en droit de la santé », le 21/01/2022

[19] Master 2 « MOS » - Mme ZACHARI – « Aspects juridiques de la gestion hospitalière » le 14/12/2021.

[41] Master 2 « MOS » - Mr MARCHAND - « Le MRH dans les transitions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation) », le 20/01/2022.

[42] Master 2 « MOS » - Mr MARCHAND - « la place de la notion de compétence dans l'organisation de travail » le 29/10/2021.

[36] [41] Master 1 et 2 « MOS » - Mr DUMOND – « la grande transformation », support de cours actualisé 2021 « transformer les organisations de santé » UPEC

OUVRAGES

[33] CROZIER Michel & FRIEDBERG Erhard, « L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective », 1977. Paris : Editions du Seuil.

[35] MINTZBERG Henry, « Le Management, voyage au centre des organisations », 1989, les éditions d'organisation

[38] CLOT Yves, BONNEFOND Jean-Yves, BONNEMAIN Antoine et al., « 2. Des institutions de la liberté », dans : Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations, avec BONNEFOND Jean-Yves, BONNEMAIN Antoine, ZITOUN Mylène. Paris, La Découverte, « Sciences humaines », 2021, Chap. 4

[43] NERE Jean-Jacques, Le management de projet. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2009

[44] BOUTINET Jean-Pierre, Psychologie des conduites à projet. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2004

MAES Jérôme, DEBOIS François, « La boîte à outils du chef de projet », Dunod, 2019

RAPPORTS

Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) ». <http://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-previsionnel-des-recettes-et-des-depenses-eprd>
(consulté le 20 mars 2022).

PRADO Christel, « Le coût économique et social de l'autisme », Droit, Déontologie & Soins, vol. 13, n° 1, p. 46-50, mars 2013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2012_17_autismecout_economique_et_social.pdf
(consulté le 29 décembre 2021).

Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes
(consulté le 22 mars 2022).

V. COLAS Valérie, « Penser la prise en charge institutionnelle des autistes adultes vieillissants », p. 89, 2001. ENSP
<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/dess/colas.pdf>
(consulté le 10 mars 2022).

Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/20180124-rapport-autisme.pdf>
(consulté le 28 décembre 2021).

Lettre de cadrage : Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_de_cadrage_rbpp_comportements_pbl.pdf
(consulté le 29 décembre 2021).

La situation des personnes autistes en France, besoins et perspectives par Jean-François CHOSSY (2003)
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000590.pdf>
(consulté le 29 mars 2022).

Les espaces de calme-retrait et d'apaisement, Haute Autorité de Santé, recommandation de bonnes pratiques professionnelles, 2017
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_les_espaces_de_calme_retrait.pdf
(consulté le 10 mars 2022).

Projet territorial de santé mentale (PTSM) de l'Essonne (2019-2024)
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm_ptsm_essonne.pdf
(consulté le 15 mars 2022).

[2] Plan autisme 2013-2017
<https://www.cnsa.fr/documentation/plan-autisme2013.pdf>
(Consulté le 28 décembre 2021).

[7] Plan autisme 2013-2017, plan d'action régional
<https://www.ARS.idf>
(consulté le 29 décembre 2021).

[18] Le projet régional de santé (PRS)2018-2022
<https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4>
(consulté le 28 décembre 2021)

[16] Schéma Départemental de l'Essonne en faveur des adultes handicapés 2007-2011
https://www.essonne.fr/uploads/tx_egestiondoc/schema_personnes_handicapees.pdf
(consulté le 28 décembre 2021).

[22] RAPPORT IGAS N°2019-003R « Suites données au rapport relatif à l'évaluation du dispositif d'accueil pour les enfants et adultes handicapés gérés par l'association « Le Silence des Justes », Mars 2019, 35p
<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-003R.pdf>
(consulté le 18 mars 2022).

[25] Secrétariat d'Etat Chargé des personnes handicapés, communiqué du 25/02/2021 <https://handicap.gouv.fr/arret-des-departs-non-souhaites-en-wallonie-des-personnes-en-situation-de-handicap-acceleration-des>
(consulté le 28 décembre 2021).

[28] Recommandation de bonne pratique, Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, HAS & ANESM, mars 2018
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2006477/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-interventions-et-parcours-de-vie-de-l-adulte
(consulté le 3 mars 2022).

