

Céline DEBON

Epouse BOUDI

*Mobiliser une équipe autour d'un référentiel commun : préalable
pour permettre aux usagers de prendre une place active dans la
mise en œuvre de leur projet de vie*

PROJET

Je soussignée, Céline BOUDI, certifie que le contenu de ce mémoire est le résultat de mon travail personnel.

Je certifie également que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, cités, mentionnés dans la partie références.

Je certifie enfin que ce mémoire, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité

Sommaire

Table des sigles et des abréviations

***Introduction* 1**

***Partie I - Une identité construite entre histoire et politiques publiques* 2**

1.1. Une évolution des politiques publiques qui favorise la prise en compte du parcours de vie.... 2

- a. De la charité à l'inclusion sociale : évolution de la prise en compte des personnes en situation de handicap 2
- b. Des politiques publiques qui favorisent le maintien à domicile des personnes en situation de handicap 4
- c. La prise en compte du vieillissement de la population en situation de handicap: un nouvel enjeu de société 5
- d. L'intervention des SAVS s'inscrit dans le cadre d'une politique locale 7

1.2. Une association qui prend en compte la notion de parcours de vie de l'usager..... 8

- a. Une association qui évolue en fonction des besoins identifiés auprès des publics accompagnés 8
- b. Du SAEL au SAVS : un dispositif innovant qui s'est adapté au cadre législatif..... 10
- c. Un projet d'établissement qui guide l'intervention des 2 structures de l'ADIHM 11
- d. Une équipe stable récemment qualifiée 12
- e. Un public en situation de handicap moteur vieillissant et accompagné sur du long terme .. 14
- f. Une intervention à partir et au sein du domicile, basée sur une double mission 15

1.3. Une intervention qui doit s'adapter aux besoins d'un public en perte d'autonomie 18

- a. Méthodologie me permettant d'approfondir ma réflexion..... 18
- b. Une meilleure connaissance de la population accompagnée pour adapter son intervention 19
- c. Garantir la continuité du parcours de vie 21
- d. Les « outils » utilisés pour favoriser l'accompagnement..... 22
- e. La montée en compétence de l'équipe suite à la fin de la période de qualification..... 24

1.4. Les forces et les points d'amélioration du SAVS..... 27

***Partie II- Un projet dont les phases sont en constante interaction* 28**

***2.1. Préalable à la mise en œuvre du projet* 28**

2.2 Constituer un collectif de travail pour renforcer la qualité de la prise en charge des usagers 30

- a. Un projet dont les objectifs interagissent en permanence 30
- b. Une programmation du projet organisée autour de 3 phases 32

***2.3. Management et planification du projet* 33**

- a. Pilotage du projet 33
- b. Programmation du projet en fonction des différentes phases 35
- c. Planification du projet 44
- d. Communication du projet 44

2.4. L'évaluation du projet s'inscrit dans la démarche des évaluations internes et externes..... 44

- a. Situation de l'institution au regard des obligations de la loi 2002-2 44
- b. Les apports de la loi HPST du 21 juillet 2009 46
- c. L'évaluation du projet..... 47

***Conclusion* 50**

Glossaire

Bibliographie

Annexes

Table des sigles et des abréviations

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
ADIHM :	Association de Défense des Intérêts des Handicapés Moteurs
AGIRC :	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres
ANAH :	Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARRCO :	Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés
ARS :	Agences Régionales de Santé
ASI :	Agent de Service Intérieur
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDS :	Chef De Service
CESF :	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CIH :	Classement International du Handicap
CNCPH :	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNESM :	Centre National d'Excellence en Santé Mentale
COFACE :	Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne
CoPil :	Comité de Pilotage
COTOREP :	Commission Technique d'Orientat ion et de Reclassement Professionnel
CV :	Curriculum Vitae
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DIPC :	Document Individuel de Prise en Charge
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESSMS :	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
GEVA :	Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
MDA :	Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ONU :	Organisation des Nations Unies

OPAC :	Office Public d'Aménagement et de Construction
PACA :	Provence Alpes Côte d'Azur
PACS :	Pacte Civil de Solidarité
PAG :	Plan d'Accompagnement Global
PAMS :	Protocole d'Accompagnement Médico-Social
PAQ :	Plan d'Amélioration de la Qualité
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PP :	Projet Personnalisé
RBPP :	Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAAD :	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAEL :	Service d'Accompagnement de l'Ensemble Locatif
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
UNIOPSS :	Union Nationales Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URIOPSS :	Union Régionales Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VAD :	Visites ADomicile

Introduction :

Le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) de l'ADIHM (Association de Défense des Intérêts des Handicapés Moteurs) est un service qui existe depuis 2006. Il s'est construit sur les bases d'un dispositif déjà existant, le SAEL (Service d'Accompagnement de l'Ensemble Locatif) dont les missions étaient principalement d'assurer la surveillance du bâtiment et la sécurité des personnes vivant au sein de la résidence « Argo ».

Construire un service sur une organisation existante n'est pas sans poser des difficultés. A partir de 2009, une partie de l'équipe d'Agent de Service Intérieur (ASI) s'est formée au métier de moniteur-éducateur, conformément au décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif à la création des SAVS. La professionnalisation de l'équipe éducative s'est terminée en 2013 : la phase de construction a laissé la place à la phase de mise en œuvre. Le cahier des charges du département et le décret n°2005-223 ont permis à l'équipe de construire son intervention. Toutefois, le SAVS ADIHM a une organisation propre, liée à l'histoire de la structure et au public accueilli, qui doit être prise en compte dans la mise en œuvre de l'accompagnement. Les usagers pris en charge depuis de nombreuses années ont créé un lien de dépendance avec le service. En lien avec leur vieillissement, et une perte d'autonomie, ils doivent faire face à des nouveaux besoins. Ce décalage entre les attendus d'un SAVS et la réalité de ce service rend difficile l'identification de l'équipe à un dispositif précis. L'intervention du SAVS est valorisée par l'évaluateur externe qui estime qu'elle répond à un besoin pour ces personnes dépendantes qui expriment le souhait de vivre en logement autonome. Dans ce contexte, je m'aperçois que la pratique de l'équipe et la chronicisation des usagers sont liées. Je me suis donc interrogée, en qualité de cadre intermédiaire à la façon d'accompagner l'équipe dans l'appropriation de son action, de ses pratiques tout en permettant aux usagers de reprendre une place active dans la mise en œuvre de leur projet personnalisé.

Je vous présenterai dans un premier temps le cadre de mon intervention et les éléments qui m'ont permis de faire évoluer ma réflexion. Ces constats me permettront dans un second temps de proposer un projet d'action que j'ai envisagé au travers de 3 phases en interaction permanente qui s'adressent aux usagers, à l'équipe et au partenariat.

PARTIE 1 : UNE IDENTITE CONSTRuite ENTRE HISTOIRE ET POLITIQUES PUBLIQUES

1.1. UNE EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES QUI FAVORISE LA PRISE EN COMPTE DU PARCOURS DE VIE:

a) De la charité à l'inclusion sociale : évolution de la prise en compte des personnes en situation de handicap :

« Si nous devons résumer l'histoire du handicap depuis le XXe siècle, nous pourrions le faire en une formule : celle d'une longue mais régulière avancée vers une reconnaissance sociale et d'une inclusion concrète dans la cité pour les personnes désignées alors comme handicapées »¹

La prise en compte des « personnes handicapées » s'est d'abord faite autour de la notion de « charité ». A partir du Moyen Age, les personnes indigentes vivent grâce à la charité de la population. Il faudra attendre le XVIe siècle pour que soient créés les premiers lieux d'accueil pour les indigents, les enfants « idiots » et les « malade de l'esprit ». Ces personnes étaient prises en charge dans des établissements hospitaliers ou cachées au sein de leurs familles. A la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, nous sommes passés d'une logique de charité à une logique de réparation, de la part des employeurs d'abord, puis de la nation. Cela a été accentué par les grandes guerres et la création de la sécurité sociale. En France, le premier cadre législatif intervient par la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Elle reconnaît pour la première fois la notion de travailleur handicapé.

Cette prise en compte du handicap par les politiques publiques s'est accentuée au cours des 4 dernières décennies au travers des étapes suivantes :

• L'intégration sociale : La loi du 30 juin 1975 dite « d'Orientation en faveur des personnes handicapées » propose pour la première fois la notion de reconnaissance du handicap par la mise en place de la COTOREP (Commission technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel). Cette loi met en évidence 3 droits fondamentaux pour les personnes handicapées :

- Le droit au travail
- Le droit à une garantie minimum de ressource par le biais de prestations
- Le droit à l'intégration scolaire et sociale

¹ JR LOUBAT – «Coordonner parcours et projet personnalisé en action sociale et médico-sociale»- DUNOD 2013

Le handicap est perçu comme attaché à la personne, on utilise le terme d' « inadaptation sociale ».

En parallèle, l'ONU publie le 9 décembre 1975 la déclaration des droits de la personne handicapée qui découle de la déclaration des droits de l'homme de 1948 et qui précise que les personnes handicapées disposent des mêmes droits que les autres personnes.

Pourtant, la notion de handicap n'est jamais définie.

En 1980, Philippe WOODS propose la Classification Internationale des Handicaps (CIH) :

- La déficience psychologique, physiologique ou anatomique. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap.
- L'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.
- Le désavantage, pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il correspond à l'aspect situationnel du handicap.

Cette classification apporte une vision nouvelle du handicap : il est le résultat de l'interaction entre la personne et l'environnement. Cela ouvre la voie à une nouvelle notion : « l'inclusion sociale ».

• L'inclusion sociale : cette notion définit en 2002 par le Centre for Economic and Social Inclusion², permet d'envisager la participation de la personne à la société en tenant compte de ses besoins. La loi du 2 janvier 2002 dite « loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale » a pour objectif de redonner leur place de citoyen aux usagers des organismes sociaux et médico-sociaux en se reposant notamment sur « *une évaluation continue des besoins et des attentes (...) des personnes handicapées* » (article 2). La loi instaure la notion de projet personnalisé et met en évidence 7 droits fondamentaux dont l'exercice est facilité par 7 outils³. Elle introduit également la notion d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux et des actions menées. Dans le champ du handicap, cette loi est renforcée par celle du 11 février 2005 dite loi pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Elle propose pour la première fois une définition du handicap⁴ et affirme la personne en situation de handicap comme citoyenne devant pouvoir disposer des mêmes droits et accès aux services qu'un citoyen ne connaissant pas cette situation de handicap. Elle met

² Voir glossaire

³ Cf. Annexe I : Ce qu'il faut retenir des lois de 2002 et 2005

⁴ Voir glossaire

également en évidence la notion de compensation du handicap qui est déterminée par le projet de vie de la personne accompagnée. Cette inclusion sociale va de paire avec la notion de désinstitutionalisation qui s'est affirmée tout au long du XXe siècle : la personne en situation de handicap peut exprimer un projet, un choix de vie en dehors d'une prise en charge collective.

C'est dans ce contexte que sont créés les SAVS et les SAMSAH, par la loi du 11 mars 2005 précisée à l'article 312-1 du CASF.

L'intervention des SAVS s'inscrit dans le cadre de la loi mentionnée ci-dessus et est mise en application par le décret n° 2005-223 qui précise une mission d'assistance à domicile dans « les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

Les SAVS sont perçus comme les coordinateurs du projet de vie et doivent faciliter son expression. Ces services accompagnent les personnes en situation de handicap vivant en logement autonome. Je souhaite donc m'intéresser aux modes et aux lieux de vie des personnes en situation de handicap à l'échelle nationale et locale.

b) Des politiques publiques qui favorisent le maintien à domicile des personnes en situation de handicap :

Les premières réflexions autour du maintien au domicile des personnes en situation de handicap en France apparaissent vers la fin des années 90 avec la création en 1988, d'un secrétariat d'Etat spécifiquement chargé des problèmes relatifs aux personnes handicapées et accidentées de la vie. Dans ce contexte, M. Teulade, sénateur, propose en septembre 1989, un rapport sur la stratégie du soutien à domicile des personnes handicapées. S'ensuit en juillet 1991 une loi destinée notamment à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation. Le 13 mai 1996, devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), Hervé Gaymard, secrétaire d'Etat chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale, définit quatre axes prioritaires de la politique en faveur des handicapés⁵ dont le « libre choix du lieu et mode de vie » par les handicapés. La loi du 11 février 2005, par la mise en évidence du projet de vie et du droit à la compensation du handicap, favorise le maintien au domicile, et ce malgré l'évolution de la dépendance des personnes en situation de handicap. Des organismes tels que la MDPH (Maison Départementale des Personnes

⁵<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/>

Handicapées), l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) proposent des aides financières facilitant l'adaptation des logements privés.

Selon le rapport de M. Paul Blanc⁶, en France, le nombre des personnes en situation de handicap de plus de 20 ans vivant à domicile était de plus de 42 millions (contre 61 1600 personnes de plus de 20 ans prises en charge en établissement). Parmi ce chiffre, plus de 18 millions sont âgés de plus de 50 ans. En région PACA, les statistiques des personnes vivant à domicile s'observent au travers des bénéficiaires de l'AAH. Ils ne prennent donc pas en compte l'intégralité des personnes en situation de handicap, mais cela permet de mettre en évidence une tendance. Ainsi, en 2005, parmi 59204 allocataires de l'AAH, 90% vivaient à domicile soit environ 53493 personnes⁷. Le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2009-2013 et son avenant 2014-2015 s'inscrivent dans cette mouvance en proposant des fiches actions relatives au maintien à domicile des personnes en situation de handicap.

A la prise en compte de ce mode de vie, s'ajoute une réalité démographique. Comme la population française, la population en situation de handicap vieillit, mettant en exergue de nouveaux besoins.

c) La prise en compte du vieillissement de la population en situation de handicap: un nouvel enjeu de société :

Les premières réflexions autour de la problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap débutent dans le milieu des années 70. Il s'ensuivra une prise de conscience collective dans les années 80. Il est admis que le processus du vieillissement de ces personnes n'est pas fondamentalement différent de celui de la population générale, en revanche les conséquences sont toutes autres. Bernard Azema⁸ et Nathalie Martinez⁹ proposent une définition de la personne handicapée vieillissante comme étant « *une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître les effets d'un vieillissement.*

⁶Rapport de M. Paul BLANC, Sénateur des Pyrénées-Orientales - « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes: un nouveau défi pour leur prise en charge » 11 juillet 2006

⁷L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des jeunes atteints de troubles autistiques, CREAI PACA, 2011

⁸Bernard Azema est médecin psychiatre et géographe de la santé, conseiller technique au CREAI Languedoc-Roussillon à Montpellier. Il est membre du groupe européen Pomona sur les indicateurs de santé des personnes handicapées

⁹Nathalie MARTINEZ est docteur en psychologie sociale, elle est conseillère technique au CREAI Languedoc-Roussillon à Montpellier

La situation de handicap a donc précédé le vieillissement »¹⁰. Dans le cas des personnes en situation de handicap, nous parlons d'un processus de vieillissement qui débute à 45 ans¹¹. En région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur), en 2005, parmi les allocataires de l'AAH (Allocation Adultes Handicapés) vivant à domicile, « environ 60% était âgée de 40 à 59 ans »¹². En 2010, le département des Bouches du Rhône comptait 43% d'adultes en situation de handicap de 45ans et plus.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap demande aux établissements et services d'adapter leur intervention. Ainsi, l'UNIOPSS incite les services tels que les SAVS à « *[engager] une modification de leur projet d'établissement* »¹³ afin de mieux prendre en considération l'avancée en âge de ces personnes. La notion de « parcours » devient alors essentielle. Cette dernière apparaît d'abord dans le champ sanitaire, avec la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 qui propose, entre autre, la mise en place d'un parcours de soin coordonnée. Les ARS (Agences Régionales de Santé), créées par cette loi mettent en avant la nécessité de garantir une continuité dans les prises en charge en évitant ainsi tout risque de rupture. Le rapport de Patrick Gohet¹⁴ d'octobre 2013, insiste sur la nécessité d'anticiper l'avancée en âge afin d'éviter des ruptures de parcours de vie et des réorientations brutales, et de prioriser « *l'avancée en âge en milieu ordinaire de vie* ». Le rapport de Denis Piveteau¹⁵ du 10 juin 2014 met également en avant la nécessité de garantir le parcours de vie en proposant que les MDPH, en plus des notifications d'orientation proposent un plan d'accompagnement global (PAG) qui viserait à « *dire le possible en le rendant effectivement opposable* ». Le PAG est institué par la loi santé du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé. Sa mise en œuvre se fait progressivement et doit être généralisée en 2017.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement tend à créer des passerelles entre la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes et celle de la population générale. Il est notamment prévu la création des

¹⁰ *Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des jeunes atteints de troubles autistiques (L')*, (2011), CREAI PACA, 88 p

¹¹ Age déterminé comme médian et comme marquant le début du processus du vieillissement par B.AZEMA et N.MARTINEZ

¹² *L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des jeunes atteints de troubles autistiques*, CREAI PACA, 2011

¹³ « Préoccupations prioritaires et demandes de l'UNIOPSS 6 2012-2017 – personnes âgées et personnes en situation de handicap » - p30

¹⁴ « L'avancée en âge des personnes handicapées - Contribution à la réflexion » - Patrick GOHET, Membre de l'Inspection générale des affaires sociales – octobre 2013

¹⁵ « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » - Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat - Tome I – Rapport du 10 juin 2014

Maisons Départementales de l'Autonomie¹⁶ (MDA) qui doivent faciliter le rapprochement des dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation de la situation des personnes âgées ou handicapées¹⁷. Elles permettront de garantir une évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide.

La prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap permet également d'anticiper en parallèle le vieillissement des parents, souvent aidants principaux. Des services tels que les SAVS doivent associer la famille à cette réflexion pour leur permettre d'organiser la « gestion de l'après-eux ». Garant du projet de vie, les SAVS peuvent valoriser leur rôle dans ce contexte : ils permettent à des personnes en situation de handicap souhaitant vivre en logement autonome de concrétiser leur projet de vie.

Pour mettre en œuvre leur accompagnement, les SAVS s'appuient sur une réalité de territoire.

d) L'intervention des SAVS s'inscrit dans le cadre d'une politique locale :

Les SAVS sont financés par le Conseil Départemental au titre de l'aide sociale. Ils fonctionnent grâce à un prix de journée¹⁸.

Leur action est précisée par un cahier des charges propre à chaque département qui vient préciser le décret 2005-223 issu de la loi du 11 mars 2005.

« Le cahier des charges des services relevant de la compétence départementale réalisant une intervention d'accompagnement à la vie sociale auprès des personnes adultes handicapées » de 2011 est destiné aux SAVS et SAMSAH des Bouches du Rhône. Il met en évidence quatre notions importantes¹⁹ :

- Vie à domicile ;
- Réalisation du projet de vie ;
- Processus d'autonomisation ;
- Coordination

Ce document précise également 8 domaines d'intervention du SAVS détaillés au sein de l'annexe II.

Par ailleurs, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009-2013 prévoit comme première orientation l'accompagnement des personnes en situation de

¹⁶ Art L-149-4 du code de l'action sociale et des familles

¹⁷ <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-de-lautonomie>

¹⁸ Pour le SAVS ADIHM, le dernier rapport de tarification prévoit un prix de journée à 37,06€

¹⁹ Cf. annexe II : Domaines d'intervention des SAVS précisés par le cahier des charges

handicap à domicile. Son annexe 2014-2015 renforce la nécessité de « Favoriser l'accès à un logement adapté pour les personnes en perte d'autonomie » et met l'accent sur la notion d'« accès à la cité » grâce à l'intervention des SAVS dans le cadre de l'orientation n°2. Enfin, ce document met en évidence la prise en compte de la notion de parcours de vie.

Ce schéma, prévu pour 2 ans, vise à s'adapter à l'évolution législative actuelle. Le nouveau schéma, en cours d'élaboration devrait paraître en 2017.

Les SAVS ont pour mission fondamentale de coordonner la mise en œuvre du projet vie des personnes accompagnées. Le cahier des charges précise que l'accompagnement proposé par les SAVS doit se faire « *systématiquement en complémentarité avec les services et prises en charge dont bénéficie la personne* ». Cette mission de coordination, fondamentale dans l'intervention des SAVS²⁰ trouve un écho dans la fiche action n°10²¹ du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap pour la période 2014-2015.

Dans la mise en œuvre de leur accompagnement, les services doivent en permanence avoir à l'esprit cette notion. Le projet personnalisé, point de départ de l'intervention doit mettre en évidence la personne au centre d'un réseau familial, amical et professionnel que le service se doit d'animer.

La structure concernée par mes recherches s'inscrit dans ce contexte général. En tant que cadre intermédiaire, il est indispensable de prendre connaissance de l'organisation existante afin de pouvoir la mettre en rapport avec ces éléments généraux et produire une analyse adaptée.

1.2. UNE ASSOCIATION QUI PREND EN COMPTE LA NOTION DE PARCOURS DE VIE DE L'USAGER :

a) Une association qui évolue en fonction des besoins identifiés auprès des publics accompagnés :

L'ADIHM est fondée en 1976. Elle est issue d'une association de parents d'élèves qui a créée une école, liée à l'éducation nationale, accueillant des enfants en situation de handicap moteur. Ces élèves ayant atteint l'âge de travailler, le fondateur a souhaité

²⁰ Le règlement de fonctionnement rappelle la nécessaire « *ouverture sur l'environnement, dans le cadre de partenariat où le service a un rôle de coordinateur, de médiateur et d'interface* ».

²¹ Cf. Annexe III : Fiche action n°10 du schéma Départemental en faveur des Personnes Handicapées du Conseil Général 13.

créer une communauté de travail. Cela marque le début de l'ADIHM et de son souhait de poursuivre son adaptation aux besoins de la population en situation de handicap moteur.

La communauté, grâce à un agrément, deviendra CAT en 1983, puis ESAT suite à la loi de 2005. L'ESAT a ainsi augmenté sa capacité d'accueil des travailleurs handicapés de 40 à 80 équivalents temps plein entre 1976 et aujourd'hui. Actuellement, l'établissement compte 85 travailleurs handicapés.

En parallèle, en 1994, le directeur de l'ADIHM a mis en place un projet de construction d'un immeuble, en partenariat avec l'OPAC des Bouches de Rhône (aujourd'hui 13Habitat) destiné exclusivement à des personnes en situation de Handicap moteur, travaillant ou non à l'ESAT « Les Argonautes ». Il souhaite alors proposer une résidence totalement accessible à des personnes en fauteuil, aussi bien dans les parties communes qu'à l'intérieur du logement. Au-delà de la proposition de logement adapté, l'ADIHM souhaite offrir un service supplémentaire par la mise en place d'une organisation destinée à assurer la sécurité des personnes et la surveillance des biens. Le SAEL est ainsi créé. L'association est dynamique et souhaite porter des projets innovants. Compte tenu du vieillissement des personnes accompagnées et du manque de structures pouvant les accueillir sur le secteur, l'ADIHM prépare un projet de création d'une résidence-autonomie destinée à l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissantes.

Suite à la loi Sapin du 05 mars 2014, les associations ont dû appliquer des changements relatifs à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) des salariés. L'ADIHM organise chaque année un entretien pour chaque salarié avec le N +1. Cet entretien permet à la fois de faire un point sur le poste occupé mais également pour le salarié d'établir un plan de formation conformément aux prérogatives de la loi. L'association, soucieuse de son développement a tout intérêt à mettre en œuvre une GPEC dynamique qui lui permettra de repérer en interne et d'accompagner les compétences des équipes. Cela favorisera la mobilité interne au sein de l'association. L'ADIHM, suite aux évaluations internes et externes a pris conscience de l'intérêt de communiquer sur son organisation. Dans sa fiche action n°9 du Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ), il est prévu de « *mieux connaître le territoire pour mieux accompagner* ». De même, l'évaluation externe pointe la nécessité pour le service de mieux communiquer sur son fonctionnement afin de ne plus être assimilé à un foyer.

b) Du SAEL au SAVS : un dispositif innovant qui s'est adapté au cadre législatif

« Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité »²².

Le SAEL est créé en 1994, dans un contexte politique qui s'intéresse de plus en plus à l'adaptation des lieux de vie des personnes en situation de handicap. L'ADIHM accompagne des personnes en situation de handicap moteur pour qui les problèmes d'accessibilités aux lieux de vie sont une réalité. Ce projet doit permettre de proposer des logements accessibles prioritairement pour les travailleurs de l'ESAT « Les Argonautes » et pour toute personne en situation de handicap moteur faisant une demande de logement auprès de 13 Habitat. Ce dispositif n'est pas un foyer-logement ESAT car les personnes qui y vivent sont locataires de leur appartement auprès d'un bailleur social (13Habitat). Leur hébergement n'est pas conditionné au travail au sein de l'ESAT : sur 31 logements, 25 sont occupés par des travailleurs de l'ESAT. Tout en favorisant une vie autonome, l'association souhaite proposer aux locataires, des services permettant de faciliter leur maintien à domicile. C'est ainsi qu'est créé le SAEL. L'arrêté du 26 juillet 1993²³ signé entre le Président du Conseil Général des Bouches du Rhône et le président de l'ADIHM « autorise la création d'un service d'accompagnement pour handicapés moteur ». Il prévoit la création d'un service d'accompagnement pour au maximum 31 personnes en situation de handicap moteur vivant au sein de l'immeuble « Argo ». Le Service d'Accompagnement de l'Ensemble Locatif, situé au sein de cet immeuble, est un dispositif expérimental financé dans le cadre de l'aide sociale. Pour pouvoir bénéficier du dispositif il est nécessaire de faire une demande d'orientation auprès de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) (ex-MDPH) vers un « foyer CAT éclaté », ainsi qu'une demande de prise en charge dans le cadre de l'aide sociale auprès du CCAS de la ville de Marseille. L'ADIHM, n'assure pas la gestion locative des logements. La mission d'accompagnement consiste à proposer la présence d'un personnel 24heures/24 et 7jours/7 afin de garantir la surveillance du bâtiment et la

²²Article D 312-162 du CASF

²³ Cf. Annexe IV : Arrêté du 26 juillet 1993 relatif à la création du SAEL

sécurité des personnes. Cette mission est assurée par une équipe constituée d'Agents de Service Intérieurs (ASI), intervenant de jour et de nuit. L'équipe cadre de l'ESAT a également une partie de son temps de travail consacrée au SAEL (Directeur, Econome, Chef de Service, Comptable, Responsable du Service Social).

