

Collège Coopératif Rhône –Alpes
20 rue de la Claire
69009 LYON

Favoriser le libre choix de la vie en autonomie pour un public en situation de handicap moteur très dépendant

Diversification d'une offre de services d'accompagnement sur du logement transitionnel

**Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de
Responsable d'Unité d'Intervention Sociale**

CAFERUIS

Présenté par :
Jérôme PRELY

**Lyon
2010**

SOMMAIRE

Remerciements	5
Introduction	7
Les éléments de contexte du projet	11
1. L'approche historique du projet	12
1.1. La création de la résidence sociale	12
1.2. De la résidence sociale vers l'Habitat service	13
1.2.1. L'Habitat service	13
1.2.2. Un regroupement actuel de dix logements transitionnels	14
2. Le positionnement de l'Association des Paralysés de France	15
2.1. Présentation de l'APF	15
2.2. Le projet associatif de l'APF	17
2.3. Le SESVAD du Rhône : des valeurs ancrées dans le projet associatif	17
3. Le positionnement du projet au regard du cadre réglementaire	18
3.1 La loi 2002-2 du 2 janvier 2002	18
3.2. La loi n°2005-102 du 11 février 2005	18
3.3. Le décret 2009-322 du 20 mars	19
3.4. La loi 2002-303 du 4 mars 2002	19
3.5. Le décret 2004-613 du 25 juin 2004	20
4. L'accompagnement de la personne très dépendante vers un logement	20
4.1. Une évolution du regard	20
4.2. Etre accompagné dans un logement en étant très dépendant	22
5. Conclusion de la première partie	23
Etude-diagnostic de la situation	24
1. Le système interne	25
1.1. Les ressources humaines	26
1.1.1. L'accompagnant social au SESVAD	26
1.1.2. Une équipe éducative fragilisée	28
1.2. La construction d'un dispositif unique au service du maintien à domicile	29
1.2.1. L'astreinte	29

1.2.2. La garde itinérante de nuit	30
1.2.3. Vers un regroupement des sites du SESVAD	30
2. Le système externe : l'environnement	31
2.1. L'environnement institutionnel	31
2.1.1. Le réseau APF	31
2.1.2. Le réseau hors APF	32
2.1.3. Les partenaires	32
2.1.4. Les freins à l'environnement institutionnel	33
2.2. L'environnement politique et financier	34
2.2.1 Le Schéma Départemental 2009-2013	34
2.2.2. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	35
2.2.2.1 Les modalités du CPOM	35
2.2.2.2. Les freins du CPOM	36
3. Le système externe : la population	36
3.1. Les usagers du SESVAD : profil et type de handicap	36
3.2 Les résidents de l'Habitat service	38
3.2.1. Les usagers en logement transitionnel	38
3.2.2. Les résidents à moyen terme	39
4. Conclusion du diagnostic	40
 La mise en œuvre du projet	42
1. Garantir le droit des usagers	43
1.1. La prise en compte des instances du SESVAD	43
1.2. L'actualisation du projet de service	44
2. Assurer une cohésion d'équipe et prévenir l'usure professionnelle	45
2.1. Le maintien des liens interservices et entre groupes fonctionnels	45
2.2. La prévention de l'usure professionnelle	46
3. Renforcer l'offre de services d'accompagnement à l'Habitat service	47
3.1. Communication de notre dispositif vers les partenaires et le grand public	48
3.1.1. Projet de réunion inter-SAMSAH à destination des professionnels	48
3.1.2. Projet de communication envers le grand public	48
3.2. Utilisation de la plateforme des services du SESVAD à l'Habitat service	49
3.2.1. Le SAMSAH	49
3.2.2. Le stage en appartement à l'Habitat service	51
3.2.3. La GIN	52

3.3. Utilisation des services partenaires	52
3.4. L'accompagnement des résidents en logement moyen terme	52
4. La prise en compte du réseau départemental de l'APF	53
4.1. Information au représentant départemental de l'APF	53
4.2. Mise en œuvre budgétaire pour inscription au CPOM	54
5. L'évaluation du projet	54
5.1. Définir l'approche évaluative en action médico-sociale	55
5.2. L'évaluation d'un axe du projet : l'actualisation du projet de service	56
5.3. L'optimisation des compétences à la prévention des risques professionnels	57
6. Conclusion de la mise en œuvre du projet	59
Conclusion	60

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans le concours et le soutien de nombreuses personnes...