[29] RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE, HAS, Trouble du spectre autistique, mars 2018
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf
(consulté le 5 mars 2022).

[45] Guide du chemin clinique de l'HAS
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf
(consulté le 28 décembre 2021)

[52] Création de 8 unités spécialisées dans l'accueil d'adultes avec troubles du spectre de l'autisme en situation très complexe en Ile-de-France, ARS Ile de France <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-de-8-unites-specialisees-dans-laccueil-dadultes-avec-troubles-du-spectre-de-lautisme-en=> (consulté le 20 février 2022)

LETARD Valérie, « Evaluation de l'impact du Plan Autisme 2008-2010 », p. 95. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_autisme_Valerie_Letard-1.pdf (consulté le 21 janvier 2022).

Les dépenses de santé en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-depenses-de-sante-en-2020> (consulté le 28 décembre 2021).

Calendrier prévisionnel 2021 des appels pour la création et le développement d'ESMS en Ile-de-France ». <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/calendrier-previsionnel-2021-des-appels-pour-la-creation-et-le-developpement-desms-en-ile-de-france> (Consulté le 10 avril 2022).

TEXTES DE LOI

[12] Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976> (consulté le 28 décembre 2021).

[15] Bulletin Officiel Santé, Protection Sociale & Solidarité, n°16, 15/09/2021 INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1- <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf> (consulté le 28 décembre 2021).

[17] Instruction no SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de Santé de la loi no 2016-41 de modernisation de notre système de santé https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0075.pdf (consulté le 5 décembre 2021)

[21] Loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé et redéfinissant la politique de la santé mentale <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/> (consulté le 27 décembre 2021).

[23] Article 51 LFSS 2018 - Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé.

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000036358488/

(consulté le 28 décembre 2021).

[24] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 17

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2019/7/24/SSAX1900401L/jo/article_17

(consulté le 28 décembre 2021).

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>

(consulté le 28 décembre 2021).

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

(consulté le 10 janvier 2022).

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

(consulté le 28 décembre 2021).

Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 « dite loi CHOSSY »

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000746537/>

(consulté le 28 décembre 2021).

ANNEXES

Afin de limiter le nombre d'impressions dans une démarche de développement durable mais également pour ne pas augmenter le volume de lecture de ce travail, l'annexe I ne contiendra que le lien « Html » permettant de consulter le Projet de L'Etablissement Public de Santé « Barthélemy Durand » 2017-2022 en ligne.

Annexe I :

http://www.epsetampes.fr/fileadmin/user_upload/fichiers/SYNTHESE_PE_2017-2022_20112017.pdf

Annexe II : Fiche projet

Annexe III : Lettre de mission

ANNEXE II



Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes
2021-2022 »

NOM : MARGUERON

INTITULE du projet managérial : Conduite d'un groupe de travail « prise en charge » dans le cadre de la création d'une Unité Renforcée, d'Accueil et de transition (U.R.A.T).

CONTEXTE D'EMERGENCE :

Réponse de l'établissement Public de Santé Barthélémy Durand concernant un appel à projet (secteur médico-social) validé par l'ARS en 2017. Construction d'une URAT (6 places) à destination d'un public atteint de TSA (troubles du spectre autistique) et présentant des situations problèmes (hospitalisation, domicile ou établissement d'accueil = structure d'aval et d'amont) pour les départements 91,94 et 78. Adressage des patients par ARS.

Projet en appui des compétences développées par la Maison d'Accueil Spécialisée « le Ponant » ouverte en 2016 dans la prise en charge des TSA et sur le CRD (Centre Régional anti Douleur de l'établissement dans la prise en charge somatique des populations TSA.

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

Cahier des charges de l'appel à projet
Lien avec le plan Autisme 2013-2017
Guide des bonnes pratiques HAS

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

Développement d'un filière Médico-sociale et d'un parcours de soins coordonné répondant à une carence sur le territoire

Montée en compétence des équipes et de l'établissement dans la prise en charge des patients TSA

ACTEURS liés au PROJET

Responsable : Direction hiérarchique de l'établissement Support EPS/BD (DSI/RH/ Economique)

Acteurs impliqués : Direction hiérarchique de l'établissement Support EPS/BD (DSI/RH/ Economique), direction fonctionnelle de la MAS, CSS, CDS, ARS

Acteurs concernés : Direction fonctionnelle de la MAS, CSS, CDS et équipes de la MAS (groupes de travail et volontaires souhaitant y exercer)