Suite aux lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, le financeur a demandé à l'ADIHM de se rapprocher d'un dispositif existant. Les personnes vivant au sein de la résidence « Argo » étant locataires de leur appartement, le SAVS est apparu comme étant le dispositif se rapprochant le plus de l'organisation existante. L'arrêté du 06 juillet 2006 autorise l'extension du SAVS. La capacité d'accompagnement passe alors de 31 à 35 personnes. Ces 4 personnes supplémentaires vivent dans différents arrondissements de Marseille, élargissant ainsi la prise en charge au-delà du bâtiment « Argo ».

Ce changement profond de mode d'intervention a nécessité de prendre en compte les missions liées au fonctionnement des SAVS. L'ADIHM a également choisi de qualifier l'équipe d'ASI présente vers les métiers de moniteur-éducateur et de surveillant de nuit.

c) Un projet d'établissement qui guide l'intervention des 2 structures de l'ADIHM :

En plus du cahier des charges, l'intervention du SAVS ADIHM est guidée par le projet d'établissement. Il regroupe le projet de service de l'ESAT et celui du SAVS. Il est prévu pour la période 2015-2019. Il reflète le souhait du directeur et du Conseil d'Administration qu'il existe une grande interaction entre les 2 établissements avec une mutualisation des moyens. En effet, les personnes accompagnées sont souvent les mêmes, avec des besoins proches. L'association souhaite une grande transversalité entre les 2 établissements. Le fil conducteur du projet est de promouvoir la bientraitance au sein de l'association.

En lien avec cela, le projet de service du SAVS précise les objectifs d'accompagnement suivants :

- Permettre la réalisation du projet de vie de la personne accueillie
- Permettre une vie à domicile
- Permettre à la personne de s'inscrire dans un processus d'autonomisation

Ce document propose également le cadre de l'accompagnement médico-social :

- Un accueil à toute heure du jour et de la nuit permettant de relayer les informations à l'équipe éducative

- Les demandes et le suivi liés à l'accompagnement médico-social assurés par une équipe pluridisciplinaire
- Un service qui fonctionne sur un principe de référence.

Le projet d'établissement donne un cadre à l'intervention du SAVS. Il vise l'optimisation de l'accompagnement des bénéficiaires du SAVS. Il précise les objectifs de l'accompagnement ainsi que les objectifs opérationnels attendus d'un point de vue généraliste, pouvant correspondre à tous type de bénéficiaire quelque soit leur handicap ou leur âge.

La transformation du service a nécessité une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences internes. Un cabinet extérieur assiste l'ADIHM dans cette démarche. Ce cabinet est intervenu dans le cadre de la qualification des membres de l'équipe, sur l'actualisation des fiches de postes, sur les supports d'entretien annuel et professionnel. A la lecture des supports permettant l'intervention de l'équipe tels que le projet de service, le Plan d'Amélioration de la Qualité, je constate qu'ils n'évoquent pas les besoins de montée en compétence de l'équipe.

d) Une équipe stable récemment qualifiée:

Le décret 2005-223 issu de la loi du 11 mars 2005 relatif à la création des SAVS établit une liste précise des professionnels pouvant intervenir au sein de ces services²⁴. Le conseil d'administration de l'ADIHM a fait le choix de professionnaliser l'équipe existante du SAEL composée jusqu'alors d'ASI qui intervenaient indifféremment de jour comme de nuit. Le décret relatif aux SAVS précise que les équipes peuvent être constituées de tout « *professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission* ». Compte tenu de la spécificité de l'organisation du service, et du souhait de présence de l'équipe 24 heures/24 et 7 jours/7, l'ADIHM a fait le choix qu'une partie de l'équipe soit formée au métier de surveillant de nuit, et l'autre moitié au métier de moniteur-éducateur. Suite à l'intervention du cabinet de recrutement, les ASI ont alors été divisés en 2 équipes : une équipe de jour et une équipe de nuit. Il ressort des comptes-rendus de réunion que cette répartition n'a pas été perçue de la même façon par les membres de l'équipe. Pour certains, cela répondait à leur envie d'évolution et de qualification, pour d'autres cela a été jugé comme arbitraire et n'a pas toujours été bien comprise. La phase de qualification de l'équipe socio-éducative a pris fin en 2013.

²⁴Cf. Annexe II : Domaines d'interventions du SAVS précisé par le cahier des charges

Le cahier des charges prévoit obligatoirement l'intervention d'assistant socio-éducatif pouvant, le cas échéant, être associé « de moniteurs-éducateurs, de techniciens d'intervention sociale et familiale, d'aide médico-psychologique, voire d'auxiliaire de vie sociale et de psychologues ». C'est dans ce cadre qu'a été recruté une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) en septembre 2009. Elle a d'abord été chargée de la mise en œuvre des projets personnalisés dans l'attente de la professionnalisation de l'équipe. En 2013, l'élaboration des Projets Personnalisés (PP) est confiée aux moniteurs-éducateurs devenus référents. Les missions de la CESF se centrent sur l'accès aux droits des usagers. Elle participe ponctuellement à la mise en œuvre du projet personnalisé en lien avec les moniteur-éducateurs référents dans le cadre des préconisations du cahier des charges. Enfin, un animateur est rattaché au SAVS et intervient dans le cadre de l'animation de l'association (Assemblées Générales, temps festifs, association sportive). Il travaille en lien avec l'équipe éducative dans le cadre de l'accès aux loisirs lorsque cela est prévu dans le Projet Personnalisé du bénéficiaire. L'organigramme²⁵ du SAVS est en partie commun avec celui de l'ESAT. Certains postes sont transversaux aux 2 structures (économat, secrétariat, logistique)

L'équipe du SAVS se caractérise par son manque d'expérience professionnelle dans le domaine éducatif. En tant que cadre intermédiaire auprès de cette équipe, je dois les guider dans la mise en œuvre de leur fonction, dans la réalisation de leurs missions. Afin d'accompagner ce changement, le précédent chef de service a opté pour un management de type directif : l'équipe vivait un changement profond de missions. Peu diplômés, les ASI ont eu des difficultés à se projeter dans une nouvelle profession (moniteur-éducateur) qui leur semblait éloignée de leurs capacités. D'un poste « confortable » puisque connu et maîtrisé, l'association leur a demandé d'occuper un poste avec des nouvelles missions, très différentes des précédentes. Ce changement a été, de fait, source de stress. L'équipe, à ce moment, était en demande d'un cadre précis et d'être guidée dans sa prise de fonction. Elle a ainsi, mis en application des outils « tout prêt » sans avoir participé à leur élaboration.

Le SAVS bénéficie de la présence d'agents d'accueil pour permettre une présence 24 heures/24 et 7 jours/7. Toutefois ces postes sont financés par des dispositifs d'emplois aidés (CUI-CAE) et ne sont pas pérennes. Actuellement, 2 agents d'accueil se relaient mais ne peuvent pas couvrir toutes les plages horaires. Les emplois n'étant pas

²⁵Cf. Annexe V : Organigramme des structures de l'ADIHM

financés de façon durable, et afin de respecter les souhaits du projet d'établissement, la fiche-emploi des moniteurs-éducateurs prévoit qu'ils puissent être amenés à occuper le poste d'agent d'accueil si besoin. Ce paramètre rend très difficile la réalisation de plannings fixes. Ces derniers sont refaits chaque trimestre et sont différents chaque mois. Cela est source de tensions internes et ne permet pas à l'équipe éducative de s'investir totalement dans sa mission.

e) Un public en situation de handicap moteur vieillissant et accompagné sur du long terme:

Le SAVS ADIHM est financé par le Conseil Départemental pour accompagner 35 usagers dit « actifs » auxquels s'ajoutent 8 usagers en file active soit 43 personnes en situation de handicap au total. Parmi eux, 81% sont en situation de handicap moteur²⁶ avec ou sans troubles associés (certains d'entre eux souffrent d'un retard intellectuel léger voir moyen ou de troubles psychiques).

Le SAVS accompagne à la fois des personnes vivant au sein de la résidence « Argo » (31 personnes) et également des personnes vivant en autonomie dans d'autres arrondissements de Marseille (12 personnes)²⁷, dans des logements hors du partenariat avec 13 Habitat. A ce jour, les bénéficiaires du SAVS ont tous un lien avec l'ADIHM avant le début de leur prise en charge (travailleurs ou ancien travailleur de l'ESAT, locataires de l'immeuble « Argo »). Une majorité des personnes accompagnées ont plus de 40 ans. Cela représente un enjeu dans la mesure où « 45 ans » est repéré comme le début du processus de vieillissement des personnes en situation de handicap.

Les personnes vivant en dehors de la résidence « Argo » souffrent d'un handicap moteur moins invalidant et sont globalement plus jeunes. Les besoins en termes d'aménagement de logement sont donc moindres.

Les personnes vivant au sein de la résidence « Argo » étaient souvent déjà accompagnées par le SAEL et par conséquent depuis plus de 10 ans. Ces durées d'accompagnement sont en décalage avec les préconisations du cahier des charges qui propose une durée d'accompagnement de 3 ans maximum pouvant se faire de façon séquentielle. Actuellement la MDPH prononce des orientations pour 2 ans. Dans le cas du SAVS ADIHM, il apparaît que la MDPH a validé des renouvellements de mesures

²⁶ Voir glossaire

²⁷ Cf. annexe VI : Répartition géographique des bénéficiaires du SAVS ADIHM au 31.12.2015

dépassant la durée maximum de 3 ans. Toutes les sorties du dispositif SAVS précédentes sont liées à des décès ou des déménagements des bénéficiaires.

La durée importante de la prise en charge pose une réelle question sur le rôle de la mesure et la façon dont elle est appréhendée par le bénéficiaire et l'équipe.

f) Une intervention à partir et au sein du domicile, basée sur une double mission:

Le cahier des charges donne une dimension importante à la notion de « domicile ». Le SAVS précise dans le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) que les Visites A Domicile (VAD) se font de façon régulière, sans en déterminer la fréquence. Dans les faits, les référents prévoient une VAD par mois. Chaque membre de l'équipe éducative est devenu référent d'une quinzaine de bénéficiaire et de leur projet de vie. Les moniteurs éducateurs sont ainsi chargés de recueillir les besoins et attentes des usagers et/ou de leur famille, et de faire le lien avec les professionnels qui interviennent auprès de la personne. La CESF est, quant à elle, référente de l'accès aux droits de tous les bénéficiaires. L'animateur n'intervient pas dans le cadre de l'accompagnement individuel, mais il peut être une ressource pour l'équipe éducative dans la mise en place de l'accès aux loisirs. La notion de travail d'équipe est en construction. Les postes d'agent d'accueil ne couvrant pas toutes les plages horaires pour assurer l'ouverture du service 24heures/24 et 7jours/7, les moniteurs-éducateurs peuvent être amenés à occuper ce poste. Ils sont alors dans l'obligation de rester dans les locaux du SAVS puisque tous les usagers bénéficient d'un système de téléalarme relié au bureau des agents d'accueil. Les moniteurs-éducateurs ne peuvent pas rencontrer les usagers à leur domicile lorsqu'ils doivent occuper le poste d'accueil.

Lors de l'évaluation interne, l'un des objectifs d'amélioration précise la nécessité de promouvoir le suivi des projets personnalisés et la personnalisation de l'accompagnement. Jean-René Loubat²⁸ rappelle que « *le projet personnalisé doit être la continuité, voire l'approfondissement opérationnel du projet de vie de la personne. Autrement dit, le projet personnalisé est la réponse adaptée qu'établit un prestataire de service au projet de vie d'une personne* »²⁹.

Le PP a pour but de prendre en compte les besoins et les attentes exprimés par la personne et de les mettre en lien avec les préconisations des professionnels. Le

²⁸Docteur en sciences humaines, psychosociologue consultant en ressources humaines et ingénierie sociale auprès des opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

²⁹Jean-René Loubat, (2013), *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, p65

document de recueil³⁰ proposé par le SAVS ADIHM se décline en 22 pages autour de 4 grands domaines déterminés en conformité avec le cahier des charges (Accès aux droits, Environnement familial et social, Logement et Habitat, Santé, handicap et plan de compensation)

La 4^{ème} partie prévoit une évaluation de l'autonomie de la personne inspirée de la grille GEVA du certificat médical MDPH. Les critères, plutôt médicaux ne permettent pas une évaluation de l'autonomie de la personne au quotidien. Une 5^{ème} partie « expression libre » doit permettre à la personne interrogée de faire part des éléments qui n'auraient pas été exprimés dans les autres parties. Elle permet une photographie à un instant T des capacités de la personne. Dans sa construction, ce document alterne diagnostic de la situation de la personne et espaces permettant l'expression de ses besoins et attentes. Toutefois, le recueil des informations semble prendre beaucoup de place au détriment du temps d'expression de la personne, au risque de passer à côté de son projet de vie.

Une 23^{ème} page de synthèse permet de proposer le PP en 3 temps (Présentation et évaluation de l'autonomie, Expression des besoins et attentes de la personne, Plan d'action, moyens, calendrier)

Le protocole d'accompagnement médico-social (PAMS)³¹ précise la nomination d'un référent chargé d'élaborer le projet personnalisé de vie et de sa mise en œuvre en lien avec les autres membres de l'équipe. Les moniteurs-éducateurs sont référents d'environ 15 usagers. Le référent a la charge de recueillir les besoins et les attentes des personnes accompagnées et d'établir le projet personnalisé en lien avec les personnes intervenant autour de l'utilisateur. Cela le place en position de juge et partie. Il n'existe pas de support de recueil destiné à la famille ou aux professionnels intervenant auprès de la personne. De même, le PAMS ne prévoit pas de temps de négociation lors de l'élaboration du projet. Le projet personnalisé doit se faire lors du premier mois d'accueil du bénéficiaire. Il est évalué à mi-parcours puis 6 mois avant la date de renouvellement de la mesure SAVS, un nouveau projet personnalisé est établi en vue de travailler sur de nouveaux objectifs. Toutefois, je constate qu'il n'existe pas d'indicateurs permettant d'évaluer le projet personnalisé. Les référents observent si les objectifs sont atteints sans pour autant utiliser de support commun.

³⁰ Cf. annexe VII : le projet personnalisé de vie du SAVS ADIHM

³¹ Cf. annexe VIII : Protocole d'Accompagnement Médico Social du SAVS

Le SAVS bénéficie d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) commun à celui de l'ESAT qui permet aux bénéficiaires d'exprimer leurs souhaits. De même il existe une association de locataires pour permettre de communiquer à 13 Habitat les besoins d'aménagement et/ou d'amélioration. Les enquêtes de satisfaction sont utilisées pour évaluer les interventions collectives.

Synthèse :

Les éléments mis en évidence me permettent de mieux saisir le contexte de ma réflexion et de mettre en évidence les constats suivants :

- Des politiques publiques et locales qui valorisent la prise en charge en logement autonome ;
- L'intervention des SAVS s'organise autour de la coordination du projet de vie de l'usager ;
- Les SAVS, garant du projet de vie de la personne, sont des « outils » pertinents pour permettre une continuité dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap ;
- L'association ADIHM a le souci de son développement afin de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution des usagers ;
- La population accompagnée est vieillissante et sa prise en charge à domicile nécessite une adaptation de l'intervention sociale et médicale ;
- Le SAVS ADIHM construit son intervention sur les bases d'une structure existante qui impose des contraintes qui empêchent parfois l'équipe éducative d'assurer pleinement ses missions;
- Une prise en charge sur du long terme, en décalage avec les préconisations du cahier des charges, mais qui a du sens compte tenu de la population accompagnée car elle leur permet de vivre en logement autonome et non en structure collective;
- Le projet d'établissement pose le cadre de l'intervention mais il ne prend pas suffisamment en compte la spécificité du public et l'équipe qui se construit;
- Le protocole médico-social décrit la procédure à suivre pour établir les projets personnalisés. La synthèse est basée sur le recueil des besoins et des attentes de la personne mais ne met pas suffisamment en évidence son implication dans la construction de son projet personnalisé ;

- L'équipe récemment diplômée et qualifiée peine à travailler ensemble et à mutualiser ses compétences au service d'un projet commun ;
- L'organisation par « référent » peut enfermer l'utilisateur et le professionnel dans une relation duale parfois difficile à gérer.

Ces constats touchent à la fois l'équipe, l'organisation de la structure, le public accompagné et le partenariat. Cela m'amène à formuler la question suivante :

« Comment permettre à une équipe, dont la mission est de coordonner le projet personnalisé de la personne, de valoriser un fonctionnement atypique tout en facilitant un maintien en logement autonome ? »

1.3. UNE INTERVENTION QUI DOIT S'ADAPTER AUX BESOINS D'UN PUBLIC EN PERTE D'AUTONOMIE :

a) Méthodologie me permettant d'approfondir ma réflexion :

Les éléments recueillis au fil de ma recherche montrent qu'il existe un enjeu autour d'une population accompagnée par l'association depuis longtemps dont les besoins évoluent, et d'une équipe récemment qualifiée qui se construit et qui doit apprendre à travailler en cohésion. Ces premiers constats doivent être approfondis et analysés pour faire évoluer ma réflexion et m'inciter à dégager une problématique à travailler en lien avec l'équipe d'encadrement et l'équipe éducative et sociale. Il me semble tout d'abord nécessaire de définir de façon plus précise le public accompagné, ses caractéristiques. Lors de l'élaboration du projet de service, l'ADIHM a réalisé des statistiques que je souhaite utiliser. Les dossiers des usagers et leur projet personnalisé, m'ont également permis de dégager quelques tendances. Ces données statistiques doivent être mises en parallèle avec des productions à plus grande échelle. Je me suis ainsi intéressée à des auteurs tels que Bernard Azema et Nathalie Martinez, qui ont beaucoup écrit sur la personne en situation de handicap vieillissante. Des études statistiques, telle que celle réalisée par l'AGIRC-ARCCO permettent de mettre en perspective les résultats obtenus. De mes premiers constats se dégage également un questionnement autour de l'équipe et de la mise en place de son intervention. Je souhaite partir de l'organisation existante pour la mettre en lien avec des données théoriques. Je me suis intéressée à la façon dont les outils d'accompagnement sont utilisés par l'équipe (Projet Personnalisé, Projet

d'établissement, lieux d'expression) à l'aide de grilles d'observation et de questionnaires. Il m'est également paru indispensable d'interroger l'équipe sur sa pratique. A priori, l'équipe vient d'être formée et devrait être à l'aise avec les outils liés la loi de 2002, à leurs missions. Il s'avère que cela n'est pas si évident. Avec l'accord du directeur, j'ai interrogé l'équipe sur sa perception du travail réalisé, et l'utilisation des outils mis en place. J'ai donc cherché à renforcer mes connaissances autour des notions de pratiques professionnelles et de compétences. Il m'a semblé opportun d'effectuer un travail d'investigation à partir de données législatives ou de revues spécialisées telles que les Cahiers de l'Actif, les Actualités Sociales Hebdomadaires, Lien Social, mais également autour d'auteurs tels que Jean-René Loubat qui mène une réflexion autour des nouvelles formes d'intervention en travail social ou de Guy Le Boterf, écrivain de référence sur la notion de compétence professionnelle. Ces lectures me permettront de prendre le recul nécessaire à une bonne analyse de la situation. Elles viendront compléter une recherche plus ancrée dans la réalité de la structure concernée.

b) Une meilleure connaissance de la population accompagnée pour adapter son intervention :

Afin d'étudier la population accueillie, j'ai repris le logiciel qui regroupe toutes les fiches administratives des bénéficiaires ainsi que le document de recueil permettant l'élaboration des projets personnalisés en octobre 2014. J'ai regroupé ces données au sein de l'annexe IX

- *Des personnes accompagnées qui suivent la répartition observée au sein de la région et du département :*

Le SAVS ADIHM accompagne 43 usagers dont 22 hommes et 21 femmes. Parmi eux, 81% sont en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associés. La moyenne d'âge des personnes accompagnées (45 ans) est proche de ce que l'on observe à l'échelle nationale³² (42 ans) et à l'échelle régionale³³ (44 ans en moyenne au sein des SAVS et SAMSAH de la région PACA en 2010). La part des « 45 ans et plus » au sein du SAVS ADIHM est identique à celle observée dans les SAVS et SAMSAH de la

³²B.MORDIER, (Février 2013), *L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010*» Etudes et Résultats, DREES, N°833

³³ 2006-2010 : *Etat des lieux et évolutions dans les établissements et services médico sociaux handicap de la région PACA, (2013)CREAI, p56*

région PACA en 2010 (48% de l'effectif global³⁴). Il est à noter la forte présence des personnes âgées de 40 à 45 ans dans l'effectif des bénéficiaires du SAVS ADIHM : cette réalité devra être prise en compte par l'équipe dans l'accompagnement proposé.

- *Le mode de vie des personnes accompagnées et la place des aidants :*

Je remarque que la majorité des plus de 45 ans vivent seuls, ils ne bénéficient donc pas de la présence d'un aidant familial de façon quotidienne. Afin de permettre le maintien à domicile des personnes accompagnées, il est nécessaire d'évaluer la place des aidants familiaux et professionnels. Les aidants peuvent avoir plusieurs typologies. Il peut s'agir de proches du bénéficiaire, on parlera alors d'aidant familial, et il peut également s'agir de professionnels qui interviennent auprès de la personne pour l'aider à réaliser les actes essentiels de la vie (auxiliaires de vie, infirmiers, kinésithérapeutes,...). Les aidants professionnels sont assez facilement repérables, il n'en est pas de même pour l'aidant familial. On peut se demander à partir de combien de temps passé auprès de la personne, un intervenant peut être considéré comme aidant, doit-il exister un lien familial précis (ascendant, descendant...). Par exemple, dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), l'aidant familial peut être le conjoint, le concubin, le partenaire de Pacs, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée elle-même (sœur, frère, nièce, neveu, petite-nièce, petit-neveu) ou de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs. L'aidant doit entretenir « des liens étroits et stables »³⁵ avec la personne en situation de handicap. Afin de poursuivre mon investigation, j'ai souhaité définir ce qu'est un aidant familial. J'ai retenue la définition proposée par la charte Européenne de l'aidant familial, établie avec l'aide de la COFACE (Confédération des organisations familiales de l'Union européenne)³⁶. Les aidants peuvent également être des personnes de l'entourage amical de la personne en situation de handicap. Les liens étroits et stables seront alors recherchés. Il faut noter que 8 bénéficiaires, dont 3 âgés de plus de 45 ans ne bénéficient d'aucune aide. Les aidants familiaux restent majoritaires, qu'ils soient cohabitant ou non. Selon l'étude réalisée par l'AGIRC-ARRCO³⁷ la moyenne d'âge de l'aidant principal est de 60 ans. Les aidants familiaux, notamment les parents des personnes en

³⁴CREAI – p59

³⁵ Article R245-7 du CASF

³⁶ Voir glossaire

³⁷ « Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants » - Études réalisées auprès des ressortissants de Agirc et de l'Arcco en Île-de-France et Rhône-Alpes par la FNG et TEST ³² avec les ARS Ile de France et Rhône Alpes – Sept. 2014

situation de handicap vieillissantes sont confrontés à leur propre perte d'autonomie. Leur intervention est souvent soutenue par celle d'un aidant professionnel. Ainsi, j'observe que 12 des bénéficiaires de plus de 45 ans cumulent l'intervention d'aidant professionnels et d'aidant familiaux. L'ANESM préconise que ces aidants soient associés à l'élaboration du projet personnalisé dans la mesure où le bénéficiaire le souhaite. Grâce à la grille d'observation que j'ai réalisée pour étudier les projets personnalisés mis en place, je constate que l'intervention de la famille dans ce contexte n'est pas mise en évidence. Le processus d'élaboration du projet personnalisé ne prévoit pas de temps de recueil auprès de la famille. Une majorité des bénéficiaires ne sont pas placés sous protection juridique, ils sont donc à même de décider s'ils souhaitent ou non que la famille, les aidants soient associés dans l'élaboration du document. Seuls 4 bénéficiaires sont placés sous le régime de la tutelle, imposant de ce fait la présence du tuteur lors de l'élaboration du projet personnalisé. De même, la partie relative aux aidants professionnels est souvent remplie partiellement. Ce mauvais repérage a des répercussions puisqu'il devient difficile de faciliter *« l'expression de tous les professionnels qui participent à l'accompagnement de la personne, pour dégager des propositions claires faisant consensus »* comme le préconise l'ANESM³⁸. J'observe également que le projet personnalisé ne donne aucune indication sur *« les possibilités de communication avec tous ces acteurs [aidants familiaux et professionnels], les souhaits de la personne et ceux des proches (pour le présent et relatifs à l'avenir) »*³⁹. Ces observations sont renforcées par l'expression de l'équipe qui dit ne pas voir l'intérêt d'associer les familles lors de l'élaboration du projet personnalisé⁴⁰.

c) Garantir la continuité du parcours de vie :

Les aidants familiaux principaux, souvent les parents, sont également en perte d'autonomie. Les usagers doivent faire face à cette nouvelle réalité et anticiper le jour où leurs parents ne seront plus en mesure d'intervenir. Le SAVS ADIHM, accompagne une majorité de personnes porteuses d'un handicap lourd qui ne pourraient pas vivre en logement autonome sans le dispositif existant. Cette proposition, faite à ces personnes, va dans le sens du rapport de Denis Piveteau qui précise qu'il ne doit pas y avoir de rupture

³⁸ *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, (Mars 2015), RBPP ANESM, chap.3, p67

³⁹ *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, (Mars 2015), RBPP ANESM, chap.1, p28

⁴⁰ Cf. Annexe X : Questionnaire équipe

Annexe XI : Résultats questionnaire équipe_19.04.2015

dans le parcours de vie⁴¹ des personnes en situation de handicap du fait par exemple d'un handicap devenu trop lourd.

Les notions de parcours et de projet de vie renforcent un peu plus la mission de coordination reconnue aux SAVS. Cela induit d'aborder l'accompagnement sous un autre angle. Le « case management » (pouvant se traduire par la fonction de coordination du parcours et du projet) propose par exemple de « *traiter le problème [...] de la situation de handicap sous [...] [l'] angle [...] de la situation personnelle d'un individu dans un environnement donné, en s'appuyant sur ses ressources propres et en bâtissant un plan d'action doté d'objectifs et s'inscrivant dans une durée déterminée* »⁴². Afin de mieux cerner la manière d'intervenir du SAVS ADIHM, il est indispensable à ce stade de m'intéresser à la manière dont sont construits et mis en œuvre les projets personnalisés.

d) Les « outils » utilisés pour favoriser l'accompagnement

Les outils de la loi de 2002 sont mis en place et utilisés par l'équipe. Les personnes accueillies étant accompagnées sur du long terme, l'équipe ne base pas son intervention sur « *des indicateurs de fin de prise en charge* » comme le demande le cahier des charges. Les objectifs sont donc envisagés comme une base permettant d'élaborer le renouvellement de la mesure. Cet accompagnement dans la durée est souligné par l'évaluateur externe comme étant une force : « *le SAVS [...] géré par l'association ADIHM est une structure « atypique et extraordinaire » qu'il convient de vraiment considérer comme « innovante » de par ses modalités d'accueil au regard du type de personnes accueillies à forte mobilité réduite* »⁴³.