En premier lieu, je tiens à remercier Christine MOLINA et Eric JOUSSEAUME, responsables de la formation CAFERUIS au Collège Coopératif Rhône-Alpes, pour leurs conseils et leur soutien régulier durant cette formation.

Un grand merci à tous mes collègues de la promotion CAFERUIS 4, et tout particulièrement à Isabelle, Nora et Natacha : grâce à leur constance dans la participation aux « ateliers mémoire » durant ces deux années, j'ai obtenu des éclairages et des conseils avisés par leur prise de recul.

Je remercie Anne ENSELME, directrice du SESVAD du Rhône, pour tous les moyens mis à ma disposition durant cette formation... et notamment pour le temps dégagé !

Merci à Marc, directeur adjoint du CHRS Francis FEYDEL, qui m'a accueilli dans le cadre de mon stage CAFERUIS : il a su m'accorder du temps, et m'apporter un accompagnement de qualité et des conseils précieux durant ma formation pratique.

Merci à tous les professionnels du SESVAD du Rhône et aux personnes en situation de handicap qui m'ont apportés beaucoup d'éléments concrets pour la réalisation de ce travail.

Enfin... merci à Franck pour la patience dont il a su faire preuve durant ces deux années... ainsi que pour son soutien. Je remercie mes parents, ma famille et amis pour tous leurs encouragements.

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANESM	: Agence Nationale de l’Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
APF	: Association des Paralysés de France
ARS	: Agence Régionale de Santé
CA	: Conseil d’Administration
CASF	: Code de l’Action Sociale et des Familles
CDA	: Commission des Droits et de l’Autonomie
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité et de l’Autonomie
COQUA	: Comité Qualité
CPOM	: Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens
CROSMS	: Comité Régional de l’Organisation Sociale et Médico Sociale
CVS	: Conseil de la Vie Sociale
DDASS	: Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD	: Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS	: Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
ESVAD	: Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile
ETP	: Equivalent Temps Plein
FAM	: Foyer d’Accueil Médicalisé
GIN	: Garde Itinérante de Nuit
MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
OPAC	: Office Public d’Aménagement et de Construction
PCH	: Prestation de Compensation du Handicap
PPA	: Projet Personnalisé d’Accompagnement
PRIAC	: Programme Interdépartemental d’Accompagnement des Handicaps et de la Perte d’Autonomie
SAMSAH	: Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	: Service d’Accompagnement à la Vie Sociale
SESVAD	: SErvice Spécialisé pour une Vie Autonome A Domicile
UE	: Union Européenne

INTRODUCTION

De formation initiale en gestion financière, mes premières expériences professionnelles ont été dirigées vers l'audit d'entreprise. Si mon début de carrière m'a permis d'acquérir de solides notions en gestion et en analyse financière, il m'a été difficile d'adhérer à la recherche permanente du profit financier et à l'absence régulière de valorisation du capital humain.

C'est en intégrant le marché du travail que je suis devenu par ailleurs trésorier d'une association de ma ville dont l'activité principale était la médiation de quartier ; cette activité bénévole m'a permis de tisser des liens avec le secteur associatif. En 2001, je me suis spontanément adressé aux services comptables de différentes associations, dont la Délégation du Rhône de l'Association des Paralysés de France (APF), qui m'a recruté dès le mois de mai.

Assez vite, la responsable de l'équipe pluridisciplinaire gérée par la Délégation de l'APF m'a sollicité sur les aspects financiers. Les missions de cette équipe s'adressaient à environ mille personnes adultes en situation de handicap moteur sur le Rhône, et apportaient notamment conseils juridiques, techniques, dans le cadre de la vie autonome à domicile. Cette Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile (ESVAD) employait une douzaine de professionnels (assistants sociaux, ergothérapeutes, psychologue, médecin), et souffrait d'un sous financement historique : l'ESVAD était en partie subventionnée par le Conseil Général mais un quart du financement annuel restait à la charge de l'APF. Cette situation ne pouvait perdurer pour l'APF qui mettait chaque année en avant le principe « à service public, financement public ! ». L'équipe, bloquée dans son évolution faute de financement suffisant, ne pouvait faire face à l'afflux croissant des demandes provoquant bien de la frustration.