CALENDRIER PREVISIONNEL:

Echéances: - Début des travaux juillet 2021
- Reception du batiment février 2023
- Ouverture premier semestre 2023

MOYENS :

Cahier des charges « projet ARS 2017 » (dimensionnement Rh et structuration)

Groupes de travail (équipes MAS, COPIL, direction)

Benchmarking (structures de même nature)

Formations

**Guide HAS « chemins cliniques » et bonnes pratiques professionnelles,
revues de littérature**

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Management du Groupe de travail prise en charge
- Coordination avec le COPIL
- Benchmarking, création partenariat
- Dialogue Autorités de tutelles (ARS) et dialogue Etablissement support

RESULTATS ATTENDUS :

A moyen terme : Définition des besoins précis (RH et formation)

A moyen terme : Recrutement et formation

A long terme : Ouverture structure

VALIDATION :

- selon l'avancée du projet.

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs : Expression des besoins issus des groupes de travail versus budget
disponible

Ouverture de la structure

Respect des critères de validation ARS de l'appel à projet

ANNEXE III

	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2021-2022</p>	
---	---	---

Désignation du projet :

Management des ressources humaines (groupe de travail) dans le cadre de l'ouverture d'une Unité Renforcée d'Accueil et de transition (URAT)

Commanditaire :

Cadre Supérieur de Santé mandatée par la direction de l'établissement support (Barthélemy Durand)

Nom du responsable du projet :

MARGUERON Christophe - Cadre de Santé - MAS « Le ponant »

Missions du responsable de projet

- _ Création, recrutement et gestion du groupe « prise en charge »
- Communication et coordination avec le COFIL (liaison fonctionnelle et hiérarchique)
- Communication et coordination avec le commanditaire par délégation du projet (liaison hiérarchique avec le Cadre supérieur de Santé)
- Evaluation de l'atteinte des objectifs en fonction du calendrier (rétro planning et réajustement potentiel du rendu des items prioritaires nécessaires à l'expression des besoins (besoins RH, estimation cout financier formation)
- Rédaction et tenue des Comptes rendus
- Communication des comptes rendu par messagerie interne (mail) aux membres des groupes.
- Rédaction du « chemin clinique » (prise en compte des recommandations du groupe « Prise en charge), des fiches de postes en collaboration avec le Commanditaire par délégation du projet et communication au COFIL pour validation.
- Constitution d'un cahier des charges de formations prioritaires (intervenant formation externe) lié à la particularité de la structure (public accueilli)
- Coordination avec la Direction des Ressources humaines pour le lancement effectif de la phase de recrutement avant formation
- Benchmarking création partenariat / réseau, dialogue Autorité de tutelles

Moyens alloués

Equipe d'encadrement de la MAS / équipe soignante et membres du groupe de travail

Moyens informatiques sur site (MAS)

Salle de réunion et bureau MAS

Ressources documentaires (chartre bonne pratique HAS / cahier des charges de l'appel à projet, projet unité interne TSA de la MAS) ...

Temps nécessaire (planification) pour recherche benchmarking création partenariat / réseau

Modalités de reporting :

COFIL du projet (directeur de la MAS, Coordinatrice générale des soins, Médecin coordonnateur de la MAS, Directeur des ressources matérielles et numériques, Directeur des ressources humaines, Directrice des finances, responsable du service qualité, encadrement de la MAS).

Elaboration des comptes rendu et bilan des étapes intermédiaires.

Indicateurs de pilotage :

Traçabilité des réunions & respect du calendrier & respect des enveloppes budgétaires allouées

Respect des intervalles entre :

-La réception du bâtiment (estimation début 2023) et l'ouverture (premier semestre 2023)

-La réalisation du budget prévisionnel de formation et le début de la campagne de recrutement (à l'aide des fiches de poste qui seront réalisées validées par le COFIL).

Durée :

Réception prévisionnelle du bâtiment début 2023

Prévision ouverture (fin des recrutements et formation nécessaire aux postes créés) premier semestre 2023

Documents de référence :

Projet d'établissement / Cahier des charges / Plan de la structure/ documents de référence ARS (création unité renforcée)

Date : 19/10/2021

Signature du commanditaire mandatée
par la Direction de l'établissement

Catherine SANZ

CADRE SUPERIEUR DE SANTE


Catherine SANZ
Cadre supérieur de Santé
Hôpital d'Azoué Spécialité "Le Ponant"
Chemin du Lami BP 69 91152 Etampes Cx

Signature du responsable de projet

CHRISTOPHE MARGUERON

CADRE DE SANTE



Master Management des Organisations Soignantes

M2 - MOS@21 -22

TITRE DU DOCUMENT

Le groupe de travail : « ressource du projet de création d'une unité dédiée aux troubles du spectre autistique ».