- *Le projet personnalisé*⁴⁴ :

Une première lecture de la procédure de la mise en œuvre des projets personnalisés met en évidence un manque d'affirmation de la mission de coordination du projet personnalisé, mission pourtant centrale des SAVS. L'ANESM, dans sa Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) relative « aux attentes de la personne et le projet personnalisé », rappelle comme principe que « *le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un*

⁴¹ Voir glossaire

⁴² JR Loubat – « parcours et projets de vie – vers une reconfiguration de l'action médico-sociale » - cahier de l'actif n° 446/447 – p15

⁴³ Extrait de l'évaluation externe réalisée en octobre 2014

⁴⁴ Cf. annexe XIII: Grille d'observation de la mise en place et du suivi des projets personnalisés

équilibre entre [...] les personnes et leur entourage, qui peuvent avoir des attentes contradictoires ou des analyses différentes, les personnes/leur entourage et les professionnels, qui ne partagent pas automatiquement la même analyse de la situation ou les mêmes objectifs ». Cette démarche de co-construction est fondamentale pour aboutir à un compromis lorsque les attentes et/ou l'analyse de la situation diffèrent en fonction des interlocuteurs. Afin de mener cette observation, j'ai étudié le protocole d'accompagnement mis en place, le document de recueil des projets personnalisés et les synthèses de ces projets à l'aide d'un guide d'observation construit à partir de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM mentionnée ci-dessus. Il en ressort les éléments suivants :

Le processus d'élaboration du PP proposé par le SAVS ADIHM n'est pas envisagé comme un cycle⁴⁵. Il ne met pas suffisamment en évidence les temps de négociation et d'évaluation du projet qui sont des notions primordiales. Il n'existe pas de temps formel pour mettre en évidence l'échange entre les souhaits de la personne et les préconisations du professionnel alors que l'ANESM⁴⁶, incite au dialogue avec l'utilisateur pour dégager des objectifs d'accompagnement. Actuellement, l'intervention du SAVS est plus, selon l'hypothèse de Jean-René Loubat⁴⁷, dans une « *logique d'expert : bilans (de capacité, d'observations, cliniques) → Besoins → Réponse* » alors qu'elle devrait tendre vers une « *logique de service : Besoins → Négociation → Evaluation* ».

Les axes d'interventions retenus par les référents sont souvent établis sur du court terme et n'incitent pas le bénéficiaire à se projeter sur du long terme. L'équipe exploite peu ce document et ne l'utilise pas pour mettre en évidence une évolution du handicap et les conséquences d'une perte d'autonomie au quotidien. Ainsi, il n'existe pas de critères clairement établis par l'équipe pour évaluer l'autonomie de la personne. En parallèle, je remarque que certaines parties du document de recueil des PP sont partiellement, voire pas remplies du tout (coordonnées des proches, des aidants, grille d'évaluation de l'autonomie par exemple). De même, l'implication de l'aidant familial lors de l'élaboration du projet personnalisé ne transparait pas.

⁴⁵Cf. annexe XIII: Cycle projet

⁴⁶RBPP « Les attentes de la personne et les projets personnalisés » - ANESM – Janvier 2012

⁴⁷LOUBAT Jean-René, (2013), *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, DUNOD

- *Un partenariat en cours de développement*

Dans son règlement de fonctionnement, le SAVS ADIHM rappelle la nécessaire « ouverture sur l'environnement, dans le cadre de partenariat où le service a un rôle de coordinateur, de médiateur et d'interface ». Malgré ce positionnement fort de l'ADIHM et le repérage des partenaires dans un document interne (mai 2013)⁴⁸, le SAVS peine parfois à affirmer son rôle de coordinateur du projet de la personne. Le repérage de l'entourage de la personne est partiel. Il n'existe pas d'outils permettant de visualiser l'entourage de l'utilisateur et leurs interactions.

- *Les référents : clés de voûte de l'organisation mise en place*

L'organisation mise en place a pour conséquence un certain isolement des référents : ces derniers sont placés à la fois en position de juge et partie. Les référents recueillent seuls les besoins et attentes de leurs bénéficiaires et proposent seuls le projet personnalisé. Les autres membres de l'équipe valident ou non la proposition. Cela ne favorise pas suffisamment les échanges au sein de l'équipe : il n'existe pas de culture de travail commun. Les difficultés liées au planning ne m'ont pas permis de mettre en place de réunion d'équipe de façon régulière. Ces temps sont très souvent conflictuels et l'équipe ne parvient pas à mutualiser ses compétences au service d'un projet commun.

Cette organisation en « référence » place l'équipe dans « le faire », et ne permet pas au référent de prendre le recul suffisant pour se positionner comme le coordinateur du projet de vie et du parcours de vie des personnes accompagnées.

L'évaluateur externe préconise la mise en place d'un espace de réflexion sur les pratiques professionnelles pluridisciplinaires. Une analyse des pratiques a été mise en place en septembre 2015. Elle s'est terminée en mars 2016 faute de budget consacré à cette action. Le besoin de l'équipe d'être accompagnée dans sa pratique étant mis en évidence à la fois par l'évaluation interne et l'évaluation externe, il sera indispensable de prévoir ces temps d'échange autour de la pratique professionnelle voir d'organiser des temps de supervision lors de l'élaboration du prochain budget de fonctionnement.

e) La montée en compétence de l'équipe : enjeu essentiel suite à la fin de la période de qualification.

Lors de la phase de qualification, les moniteurs-éducateurs ont quitté leur poste d'ASI, qu'ils occupaient depuis environ 15 ans pour celui de moniteur-éducateur. Mon

⁴⁸ Evaluation externe

prédécesseur a mis en œuvre un accompagnement de l'équipe vers ce changement. Cette dernière se caractérise par son manque de pratiques professionnelles dans le domaine éducatif. Il est donc nécessaire de les guider dans leur montée en compétence et la mise en œuvre de leur fonction, en lien avec leurs missions. Afin de mieux mettre en évidence les forces et les atouts de l'équipe, je me suis interrogée sur la façon dont on peut définir une équipe. J'ai retenu la définition proposée par Cohen et Bailey en 1997⁴⁹ : elle « *constitue un ensemble d'acteurs en interaction, réunis autour d'objectifs professionnels communs [...] et ayant des attributions différenciées [...], selon leurs statuts, expertises et fonction dans l'entreprise. Les membres d'une équipe entretiennent par conséquent des relations de dépendance et partagent la responsabilité de leurs résultats* ». L'équipe éducative de l'ADIHM forme un groupe hétérogène puisque les intervenants ont des origines professionnelles distinctes qui doivent se compléter. Toutefois, cette hétérogénéité est peu exploitée. La CESF intervient en parallèle du projet personnalisé. Elle est peu sollicitée lors de l'élaboration et de la négociation du projet personnalisé. De même l'agent d'accueil n'est pas impliqué dans l'accompagnement des usagers malgré une fonction stratégique.

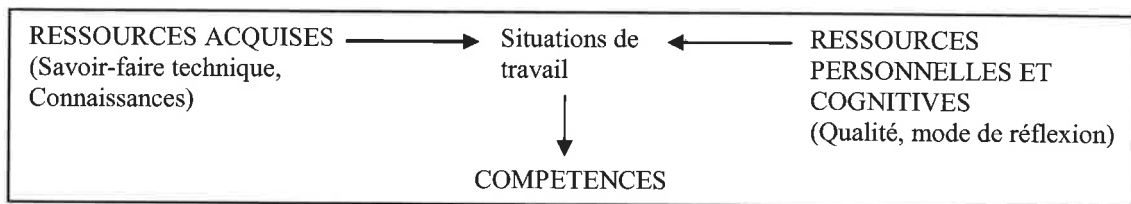
En interrogeant l'équipe sur les notions de projet de vie et de coordination⁵⁰, je m'aperçois que les professionnels ne sont pas tous au même stade de la réflexion et que leurs perspectives sont très différentes. Certains expriment leur crainte d'un nouveau changement tandis que d'autres ont des idées précises sur les freins qu'ils rencontrent et les évolutions qu'ils souhaiteraient. De ce fait il semble important de redonner du sens à l'intervention et permettre de renforcer la cohésion d'équipe. La construction de l'équipe est également freinée par l'organisation du planning. Afin de couvrir toutes les plages horaires, les moniteurs-éducateurs se relaient et ont peu de temps de travail en commun. Une réunion hebdomadaire est prévue mais n'est pas régulièrement assurée du fait du planning. Cette contrainte est vécue par l'équipe éducative comme un frein à la réalisation de leur fonction. Un travail de réflexion est actuellement amorcé avec l'aide de l'URIOPSS pour revoir l'organisation des plannings et permettre de dégager des temps de travail en commun. Ce préalable est indispensable pour la mise en œuvre du projet. En tant que cadre intermédiaire, je dois permettre à l'équipe de mettre en œuvre les acquis de la qualification en les aidants à construire leurs pratiques professionnelles.

⁴⁹ BARABEL Michel, MEIER Olivier, (2015), *Manager – Tout le management à l'heure digitale*, 3^e édition, DUNOD, 816 p

⁵⁰ Annexe X : Questionnaire transmis à l'équipe en mai 2015

Annexe XI : Résultats du questionnaire transmis à l'équipe (mai 2015)

La notion de pratique est définie par le dictionnaire LAROUSSE[©] comme étant l'« application, [l'] exécution, [la] mise en action des règles, des principes d'une science, d'une technique, d'un art, etc., par opposition à la théorie ». Cette définition peut s'appliquer à la réalisation de l'activité professionnelle. Jean-Pierre Boutinet⁵¹ précise que la pratique professionnelle est à différencier de l'expérience⁵². Il s'agit de mettre en évidence les compétences des membres de l'équipe tout en tenant compte des contraintes institutionnelles. Afin d'accompagner l'équipe dans ce cheminement, il est indispensable de définir la compétence. La notion de compétence est souvent déterminée comme la « somme des savoir, savoirs-être, et savoir-faire ». Toutefois, Guy Le Boterf insiste sur le fait que la compétence doit être envisagée comme un processus et pas seulement comme une somme de ressources. Il met également en avant qu'il est indispensable de prendre en compte « la personne » dans le management mis en œuvre, et pas seulement les savoirs, savoir-être et savoir-faire. La compétence peut être illustrée par le schéma⁵³ suivant :



En tant que cadre intermédiaire, je dois créer un climat propice permettant à l'équipe d'agir et interagir avec compétence.

A ce stade de ma réflexion, ma préoccupation centrale est de valoriser l'organisation atypique du SAVS ADIHM qui garantit une prise en compte du projet de vie de personnes en situation de handicap en perte d'autonomie permettant ainsi une continuité dans le parcours de vie des personnes accueillies »

Afin d'envisager un plan d'action qui me permettra d'aborder cette question, je souhaite mettre en évidence les atouts et les points d'amélioration du service.

⁵¹ Jean-Pierre BOUTINET est Professeur à l'Université Catholique de l'Ouest d'Angers, directeur à l'Institut de recherche fondamentale et appliquée (IRFA), Professeur associé aux universités de Sherbrooke (Canada), de Genève (Suisse) et chercheur associé à l'Université Paris X - <https://communicationorganisation.revues.org/3356>

⁵² Le concept de pratique permet d'intégrer le fait d'avoir déjà une expérience et le fait de mener présentement une expérience – cf. cairn.info – Jean-Pierre BOUTINET

⁵³ Guide – « Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Compétences et des Qualifications », UNIFAF POITOU-CHARENTES, p 15

1.4. LES FORCES ET LES POINTS D'AMELIORATION DU SAVS :

Fort de des éléments que j'ai recueilli au cours de mon travail, et grâce au tableau des Forces, Faiblesses, Risques et Opportunités du SAVS que je présente en annexe XII, il m'apparaît essentiel de synthétiser les éléments importants de mon écrit :

✓ Au niveau du service : Le service est précurseur en permettant à des personnes lourdement handicapées d'être maintenu à domicile conformément à leur projet de vie. Sommes-nous un foyer ? Sommes-nous un service d'accompagnement ? Notre organisation peut induire un doute. L'intervention mise en place, en conformité avec le cahier des charges, correspond à celle d'un SAVS. Le schéma départemental évoque la nécessité d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne, et ainsi légitime l'intervention de service tel que le SAVS ADIHM.

✓ Au niveau de la population accompagnée : La population accompagnée par le SAVS a les mêmes caractéristiques que la population accueillie dans les SAVS du département. A savoir, que la population est vieillissante et doit faire face à de nouveaux besoins. En revanche, le SAVS ADIHM se distingue des SAVS décrits par le cahier des charges par une prise en charge longue. Cette particularité est intéressante au vue de la préoccupation actuelle des pouvoirs publics sur la prise en compte du parcours de vie de la personne, et la prévention des ruptures dans ce parcours. En revanche, elle nécessite une prise en compte particulière et doit être mis en avant par les outils supports du fonctionnement du service.

✓ Au niveau des outils : L'ANESM insiste sur l'importance d'avoir des grilles d'évaluation de l'autonomie et d'avoir un projet de service spécifique lorsque l'on accompagne des personnes en situation de handicap vieillissantes. La raison d'être du SAVS est renforcée par l'évaluateur externe. En tant que chef de service, c'est un appui précieux à valoriser auprès de l'équipe qui peine à trouver une identité forte.

✓ Au niveau de l'équipe : Elle est constituée de professionnels récemment diplômés, qui occupaient auparavant des postes dont les missions étaient axées sur la surveillance et non sur l'accompagnement social. La phase de changement doit maintenant laisser la place à une phase de management de la montée en compétences professionnelles de l'équipe. Les moniteurs éducateurs et la CESF doivent apprendre à travailler ensemble.

L'équipe doit s'approprier les missions attendues et les outils d'accompagnement, et ainsi se positionner comme facilitatrice de la réalisation du projet de vie.

✓ Au niveau des aidants : Il existe un enjeu fort autour de la prise en compte des aidants familiaux, qui sont également vieillissants et s'inquiètent du devenir de leur « enfant ». L'ANESM préconise de les associer en accord avec la personne accompagnée. Le SAVS dans sa mission de coordination doit permettre le lien vers les aidants professionnels

✓ Au niveau de l'association : L'association a à cœur de proposer des solutions aux personnes accompagnées et à l'évolution de leurs besoins. Mon rôle en tant que chef de service est d'utiliser ces opportunités pour guider l'intervention de l'équipe. En effet, il s'agit de faire remonter les besoins observés sur le terrain au directeur de la structure et ainsi participer à l'élaboration d'un projet ancré dans la réalité, lié aux besoins.

Tous ces éléments méritent d'être pris en compte. Toutefois, il est impossible de tout mener de front. Le public évolue, et doit faire face à de nouveaux besoins. L'équipe doit s'adapter à cette évolution. Il me semble que cette réalité est une opportunité pour me permettre de mobiliser l'équipe et d'insuffler une nouvelle façon de travailler.

Ces éléments m'amènent à poser la problématique suivante :

« La construction d'un référentiel partagé et l'évolution des pratiques professionnelles de l'équipe doit favoriser sa montée en compétence, et permettre l'implication de l'usager dans la mise en œuvre de son projet de vie. »

PARTIE 2 : UN PROJET DONT LES PHASES SONT EN CONSTANTE INTERACTION

2.1. PREALABLE A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET :

Au fil de ma réflexion, j'ai pu mettre en évidence des besoins d'intervention autour des usagers et de l'équipe.

L'intervention du SAVS est conditionnée par des prises en charge sur du long terme qui impliquent une relation de dépendance où la prise de recul est difficile. Du fait du fonctionnement atypique, l'équipe a toujours eu des difficultés à se positionner, et à expliquer le rôle du service (« pas tout à fait un SAVS » « pas tout à fait un foyer »). L'équipe a besoin de redonner du sens à son travail. Cette démarche s'appuie à la fois

sur les outils d'accompagnement, notamment les projets personnalisés, et par une réflexion sur la pratique professionnelle. L'évaluation externe est venue appuyer l'intervention en reconnaissant l'intérêt de ce service, car il permet le maintien à domicile de personnes lourdement handicapées. Je pense qu'il est nécessaire de se saisir de cette reconnaissance pour mettre en place une nouvelle dynamique qui permettra à l'équipe de construire une cohérence dans l'action, de travailler ensemble. Parallèlement à cela, le SAVS accompagne les usagers depuis de longues années. Une relation de dépendance avec le service s'est créée. Le contexte législatif, de même que la mission de coordination allouée aux SAVS demandent aux intervenants sociaux de donner une place active aux usagers. Les outils actuellement mis en œuvre par le SAVS ne facilitent pas cette implication de l'utilisateur.

Je souhaite donc proposer un plan d'action qui aura pour finalité de ***constituer un collectif de travail autour d'un projet commun et qui renforcera la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées par le SAVS.***

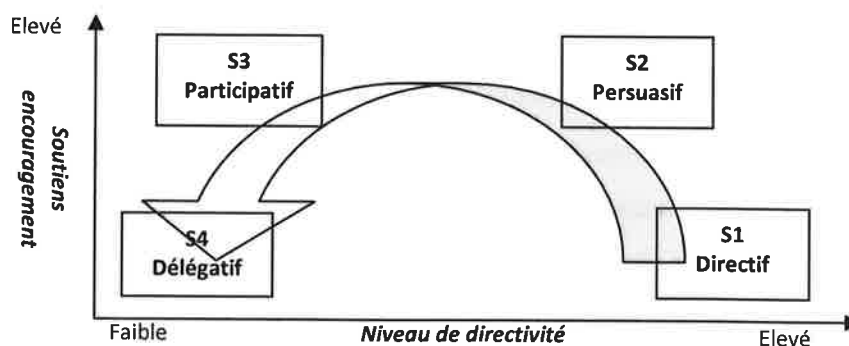
L'équipe est habituée à mettre en place les outils déjà élaborés et ne perçoit pas quel peut être son rôle dans l'organisation du service. Selon ses membres, la hiérarchie doit tenir ce rôle. Il est possible de décrire le « scénario » dans lequel se trouve l'équipe par le schéma Confort-Stress-Ambition[©] (CSA)⁵⁴ :

Le temps de la professionnalisation a été marqué par un scénario de stress. L'équipe était en perte de repère, chacun était « confronté à l'incertitude », ne sachant pas vraiment ce que l'on attendait d'eux. Après bien des tumultes, l'équipe s'est stabilisée dans un scénario de confort. L'équipe s'est alors centrée sur elle-même sans prendre conscience de l'environnement et des enjeux qui conditionnent le fonctionnement du service. L'équipe pense que c'est aux « dirigeant[s] de connaître le contexte et de gérer les objectifs à atteindre ». Je souhaite que l'équipe sorte de cette zone de confort pour aller vers un scénario « Ambition ». C'est-à-dire qu'une cohésion vers un projet commun anime l'équipe.

J'envisage me référer sur le management situationnel proposé par HERSEY et BLANCHARD⁵⁵ illustré par le schéma ci-dessous :

⁵⁴ Cf. Annexe XIV : Confort stress ambition – Cabinet PMS

⁵⁵ Paul HERSEY (1931-2012) est un auteur et économiste américain spécialiste en management
Kenneth BLANCHARD est un auteur américain, spécialiste en management



Le projet est conçu pour évoluer dans le temps et s'adapter à ces évolutions. Ce management me semble donc particulièrement adapté. Le management directif doit laisser la place à un management persuasif, puis un management participatif et enfin délégitif.

L'équipe est constituée de peu de personnes, cela me permet d'avoir un management individualisé et d'adapter les différentes étapes selon la réceptivité du professionnel.

C'est dans cette optique que j'ai élaboré mon projet prenant également en compte que les membres de l'équipe socio-éducative souhaitent tous « favoriser l'autonomie de la personne »⁵⁶.




Un premier objectif, permet à l'équipe, par le biais d'un travail de réappropriation du projet personnalisé de réfléchir sur sa pratique, de se mettre d'accord sur un fonctionnement commun. La dynamique créée par cette réflexion me permettra d'aborder le second objectif qui vise à impulser une démarche de construction de cohésion dans l'intervention de l'équipe. Cette dernière doit mesurer l'intérêt de son action, et prendre une part active dans le fonctionnement du service et ne plus être seulement des « exécutants ».












2.2. CONSTITUER UN COLLECTIF DE TRAVAIL POUR RENFORCER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS:



a) Un projet dont les objectifs interagissent en permanence:

Les deux objectifs généraux sont en interaction permanente. Certaines actions peuvent enrichir plusieurs objectifs. Afin de mettre en évidence ces liens entre les actions, j'ai choisi d'organiser la mise en œuvre du projet autour de 3 phases :

⁵⁶Cf. Annexe XI : Résultats du questionnaire auprès de l'équipe le 19.04.2015

-  Enrichissement de l'outil Projet Personnalisé
-  Ouverture de la structure vers l'extérieur
-  Montée en compétence de l'équipe socio-éducative

Objectif général n°1 : Redonner du sens au projet personnalisé afin de préparer l'évolution et la continuité du parcours de vie des personnes en situation de handicap	
Objectif opérationnel n°1 Doter le service d'outils d'analyse de l'autonomie des usagers	 <i>Action n°1</i> Mise en évidence d'indicateurs dans un outil d'évaluation de l'autonomie des usagers
Objectif opérationnel n°2 Rendre l'utilisateur acteur de la mise en œuvre de son projet de vie	 <i>Action n°2</i> Révision de la procédure d'élaboration des PP en renforçant la phase de négociation du projet
	 <i>Action n°3</i> Création d'une grille d'évaluation de la procédure de mise en œuvre du projet
Objectif opérationnel n°3 Favoriser la continuité du parcours de vie en repérant et en impliquant l'entourage de l'utilisateur	 <i>Action n°4</i> Elaboration d'un guide d'entretien destiné aux familles
	  <i>Action n°5</i> Repérage de l'entourage de l'utilisateur à l'aide d'un réseau-gramme de type « tarte-réseau »
	 <i>Action n°6</i> Signature de convention de partenariat tripartite avec les services prestataires à domicile
Objectif général n°2 : Impliquer l'équipe dans l'évolution de ses pratiques professionnelles pour favoriser sa montée en compétence	
Objectif opérationnel n°4 : Créer une cohésion interne à partir de la mise en place de référentiels communs	 <i>Action n°7</i> Mise en place d'une formation permettant de réfléchir aux notions d'éthique et de déontologie en lien avec les particularités du service
	 <i>Action n°8</i> Elaboration d'un référentiel de compétence pour chaque poste du SAVS ADIHM
	 <i>Action n°9</i> Rétablissement de la démarche d'analyse des pratiques
Objectif opérationnel n°5 : Développer une politique de formation continue pour permettre une évolution des pratiques professionnelles	 <i>Action n°10.</i> Participation à des groupes de travail sur des problématiques liées à la population accompagnée

Objectif opérationnel n°6. : Ouvrir le service sur son environnement.	 Action n° 11 Utilisation du réseau-gramme de chaque usager pour alimenter un registre commun à l'équipe socio-éducative trié par domaine d'intervention
	 Action n° 12 Mise en œuvre d'une politique d'accueil de stagiaires

b) Une programmation du projet organisée autour de 3 phases:

○ *Phase n°1 : Enrichissement de l'outil Projet Personnalisé*

Les usagers du SAVS ADIHM, accueillis sur du long terme, sont en perte d'autonomie et vieillissants. Leurs besoins évoluent que cela soit en terme de lieu de vie, de présence de l'entourage...L'ANESM insiste sur la nécessité d'anticiper les risques liés au vieillissement de la personne en situation de handicap et de repérer les signes et les effets du vieillissement. L'outil utilisé actuellement par l'équipe lors de l'élaboration du projet personnalisé ne permet pas une évaluation fine de l'autonomie des personnes : il ne situe pas suffisamment la personne dans son environnement et ne permet pas de mesurer l'évolution de cette autonomie.

○ *Phase n°2 : Ouverture de la structure vers l'extérieur*

J'envisage cette phase par le prisme du développement du partenariat et du réseau. Le partenariat est défini comme une « *méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action [...] et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre.* »⁵⁷

Le réseau est l' « *Ensemble de relations entre personnes ou services sans que l'un d'entre eux n'occupe une place centrale* »⁵⁸.

Dans un contexte législatif qui nous incite à instaurer une continuité dans le parcours de vie des usagers, l'ouverture des services à leur environnement est incontournable. L'ANESM⁵⁹ rappelle que « *l'ouverture des établissements sur leur environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de*

⁵⁷ DHUME Fabrice, *Du travail social au travail ensemble*, Editions ASH, 2001 extrait du site <http://www.educenformation.com/2009/09/les-notions-de-reseaux-et-partenariats.html>

⁵⁸ DUBECHOT Patrice, ROLLAND Marie, DC4. *Implication dans les dynamiques partenariales, institutionnelles ou interinstitutionnelles*, Editions Vuibert, Octobre 2008 extrait du site <http://www.educenformation.com/2009/09/les-notions-de-reseaux-et-partenariats.html>

⁵⁹ Cf. RBPP « ouverture de l'établissement à et sur son environnement »

maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux, et d'exercer leur citoyenneté ». Cette phase constitue un trait d'union entre les 2 objectifs généraux du projet. Elle réunit des actions pouvant à la fois permettre d'enrichir le projet personnalisé et la montée en compétence de l'équipe⁶⁰.

○ *Phase n°3 : La montée en compétence de l'équipe socio-éducative*

La structure a une organisation atypique que l'évaluation externe est venue valoriser. Toutefois, je perçois que l'équipe peine à se positionner entre la façon dont ils perçoivent le fonctionnement d'un SAVS tel que prévu par le décret et notre organisation pouvant s'apparenter à un foyer. Le service a une raison d'être, en plus d'être valorisé par l'évaluateur externe, il s'inscrit dans l'évolution législative actuelle. L'intervention de la structure est liée à l'histoire de l'association. L'équipe doit être dans une démarche d'appropriation des actes du travail pour adapter son action tout en tenant compte des missions d'un SAVS. La démarche d'appropriation de l'acte, notion développée par Gérard Mendel⁶¹, précise qu'il s'agit de prendre conscience que poser un acte peut modifier la réalité et qu'il existe un pouvoir sur l'acte par celui qui le réalise. Ainsi, il s'agit de permettre à l'équipe de réfléchir sur sa manière d'agir, sur les conséquences de ces actions tout en tenant compte du contexte. Cette montée en compétence doit également être envisagée par des apports extérieurs au service. L'échange avec d'autres professionnels permettra une prise de recul nécessaire à l'amélioration des pratiques.