En 2005, l'ESVAD allait être confrontée à une remise en cause de son existence par le vote du 11 février de **la loi 2005-102¹ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** : une disposition prévoyait la mise en place dans chaque département d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) dont l'une des missions était le conseil (technique, juridique) aux personnes en situation de handicap, sur fond de crédits versés par la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie² (CNSA). La MDPH allait donc succéder à l'ESVAD.

Néanmoins, et dès 2004, le risque économique pour l'ESVAD et pour toute son équipe avait été anticipé. La responsable du service et moi-même avions préparé, après identification des besoins recensés auprès des usagers de l'ESVAD, un projet de 50 places d'un Service

¹ Tout au long du sujet, par « la loi de 2005 », nous désignerons la loi 2005-102.

² La CNSA a été créée par la loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et a assuré le financement des MDPH.

d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)³. Ce projet avait été présenté en octobre 2004 au CROSMS⁴. Un avis favorable avait été émis, sans financement. De même, durant l'Eté 2004, nous avions préparé un projet de 20 places d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), présenté au CROSMS en février 2005 et qui avait reçu un avis favorable, avec double financement du Conseil général et de la DDASS⁵. L'originalité du projet reposait sur un accompagnement social et une dispensation de soins réalisés au domicile d'un public caractérisé par un niveau élevé de dépendance.

La présentation aussi rapide au CROSMS de ces deux projets avait pour but de répondre aux besoins évidents des personnes handicapées recensées parmi les usagers de l'ESVAD, mais il était également important de prévenir le risque de licenciement économique du personnel.

Ainsi, en Juin 2005, le Conseil d'Administration (CA) de l'APF délibérait sur la création du SErvice Spécialisé pour une Vie Autonome à Domicile (SESVAD), avec ouverture du SAMSAH. Cette ouverture allait occasionner un redéploiement d'une partie des personnels de l'ESVAD, et l'embauche de personnels soignants. L'ancienne chef de service de l'ESVAD, nommée directrice du SESVAD par le CA, me désigna comme son Attaché administratif.

La dynamique s'est poursuivie, et en mars 2006, le SESVAD a continué son développement après avoir obtenu le financement du SAVS et un agrément pour 40 places. Ce fut la deuxième phase de la restructuration de l'ancienne ESVAD⁶. Grâce au dispositif intégrant le SAVS et le SAMSAH, le SESVAD contribue à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap, par un accompagnement à la vie sociale, complété d'une dispensation de soins en journée si la personne est accompagnée par le SAMSAH.

En 2007, nous avons entrepris d'élargir notre dispositif en reprenant la direction d'une résidence sociale composée de 18 logements, située à Villeurbanne, et gérée par l'APF. Nous avons imaginé un projet d'accompagnement de personnes en situation de handicap souhaitant effectuer un apprentissage de la vie autonome à domicile. Pour cela, le SESVAD pouvait utiliser le support de la résidence. Ce projet s'est appuyé sur une expérience menée pendant plusieurs mois dans un petit nombre d'appartements gérés par des bailleurs sociaux auprès de personnes ayant auparavant vécu pendant des années dans des structures à caractère collectif. Très intéressé par le projet, le Conseil Général accorda le financement de l'accompagnement dit « renforcé » pour 10 nouveaux usagers du SAVS, avec effet au 1^{er} janvier 2008. Cette

³ Le SAVS propose un accompagnement social réalisé au domicile de la personne en situation de handicap.

⁴ Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale – Circulaire DGAS/2004/40 du 02/02/04.

⁵ Par la loi HPST 2009_879 du 21 juillet 2009, l'ARS s'est substituée au pôle médico-social des DDASS.

⁶ Annexe 1 : historique du SESVAD

résidence, nouvellement désignée l' « Habitat service » du SESVAD, regroupait donc 10 logements « transitionnels » destinés aux personnes ayant besoin d'un apprentissage pour vivre à domicile, et 8 logements « moyen terme » (personnes sans accompagnement).