AUTEUR

Christophe MARGUERON

MOTS CLÉS : Trouble du spectre Autistique, Médico-social, structure, conduite de projet, Unité Renforcée d'Accueil et de Transition

KEY WORDS : Autisme Spectrum Disorder, Médico-social, structure, project management, Reinforced Reception and Transition Unit

RÉSUMÉ

Les secteurs qui composent le système de santé ont un point commun: offrir à la population d'un territoire la meilleure réponse aux besoins de santé. Ils évoluent au gré des lois visant à rationaliser leurs fonctionnements mais également s'adaptent aux nouveaux besoins de prise en charge.

Cependant leurs modalités d'action, leurs temporalités, les différencient autant qu'elles les rassemblent dans cet objectif commun.

Depuis 26 ans, la prise en charge de l'autisme relève officiellement du secteur du handicap et du Champ d'action du secteur médico-social. Cependant malgré la prévalence de ce handicap (700000 personnes concernées), il faut attendre 2005 et le lancement du premier plan autisme pour que le législateur initie la construction d'un réel système de prise en charge pour les personnes porteuses de Troubles du Spectre Autistique (TSA).

On s'aperçoit dès lors de la carence liée à la prise en charge des adultes atteints de TSA, souvent hospitalisés en structure sanitaire (le plus souvent en psychiatrie), par défaut de diagnostic, d'offres de soins adaptées et de prises en charges coordonnées.

Je suis cadre de santé dans une structure médico-social (Maison d'Accueil Spécialisée) rattachée à un Etablissement Public de Santé. En 2018, notre établissement de référence a été retenu après avoir candidaté dans le cadre d'un appel à projet de L'Agence Régionale de Santé visant à la création d'une Unité de Renforcée d'Accueil et de Transition (URAT) à destination des personnes atteintes de TSA en situation complexe.

Ce projet important lié au développement des parcours de soins pour les personnes atteintes de TSA a malheureusement subi le contexte sanitaire défavorable se traduisant par des facteurs de retards multiples.

C'est donc au sein de ce projet institutionnel porteur d'enjeux importants quant à sa réussite que j'ai choisi de positionner mon projet managérial en lien avec le Master 2 « Management des Organisations Soignantes ». Dans un premier temps ce travail devra s'appuyer sur une méthodologie de conduite de projet. Secondairement, il devra respecter l'équilibre nécessaire entre théorie et opérationnalité afin de constituer un ensemble pertinent et utile à ma mission.

ABSTRACT

The sectors that make up the health system have one thing in common: offering the population of a territory the best response to health needs. They evolve with the laws aimed at rationalising their operations but also adapt to new needs for care.

However, their methods of action, their temporality, differentiate them as much as they unite them in this common objective.

For the past 26 years, autism care has been officially included in the disability sector and the field of action of the medico-social sector. However, despite the prevalence of this disability (700,000 people concerned). But it was not until 2005 and the launch of the first autism plan that the legislator initiated the construction of a real system of care for people with autism spectrum disorder (ASD).

The lack of diagnosis, the lack of adapted care and the lack of coordinated care for adults with ASD, who are often hospitalised in a health facility (most often in psychiatry), is clear to see.

I am a health executive in a medico-social structure (Maison d'Accueil Spécialisée) attached to a Public Health Establishment. In 2018, our reference establishment was selected after having applied for a call for projects from the Regional Health Agency for the creation of a Reinforced Reception and Transition Unit (RRTU) for people with ASD in complex situations.

This important project linked to the development of care pathways for people with ASD has unfortunately suffered from the unfavourable health context resulting in multiple delay factors.

It is therefore within this institutional project, which carries important stakes for its success, that I have chosen to position my managerial project in connection with the Master 2 "Management of Care Organisations". Firstly, this work should be based on a project management methodology. Secondly, it must respect the necessary balance between theory and operationality in order to constitute a relevant and useful whole for my mission