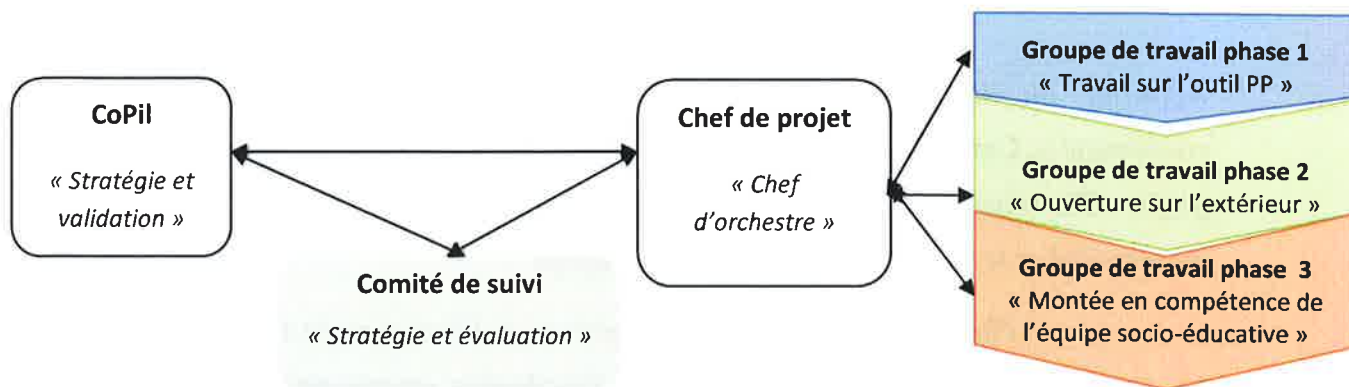
2.3. MANAGEMENT ET PLANIFICATION DU PROJET :

a) Pilotage du projet :

Les différents objectifs du projet sont en lien les uns les autres avec une finalité commune : « constituer un collectif de travail autour d'un projet commun et qui renforcera la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées par le SAVS ». Je souhaite que ce projet s'inscrive dans la démarche qualité. Afin de faire vivre le projet, il est nécessaire de mettre en place différentes instances de décision et de suivi. Les liens entre eux peuvent être illustrés de la façon suivante :

⁶⁰ « Pratiquer l'ouverture, c'est encore permettre aux équipes d'enrichir leurs analyses et de renouveler leurs modalités d'intervention au contact de méthodes et de pratiques différentes » - RBPP « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »

⁶¹ Gérard MENDEL (1930- 2004) Psychiatre de formation, il a été à la fois psychanalyste et socio psychanalyste. Il est à l'origine de la réflexion autour de l'acte pouvoir



- **Chef de projet** : Dans le cadre de ce projet, en tant que cadre intermédiaire du SAVS, j'assurerai cette fonction. Je serai chargée de mener à bien ce projet, de contrôler son bon déroulement et le respect du calendrier fixé. Par ailleurs, j'aurai un rôle d'animation et de coordination de l'équipe. A tout moment, je serai en mesure de rendre compte de l'avancée du projet au CoPil. Je serai également amenée à réaliser certaines activités.
- **CoPil** (Comité de Pilotage) : Son rôle est de valider l'idée initiale du projet et de veiller au bon fonctionnement du projet. Il est constitué de 6 membres :
 - Directeur de l'association
 - Un membre du conseil d'administration
 - Un représentant des salariés
 - Un représentant des usagers
 - Un représentant des intervenants médicaux et paramédicaux
 - Le chef de projet
- **Comité de suivi** : Le comité de suivi sera chargé d'évaluer le projet au fur et à mesure de son avancée. Il suivra l'adéquation des actions entreprises avec le programme retenu initialement. Il sera composé comme suit :
 - Un membre de l'équipe socio-éducative
 - Le chef de projet
- **Les groupes de travail** : Ils seront composés des membres de l'équipe du SAVS. L'équipe socio-éducative (CESF, Moniteurs Educateurs) constitue le noyau du groupe de travail. Toutefois, la composition pourra évoluer en fonction de l'avancée du projet. Les agents d'accueil et les veilleurs de nuit ont des contraintes horaires qui rendent difficiles leur participation régulière à ces groupes. Néanmoins, dans un souci de cohésion, je souhaite que leur participation soit basée sur le volontariat et qu'ils soient informés de l'évolution du projet

b) Programmation du projet en fonction des différentes phases :

Afin d'aborder la programmation du projet, j'ai souhaité mettre en œuvre la méthode QQQQCP (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi). Pour plus de clarté, j'ai développé le « Quand » dans une partie consacrée à la planification

➤ *Phase 1 : Enrichissement de l'outil Projet Personnalisé*

Action n°2 : Révision de la procédure d'élaboration des PP en renforçant la phase de négociation du projet

Qui ?

Chef de service SAVS

Où ?

Locaux du SAVS puis mise en œuvre auprès des usagers

Comment ?

Une proposition sera établie par le chef de service SAVS.

Présentation à l'équipe au cours d'une réunion hebdomadaire.

Cette procédure inclura :

- Nouveau calendrier d'élaboration et de renouvellement des PP
- Recueil des besoins et des attentes lors d'un entretien mené par la CESF et le moniteur éducateur référent
- Elaboration d'une proposition discutée en réunion d'équipe
- Proposition du projet à l'utilisateur
- Si désaccord, discussion entre l'utilisateur et le référent afin de convenir d'un compromis.
- Si accord, validation du projet

Pourquoi ?

La procédure qui permet la mise en œuvre des projets prévoit le temps de recueil des besoins et des attentes. En revanche elle ne met pas suffisamment en avant le temps de négociation du projet. Le moniteur référent se charge du recueil des besoins et des attentes de l'utilisateur et formule la proposition de projet personnalisé. Cette approche qualifiée « d'expert » par JR Loubat place le référent dans une position quasi-hiérarchique avec l'utilisateur. Le contexte législatif rappelle la nécessité de placer l'utilisateur en position de décideur de ce qui est mis en place pour lui. Valoriser la négociation du projet dans la procédure, aidera l'utilisateur à retrouver une place active dans la réalisation de son projet personnalisé. Le référent doit être un soutien, un facilitateur.

Effets attendus

- ✓ *Renforcement de la phase de négociation du projet*
- ✓ *Passer d'une « logique d'expert » à une « logique de service »*
- ✓ *Rendre l'utilisateur acteur de la mise en œuvre de son projet de vie*

Action n°1 : Mise en évidence d'indicateurs dans un outil d'évaluation de l'autonomie des usagers

Qui ?

Groupe de travail,
pilotage par le chef de projet

Où ?

Dans les locaux du SAVS

Comment ?

Réunions organisées le mardi lors des temps de réunion déjà prévues au planning. 1h30 tous les 15 jours pendant 4 séances

1^{ère} réunion : Présentation de la démarche puis début de la réflexion

2^{ème} réunion : Détermination des critères d'autonomie

3^{ème} réunion : Détermination des indicateurs par critère

4^{ème} réunion : Elaboration d'un système de cotation et finalisation de la grille d'évaluation

Je souhaite que les indicateurs déterminés ne concernent pas uniquement les capacités intrinsèques à la personne, mais également son environnement et l'effet qu'il peut avoir (positif ou négatif)

Pourquoi ?

Cette grille sera intégrée au projet personnalisé, et utilisée par l'équipe socio-éducative. Afin que l'utilisation de cette grille soit la plus pertinente, il est indispensable qu'elle soit élaborée par l'équipe socio-éducative. La grille sera construite à l'aide de grilles existantes (GEVA, SMAF, AGGIR...).

Effets attendus

- ✓ *Pouvoir évaluer l'évolution de l'autonomie et vérifier l'adéquation de la prise en charge avec les besoins de la personne.*
- ✓ *Faciliter l'adaptation du projet de vie de l'utilisateur*

Action n°5 : Repérage de l'entourage de l'utilisateur à l'aide d'un réseau-gramme

Qui ?

Groupe de travail et chef de projet

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Elaboration de l'outil en réunion d'équipe à partir d'outils existants (1 réunion de 2h00) :

- ♦ Définition commune de la notion de réseau et de partenariat
- ♦ Création de l'outil en fonction de thèmes décidés en équipe

Pourquoi ?

Comme le préconise l'ANESM⁶², il est indispensable de mettre en évidence les interactions entre l'utilisateur et son entourage familial et même au-delà de celui-ci (amical, professionnel, médical et paramédical...). Actuellement, le projet personnalisé ne met pas clairement en évidence le réseau de la personne. Le réseau social de l'utilisateur est défini par Vincent Lemieux⁶³.

Le réseau d'un utilisateur peut s'observer à partir de plusieurs niveaux⁶⁴ :

⁶² *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, (Mars 2015), RBPP ANESM, chap.1, p28

⁶³ *Les réseaux d'acteurs sociaux - 1999* – Vincent LEMIEUX (professeur à l'université LAVAL (CANADA) depuis 1960. Il a été directeur du département de science politique et a obtenu, en 1998, le prix LEON-GERIN du gouvernement du Québec pour sa contribution exceptionnelle au développement des sciences humaines

⁶⁴ Cf. Annexe XV : définition des différents types de réseaux

- Le réseau primaire
- Le réseau secondaire non formel
- Le réseau secondaire formel

Dans le cadre de l'accompagnement social, le professionnel doit prendre en compte ces différents réseaux et les activer « *pour tenter d'y trouver les ressources nécessaires à la résolution des problèmes posés* »⁶⁵

Il existe des outils permettant le repérage de ce réseau tels que les cartes de réseaux ou réseau gramme⁶⁶. Ils permettent une représentation graphique des réseaux, des personnes impliquées dans une situation d'accompagnement. Ils tentent d'indiquer les rapports entre les personnes et les institutions et les rapports à l'intérieur des différents réseaux. Le réseau gramme a une dimension plus large que le sociogramme qui représente les liens entre les membres d'un même groupe.

Cet outil aura également un impact sur l'ouverture du service à son environnement. Les intervenants repérés faciliteront le travail d'accompagnement et enrichiront le réseau professionnel et le partenariat.

Effets attendus

- ✓ *Permettre à l'usager de visualiser son réseau primaire et son réseau secondaire*
- ✓ *Visualiser les domaines à aborder avec l'usager dans le cadre de l'accompagnement*

Action n°4 : Elaboration d'un guide d'entretien destiné aux familles

Qui ?

Délégation du CDS SAVS vers un membre de l'équipe volontaire

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Elaboration du cahier des charges par le CDS destiné au membre de l'équipe volontaire
 Elaboration d'une proposition de questionnaire par le membre de l'équipe volontaire
 Présentation du questionnaire au cours d'une réunion d'équipe
 Mise en œuvre selon le calendrier d'élaboration des Projets Personnalisés

Pourquoi ?

L'ANESM dans sa RBPP relative au soutien des aidants non professionnels précise que « *Le point de vue des aidants offre une perception de la personne qui leur est propre sur l'histoire de la personne, son parcours, son vécu de l'accompagnement, et sur l'évolution prévisible des pathologies ou des déficiences. Ils apportent un éclairage précieux aux professionnels chargés de les accompagner dans leurs parcours* ». Le temps de recueil des besoins et des attentes de l'usager ne laisse pas paraître la place accordée à l'entourage proche de l'usager. Cela représente pourtant un enjeu à ne pas négliger. En effet, les parents d'adultes en situation de handicap ont bien souvent mené un combat pour que leur enfant acquiert ou conserve un maximum d'autonomie. On constate fréquemment que la relation éducative « *parent-enfant* » perdure même à l'âge adulte. Par conséquent, on comprend que les parents

⁶⁵DUMOULIN Philippe et DUMONT Régis, (2004), *Travailler en réseau — Méthodes et pratiques en interventions sociales*, DUNOD, p 129

⁶⁶ FORDD Module n°2 : La personne, la famille, son entourage et la société le travail en réseau – Christiane BESSON (Améthyste), Nicolas PYTHOUD (fondation ABS)

ont un rôle important dans les choix de leur « enfant ». Négliger l'expression de la famille c'est risquer de ne pas pouvoir faire aboutir le projet de vie. Recueillir l'expression de la famille ne veut pas dire le prendre en compte tel quel. Il s'agit de mettre en évidence d'éventuels freins ou « boosters » à la mise en œuvre du projet de vie.

Effets attendus

- ✓ *Impliquer la famille lors de l'élaboration du projet*
- ✓ *Permettre à l'usager de valoriser son projet auprès de sa famille*
- ✓ *Risque : Que l'usager ne parvienne pas à exprimer une attente différente de celle exprimée par la famille*

Action n°3 : Création d'une grille d'évaluation de la procédure de mise en œuvre du projet

Qui ?

Groupe de travail et chef de projet

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Organisation de 3 séances consécutives d'une heure lors de la réunion du jeudi après-midi

1^{ère} réunion : Présentation de la finalité de l'action à l'équipe et de l'outil de base de la réflexion

2^e réunion : Elaboration des critères d'évaluation en lien avec les 4 phases du PP

3^e réunion : Finalisation de la grille d'évaluation

Pourquoi ?

Le protocole d'élaboration du projet personnalisé prévoit une évaluation de l'avancée du projet à mi-parcours. En revanche, la procédure de mise en œuvre du projet n'est jamais évaluée. Je souhaite que l'équipe travaille à la mise en évidence de critères d'évaluation de la mise en œuvre du projet afin de pouvoir resituer chaque protagoniste dans la démarche. Cette évaluation permettra de veiller à ce que l'usager soit toujours l'acteur de la mise en œuvre de son projet.

Effets attendus

- ✓ *Replacer l'usager en position de décideur*
- ✓ *Vérifier le respect des différentes phases*

➤ **Ouverture du service sur l'extérieur**

Action n°6 : Signature de conventions de partenariat tripartite avec les services prestataires à domicile

Qui ?

Chef de service SAVS

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Proposition de conventionnement tripartite avec les prestataires repérés suite à l'établissement du réseau-gramme de chaque usager. Les conventions des prestataires déjà présents devront être signées pour juin 2017.

La convention rappellera les points suivants :

- ♦ Interlocuteurs de chaque structure (noms, coordonnées)

- ♦ Nom de l'intervenant
- ♦ Rappel des besoins et des attentes de la personne
- ♦ Nombre d'heure d'intervention et organisation sur la semaine
- ♦ Modalité de présentation des intervenants
- ♦ Périodicité de l'évaluation de l'adéquation de l'intervention avec le projet personnalisé (il ne s'agit pas de contrôler le travail de l'intervenant(e), mais de vérifier que l'intervention correspond aux besoins de la personne).

Pourquoi ?

La continuité du parcours de vie est rendu possible par l'intervention des auxiliaires de vie. En effet, le maintien à domicile des personnes accompagnées par le SAVS et vivant au sein de la résidence « Argo » est facilité par leurs interventions. En coordinateur du projet de vie, le SAVS doit favoriser la mise en place des interventions en lien avec l'expression des besoins et des attentes. A ce jour, l'intervention se fait de façon empirique. Un outil de communication entre l'usager, le SAVS et le prestataire est donc nécessaire. Je souhaite qu'il prenne la forme d'une convention tripartite

Effets attendus

- ✓ *Facilitation des contacts entre le SAVS et les services prestataires*
- ✓ *Adéquation de l'intervention avec l'expression des besoins et des attentes*

Action n°11 : Utilisation du réseau-gramme de chaque usager pour alimenter un registre commun à l'équipe socio-éducative trié par domaine d'intervention

Qui ?

Elaboration par l'agent d'accueil
Utilisation par l'équipe socio-éducative

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Au fur et à mesure de l'élaboration des projets personnalisés, les agents d'accueils sont chargés de mettre à jour une fois par mois une liste de professionnels pouvant enrichir le réseau et/ou le partenariat du service.

Le tableau sera construit avec l'agent d'accueil et sera discuté en réunion d'équipe. Il sera organisé par champs d'intervention

Pourquoi ?

Le SAVS, du fait du temps de la professionnalisation, est opérationnel depuis peu de temps. Ainsi, le partenariat et le réseau professionnel sont en construction. A ce jour il se fait individuellement, chaque professionnel prend des contacts en fonction de l'accompagnement mis en place. Ces constructions individuelles pourraient être mutualisées pour permettre à chaque intervenant d'étoffer son propre réseau mais également de faciliter la mise en œuvre de l'accompagnement. J'envisage la création d'un outil commun à tous les intervenants du SAVS qui permettra de répertorier les intervenants présents autour de la personne. Le projet personnalisé viendra nourrir ce document

Effets attendus

- ✓ *Mutualisation du réseau*
- ✓ *Amélioration du suivi et de la cohérence des projets personnalisés*

➤ Phase 3 : Permettre la montée en compétence de l'équipe

Action n°7 : Mise en place d'une formation permettant de réfléchir aux notions d'éthique et de déontologie en lien avec les particularités du service

Qui ?

Equipe du SAVS

Où ?

Dans la salle de réunion de l'ESAT

Comment ?

Un cycle de formation de 8 séances sera envisagé en 2017 lors de l'établissement du budget de formation en fin d'année 2016. Le financement pourra se faire sur le plan de formation. Je souhaite que l'équipe puisse réfléchir avec l'aide d'un intervenant extérieur. Je souhaite que tous les intervenants du SAVS puissent participer à ce groupe. Concernant la composition des groupes, je dois prendre en compte une contrainte importante : assurer l'accueil 24 heures/24 et 7 jours/7. Ainsi, il est plus difficile d'associer les veilleurs de nuit et les agents d'accueil à cette réflexion. Toutefois, il est inconcevable de les exclure. J'envisage leur proposer d'y participer par alternance en fonction du planning. Ces heures seront comptées en heures supplémentaires.

Coût :

Heures supplémentaires pour les agents d'accueil et les veilleurs de nuit

Intervenant externe : 2000€⁶⁷

Pourquoi ?

L'équipe doit construire son identité et déterminer le sens à donner à son action. Une réflexion sur l'éthique⁶⁸ et la déontologie⁶⁹, au sens retenu par l'ANESM, doit permettre à l'équipe d'avancer en ce sens. Je souhaite que cette action soit mise en place avec un prestataire extérieur. Cela permettra à l'équipe de réfléchir à son fonctionnement par l'apport d'un regard neuf et plus neutre sur le fonctionnement. Cette réflexion doit permettre la mise en évidence des activités importantes auxquelles doit répondre le SAVS

Effets attendus

- ✓ *Valorisation des rôles de chacun*
- ✓ *Permettre à l'équipe de situer son intervention dans un cadre*
- ✓ *Préparer l'écriture du futur projet d'établissement*

Action n°8 : Création d'un référentiel de compétence pour chaque poste du SAVS ADIHM

Qui ?

Equipe du SAVS

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Ce référentiel se construira grâce à l'identification des activités principales assurées par chaque professionnel du SAVS. Ces activités seront ensuite traduites en compétence. Je souhaite proposer la méthode en 4 étapes proposée par François Charleux et Jean-René Loubat⁷⁰ :

⁶⁷ Prix basé par rapport à l'intervention d'un prestataire extérieur en 2015 pour 8 séances de formation autour de la loi de 2002 et de 2005

⁶⁸ Voir glossaire

⁶⁹ Voir glossaire

⁷⁰ « Motiver les équipes en travail social » 2^e édition Collection Les guides Direction – ESF EDITEUR – François CHARLEUX & Jean-René LOUBAT – 2015

- Identification des résultats attendus
- Repérage des domaines clés d'activités
- Identification des compétences
- Formalisation du référentiel

Je prévois un temps de travail de 4 heures (2 x 1h30 et 1 h de synthèse) pour chaque type de postes (CESF, moniteurs-éducateurs, agents d'accueil, veilleurs de nuit) au cours du 2^e semestre 2017.

Pourquoi ?

Cette démarche permettra à chaque intervenant de valoriser les compétences qui lui semblent indispensables pour assurer les missions du service. Ce référentiel viendra en complément de la fiche de poste existante. Il sera un outil qui permettra à chaque membre de l'équipe de prendre conscience de son rôle vis-à-vis des autres professionnels du service et également de communiquer pour valoriser le travail réalisé

Effets attendus

- ✓ *Permettre à chaque membre de l'équipe d'exprimer sa vision de la pratique*
- ✓ *Mise en évidence de la complémentarité de chaque membre de l'équipe*

Action n°9 : Rétablissement d'une démarche d'analyse des pratiques

Qui ?

Equipe socio-éducative

Où ?

Salle de réunion de l'ESAT

Comment ?

Je souhaite que la démarche d'analyse des pratiques soit inscrite comme action prioritaire et qu'elle soit pérennisée chaque année.

Premier temps : prévoir un financement lors de l'élaboration des budgets. Ce travail se fera en collaboration avec la cadre économe.

Deuxième temps : élaboration d'un cahier des charges qui sera validé par le directeur

Troisième temps : recherche d'un prestataire extérieur.

J'envisage ces temps d'échange une fois par mois.

Pourquoi ?

La dynamique créée par les précédentes actions doit être poursuivie dans le temps. L'équipe a participé à une démarche d'analyse des pratiques qui s'est terminée en mars 2016. Cette démarche de 6 mois a permis à l'équipe de réfléchir autour de ses pratiques. Elle a permis d'amorcer une démarche qui doit être poursuivie. En tant que chef de service du SAVS je souhaite que cette démarche soit pérennisée dans le temps

Effets attendus

- ✓ *Permettre un espace d'échange propre à l'équipe*

Action n°10 : Participation à des groupes de travail sur des problématiques liées à la population accompagnée

Qui ?

Equipe socio-éducative

Où ?

En fonction des lieux proposés par
Interparcours handicap13

Comment ?

L'ADIHM adhère au mouvement Interparcours handicap¹³. Ce réseau propose des actions visant la mise en réseau des différentes structures en lien avec le handicap. Il propose des groupes de travail autour de différentes thématiques. En lien avec les entretiens annuels, je souhaite proposer à chaque intervenant socio-éducatif de participer à l'un de ces groupes. Cette participation sera basée sur le volontariat

Pourquoi ?

Les pratiques dans le champ médico-social sont en perpétuelle évolution. Les groupes de travail qui se réunissent autour de problématiques ciblées sont un moyen pertinent d'approfondir ses connaissances théoriques mais également de pouvoir échanger avec des professionnels d'autres structures vivant des réalités similaires. En plus des connaissances supplémentaires, ces groupes de travail apportent des méthodes de travail pour prendre du recul et faire évoluer sa pratique

Effets attendus

- ✓ *Développement du réseau*
- ✓ *Amélioration de l'accompagnement réalisé auprès des usagers*

Action n°12 : Mise en œuvre d'une politique d'accueil de stagiaire

Qui ?

Equipe SAVS

Où ?

Locaux du SAVS

Comment ?

Au cours de la période de professionnalisation du service, le SAVS a fait le choix de ne pas accueillir de stagiaire. Cette période étant terminée, et pour maintenir une dynamique d'apprentissage, je souhaite prendre contact avec les organismes de formations préparant les diplômes pouvant intervenir au sein des SAVS. Je souhaite que cette ouverture soit inscrite dans le projet du service.

Je propose la mise en place d'une procédure d'accueil de stagiaires (envoi d'une lettre de motivation + CV, procédure d'accueil) qui sera validée en réunion cadre. Le choix des stagiaires retenus se fera également lors de la réunion cadre

Pourquoi ?

Instaurer une politique d'accueil de stagiaire demande un positionnement institutionnel et une réflexion sur les conditions de sa mise en œuvre.

L'ANESM rappelle l'intérêt d'être repéré comme « terrain de stage » à la fois pour les personnes accueillies, pour les professionnels, pour les responsables qui souhaitent recruter et pour les établissements dans leur ensemble⁷¹.

Au-delà des axes stratégiques du projet, il est nécessaire, pour garantir sa mise en œuvre de détailler la façon dont il sera managé ainsi que la planification des actions.