Avec le recul, sur le fonctionnement de l'Habitat service, deux constats sont possibles :

- ♦ L'agrément de 2008 n'a porté que pour l'accompagnement d'usagers du SAVS. Une demande d'accompagnement dans un logement peut prendre un caractère varié (en sollicitant par exemple l'intervention du SAMSAH). J'ai pu relever avec l'équipe que l'agrément en cours ne nous permet pas de répondre à des demandes que notre expertise pourrait pourtant satisfaire. La loi de 2005 n'affirme-t-elle pas **la citoyenneté de la personne en situation de handicap**, chaque demande individuelle devant être prise en compte ? Si tel est son choix, la personne, quel que soit son niveau de dépendance, devrait pouvoir accéder à l'autonomie.
- ♦ L'agrément n'a porté que sur 10 accompagnements renforcés à l'Habitat service pour une question de financement ; or, 18 accompagnements seraient possibles. N'y aurait-il pas une cohérence de faire évoluer toutes les places vers du transitionnel ?

L'hypothèse que je formule est donc que le projet de l'Habitat service devrait s'ouvrir pour permettre à davantage de personnes handicapées qui le souhaitent, quel que soit leur niveau de dépendance, d'intégrer un logement. Ce libre choix de vivre à domicile sera conditionné à :

- ♦ **Une diversification de l'offre de services d'accompagnement dans du logement transitionnel à destination des personnes adultes en situation de handicap moteur.**
- ♦ **Une extension de l'offre de logements transitionnels aux 18 places de l'Habitat service.**

En cinq ans, mon poste a changé : de gestionnaire de service, mes missions ont évolué pour devenir celles d'un adjoint de direction. Ce parcours encore atypique dans le secteur a justifié ma formation au CAFERUIS. Par l'intérêt que j'ai manifesté pour développer le projet de l'Habitat service, la directrice m'a désigné comme chef de projet lors d'une réunion de service. Cette démarche, inscrite dans ma formation, a légitimé mon action auprès de l'équipe. Dans la première partie de mon travail, j'aborderai l'historique, le contexte associatif et réglementaire, ce qui donnera une compréhension au fondement du projet.

Dans une seconde partie je présenterai le diagnostic de la situation actuelle et à partir de laquelle le projet a émergé : dans une approche interne au service, puis dans une approche institutionnelle et politique, et enfin par l'étude du public accompagné.

Enfin, je déclinerai des préconisations au diagnostic effectué, par la complétion du dispositif actuel de l'Habitat service, ainsi que l'évaluation de quelques axes du projet.

PREMIERE PARTIE

LES ELEMENTS DE CONTEXTE DU PROJET

L'hypothèse que je viens de présenter prend corps autour d'éléments qui donnent un fondement au projet. Je propose d'étudier ces éléments caractérisant l'ensemble du contexte.

- ♦ J'évoquerai les raisons qui ont conduit à la reprise de la gestion de la résidence sociale par le SESVAD, ainsi que l'évolution du projet de la résidence devenu un « Habitat service ».
- ♦ Je présenterai l'APF et le projet associatif dans lequel sont ancrées nos valeurs.
- ♦ Je décrirai l'ensemble du cadre législatif et réglementaire qui nous est applicable.
- ♦ Le projet se fonde sur une diversification de l'offre d'accompagnement : j'arrêterai la réflexion sur l'accompagnement vers le logement de la personne handicapée très dépendante.

1. L'approche historique du projet

1.1. La création de la résidence sociale⁷

La résidence sociale est issue d'un ancien foyer d'hébergement pour travailleurs en situation de handicap moteur, créé en 1962 par l'APF, et rattachée à une structure de travail protégé, située près de l'ancienne gare de Villeurbanne. Avec l'arrêt progressif de l'activité industrielle, puis reprise de cette activité par un autre site de Villeurbanne, et du fait de locaux vieillissants, le nombre de locataires a diminué sensiblement au fil des années. Parce qu'il fallait rénover les locaux, et parce que le Conseil d'administration de l'association a décidé d'arrêter l'activité du foyer d'hébergement, l'APF s'est rapprochée du bailleur Logirel (devenu Alliade en janvier 2007). Un projet de Résidence sociale a été imaginé afin de permettre au bailleur d'obtenir « un prêt-locatif insertion », et des subventions Etat-Région. L'agrément de la DDASS au projet de résidence sociale a été émis en l'an 2000, avec engagement de l'APF auprès d'Alliade d'animer la résidence, et d'accompagner les personnes dans leur projet personnalisé : l'accès à un logement adapté, l'aide à l'insertion par le travail, et l'accompagnement à la vie sociale afin de faciliter l'insertion vers la vie autonome.