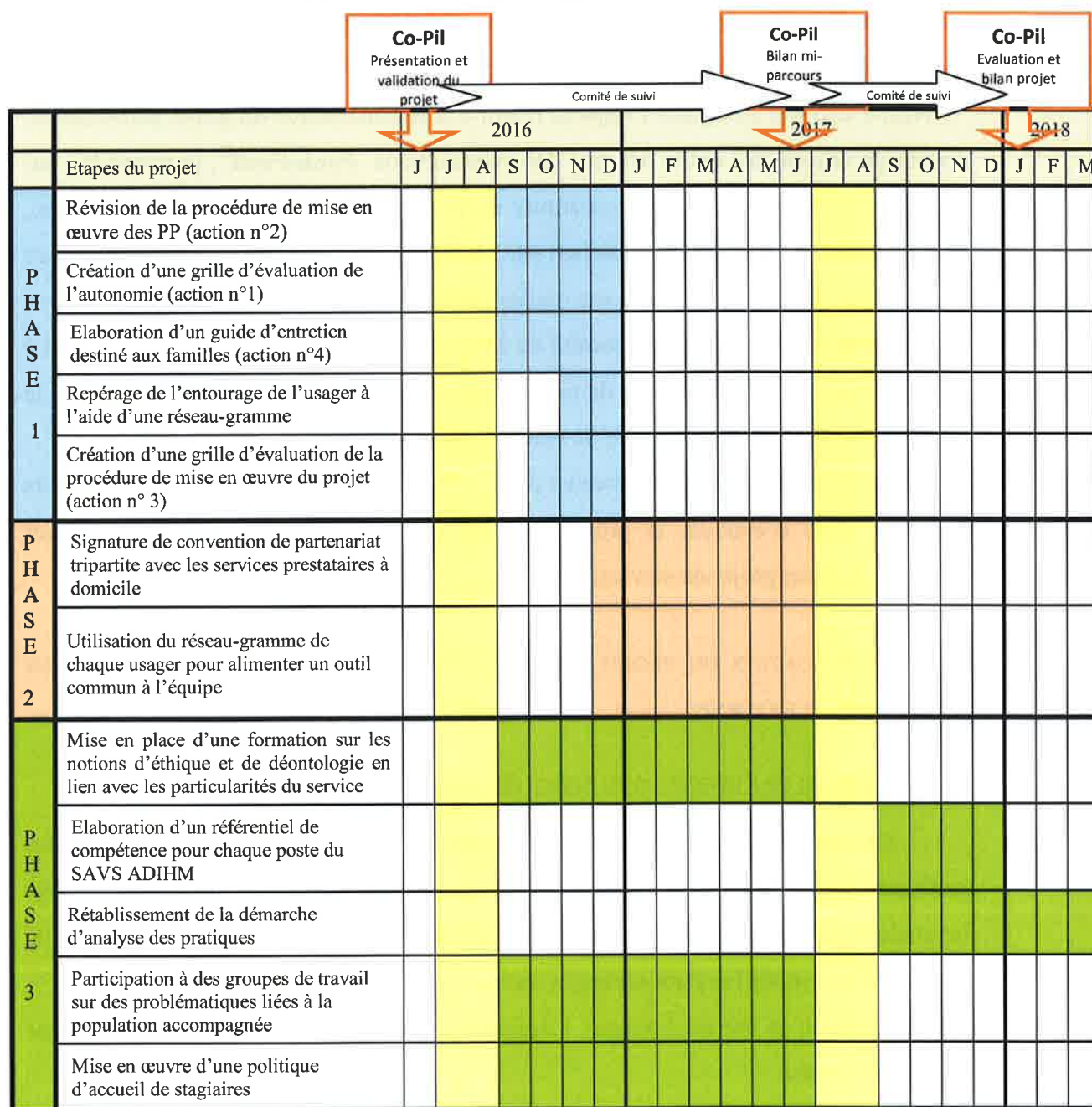
Effets attendus

- ✓ *Valorisation des compétences des professionnels*
- ✓ *Constitution d'un vivier pour anticiper les évolutions de l'association*

⁷¹Ouverture de l'établissement à et sur son environnement - RBPP ANESM – Décembre 2008

c) Planification du projet

Afin de planifier le projet, je me suis inspirée du diagramme de GANTT⁷². Pour en faciliter la lecture, j'ai distingué les trois phases du projet qui vont se dérouler en parallèle même si les deux axes sont étroitement liés. La planification ci-dessous est un document simplifié. La programmation complète figure en annexe XVI



⁷²« Le diagramme de Gantt, [...] est l'un des outils les plus efficaces pour représenter visuellement l'état d'avancement des différentes activités (tâches) qui constituent un projet. La colonne de gauche du diagramme énumère toutes les tâches à effectuer, tandis que la ligne d'en-tête représente les unités de temps les plus adaptées au projet (jours, semaines, mois etc.). Chaque tâche est matérialisée par une barre horizontale, dont la position et la longueur représentent la date de début, la durée et la date de fin. » - <http://www.gantt.com/fr/>

d) La communication du projet :

Je souhaite que le projet s'inscrive dans la durée et qu'à terme, l'équipe fasse évoluer ses pratiques. Après la validation du projet par le CoPil en juin 2016, je souhaite présenter le projet début septembre à l'équipe du SAVS au cours de la réunion hebdomadaire. Le membre de l'équipe qui participera au comité de suivi sera déterminé sur la base du volontariat. De même nous conviendrons de la répartition des membres de l'équipe aux différents groupes de travail partenariaux.

Afin d'exposer à l'équipe l'objectif relatif à la reconstruction du projet personnalisé, j'envisage utiliser des outils tels que des présentations PowerPoint[®], je reviendrai sur les éléments importants devant constituer un projet personnalisé (la notion de cycle), ainsi que sur les éléments fort précisés par les RBPP de l'ANESM. Au fur et à mesure de l'avancée du projet, des comptes-rendus seront réalisés. Le représentant de l'équipe socio-éducative présent dans le comité de suivi rendra compte de l'avancée du projet à l'aide de mail ou lors des temps de réunion par exemple. En tant que chef de projet, je rendrai compte du déroulé à l'aide de compte-rendu au CoPil.

Je souhaite que le projet s'inscrive dans le Plan d'Amélioration de la Qualité, cela permettra alors d'évoquer le projet avec les partenaires et également de préparer l'écriture du futur projet de service.

2.4. L'EVALUATION DU PROJET S'INSCRIT DANS LA DEMARCHE DES EVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES.

a) Situation de l'institution au regard des obligations de la loi 2002-2

La loi du 2 janvier 2002, a instauré la notion d'évaluation au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, et les lois suivantes ont conforté cette demande réglementaire. Ainsi, une exigence d'évaluation et d'amélioration de la qualité préoccupe désormais les établissements sociaux et médico-sociaux.

Cette évaluation se fait en 2 temps : l'évaluation interne d'abord, qui sera suivie d'une évaluation externe.

• L'évaluation interne :

Son contenu est précisé par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale dans son guide : « L'évaluation interne –Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » de Septembre 2006. « *L'évaluation interne est menée tous*

les cinq ans par l'établissement et le service lui-même dans toutes ses composantes (le cas échéant, en recourant à un appui extérieur : formation, accompagnement, ingénierie). » Elle doit être communiquée dans ce délai à l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionnement. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de L'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit une dérogation pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009, qui devront communiquer les résultats d'une évaluation interne au moins au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation.

Le CNESMS, dégage les objectifs suivants :

- Faire évoluer les pratiques et les compétences
- Produire des connaissances pour nourrir la décision
- Renouveler le dialogue
- Valoriser l'action conduite
- S'adapter et anticiper les besoins sociaux
- Interpeller, pour contribuer à l'évolution du secteur

L'ADIHM a réalisé sa première évaluation interne en 2013. Des groupes de travail ont été constitués sur les 2 structures de l'ADIHM (ESAT et SAVS) composés de salariés, de représentants des usagers. L'évaluation interne s'est faite autour de 6 grands domaines.

Les actions retenues sont inscrites dans un Plan d'Amélioration de la Qualité. Ce document, suivi par un comité de pilotage⁷³, doit permettre de planifier les actions et d'instaurer au sein des structures, une dynamique d'évaluation continue.

La prochaine évaluation interne doit se dérouler en 2018, j'ai planifié mon action de sorte qu'elle soit évaluée pour cette échéance.

L'évaluation interne a laissé peu de place à l'équipe et ses besoins, se concentrant sur les services rendus à l'utilisateur. Mon projet d'action s'inscrit dans cette démarche en proposant une refonte du projet personnalisé. Toutefois, compte tenu de la particularité de l'équipe, de l'histoire du service, il est indispensable d'intégrer l'accompagnement de l'équipe. Ce travail en amont aura une répercussion sur la qualité du travail réalisé vers les usagers. Je souhaite que l'accompagnement de l'équipe soit inscrit au plan

⁷³ Le comité de pilotage du plan d'amélioration de la qualité de l'ADIHM comprend les cadres de l'association. Son suivi se fait lors des réunions de cadre.

d'amélioration de la qualité. Le projet mis en œuvre sera un support de communication avec le directeur de la structure.

- L'évaluation externe :

L'ANESM précise que *« l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies »*

Les établissements sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D. 312-205 du CASF précise que la première évaluation doit intervenir au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant son renouvellement.

De même que pour l'évaluation interne, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit une dérogation. Les ESSMS ouverts avant le 22 juillet 2009 auront la possibilité de réaliser une seule évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation.

L'évaluation externe de l'ADIHM s'est déroulée en novembre 2014. Elle met en évidence des points d'amélioration notamment elle précise la nécessité de *« distinguer les besoins du PP, définis de plein droit par l'équipe pluridisciplinaire, des attentes des bénéficiaires manifestés par les usagers⁷⁴ »*.

Par ailleurs, l'évaluateur, dans sa conclusion est venu valoriser le fonctionnement atypique de la structure. Cette étape marque un tournant dans le fonctionnement de l'équipe qui se sentait souvent perdue entre l'histoire de la structure et les exigences de la réglementation. L'équipe s'est sentie autorisée à exister. Cette nouvelle dynamique doit être prise en compte, elle ouvre des nouvelles perspectives.

b) Les apports de la loi HPST du 21 juillet 2009

L'article 18 de la loi HPST précise que *« l'ANAP⁷⁵ a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle*

⁷⁴ Extrait du rapport final de l'évaluation externe au 30/11/2014

⁷⁵ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses »

Le SAVS ADIHM, comme les autres établissements médico-sociaux est tenu par le financeur de réaliser l'évaluation de l'année venant de s'écouler. L'ANAP, chargé de guider les structures dans l'amélioration de leurs pratiques a conçu un document d'évaluation permettant aux structures de rendre compte de leur activité.

c) L'évaluation du projet

Je souhaite que le projet soit l'amorce d'un travail sur le projet de service qui doit être renouvelé en 2019.

Le comité de suivi sera chargé de se réunir périodiquement afin de veiller au bon déroulement des axes validés par le CoPil et d'en évaluer la mise en œuvre. Le comité de suivi établira une évaluation des actions en fin de période afin de la transmettre au CoPil qui déterminera, le cas échéant de nouvelles pistes à explorer selon les effets constatés (positifs ou négatifs).

En tant que chef de service, je souhaite évaluer mon projet autour de critères qui permettront de mesurer sa cohérence, sa pertinence, son efficacité, son effectivité, son efficience et son impact.

Tableau des indicateurs par action :

Actions	Critères	Indicateurs	Outils
Mise en évidence des indicateurs dans un outil d'évaluation de l'autonomie	Implication de l'équipe dans la démarche	Participation régulière aux groupes de travail	Feuilles de présence
	Facilité d'utilisation de la grille	Appropriation par l'équipe	Questionnaires
	Intérêt de l'outil dans les projets personnalisés	Utilisation de l'outil lors du renouvellement des mesures	Grille d'observation
	Perception de l'outil par les usagers	Nombre d'usagers ayant refusé de remplir la grille	Grille d'observation
Révision de la procédure de mise en œuvre des PP	Respect de la procédure par l'équipe	Suivi des étapes déterminées	Grille d'observation
	Place accordée à l'utilisateur dans la mise en œuvre du PP	Visibilité de la phase de négociation	Questionnaire satisfaction usagers
Création d'une	Impact de la grille sur	Modification des	Entretiens

grille d'évaluation de l'autonomie	l'intervention des professionnels	interventions des professionnels	annuels
	Respect des phases prévues dans la procédure	Nombre de PP réalisés selon la procédure	Tableau de suivi
	Valorisation de la place de l'utilisateur	Perception d'un changement dans le positionnement de l'équipe socio-éducative	Questionnaire satisfaction usagers
	Implication de l'équipe dans la démarche	Nombre d'évaluations réalisées	Tableau de suivi
Elaboration d'un guide d'entretien destiné aux familles	Participation des familles	Nombre de famille ayant accepté de répondre	Tableau suivi
	Mise en relation des souhaits des usagers et des souhaits de la famille	Nombre de médiations nécessaires	Fiches de suivi VAD / logiciel de suivi
Elaboration du réseau-gramme de chaque usager	Utilisation de l'outil par l'équipe	Nombre de réseau-gramme utilisés	Tableau de suivi
	Pertinence de l'outil dans le PP	Utilisation dans l'élaboration du repérage des besoins de l'utilisateur par l'équipe	Synthèses en 3 points du PP
	Utilisation de l'outil par l'utilisateur	Compréhension de l'utilisation de l'outil par l'utilisateur	Enquête satisfaction
Signature de conventions tripartites avec les services d'aide à domicile	Acceptation de la démarche par les SAAD	Nombre de conventions signées	Tableau de suivi
	Intérêt pour l'utilisateur	Amélioration du service rendu par rapport aux PP	Guide d'entretien/ Evaluation PP
Mise en place d'une formation sur les notions d'éthique et de déontologie	Implication de l'équipe	Présence lors des réunions	Feuilles de présence
	Impact sur l'appropriation des actes du service	Mise en évidence des activités du service	Comptes-rendus des réunions
	Respect du cahier des charges de la formation	Consensus trouvé au sein de l'équipe	Comptes-rendus de réunions
Elaboration	Implication de l'équipe	Présence lors des	Feuilles de

d'un référentiel de compétences pour chaque poste du SAVS ADIHM		réunions	présence
	Conséquences sur la construction de l'équipe	Meilleure connaissance des rôles de chacun et de leurs complémentarités	Guides d'entretiens / entretiens annuels
	Mise en évidence des besoins de perfectionnement	Nombre de formations demandées	Plan annuel de formation / entretiens annuels
Rétablissement de la démarche d'analyse de pratique	Pérennisation de l'action dans le temps	Financement renouvelable	Plan annule de formation
	Intérêt de l'équipe	Assiduité	Feuilles de présence
Participation à des groupes de travail sur des problématiques liées à la population accompagnée	Appropriation de l'outil par l'équipe	Nombre de volontaires	Fiches d'inscription
	Impact sur la prise en charge	Adaptation du suivi aux besoins des usagers	Evaluation des PP usagers
	Développement du partenariat	Carnet d'adresse « étoffé »	Entretien annuel
Création d'un registre commun de partenaires	Repérage des partenaires « potentiels »	Nombre de partenaires « potentiels » repérés	Tableau de suivi
	Utilisation de l'outil par l'équipe	Fréquence de l'utilisation de l'outil lors de l'accompagnement	Questionnaires
	Implication de l'équipe « accueil »	Mise à jour régulière de l'outil	Tableau de suivi
Mise en œuvre d'une politique d'accueil de stagiaires	Mise en œuvre par l'équipe cadre	Suivi procédure	Tableau de suivi
	Accueil du stagiaire par l'équipe	Echange entre stagiaire et tuteur de stage	Guide d'entretien/évaluation stage
	Communication avec les organismes de formation	Nombre de demandes de stage issues des rencontres	Rapport d'activité / tableau de bord

Le plan d'amélioration de la qualité proposé par l'ADIHM s'intéresse au service rendu aux usagers et à la qualité de l'accompagnement médico-social. Il me semble pertinent que le plan prennent également en compte une partie liée aux pratiques professionnelles des équipes.

L'évaluation du projet, sera également un préalable à la prochaine évaluation interne qui doit se dérouler en 2018.

Conclusion

Le SAVS ADIHM est une structure en mouvement qui s'est profondément modifiée au cours des 5 dernières années. La professionnalisation des moniteurs-éducateurs et des veilleurs de nuit a apporté une plus-value à l'intervention du service en se rapprochant des missions attendues d'un SAVS. Dans le cadre de ce processus, l'évaluation externe est venue mettre en valeur un fonctionnement unique parfois vécu comme lourd par les membres de l'équipe. Cette dernière, par son intervention doit assumer la spécificité du service qui est d'accueillir des personnes lourdement handicapées, habituellement orientées vers des structures collectives. Le travail réalisé dans le cadre de ce projet qui se termine en janvier 2018 est un préalable à l'écriture du projet de service qui doit intervenir en 2019. J'ai souhaité que ce projet soit constitué d'actions « visibles » que je considère comme « booster ». Mais elles ne doivent pas être dissociées de celles qui s'inscrivent sur la durée et qui permettront à l'équipe de modifier durablement les pratiques professionnelles en place. L'évaluation du projet permettra d'adapter le projet au fur et à mesure de sa mise en œuvre. Cela incitera l'équipe à réfléchir à sa pratique et à prendre du recul sur celle-ci. Cela me semble incontournable compte tenu du contexte d'intervention.

La démarche d'amélioration de la qualité initiée à l'ADIHM doit être développée afin de s'inscrire dans un fonctionnement habituel. Le projet que j'ai élaboré accorde une place importante à l'évaluation, je souhaite m'appuyer sur ces éléments auprès du directeur pour inscrire cette notion dans les documents qui guident l'intervention de la structure.

L'ADIHM a des projets de développement, en envisageant l'ouverture d'une structure d'hébergement destinée à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Ce projet ouvre de nouvelles perspectives aux membres de l'équipe qui pourront se positionner sur cette nouvelle structure. Cela aura pour conséquence une nouvelle composition de l'équipe. Ces changements prévisibles me confortent dans la nécessité de construire un référentiel d'intervention fort, sur lequel pourra se baser tout professionnel qui prendra ses fonctions au sein du service.

Glossaire

AIDANT FAMILIAL : « personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques,... » - Charte Européenne de l'aidant familial

DEONTOLOGIE : « La déontologie est l'ensemble des règles d'exercice d'une profession déterminée destinées à en organiser la pratique selon des normes, pour le bénéfice des usagers et de la profession elle-même » - RBPP Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – ANESM – Octobre 2010

ETHIQUE : « l'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées » - RBPP Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – ANESM – Octobre 2010

HANDICAP MOTEUR : « Un handicap moteur (ou déficience motrice) recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement... »
Définition de l'OMS - <http://www.ccah.fr/former/formations/les-differents-types-de-handicap>

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 ». l'article L.114 loi du 11 février 2005

INCLUSION SOCIALE : « processus par lequel des efforts sont faits afin de s'assurer que tous, peu importe leurs expériences, peuvent réaliser leur potentiel dans la vie. Une société inclusive est caractérisée par des efforts pour réduire les inégalités, par un équilibre entre les droits et les devoirs individuels » Centre for Economic and Social Inclusion, 2002

PARCOURS DE VIE : « ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. » http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

RESEAU : « est un ensemble de relations entre un ensemble d'acteurs. Cet ensemble peut être organisé [...] ou non [...] et ces relations peuvent être de nature fort diverse [...], spécialisées ou non, symétriques ou non » Vincent LEMIEUX –

Bibliographie

Ouvrages :

- CHARLEUX François, LOUBAT Jean-René, (2015), *Motiver les équipes en travail social*, ESF éditeur, 165 p
- LEBOTERF Guy, (2008), *Repenser la compétence, pour dépasser les idées reçues*, 15 propositions, EYROLLES, 139 p
- LOUBAT Jean-René, (2013), *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 224 p
- LOUBAT Jean-René, (2014), *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2^e édition, DUNOD, 416 p
- LOUBAT Jean-René, (2015), *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 288 p
- BARABEL Michel, MEIER Olivier, (2015), *Manageor – Tout le management à l'heure digitale*, 3^e édition, DUNOD, 816 p

Publications internes/ guides :

- *L'organisation et la planification – La démarche du projet personnalisé – Les outils associés*, (12/2014) Réseau Qualisanté - ARS Loire Atlantique
- *Classification Internationales du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'organisation mondiale de la santé*, (2015), EHESF – MSSH
- *Personne handicapée vieillissante, des réponses pour bien vieillir*, (octobre 2011), Les cahiers du CCAH #3
- *Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Compétences et des Qualifications, Ensemble, anticiper et se préparer à l'avenir !*, (2008), UNIFAF Poitou-Charentes, 101p
- *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, (2014), CNSA, 16 p

Conférences :

- CHOIGNOT Christine, (novembre 2015), *Parcours, usagers, citoyen, territoire : les décalages d'un nouveau « paradigme »*, UNIOPSS Journée d'étude conférence de territoire de la Meuse
- « *Les nouvelles figures de l'intervention sociale* », intervention de JR LOUBAT (Jeudi 26 novembre 2015) Journée de valorisation de la recherche en intervention sociale

Articles revues professionnelles :

- AGOSTINO-SOLLIER Sylviane, GAVELLE Laurent, (19 novembre 2004), *Le référent dans l'éducation spécialisée : un rôle à clarifier*, Tribune libre - ASH, N°2382
- AMATO Albino, (Janvier-Février 2002), *Vers un management systémique des organisations*, L'approche systémique, clé du changement, Les cahiers de l'actif, N°308/309
- AVET Romuald, (17 mai 1990), *La notion de référent : quelle position éthique ?*, Lien Social, N°77

- AZEMA Bernard, MARTINEZ Nathalie, (2005) *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie*, Revue française des affaires sociales, La Doc. Française, p 295 à 333
- BOISSEL Anne, (janvier 2006) « Introduction aux lois de 2002 et 2005 », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* (n° 63), p. 93-96, www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2006-1-page-93.htm.
- BOUQUET Brigitte, (2009), Du sens de l'évaluation dans le travail social, CNAF – Informations Sociales, N°152, p32-39, <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales>
- BOUTINET Jean-Pierre, (2009), *Pratique professionnelle*, L'ABC de la VAE, p 176-178, <https://www.cairn.info/article>
- CHARLOT Jean-Luc, (Mars-Avril 2014), *De quelques apories concernant la prise en charge du vieillissement des personnes en situation de handicap*, Faire face à l'avancée en âge des personnes adultes handicapées : impact sur les dispositifs et les pratiques professionnelles, Les cahiers de l'actif, N°454/455
- CHAVEY Marc, (Mars-Juin 2012), *SESSAD, SAVS, SAMSAH...Les services pris dans une nouvelle organisation du champ médico-social*, Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert, Les cahiers de l'actif, N°430/431
- COLOMB Noémie, (novembre 2015), *Fronde d'une partie des associations contre le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »*, Actualités Sociales Hebdomadaires, N°2933
- DICQUEMARE Daniel, (Septembre-Octobre 2000), *La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu*, Les travailleurs sociaux ont-ils peur du changement, Cahier de l'actif, N°292-293
- DORME Christine, (Septembre-Octobre 2014), *Distance et implication dans le contexte de la relation d'accompagnement*, Distance professionnelle et implication dans la relation d'accompagnement, Les cahiers de l'actif, N°460/461
- DUBREUIL Bertrand, (Juillet-Août 2013), *Continuité des parcours, polyvalence des équipes*, Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge – impacts sur les trajectoires de vie, Les cahiers de l'actif, N°446/447
- DUBREUIL Bertrand, (Septembre-Octobre 2011), *Référence : une indéfinition pour quel besoin identitaire ?*, Le référent : un Objet Professionnel Non Identifié ?, Les cahiers de l'actif, N°424/425
- DUPUY Serge, (Mai-Août 2000), *Aperçu technique sur les différents types de grilles dites d'évaluation et de suivi des usagers*, Evaluation en travail social, Les cahiers de l'actif, N°288/291
- DUTRENIT Jean-Marc, (Mai-Août 2000), *Evaluation de la compétence sociale de l'utilisateur – Chaînon manquant entre marginalité et intégration*, Evaluation en travail social, Les cahiers de l'actif, N° 288-291
- FABLET Dominique, (Mai-Juin 1998), *Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles, un moyen pour lutter contre l'usure professionnelle*, Vaincre l'usure professionnelle, Cahier de l'actif, N°264-265
- JANVIER Roland, (Novembre-décembre 2003), *Quelle place pour les usagers ?*, Retour sur la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, Cahier de l'actif, N°330-331

- KLOTZ Vanessa MICHIT Robert, (Mars-Juin 2012), *Le milieu ouvert...ou le paradoxe de l'enfermement – Décryptage et réalité des accompagnements à la vie sociale*, Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert, Les cahiers de l'actif, N°430/431
- LE BOTERF Guy, (Août-Septembre 2000), La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite, Personnel, N°412
- LEFEVRE Patrick, (Juillet-Octobre 2002), *Théories et stratégies du management*, Approches conceptuelles du management, Les cahiers de l'actif, N°314/317
- LEONARD Jean-Louis, (décembre 1999), *Manager à l'affectif*, Cahier de l'actif, N°282-283
- LOUBAT Jean-René, (Juillet-Août 2013), *Parcours et projets de vie – Vers une reconfiguration de l'action médico-sociale*, Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge – impacts sur les trajectoires de vie, Les cahiers de l'actif, N°446/447
- LOUBAT Jean-René, (Juillet-Octobre 2002), *Manager les compétences – Le défi de la décennie*, Le travail social à l'épreuve du management, Les cahiers de l'actif, N°314/317
- LOUBAT Jean-René, (Mars-Juin 2012), *Désinstitutionnalisation et personnalisation : la posture d'avenir face à la situation de handicap*, Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert, Les cahiers de l'actif, N°430/433
- MICHIT Robert, SARMENT Jeanne, (Septembre-Octobre 2011), *Compétences pour un rôle multiple*, Le référent : un Objet Professionnel Non Identifié ?, Les cahiers de l'actif, N°424/425
- PRADES Jean-Luc, (2006), *Socio psychanalyse : pratique et théorie de l'acte pouvoir. Hommage à Gérard MENDEL*, Nouvelle revue de psychosociologie, 276p
- PRADO Christelle, (Juin 2014), *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, Les avis du Conseil Economique Social et Environnemental
- RAGUENES René, (Mars-Juin 2012), *Encadrer les équipes d'intervenant et évaluer les besoins de personnes aidées – La double action des encadrants intermédiaires*, Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert, Les cahiers de l'actif, N°430/431
- ROUFF Katia, (2 avril 2009), *Le travail en réseau et intervention sociale : quand l'outil laisse sa place à l'humain*, Lien Social, N°923
- ROUX Marie-Agnès, (novembre-décembre 2002), *Promouvoir la place de l'usager : d'une vision mécaniste des professions du social vers un accompagnement moderniste et politique du citoyen*, Regard sur..., Cahier de l'actif, N°318-319
- ROY Joël, (Mai-Août 2014), *Handicaps et familles – Actualité de la relation parents-professionnels*, Le travail avec les familles : de la gestion des tensions à la création d'espaces de rencontres, Les cahiers de l'actif, N°456/457/458/459
- SANSEVERINO Valérie, (8 janvier 2016), « Le management à l'épreuve de l'usure professionnelle », ASH, N°2941
- SAVIGNAT Pierre, (Mars-Avril 2014), *Les personnes handicapées vieillissantes : l'action publique en quête de repères*, Faire face à l'avancée en âge des personnes

adultes handicapées : impact sur les dispositifs et les pratiques professionnelles, Les cahiers de l'actif, N°454/455

- TREMINTIN Jacques, (2008), *Rencontre avec Dominique Paturel – Du réseau au partenariat : « faire avec » ou « faire ensemble » ?*, www.tremintin.com
- « *Zéro sans solution* » : coup d'envoi du dispositif d'orientation permanent dans 23 départements, (novembre 2015), Actualités Sociales Hebdomadaires, N°2934
- ZRIBI Gérard, (Mars-Avril 2014), *Projets et réponses au vieillissement des personnes handicapées*, Faire face à l'avancée en âge des personnes adultes handicapées : impact sur les dispositifs et les pratiques professionnelles, Les cahiers de l'actif, N°454/455

ANESM, Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles :

- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* – Juillet 2008
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* - Décembre 2008
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* - Avril 2009
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* – Juillet 2009
- *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* – Mars 2010
- *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* - Juin 2010
- *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* – Janvier 2012
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* - Juillet 2013
- *Le soutien des aidants non professionnels* - Juillet 2014
- *L'adaptation des interventions auprès des personnes handicapées vieillissantes* - Décembre 2014
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées – volet domicile* - Juin 2016

Enquêtes :

- *Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants* - AGRIC et ARCCO – 2013
- *Une nouvelle approche des aidants familiaux : enquête sur la charge de l'aidant familial ou proche aidant* - APF – Octobre 2013
- *Vieillesse des personnes handicapées, la branche face à cet enjeu* - L'observatoire, étude nationale – Août 2012

Etudes :

- *2006-2010 : Etat des lieux et évolutions dans les établissements et services médico-sociaux handicap de la région PACA*, (2013), CREA PACA, 76 p.

- *Analyse des rôles et missions des services médico-sociaux intervenant à domicile ou à partir du domicile auprès des personnes handicapées – Journal de projet n°1*, Conseil Général des Bouches du Rhône, 11 p.
- MORDIER Bernard, (Février 2013), *l'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, Etudes et résultats, DRESS, n°833*
- *Personnes âgées et personnes en situation de handicap*, (2012), Préoccupations prioritaires et demandes de l'UNIOPSS 2012-2017, UNIOPSS, 32 p.
- DOS SANTOS Séverine, MAKDESSI Yara, (Février 2010), *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées, Etudes et résultats, DRESS, n°718*
- *La diversité des apports des enquêtes Handicap santé*, (Avril 2014), Actes du colloque du 06/06/2013, Dossier solidarité et santé, Handicap et Autonomie, N°53
- BERARDIER Mélanie, (12/2012), *Etudes et Résultats – Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagement du logement*, DRESS, N°823

Rapports :

- *Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des jeunes atteints de troubles autistiques (L')*, (2011), CREA PACA, 88 p.
- BLANC Paul, (2006), *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, rapport remis à Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.
- GOHET Patrick, (animateur groupe de travail), (Octobre 2013), *L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion*, Tomes I,II & III

Cadre réglementaire :

- *Cahier des charges des services relevant de la compétence départementale réalisant une intervention d'accompagnement à la vie sociale auprès de personnes adultes handicapées*, (2011), Conseil Général des Bouches du Rhône
- *Schéma Départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2014-2015*, Conseil Général des Bouches du Rhône, Direction Générale de l'Action Sociale, Direction des Personnes Agées et des Personnes handicapées
- *Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées pour la période 2014-2015*, Conseil Général des Bouches du Rhône, Direction Générale de l'Action Sociale, Direction des Personnes Agées et des Personnes handicapées
- *Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, Légifrance, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>
- *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Légifrance, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>
- *Déclaration des droits des personnes handicapées*, article 3447, 2433^e séance plénière, ONU le 09/12/1975

SOMMAIRE DES ANNEXES

- I. CE QU'IL FAUT RETENIR DES LOIS DE 2002 ET 2005
- II. DOMAINES D'INTERVENTION DU SAVS PRECISES PAR LE CAHIER DES CHARGES
- III. FICHE ACTION N° 10 DU SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES DU CONSEIL GENERAL DES BOUCHES DU RHONE
- IV. ARRETE DU 26/07/1993 RELATIF A LA CREATION DU SAEL
- V. ORGANIGRAMME DES STRUCTURES DE L'ADIHM
- VI. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES BENEFICIAIRES DU SAVS AU 31.12.2005
- VII. LE PROJET PERSONNALISE PROPOSE PAR LE SAVS ADIHM
- VIII. LE PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL
- IX. LA POPULATION ACCOMPAGNE PAR LE SAVS ADIHM
- X. QUESTIONNAIRE EQUIPE AVRIL 2014
- XI. RESULTAT QUESTIONNAIRE AUPRES DE L'EQUIPE_19.04.2015
- XII. TABLEAU DES FORCES FAIBLESSE RISQUES OPPORTUNITES
- XIII. GRILLE D'OBSERVATION DE LA MISE EN PLACE ET DU SUIVI DES PROJETS PERSONNALISES
- XIV. LE CYCLE CONTINU DU PROJET PERSONNALISE
- XV. SCHEMA CSA[®]
- XVI. LA NOTION DE RESEAU
- XVII. PLANIFICATION DETAILLEE DU PROJET 2016-2018

Ce qu'il faut retenir des lois de 2002 et 2005

Afin de revenir sur les 2 grandes lois cadre du secteur, j'ai choisi un extrait de l'article écrit par Anne BOISSEL intitulé « Introduction aux lois de 2002 et 2005 » publié dans *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 1/2006 (n° 63), p. 93-96 (www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2006-1-page-93.htm.)

Loi du 2 janvier 2002

Cette loi a pour objectif de réformer le secteur médico-social en prenant acte des quatre points suivants :

1. Une législation muette sur les droits des personnes.
2. Une législation centrée sur les prises en charges à temps complet.
3. Une importante disparité des taux d'équipement selon les départements et les catégories d'établissement.
4. Une absence de partenariat entre : État et départements ; établissements et services ; tarificateurs et acteurs.

De ces objectifs découlent les cinq orientations de la loi :

1. Affirmer et promouvoir les droits des usagers du secteur social et médico-social ;
2. Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins ;
3. Améliorer le pilotage du dispositif : planification, programmation, modernisation des procédures budgétaires et comptables, diversification des tarifications, évaluation ;
4. Instaurer une coordination entre les différents acteurs : État-département, création de réseaux coordonnés et décloisonnés avec le champ sanitaire, décideurs-établissements ;
5. Rénover le statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux : création d'un comité technique d'établissement, rénovation des compétences du conseil d'administration, rôle propre du directeur.

Dans le cadre de la présentation succincte de cette loi, nous développerons les deux premières orientations, les trois suivantes comprenant des dispositifs administratifs et gestionnaires complexes.

La personne se trouve au centre de la loi par la définition de ses droits

L'exercice de ces droits se trouve formalisé par sept dispositifs :

- le livret d'accueil ;
- la charte des droits et libertés des personnes accueillies en institution ;
- le recours à des médiateurs en cas de conflit avec l'établissement ;
- les procédures d'élaboration et de révision des règlements de fonctionnement ;
- le contrat de séjour ;
- la création de conseil de la vie sociale.

Le deuxième objectif va avoir pour conséquences

1. La révision de la nomenclature des établissements.
2. La volonté de diversifier les modes de prise en charge :
3. Diversifier les établissements et services par la création de nouvelles catégories :
4. Favoriser les expérimentations :

Loi du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

Cette loi a pour ambition de concrétiser l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées selon trois axes de réforme :

- *« garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne ;*
- *permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'école, de l'emploi, des transports, du cadre bâti ou encore de la culture et des loisirs ;*
- *placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative . »*

Elle se décline suivant quatre principes :

1. La garantie du libre choix du projet de vie

Offrir aux personnes handicapées une solution adaptée à domicile aussi bien qu'en établissement de manière à permettre leur choix de vie et de mener une vie familiale, sociale et professionnelle conforme à leurs aspirations.

2. La compensation personnalisée

Rendre effectif le droit de toute personne handicapée, à la compensation des conséquences de toute nature de son handicap et créer ainsi pour elle les conditions financières d'une vie autonome digne.

3. La participation à la vie sociale

Rendre effectif l'accès à l'école, à l'emploi, au cadre bâti, aux transports, à la culture et aux loisirs.

4. La simplification des démarches

Dans chaque département, une maison des personnes handicapées, intégrant les sites de la vie autonome et des équipes techniques labellisées, constituera un lieu privilégié d'écoute et d'accompagnement. Elle mettra à disposition de la personne ou de sa famille l'interlocuteur unique qui prendra en charge les démarches complexes qui leur sont aujourd'hui imposées.

Enfin, le quatrième principe implique la disparition des dispositifs actuels de l'orientation dans le champ médico-social et la création dans chaque département de la Maison des personnes handicapées. Les applications de ce principe provoquent là aussi de larges appréhensions chez les acteurs professionnels habituels de ces orientations, mais ont été, en général, très bien accueillies par les associations de personnes handicapées.

Domaines d'intervention du SAVS précisés par le cahier des charges

« Le cahier des charges des services relevant de la compétence départementale réalisant une intervention d'accompagnement à la vie sociale auprès des personnes adultes handicapées » publié en 2011 est destiné aux SAVS et SAMSAH des Bouches du Rhône. Il met en évidence quatre notions importantes:

- Vie à domicile : l'intervention des SAVS s'organise à partir et autour d'un logement.
- Réalisation du projet de vie : le projet de vie se définit comme étant une «possibilité d'exprimer [ses] attentes et [ses] souhaits dans [sa] vie affective, vie sociale, vie professionnelle, sur la scolarité, la formation, la communication, le logement, les loisirs...»
- Processus d'autonomisation : qui sous-entend que l'autonomie se construit au fur et à mesure par des échanges entre le bénéficiaire et/ou sa famille, et les professionnels.
- Coordination : L'intervention en SAVS doit consacrer une part importante à la « coordination de l'ensemble des intervenants autour du projet de vie de la personne ».

Les SAVS doivent intervenir autour de 8 domaines précisés par le cahier des charges :

- Accès aux droits ;
- Gestion et occupation d'un logement personnel ;
- Organisation et gestion de la vie quotidienne ;
- Développement de la vie sociale ;
- Organisation des interventions d'aide humaine à domicile ;
- Mise en place de stratégie de prévention et de gestion des situations d'urgence ;
- Maintien de la bonne santé (prévention, information, hygiène) ;
- Mise en place de la stratégie de compensation.

Il est également prévu que les SAVS puissent intervenir auprès des familles autour de certains champs tels que l'aide à la parentalité, l'accompagnement des enfants ou tout membre de la famille à la condition qu'aucun dispositif de droit commun ne puisse proposer une intervention.

Professionnels pouvant intervenir au sein des SAVS :

- Des assistants de service social,
- Des auxiliaires de vie sociale,

- Des aides médico-psychologiques,
- Des psychologues,
- Des conseillers en économie sociale et familiale,
- Des éducateurs spécialisés,
- Des moniteurs-éducateurs,
- Des techniciens d'intervention sociale et familiale,
- Des chargés d'insertion

FICHE ACTION N°10 du Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap pour la période 2014-2015 dans les Bouches du Rhône

22

ORIENTATION 4 – Conforter la pertinence et la qualité des prestations d'accompagnement à domicile

ACTION 10 – Renforcer l'adéquation des prises en charge avec le projet de vie

CONTEXTE

Le dispositif de soutien à domicile de la personne en situation de handicap a connu d'importantes évolutions ces dernières années dans le département des Bouches du Rhône notamment à travers l'élaboration d'un cahier des charges sur le rôle et les missions des SAVS et des SAMSAH.

Des actions complémentaires doivent cependant être mises en œuvre visant soit à poursuivre le travail déjà engagé autour du projet de vie des personnes, soit à améliorer l'articulation entre les acteurs du dispositif.

PILOTAGE

> Conseil général

> ARS

OBJECTIFS OPERATIONNELS

> Mobiliser l'ensemble des intervenants autour du projet de vie de la personne en situation de handicap

> Mieux positionner les services intervenant au domicile de la personne en situation de handicap comme coordinateur du projet de vie

ACTEURS IMPLIQUES

> MDPH

> ESSMS

MISE EN ŒUVRE

> Mettre le projet de vie des bénéficiaires au cœur des interventions à domicile

- Partager avec les services intervenant auprès de l'utilisateur, les éléments relatifs à son projet de vie et à ses souhaits recueillis par la MDPH

- Structurer le temps d'évaluation des situations au sein des services et en formaliser les conclusions dans le cadre d'un document évolutif à disposition des responsables de secteur/de service :

- Y intégrer tout élément relatif au projet de vie/plan d'aide complet transmis par les équipes d'évaluation avec l'accord de l'utilisateur

- Solliciter la parole de l'utilisateur si les éléments n'ont pas été transmis par la MDPH

- Repérer les autres intervenants autour de la personne et les informer des conclusions de ce travail d'évaluation

- Positionner le responsable de secteur/de service en tant que garant du respect du projet de vie

- Former/sensibiliser les professionnels de terrain à la notion de projet de vie

> Structurer le travail pluridisciplinaire autour des situations individuelles

- Evaluer les initiatives existantes expérimentées par les acteurs de terrain

- Renforcer la légitimité des SAVS, SAMSAH et services d'aide à domicile en matière d'impulsion du travail pluridisciplinaire notamment vis-à-vis des professionnels libéraux



CONSEIL GENERAL

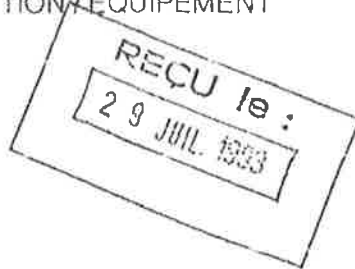
DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

SERVICES DU DEPARTEMENT

Direction des
Services Sociaux et Sanitaires

PROUHAMMATION-EQUIPEMENT

Dossier suivi par :



ANNEXE IV

26 JUIL. 1993

ARRETE

Autorisant la création
d'un service d'accompagnement
pour handicapés moteurs
Boulevard des océans
13009 Marseille
Association de Défense des Intérêts
des Handicapés Moteurs ADIHM

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL
DES BOUCHES-DU-RHONE
Chevalier de la Légion d'honneur

VU la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiée;

VU la loi n° 82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions;

VU la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat;

VU la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé;

VU le décret n° 91 1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie décrets en Conseil d'Etat)

VU le décret 92 1439 du 30 décembre 1992 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie: décrets en Conseil d'Etat)

VU l'arrêté du 5 avril 1993 relatif aux organismes, institutions, groupements et syndicats représentatifs admis à siéger à la section sanitaire et à la section sociale du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

VU l'arrêté du 5 avril 1993 fixant la composition nominative du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale;

VU la demande enregistrée le 17 février 1993, présentée par Monsieur SERRATRICE- Président de l'association ADIHM 17 bd des océans 13009 Marseille, en vue de créer un service d'accompagnement pour handicapés moteurs, d'une capacité de 31 places,

VU l'avis émis par le CROSS, lors de sa séance du 28 juin 1993,

CONSIDERANT l'intérêt de ce type de structure d'accueil pour les handicapés moteurs -

CONSIDERANT par ailleurs, que le Conseil Général est favorable à la diversification des modes de prises en charge dans son domaine de compétence

SUR la proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département;

ARRETE

ARTICLE 1 - L'autorisation prévue à l'article 9 de la loi 75 535 du 30 Juin 1975 modifiée, est accordée à l'association ADIHM- 17 Bd des Océans 13009 Marseille, en vue de créer un service d'accompagnement destiné à l'accueil de 31 personnes handicapés moteurs, Boulevard des océans à Marseille

ARTICLE 2 - A aucun moment, la capacité de l'établissement ne devra dépasser celle autorisée par le présent arrêté, soit 31 lits.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement devra être porté à la connaissance de l'autorité administrative.

ARTICLE 3 - L'association ADIHM, doit tenir une comptabilité établie par référence au plan comptable des établissements publics hospitaliers.

ARTICLE 4- L'association ADIHM devra produire dans les délais réglementaires les comptes annuels d'exploitation et le budget prévisionnel.

Ces documents sont assortis d'un rapport moral comportant tous les éléments statistiques relatifs au fonctionnement de l'établissement.

A défaut de présentation des pièces susmentionnées, le Département suspendra ses paiements à la clôture de l'exercice considéré.

ARTICLE 5- Cette autorisation est subordonnée aux conditions particulières suivantes :

Ce projet doit faire l'objet d'un début de réalisation dans un délai de trois ans à compter de la date de notification du présent arrêté, et d'une visite de conformité, qui sera effectuée préalablement à la mise en service des lits, dans les conditions prévues à l'article 32 du décret n° 76 838 du 26 Août 1976;

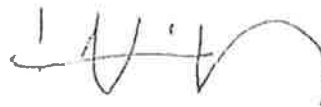
Les caractéristiques du projet indiquées dans la demande devront être respectées;

ARTICLE 6 - Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux, qui sera porté devant le Tribunal Administratif de Marseille dans un délai de deux mois, à compter de sa notification à l'intéressé, et à compter de sa publication par les tiers.

ARTICLE 7 - Le Directeur Général des Services du Département, et le Directeur des Interventions Sociales et Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs du Département des Bouches-du-Rhône.

Le Responsable du Service
Programmation et Equipement

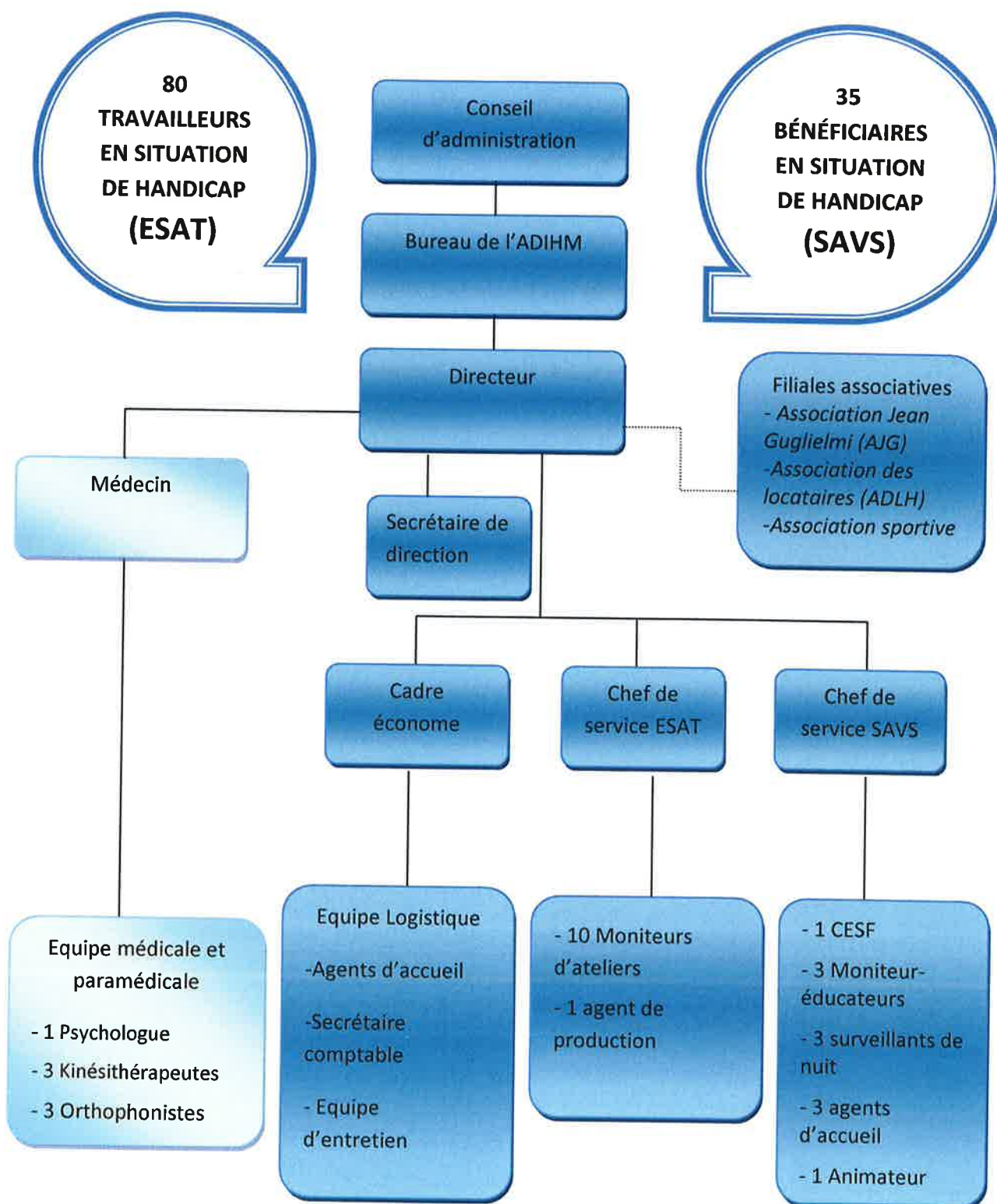
ACS
Pour copie conforme



26 JUIL. 1993

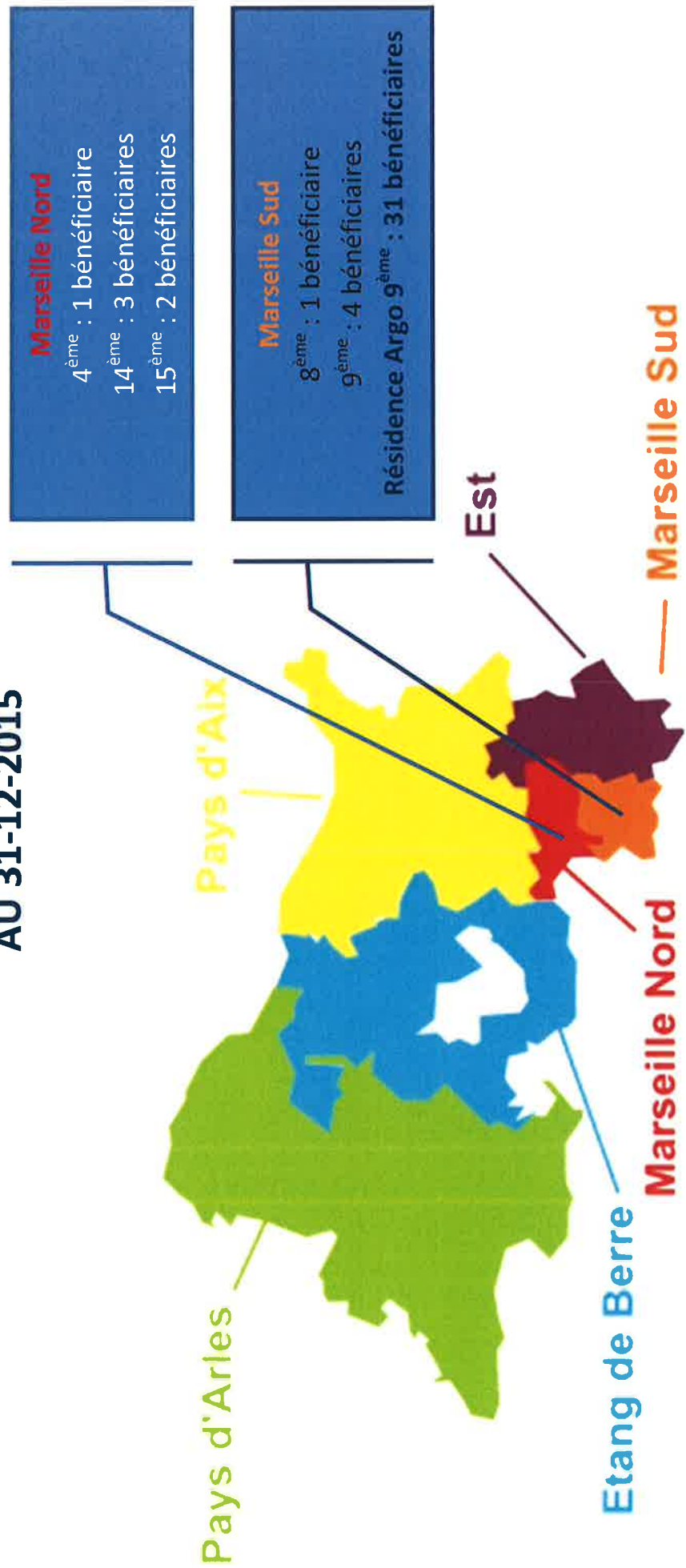
L. WEYGAND

Organigramme des structures de l'ADIHM



RÉPARTITION GEOGRAPHIQUE DES BÉNÉFICIAIRES DU SAVS ADIHM

AU 31-12-2015





Date d'entrée :

01 LISTE DES REFERENTS DES PROJETS PERSONNALISES

02 FICHE RECAPITULATIVE : IDENTITE – ACCES AUX DROITS

- 02A - État civil, documents d'identité
- 02B - Droits MDPH – CAF - CPAM

03 ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

- 03A - Composition du ménage
- 03B - Liens familiaux et sociaux
- 03C - Parcours scolaire et professionnel
- 03D - Accès aux loisirs et aux vacances

04 LOGEMENT ET HABITAT

- 04A - Logement précédent
- 04B - Type de Logement
- 04C - État du logement
- 04D - Habitat et Environnement

05 SANTE – ORGANISATION ET GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE - PLAN DE COMPENSATION

- 05A - Handicap reconnu par la MDPH et Santé
- 05B - Liste des intervenants médicaux et paramédicaux
- 05C - Évaluation de l'autonomie dans la réalisation des actes quotidiens de la vie
- 05D - Autres besoins exprimés

06 AUTRES BESOINS

07 SYNTHÈSE DU PROJET PERSONNALISÉ DE VIE / ACTUALISATION

01 LISTE DES REFERENTS DES PROJETS INDIVIDUELS

DIRECTEUR : Jean Louis SUDRE

CHEF DE SERVICE : Michel KAVACLIS

RESPONSABLE DU SERVICE SOCIAL : Carole ROUSSIE

CESE : Céline BOUDI

REFERENTS SAVS : Nathalie MOUYRIN
Patrick BRIERE
Richard SANCHEZ



SAVS – ADIHM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FICHE DE PRESENTATION	Nom : _____
-----------------------	-------------

Période de la prise en charge SAVS: du _____ au _____

ÉTAT CIVIL

Nom : _____ N°S.S : _____

Prénoms : _____ N° CAF : _____

Date et lieu de naissance : _____ N°MDPH : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire En couple Marié Divorcé ou Séparé Veuf

Depuis le : _____

ADRESSE

_____ Personnelle Numéro de téléphone : _____

_____ Hébergé Fixe : _____

_____ 13Habitat Portable : _____

_____ @ : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié depuis le _____

Type de contrat : CDI CDD Orientation CDAPH Stagiaire

Adresse de l'employeur : _____

Non salarié Retraité Bénéficiaire d'une pension Autre

Préciser _____ Préciser _____

MESURE DE PROTECTION/D'ACCOMPAGNEMENT


Mesure de protection/d'accompagnement : Oui En cours Non

Type de mesure : Tutelle Curatelle Association : _____

masp Référent : _____

Nom et Téléphone de la Personne de confiance qui vous accompagne dans vos démarches : _____

Lien de parenté : _____



SAVS– ADIHM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

02. ETAT CIVIL – ACCES AUX DROITS	Nom : _____
-----------------------------------	-------------

02A – Etat civil, titre de séjour

Carte d'identité Passeport (n° _____)

Fin de validité : _____ Fin de validité : _____

Titre de séjour : _____

Période de validité : _____

Motif de l'attribution du titre de séjour : _____

Carte de résident : _____

Fin de validité : _____

02B – Droits MDPH – CAF – CPAM

➤ **Cartes**

Type de carte	Situation		Période de validité
	En cours	Refusé / Accordé	
Carte d'invalidité ou de priorité			
Carte d'invalidité avec accompagnement			
Carte de stationnement			

➤ **PCH / renouvellement ACTP :**

Motif de la demande	Situation		Période de validité
	En cours	Refusé / Accordé	
Aide humaine			
Aide technique			
Amenagt logement			
Amenagt véhicule			
Demande except.			
Aide animale			
ACTP			

➤ **AAH et complément:**

AAH		Majoration de ressources		Majoration pour vie autonome		AEEH		Période de validité		Montant perçu	

➤ **RQTH / Orientation professionnelle :**

RQTH		Prime reclassement		Orientation/reclassement		Autre		Difficulté		Situation		Période de validité	

➤ **Orientation vers un établissement médico-social :**

Accueil Jour		Hébergement nuit		Hébergement permanent		SAVS / SAMSAS		Autre (accueil temporaire...)		Difficulté		Situation		Période de validité	

Prestations	Droits ouverts		Montant
	Oui	Non	
ENFANCE ET FAMILLE			
PAJE			
Allocations familiales			
Complément familial			
Allocation rentrée scolaire			
Allocation Soutien Familial			
LOGEMENT			
Allocation logement			
Aide personnalisée au logement			
HANDICAP			
Pension d'invalidité			
Catégorie			

➤ **Droit CPAM**


100% : Oui (ALD valable du au) Non

Si oui motif :

Centre de CPAM :


➤ **Droits Mutuelle**

- Oui
- Coordonnées :
- Références :
- Non (préciser la raison) :

	SAVS- ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	03. ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	Nom :

03 – ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

- 03A – Composition du ménage
- 03B – Liens familiaux et sociaux
- 03C – Vie professionnelle
- 03D – Accès aux loisirs et aux vacances

	SAVS- ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	03. ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	Nom :

03A - Composition du ménage :


Nom – Prénom	Lien de parenté	Situation professionnelle/scolarité	Coordonnées

Informations diverses :

03B Liens familiaux : (fratrie et personnes proches)

Nom – Prénom	Lien de parenté	Situation professionnelle/scolarité	Coordonnées

Informations diverses :

	SAVS – ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	03. ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	Nom :

03C – Parcours scolaire et professionnel

➤ **Parcours scolaire:**


Dernier établissement scolaire fréquenté :

Niveau scolaire :

Dernier diplôme validé :

➤ **Parcours professionnel :**

Etablissement	Ville	Périodes	Type de poste occupé

	SAVS – ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	03. ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	Nom :

03C – Situation actuelle

➤ **Exercez-vous une activité professionnelle ?** Oui Non

Employeur :

Type de contrat :

Période du contrat :

➤ **Votre situation professionnelle vous convient-elle ?** Oui Non

.....

➤ **Souhaitez-vous une autre orientation professionnelle :**

• Dans un ESAT ? Oui Non


.....

• Dans le milieu ordinaire ? Oui Non

.....

➤ **Souhaitez-vous bénéficier d'une formation ?** Oui Non

.....

	SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE		
03. ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL		Nom :

03D – Accès aux loisirs et aux vacances

➤ **Activités associatives, culturelles et sportives :**

- **Diagnostic**

Type d'activité	Organisme	Fréquence	Jour(s) de la semaine	Mode de transport


- **Souhaits d'accompagnement concernant l'accès aux loisirs :**

➤ **Vacances :**

- **Etat des lieux actuel :**


- Type de séjour : Séjour adapté Clubs de vacances Camping
- Séjour organisé Famille
- Nombre de fois dans l'année : 1 fois 2 à 3 fois plus de 3 fois
- Durée moyenne du séjour : - d'1 semaine 1 à 2 semaines 3 semaines et +
- Besoins spécifiques à prévoir :

- **Souhaits concernant l'aide à l'organisation des vacances:**

	SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE		
04. LOGEMENT ET HABITAT		Nom :

04 LOGEMENT ET HABITAT

- 04A - Logement précédent
- 04B - Type de logement
- 04C - Etat du logement
- 04D - Habitat et Environnement



SAVS – ADIHM
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE

04. LOGEMENT ET HABITAT Nom :

04A – Logement précédent

Lieu :

Période :

Type de logement :

Locataire Propriétaire Hébergé Autre :

Nombre de personnes vivant dans le logement :

Motif de déménagement :

04B – Logement actuel

Maison

Appartement

Meublé

Nombre de pièces : 1 2 3 4 5 et +

Nombre de chambre : Aucune 1 2 3 4 et +

Stationnement : Parking Facile d'accès

Propriétaire Locataire :

Bailleur privé Bailleur social

Coordonnées :

Date début du bail :

Montant du loyer :

Charges :


Votre logement vous convient-il ?

.....

.....

.....

.....




SAVS – ADIHM
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE

04. LOGEMENT ET HABITAT Nom :

04C – Etat du logement

Pièce	Vétusté			Accessibilité			Travaux ou aménagement à prévoir
	Bon état	Mauvais état		Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Entrée							
Cuisine							
Salle de bain							
WC							
Pièce à vivre (salon/salle à manger)							
Chambre 1							
Chambre 2							
Chambre 3							

Installations		
	Individuel	Collectif
Eau chaude		
Chauffage		
		Chaudière Baillon Electricité Gaz

SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	Nom :
04. LOGEMENT ET HABITAT	

04D – Habitat et Environnement

Transports :

Mode de transport le plus utilisé :

Voiture personnelle Mobimétropole RTM Autre : _____

Projet relatif aux transports (aménagement du véhicule, obtention permis de conduire, accompagnement à l'autonomie dans les transports en communs,...) :

.....

.....

.....

Commerces :

.....

.....

Administrations :

.....

.....

Autres :

.....

.....

Votre quartier d'habitation vous convient-il ?

Oui Non (démarches effectuées, attentes...)

Préciser :

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....

.....

SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	Nom :
05. SANTÉ, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION	


05 –SANTÉ – ORGANISATION ET GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE –PLAN DE COMPENSATION

04A – Handicap reconnu par la MDPH et Santé

04B – Liste des intervenants médicaux et paramédicaux


04C – Évaluation de l'autonomie dans la réalisation des actes quotidiens de la vie

04D – Besoins exprimés

	SAVS- ADIHM	
	PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
05.SANTE, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION		Nom :

05A – Handicap reconnu par la MDPH et Santé

- **Dénomination du handicap :**
- Le handicap est-il ? Evolutif Stabilisé
- **Nature du handicap :**
 - Moteur Sensoriel
 - Membre(s) supérieur(s) Déficience auditive
 - Membre(s) inférieur(s) Déficience visuelle
 - Autre :
- **Aides techniques :**
 - Aucune Canne, béquille Déambulateur
 - Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique Autres aides techniques ;
 - Lit médicalisé Lève-personne
- **Problèmes de santé en lien ou non avec le handicap qui nécessitent un suivi particulier :**
 - Oui Non Si oui le(s)quel(s) :
- Des protocoles ont-ils été établis en cas de crise :** Oui Non
- Si oui, avec quel(s) partenaire(s) médicaux :**
- **En cas d'urgence :**
- Coordonnées des :**
 - **Hôpital de référence :**
 - **Médecin référent :**
 - **Personne de confiance de l'entourage à prévenir :**

	SAVS- ADIHM	
	PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
05.SANTE, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION		Nom :


05B – Liste des intervenants médicaux et paramédicaux

➤ **Intervenants médicaux**

Praticien	Nom de l'intervenant	Coordonnées	Fréquence	Financement
Médecin traitant				
Neurologue				
Psychologue/psychiatre				
Gynécologue				
Dentiste				
Dermatologue				
ORL				
Ophthalmologiste				
Nutritionniste				
Spécialiste :				
Spécialiste :				
Spécialiste :				

➤ **Intervenants paramédicaux**

Praticien	Organisme	Nom de l'intervenant	Coordonnées	Fréquence	Financement
Infirmière					
Auxiliaires de vie					
Kinésithérapeute					
Pédicure					
Diététicienne					
Orthophoniste					
Autre :					
Autre :					

SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	Nom :
05.SANTÉ, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION	

05C- Évaluation de l'autonomie dans la réalisation des actes quotidiens de la vie


➤ Évaluation de la capacité à réaliser les actes quotidiens de la vie

- Mobilité

	Facile	Difficile	Très difficile	Commentaires
Se mettre debout				
Se coucher				
S'asseoir				
Rester debout				
Marcher				
Se déplacer dans le logement				
Se déplacer à l'extérieur				
Mode de déplacement et difficultés rencontrées				

- Entretien personnel

	Facile	Difficile	Très difficile
Se laver			
Aller aux toilettes			
S'habiller			
Prendre ses repas			
Soin de son corps			
Soin de sa santé			
• Vie quotidienne			
Faire les courses			
Préparer les repas			
Faire le ménage			
Entretien du linge			

SAVS – ADIHM	
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE	
	Nom :
05.SANTÉ, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION	


- Communication

	Facile	Difficile	Très difficile
Parler			
Entendre			
Voir			
Mener une conversation			
Lire, Ecrire, Calculer			
Fixer son attention			
Mémoriser			
• Budget			

	Facile	Difficile	Très difficile
Connaître la valeur des pièces			
Savoir rendre la monnaie			
Gérer son budget (régler ses charges, ses dépenses courantes...)			

- Relation avec autrui

	Facile	Difficile	Très difficile
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Mémoriser			
Prendre des décisions			
Faire spontanément une demande d'aide			
Entrer spontanément en relation avec autrui			
Avoir des relations avec autrui conforme aux règles sociales			
Gérer sa sécurité			
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui			
Relation avec ses pairs			
Avoir des relations affective et sexuelles			

	SAVS – ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE
05. SANTE, AUTONOMIE ET MISE EN PLACE DU PLAN DE COMPENSATION	Nom : _____

➤ **Besoins exprimés permettant l'amélioration des actes quotidiens de la vie**

Les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux sont-ils suffisants pour assurer votre accompagnement ?


Oui Non (préciser les besoins) :

Avez-vous besoins d'aide dans la réalisation de vos démarches administratives et sociales ?

Oui (préciser) Non

Souhaitez-vous être aidé pour la gestion de votre budget ?

Oui Non

	SAVS – ADIHM PROJET PERSONNALISÉ DE VIE
06. AUTRES BESOINS EXPRIMÉS	Nom : _____



**SYNTHESE
PROJET PERSONNALISÉ DE VIE
SAVS ADIHM**

Date :	Référent :	Nom Prénom :
--------	------------	--------------

Présentation et évaluation de l'autonomie (intellectuelle et physique) :

Expression des besoins et des attentes de la personne :

Plan d'action, moyens et calendrier :

	Processus d'élaboration du Projet Personnalisé de vie des Bénéficiaires SAVS	
ANNEXE 1	PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL	2013

L'intervention d'accompagnement à la vie sociale est une intervention socio-éducative réalisée au sein et à partir du domicile, dont les finalités sont de permettre une vie à domicile, de contribuer à la réalisation du projet de vie, et d'accompagner la personne dans un processus d'autonomisation. Ces interventions se feront systématiquement en complémentarité avec les services et prises en charge dont bénéficie la personne.

L'intervention d'accompagnement à la vie sociale porte sur l'aide à la personne et le développement de son autonomie et de ses compétences, en fonction de son projet de vie, sur tous les aspects suivants :

- Accès aux droits
- Gestion et occupation d'un logement personnel
- Organisation et gestion de la vie quotidienne
- Développement de la vie sociale
- Organisation des interventions d'aide humaine à domicile
- Mise en place d'une stratégie de prévention et de gestion des situations d'urgence
- Maintien de la bonne santé (prévention, information, hygiène)
- Mise en place de stratégie de compensation

Le Projet Personnalisé de Vie fait partie intégrante du dossier de la personne accueillie. Il se conçoit d'abord à partir de la situation de la personne, par celle-ci et autour de celle-ci, en collaboration avec des personnes ressources, dans son environnement.

Afin que le projet personnalisé soit pertinent, il est nécessaire de l'inscrire dans la réalité, dans une dimension rationnelle. C'est avant tout une proposition de travail avec des objectifs et des moyens à mettre en œuvre.

Il y a quatre principes :

- 1) Nomination d'un référent par personne accueillie.
- 2) Tenue d'un dossier par personne accueillie.
- 3) Elaboration d'un projet personnalisé de vie par personne accueillie.
- 4) Calendrier d'accompagnement médico-social.

1) Le Référent.

Dès l'entrée dans l'association d'une personne accueillie dans le cadre de la mission médico-sociale, conformément au cahier des charges du Conseil Général relatif aux *Services relevant de la compétence départementale réalisant une intervention d'accompagnement à la vie sociale auprès de personnes adultes handicapées*, cette personne se verra attribuer un référent. Ce référent est un professionnel de l'action médico-sociale. La mission du référent est décrite dans sa fiche de poste, et met en œuvre les engagements de l'association explicités dans le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC).

2) Le dossier du Bénéficiaire

Pour organiser son accueil médico-social, chaque référent assure la tenue d'un dossier composé de :

- Une fiche de présentation de la Personne Handicapée.
- Un projet personnalisé de vie régulièrement actualisé comprenant :
 - * Une fiche de recueil des besoins et attentes de la personne accompagnée
 - * Une fiche d'évaluation de l'autonomie de la personne accompagnée
 - * Une fiche récapitulative où sont inscrites les actions socio-éducatives à mettre en place

D'autre part, le dossier complet de chaque bénéficiaire est consultable dans le logiciel PRO G DIS avec deux catégories de consultations :

- L'administratif et le médico-social : accessibles par l'ensemble de l'équipe.
- Le médical : accessible aux docteurs et aux cadres.

3) Elaboration du Projet Personnalisé de vie.

Le référent réalise une proposition de Projet Personnalisé de vie à partir de l'expression des besoins et des attentes de la personne accompagnée, et le remet à son cadre référent pour être validé à la date anniversaire d'entrée dans le dispositif SAVS.

4) Calendrier :

1. Avant l'admission : Notification de l'admission par courrier précisant la date d'admission et envoi d'une fiche de renseignement détaillée à compléter et à ramener au plus tard le jour de l'admission.
Nomination d'un référent qui est tuteur et chargé de la tenue du dossier d'accompagnement médico-social de la personne accueillie.
Visite médicale médecin attaché à l'ADIHM
2. Le 1^{er} jour : Personne accompagnée, Directeur, Cadre social, CESF, Référent :
Accueil et présentation de l'équipe et présentation du référent qui a été nommé.
Remise du livret d'accueil, de la Charte des droits et libertés et du règlement de fonctionnement
3. Mois en cours, Personne accompagnée, Référent, CESF, Cadre Social, Docteur :
Recueil des besoins et des attentes. Définition des actions à mettre en œuvre.
Évaluation des moyens en équipe.
4. Le 30^{ème} jour : Personne accompagnée, Directeur, Cadre social, CESF, Référent :
Signature du Document Individuel de Prise en Charge
Présentation du projet personnalisé de vie à la personne
5. Durée de l'orientation MDPH : Personne accompagnée, Cadre social, CESF, Référent :
Mise en œuvre et suivi des actions définies dans le projet personnalisé de vie (Visite à domicile, entretien,...)
Bilan d'étapes régulier et évaluation du PPV à 12 mois
6. 8 mois avant la fin de l'orientation CDAPH : Personne accompagnée, Équipe socio-éducative :
Actualisation des objectifs du Projet Personnalisé de vie et recueil des nouveaux besoins
7. 7 mois avant la fin de l'orientation C.D.A.P.H : Directeur, Docteur, Cadre social, CESF, Personne Accueillie et Référent.
Rapport de situation
Proposition d'orientation ou de réorientation

La population accompagnée par le SAVS ADIHM (en février 2015)

Figure 1 : Répartition par âge en fonction du sexe

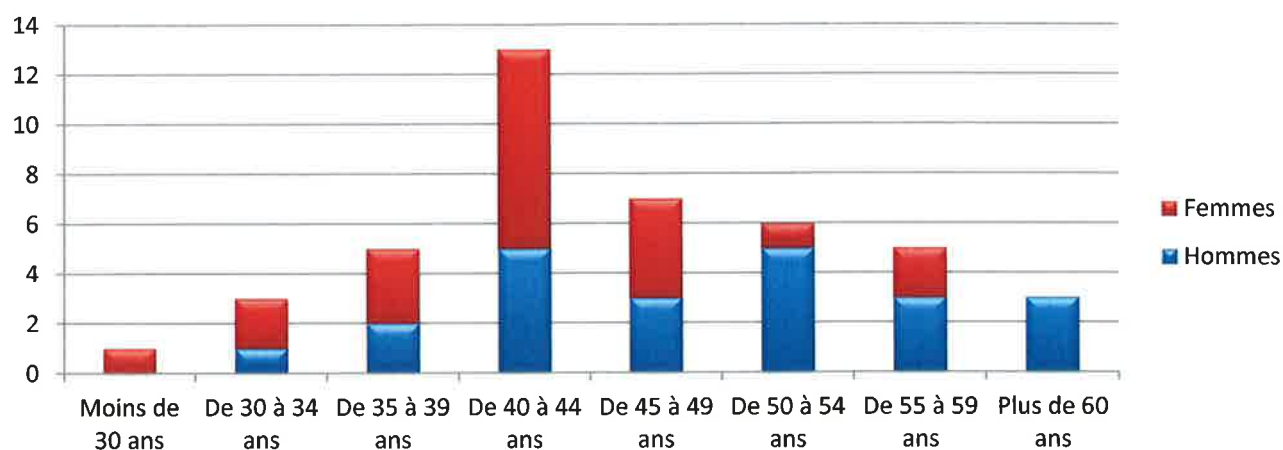
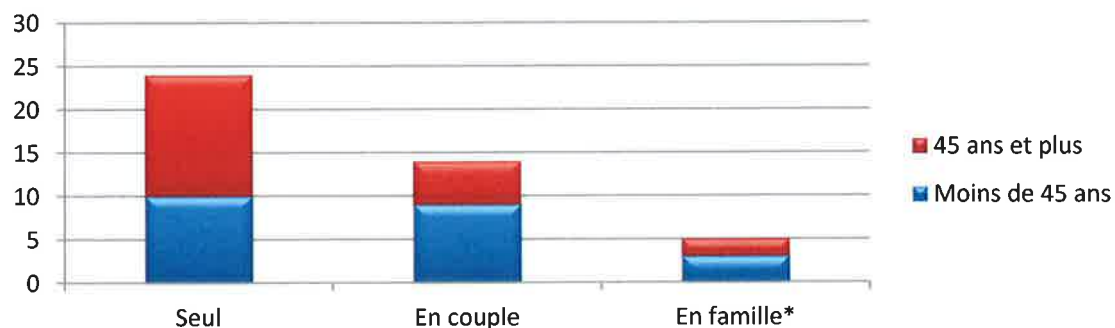


Figure 2: Mode de vie des bénéficiaires SAVS en fonction de leur âge



**Famille = ascendant, frère ou sœur vivant en permanence avec le bénéficiaire*

Figure 3: Répartition des mesures de protection en fonction de l'âge

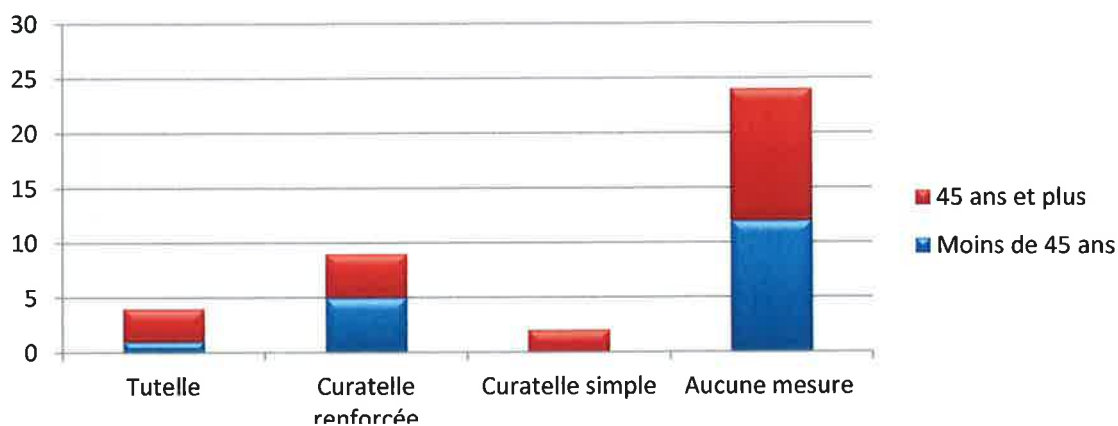


Figure 4 : Durée de la mesure des bénéficiaires en fonction de leur lieu de vie et de leur âge

Durée de la mesure \ Lieu de vie	Bénéficiaires SAVS locataires de la résidence « Argo »		Bénéficiaires SAVS hors résidence « Argo »	
	- de 45 ans	45 ans et +	-de 45 ans	45 ans et +
≤ à 2 ans	3	0	2	0
> à 2 ans et ≤ à 4 ans	0	1	2	0
> à 4 ans et ≤ à 6 ans	0	0	3	1
≥ à 6 ans	10	17	2	2
TOTAL	13	18	9	3

Figure 5 : Cumul ou non des catégories d'aidant en fonction de l'âge

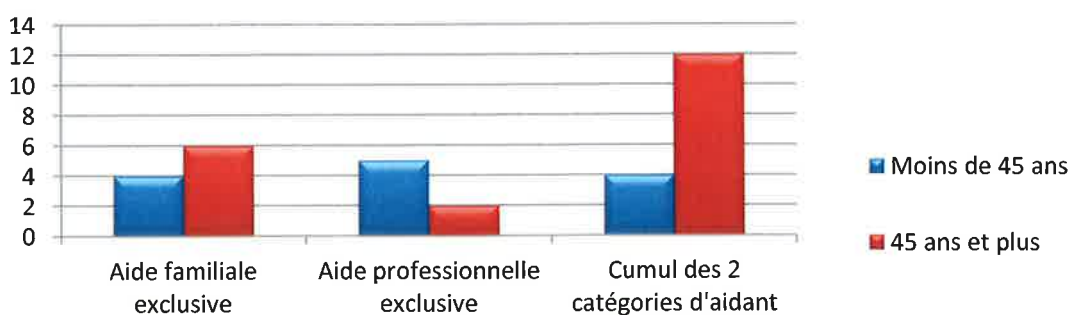


Figure 6: Répartition des aidants des bénéficiaires en fonction de l'âge

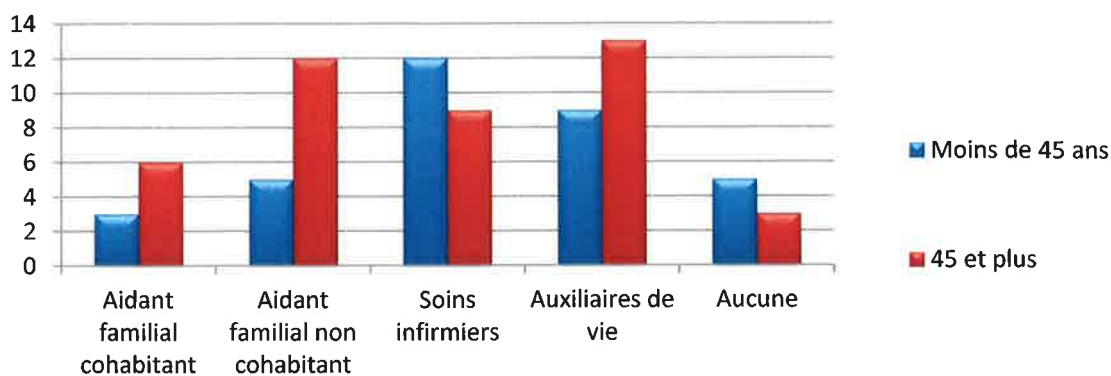
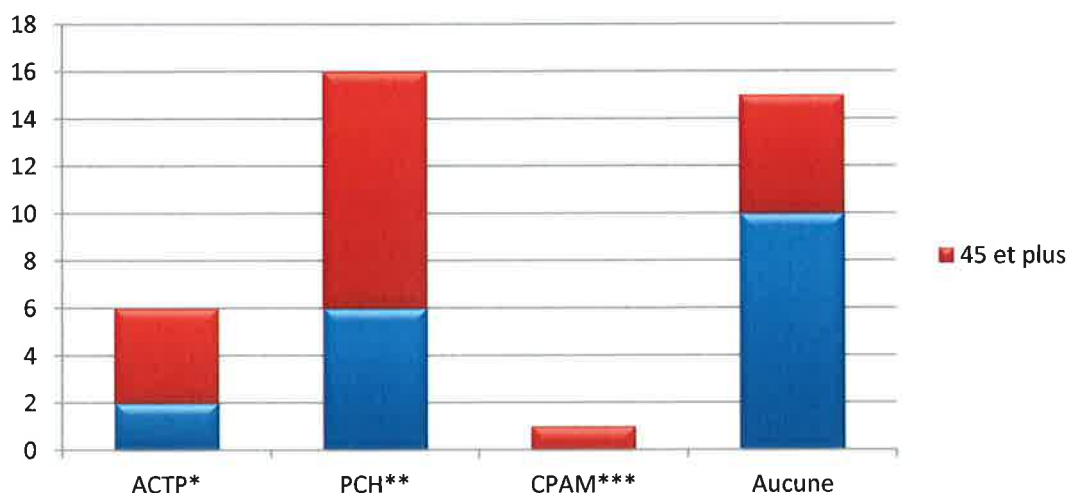


Figure 7: Type d'aide financière en fonction de l'âge



*ACTP¹ : Allocation Compensatrice Tierce Personne

**PCH² : Prestation de Compensation du Handicap

***CPAM : préciser le nom de la prestation

¹ ACTP : « Permet aux personnes dépendantes d'assumer l'emploi d'une tierce personne pour les aider dans les actes essentiels de la vie. Cette allocation a été remplacée le 1er janvier 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle ne concerne plus que les personnes qui la percevaient déjà et qui ont choisi de la conserver. » - Site service-public.fr

² PCH : « La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement. » - site service-public.fr

Questionnaire équipe avril 2014

Dans le cadre de la formation CAFERUIS, je m'intéresse à la façon dont l'équipe éducative du SAVS met en œuvre le projet de vie de la personne.

Pour cela, je vous propose de répondre au questionnaire suivant. Ce document doit me permettre de mieux mettre en évidence les améliorations pouvant être proposées à l'équipe, il n'est pas une évaluation individuelle des compétences de chacun.

Poste occupé :

1. GENERALITE

1.1. Quelles sont selon vous les missions principales d'un SAVS ?

2. LE PROJET DE VIE ET LE PROJET PERSONNALISE DE VIE

2.1. Selon vous, existe-t-il une différence entre le projet de vie et le projet personnalisé de vie ?

2.2. Le document de recueil du Projet Personnalisé de vie existant vous semble-t-il facile à utiliser ? pourquoi ?

2.3. D'après vous, les souhaits de la personne sont-ils suffisamment mis en évidence lors de l'élaboration du projet personnalisé de vie ?

2.4. J'ai constaté que les parties relatives aux proches et aux intervenants professionnels ne sont pas toujours complétées avec précision, pouvez-vous me préciser pourquoi ?

2.5. Quelles modifications apporteriez-vous à ce document ?

3. LA COORDINATION :

3.1. Comment vous positionnez-vous face aux différents intervenants qui agissent autour de la personne ?

3.2. De quelle façon ces intervenants sont-ils associés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Vie ?

3.3. Pensez-vous être repérés comme le coordinateur du projet de vie de la personne par ces intervenants ?

3.4. Pensez-vous que votre rôle de coordinateur doit être accentué :

Oui ,de quelle façon ?

Non, pourquoi ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

Céline BOUDI.

Résultat questionnaire auprès de l'équipe_19.04.2015
--

L'équipe éducative est composée de 3 moniteurs-éducateurs. J'ai souhaité avoir leur vision de l'outil projet personnalisé mis en œuvre dans le service ainsi que leur rôle de coordinateur. J'ai donc posé le questionnaire aux 3 moniteurs-éducateurs (ME).

Compte tenu du petit nombre de questionnaires posés, j'ai choisi de le proposer sous forme de questions ouvertes et d'interview. Cela m'a permis d'approfondir certaines réponses.

1. GENERALITE

1.1. Quelles sont selon vous les missions principales d'un SAVS ?

- ① « Garder les gens plus autonomes », « Les accompagner dans la socialisation », « Faire le projet de vie et répondre aux besoins et attentes de la personne en coordonnant »
- ② « Coordination avec l'environnement »
- ③ « Accompagnement des personnes, de toutes les demandes en fonction aussi des constats professionnels »

↳ D'une manière générale, je m'aperçois que les 3 moniteurs-éducateurs connaissent les mots clés de l'accompagnement en SAVS, à savoir coordination et projet de vie.

2. LE PROJET DE VIE ET LE PROJET PERSONNALISE DE VIE

2.1. Selon vous, existe-t-il une différence entre le projet de vie et le projet personnalisé de vie ?

- ① « Le projet de vie est ce qui se passe au travail », « Le Projet Personnalisé de vie est le document fait au SAVS en lien avec la vie sociale et le travail »
- ② « Je n'utilise que le projet personnalisé de vie et n'ai jamais vu de projet de vie »
- ③ « Cela dépend de la forme et de la présence de la personne (le contenu sera en fonction de la présence de la personne) », « C'est une différence de nomination de document »

↳ Il semble que les ME ne déterminent pas de façon précise la différence entre le projet de vie et le Projet Personnalisé de Vie. De ce fait, ils ne distinguent pas ce qui relève de la personne de ce qui relève de l'analyse du professionnel.

2.2. Le document de recueil du Projet Personnalisé de vie existant vous semble-t-il facile à utiliser ? pourquoi ?

- ① « Oui, car simple et facile à utiliser »
- ② « Oui, ce qui compte c'est la façon dont il est utilisé. Par contre, il manque des morceaux. Le document ne permet pas forcément de développer les informations liées au parcours professionnel, à l'intégration dans l'environnement. »
- ③ « Oui car ouvert et non car pas de cadre », « Il y a la place pour les besoins et les attentes donc c'est bien si la personne peut s'exprimer. Dans le cas où la personne ne s'exprime pas, il manque un guide d'entretien pour ne pas oublier 1 thème. »

A priori, le document existant ne leur pose pas de difficultés lors de l'élaboration du projet de vie. Pourtant, en ayant assisté à certains rendez-vous PPV, j'ai constaté à plusieurs reprises que les référents n'étaient pas à l'aise avec certaines questions et avaient des difficultés pour se détacher du document et entrer dans une discussion avec le bénéficiaire.

2.3. D'après vous, les souhaits de la personne sont-ils suffisamment mis en évidence lors de l'élaboration du projet personnalisé de vie ?

- ① « Oui »
- ② « Il existe un équilibre entre la vision du professionnel et l'expression de la personne »
- ③ « Oui »

2.4. J'ai constaté que les parties relatives aux proches et aux intervenants professionnels ne sont pas toujours complétées avec précision, pouvez-vous me préciser pourquoi ?

- ① « Pour moi, toutes les données sont à jour »
- ② « Pas de difficultés particulières »
- ③ « C'est au cas par cas, parfois les bénéficiaires ne souhaitent pas l'intervention de la famille. Cela dépend de la façon dont le SAVS est perçu. Quand les professionnels ne paraissent pas, cela dépend si la personne a sollicité le service pour ça. »

Ces réponses me laissent penser que les référents n'ont pas forcément à l'esprit l'intérêt de bien signaler l'environnement du bénéficiaire pour la mise en œuvre du projet de vie. Les éléments figurants leur semblent suffisants.

2.5. Quelles modifications apporteriez-vous à ce document ?

- ① « Aucunes, je n'aime pas les changements »
- ② « Plus de place pour la description du quotidien avec des critères d'évaluation de l'autonomie, de la réalisation des actes quotidiens, du budget, que l'on pourrait utiliser lors du renouvellement du PPV »
- ③ « En faire plutôt un guide d'entretien qu'un questionnaire », « Il manque un thème vie affective et intime » « J'ai le sentiment qu'il n'est pas suffisamment expliqué que la PPV a un intérêt pour la personne et pas seulement pour le service »

3. LA COORDINATION :

3.1. Comment vous positionnez-vous face aux différents intervenants qui agissent autour de la personne ?

- ① « Je me positionne comme référent de la personne », « Cela me permet d'avoir une autre vision sur la situation ».
- ② « Je me positionne comme le coordinateur de la personne »

③ « Selon les familles, ma présence peut être une ressource et inversement, les familles ont des informations à communiquer », « J'ai un rôle de médiation entre les services et les personnes en cas de disfonctionnement », « J'ai également un rôle sur la faisabilité des travaux, des demandes »

3.2. De quelle façon ces intervenants sont-ils associés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Vie ?

① « Aucune, ils ne sont pas associés lors de l'élaboration »

② « Il n'y a pas d'association lors de l'élaboration, mais intégration lors de la mise en œuvre (réunions, entretiens téléphoniques...)

③ « Peu car le point de départ est la demande de la personne. Il n'existe pas de temps formel avec les intervenants. Cela peut être un manque mais ne doit pas forcément être systématique. », « Il existe un manque d'information et de compréhension de l'intérêt de la mesure lors de la mise en œuvre »

3.3. Pensez-vous être repérés comme le coordinateur du projet de vie de la personne par ces intervenants ?

① « Oui mais pas par tous, cela dépend des intervenants »

② « Oui »

③ « Oui »

3.4. Pensez-vous que votre rôle de coordinateur doit être accentué :

① « Non, la charge de travail est suffisante »

② « Oui, en prenant en compte TOUS les intervenants autour la personne (professionnel, médical...). Par exemple, il n'existe pas de lien avec le référent professionnel pourtant à proximité »

③ « Oui, en fonction des personnes, des besoins et du temps pouvant être accordé de façon informel (pour par exemple apaiser certaines situations) », « non, car en fonction des personnes, cela peut aboutir à une perte d'autonomie si l'on fait à la place de. »

TABLEAU DES FORCES, FAIBLESSES, RISQUES, OPPORTUNITES (FFRO) DU SAVS ADIHM

<u>FORCES</u>	<u>FAIBLESSES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ♦Une association en conformité avec le cadre législatif et la loi de 2002 ♦Une évaluation externe qui valorise le travail du SAVS et qui met en évidence la raison d'être de ce service atypique ♦Un service qui donne la possibilité à des personnes lourdement handicapées d'être maintenue à leur domicile conformément à leur projet de vie ♦Une équipe éducative stable, présente au sein de l'association en moyenne depuis 15 ans. ♦Une équipe qui travaille avec un objectif commun ♦Un service bien repéré par les bénéficiaires, qui garantit une continuité dans le parcours de vie des personnes lourdement handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Un projet d'établissement qui accompagne peu l'équipe dans sa montée en compétence et qui ne prévoit pas un accompagnement spécifique pour les personnes en situation de handicap vieillissantes. ♦Une équipe en construction qui peine à créer une cohésion ♦Une équipe qui a besoin d'être accompagnée dans leur montée en compétence ♦Des outils qui ne permettent pas une évaluation de l'autonomie des personnes accompagnées et peu appropriés par l'équipe. ♦Une prise en compte des aidants pas suffisamment mise en avant dans l'accompagnement.
<u>RISQUES</u>	<u>OPPORTUNITES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ♦Un service atypique qui a parfois des difficultés à se situer dans un dispositif existant. ♦Une organisation en « référence » qui peut enfermer le moniteur éducateur dans une relation duelle avec la personne accompagnée. ♦Un repérage insuffisant de l'autonomie des personnes accompagnées peut avoir pour conséquence un accompagnement non adapté. ♦Une usure professionnelle liée à l'ancienneté de l'équipe éducative et au faible turn-over des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Une association dynamique qui souhaite développer de nouveaux projets ♦Une équipe en construction qui a montré dans le passé sa capacité à s'adapter aux changements. ♦Un intérêt des pouvoirs publics sur la nécessité d'assurer aux personnes en situation de handicap une continuité dans leur parcours de vie notamment pour les personnes en situation de handicap vieillissantes.

<p>Grille d'observation de la mise en place et du suivi des Projets Personnalisés</p>

Cette grille d'observation est construite à l'aide des recommandations de bonnes pratiques professionnelles proposées par l'ANESM

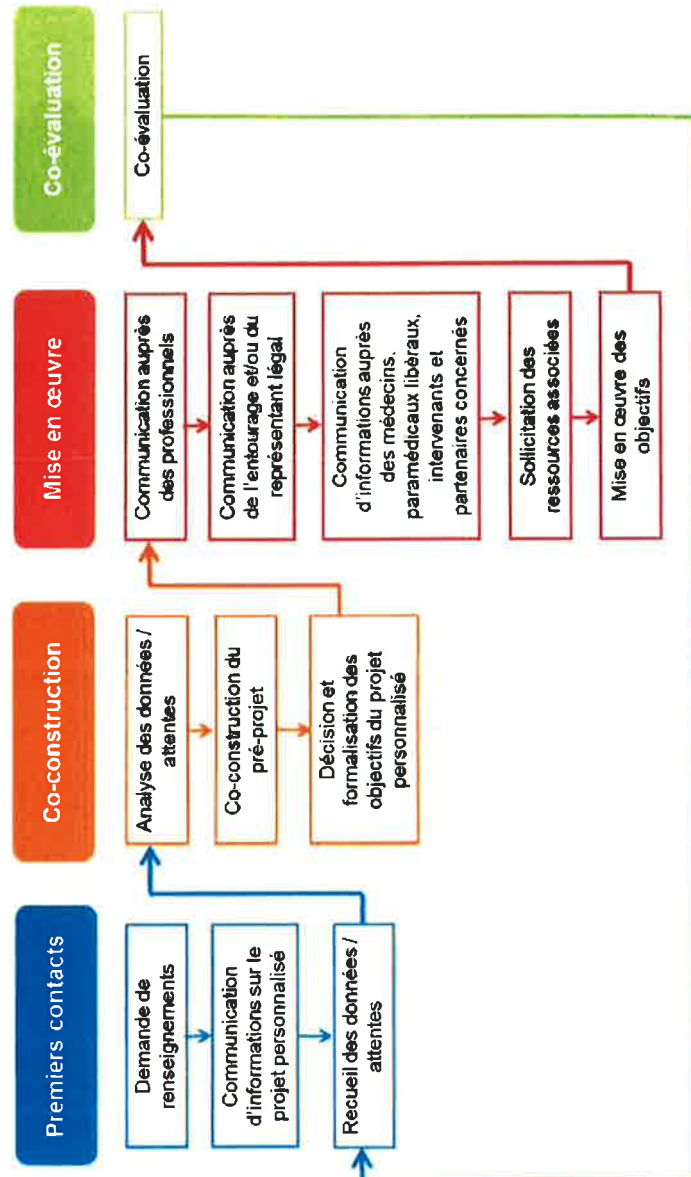
1. La procédure mise en place :
 - a. Recueil des attentes de la personne
 - b. Analyse de la situation (de façon objective)
 - c. Co-construction du projet personnalisé
 - d. Mise en œuvre du projet personnalisé (fixation d'objectifs, programmation d'activités, de moyens)
 - e. Bilan intermédiaire
 - f. Evaluation permettant de réactualiser le projet personnalisé

2. Participation de la personne :
 - a. L'implication de la personne est elle recherchée ?
 - b. La personne est-elle impliquée tout au long de la démarche
 - c. La dynamique est elle adaptée au rythme de la personne
 - d. Repérage des habitudes de vie

3. Prise en compte de l'entourage :
 - a. Place de l'entourage et implication dans l'élaboration du PP
 - b. Implication de l'équipe

4. Condition de réalisation de l'entretien :
 - a. Qui ?
 - b. Où ?
 - c. Durée ?

Le cycle continu du projet personnalisé



Le cycle continu du projet personnalisé :

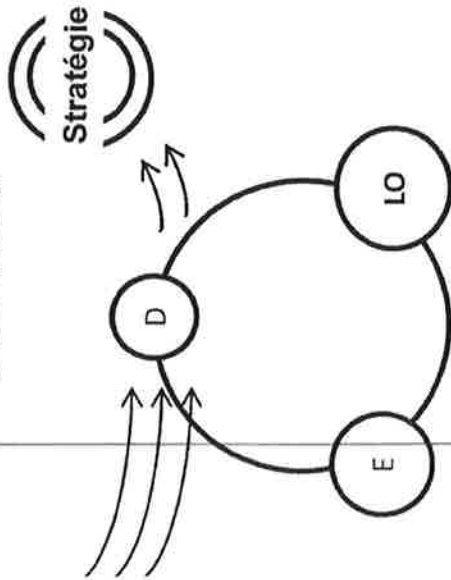
La démarche du projet personnalisé s'inscrit dans un cycle annuel continu. Dès lors que le premier projet personnalisé de l'utilisateur a été co-construit, mis en œuvre et co-évalué, un nouveau projet sera initié par un recueil des données et des attentes et des attentes de la personne.

A noter : même si les étapes de co-évaluation et de recueil des données sont schématisées de manière distinctes, il n'est pas rare qu'elles soient réalisées au même moment, lors de l'entretien d'évaluation annuel par exemple.



CSA : 3 scénarios de mobilisation d'une équipe (rappel)

Confort



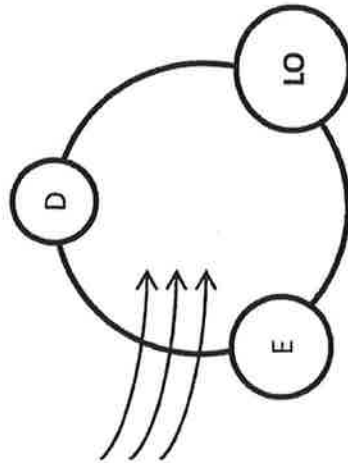
Forte concentration sur l'intérieur de l'organisation

Tout le monde s'accorde à dire que c'est l'affaire du dirigeant de connaître bien le contexte et de gérer les objectifs à atteindre

Faible perception de l'environnement et des exigences de performances nécessaires pour assurer la survie de l'organisation

Forte pression pour « gagner des avantages »

Stress



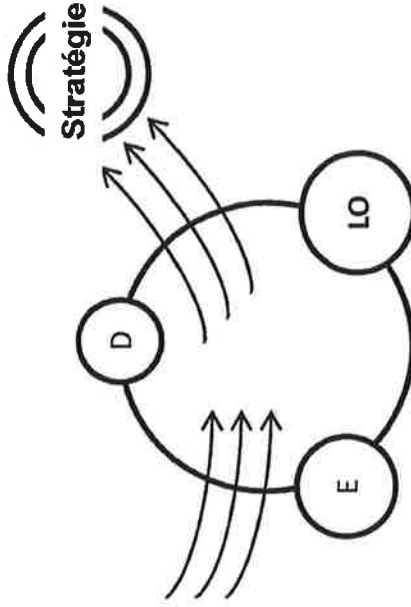
Les turbulences et les risques en provenance de l'environnement ont fait irruption au centre du système

La cible antérieure a disparu et aucune ne lui est substituée : zone de brouillard à durée indéterminée

Tous sont confrontés à l'incertitude.
Personne ne sait donner de réponse crédible à la question « qu'est-ce qu'on fait ? »

Inhibition d'action, agitation, agressivité

Ambition



Système ouvert, sensible à l'extérieur et tourné vers l'avenir

Tout le monde est confronté aux turbulences de l'environnement

Une stratégie, ou un projet crédible est affirmé sur lequel tous les acteurs sont à peu près d'accord. L'ambition, la cible n'est pas la seule affaire du dirigeant

Processus de négociation et de mobilisation

Légende : D = Dirigeant-s E = Employés LO = Leaders d'opinion dont IRP, leader informel...

LA NOTION DE RESEAU

Le réseau social de l'utilisateur « est un ensemble de relations entre un ensemble d'acteurs. Cet ensemble peut être organisé (une entreprise, par exemple) ou non (comme un réseau d'amis) et ces relations peuvent être de nature fort diverse (pouvoir, échanges de cadeaux, conseil, etc.), spécialisées ou non, symétriques ou non (Lemieux, 1999). Les acteurs sont le plus souvent des individus, mais il peut aussi s'agir de ménages, d'associations, etc. L'essentiel est que l'objet d'étude soit bien la relation entre éléments, autrement dit l'interaction ou l'action réciproque entre ces éléments »¹. Le réseau d'un utilisateur peut s'observer à partir de plusieurs niveaux :

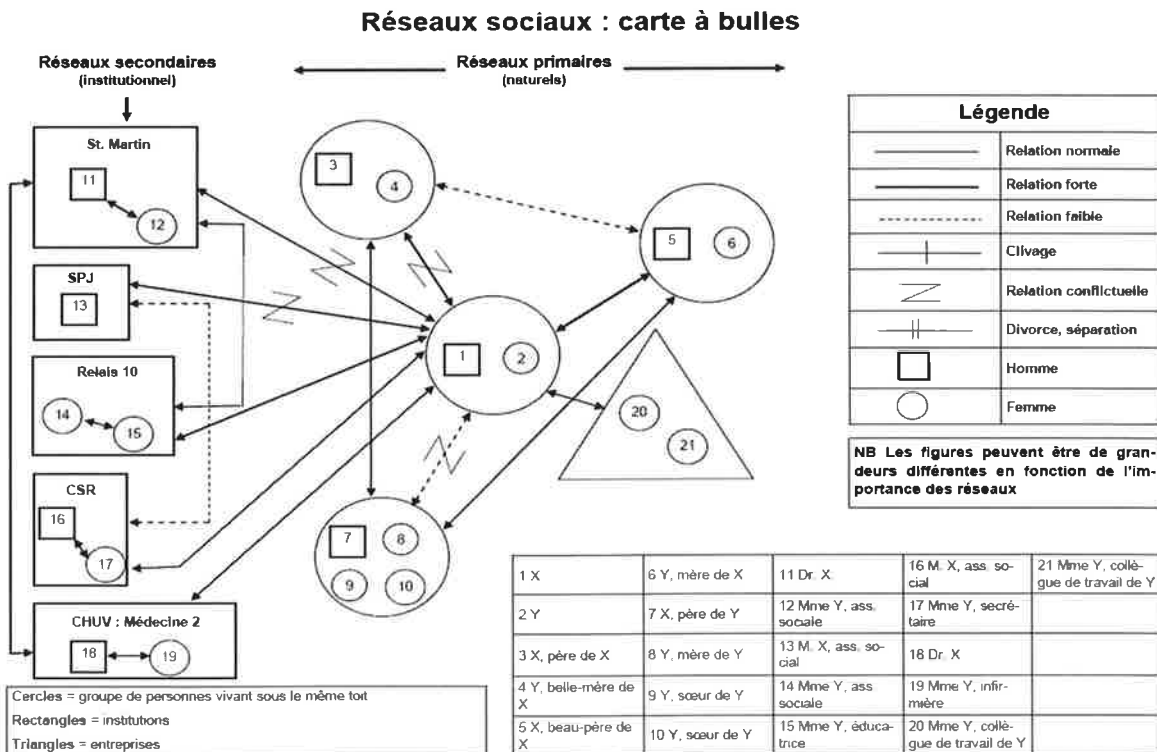
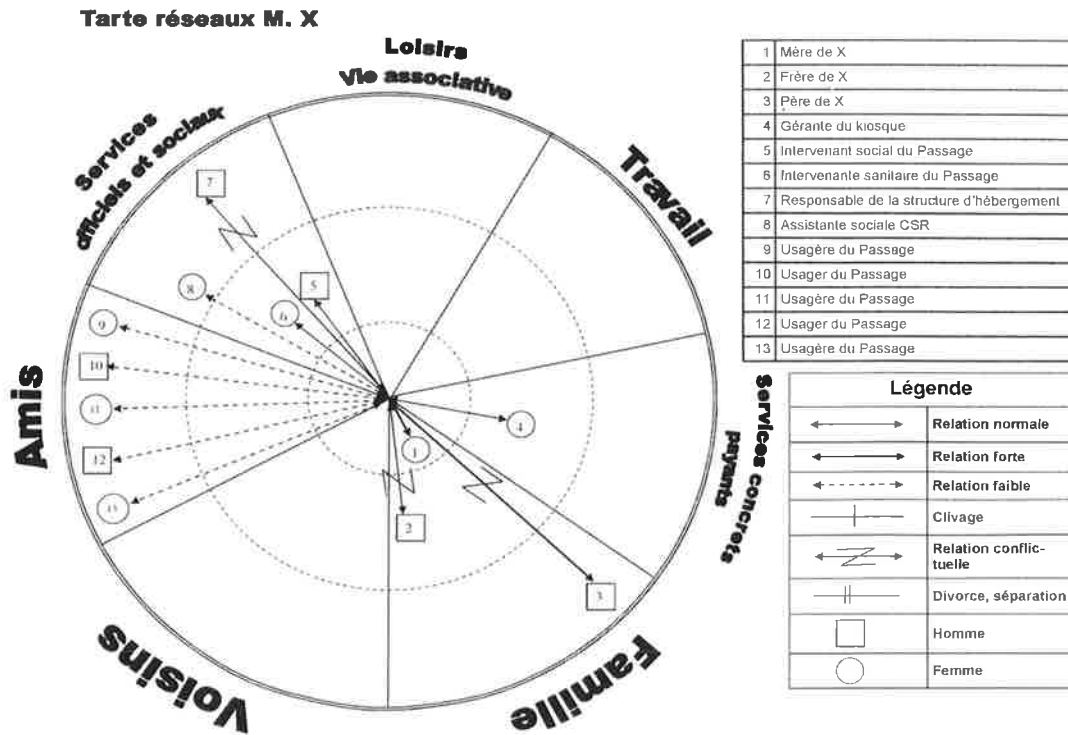
- Le réseau primaire : D'après Lia SANICOLA, il est « constitué par les relations vécues par le sujet au cours de son existence, non seulement au sein de sa famille, mais aussi avec ses voisins, ses amis, et ses camarades de travail ». Philippe DUMOULIN et Régis DUMONT complètent cette définition en prenant en compte la capacité mobilisatrice de cet entourage : « le réseau primaire d'une personne est constitué par le groupe de personnes activables et mobilisables pour lui apporter une aide en cas de besoin ». On parle également de « réseau naturel ».
- Le réseau secondaire non formel : « Ils sont mis sur pied à l'initiative de certains membres de réseaux primaire pour répondre à leurs propres besoins, pour trouver des solutions à des difficultés communes sans qu'ils acquièrent un statut véritablement institutionnel » (cf. SANICOLA, 1994, p 193 et 194)
- Le réseau secondaire formel : ils « constituent les institutions sociales qui ont une existence officielle ; ils sont structurés de façon précise, remplissent des fonctions spécifiques ou fournissent des services particuliers » (SANICOLA, 1994)

Il existe différents outils permettant de mettre en évidence les réseaux. Il peut notamment être représenté par un sociogramme qui est une « Représentation graphique des réseaux naturels et des réseaux institutionnels ainsi que des personnes impliqués dans une situation d'accompagnement, un projet d'intervention, un projet d'action. Cette représentation peut prendre deux formes, la carte tarte et la carte à bulles, elle tente d'indiquer les rapports entre les personnes et les institutions et les rapports à l'intérieur des différents réseaux »².

¹ « Réseaux sociaux : théories et pratiques » - Informations sociales 2008/3 n°147

² FORDD module 2: travail en réseau - Christiane Besson (Améthyste), Nicolas Pythoud (Fondation ABS), 2011

Exemple de réseau en forme de tarte et de carte à bulle³ :



³ FORDD module 2: travail en réseau - Christiane Besson (Améthyste), Nicolas Pythoud (Fondation ABS), 2011

Céline DEBON

Epouse BOUDI

« Mobiliser une équipe autour d'un référentiel commun : préalable pour permettre aux usagers de prendre une place active dans la mise en œuvre de leur projet de vie. »

RESUME :

Crée sur les bases d'une structure existante, le SAVS ADIHM doit construire son identité entre obligations réglementaires et histoire de l'association. Le service, dont le fonctionnement est parfois en décalage avec le cahier des charges relatif aux SAVS des Bouches du Rhône permet à des personnes de faible autonomie de vivre en logement autonome. Cette organisation s'inscrit dans la notion de projet de vie institué par la loi du 11 février 2005, ainsi que dans la notion de continuité du parcours de vie. Du fait d'un faible turn-over de la population accueillie, le service constate une chronicisation des usagers. Une partie d'entres-eux, doit faire face à de nouveaux besoins en lien avec leur vieillissement, une perte d'autonomie mais également à l'avancée en âge des aidants familiaux. Les habitudes créées vont à l'encontre de la notion d'expression des besoins et des attentes des usagers qui ont des difficultés à prendre une place active dans la mise en œuvre de leur projet de vie. En parallèle, l'équipe éducative qui occupait depuis environ 15 ans des postes d'Agent de Service Intérieur vient d'être formée aux fonctions de Moniteur Educateur. L'équipe en construction a besoin de se baser sur un référentiel commun afin de déterminer son identité. Cette réflexion autour des pratiques professionnelles redonnera du sens à l'accompagnement en cassant les habitudes actuellement mises en place entre les référents et les usagers.

MOTS CLES :

Projet Personnalisé – Projet de Vie – Parcours de vie – Accompagnement – Perte d'autonomie – Aidant familial – Aidant professionnel - Maintien à domicile – Pratiques professionnelles – Référentiel commun – Montée en compétences – Evaluation – Indicateurs d'autonomie médico-sociale