La livraison du bâtiment, un petit immeuble de trois étages composé de 18 appartements rénovés et tous accessibles aux personnes en situation de handicap moteur a alors été effective à l'automne 2002. **L'engagement de l'APF d'accompagner les personnes dans leur projet personnalisé n'était toutefois pas rempli.** En effet et historiquement, la direction de la résidence a toujours été confiée par l'APF à une personne bénévole, exerçant des fonctions à mi-temps d'encadrement, d'animation et d'accompagnement, de tenue de la comptabilité et parfois, sans mandat, des mesures de protection à l'égard de certains locataires. Pour des raisons évidentes de financement, il n'a jamais été envisagé de faire porter aux résidents, ne

⁷ Annexe 2 : définition d'une résidence sociale.

disposant que de ressources limitées, des frais d'encadrement et des frais d'accompagnement. Certes, le montage avec Alliade a permis d'obtenir la rénovation grâce à des financements par des prêts. Mais la DDASS a refusé de financer l'accompagnement social, faute de crédit. Cet encadrement insuffisant a été de nombreuses fois évoqué par la direction générale de l'APF, notamment pour des raisons liées à la sécurité. **La question de l'accompagnement des personnes, contrepartie de l'APF à la rénovation de l'ancien foyer restait donc entière.**

Le SESVAD ayant entrepris de diversifier son offre de services par l'accompagnement à l'apprentissage de la vie autonome à domicile sur des appartements regroupés, la direction générale de l'APF a décidé de confier au service la direction de l'ancien foyer dès 2008.

Le SESVAD satisfait à une demande de l'APF en sécurisant le bâtiment, et **obtient du Conseil Général le financement nécessaire à l'accompagnement renforcé de dix places SAVS sur les appartements regroupés**. Ainsi, l'APF répond à son engagement initial d'accompagnement social.

1.2. De la résidence sociale vers l'Habitat service

1.2.1. L'Habitat service

Début 2008, le SESVAD met en place une nouvelle organisation dans la résidence : l'accompagnement au logement durable de personnes en situation de handicap, par l'apprentissage de la vie en autonomie, avec l'appui du SAVS. Sous l'impulsion de la nouvelle équipe, les résidents développent aussi des relations de voisinage dans l'immeuble, comme peuvent le faire tous locataires dans un immeuble de droit commun, en s'apportant de l'entraide, facilitant l'intégration des nouveaux arrivants. Le SESVAD crée donc une formule intermédiaire en associant différents services destinés à l'accompagnement de personnes en situation de handicap moteur et/ou cérébro-lésées.

La résidence sociale rebaptisée « Habitat service » devient donc un lieu de vie intermédiaire, composé de deux types de logements dès 2008 : de logements dits « transitionnels » et de logement dits « à moyen terme ». L'Habitat service se veut **comme une véritable étape entre le collectif et l'individuel** pouvant être aussi désigné sous le terme d'habitat regroupé⁸.

En écrivant ces lignes, l'ambiguïté de notre situation m'apparaît encore plus claire : l'Habitat service entre dans le champ d'application des résidences sociales et ne devrait donc proposer que des solutions temporaires de logement, avec un accompagnement social adapté pour

⁸ P. ROUSSEL et J. SANCHEZ « Habitat regroupé et situation de handicaps » - Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations – Janvier 2008.

chaque résident. Depuis 2008, si nous avons sécurisé les lieux et si nous avons commencé à normaliser la situation, il n'en demeure pas moins que nous sommes hors champ d'application pour plusieurs logements qui restent à ce jour du « moyen terme ». De plus, l'engagement initial de l'APF suite à son rapprochement avec Alliade et suite à l'agrément de la DDASS était bien d'assurer un accompagnement de tous les résidents, et non d'une partie seulement.

Le projet s'articule alors autour de deux idées :

- ♦ Accompagner progressivement les locataires occupant un logement dit « moyen terme » vers d'autres solutions de logement afin de transformer progressivement l'Habitat service en un ensemble de 18 logements transitionnels.
- ♦ Profiter de ces départs progressifs pour diversifier l'offre de services d'accompagnement.

1.2.2. Un regroupement actuel de dix logements transitionnels

Depuis plusieurs années, un mouvement s'est amorcé et a été amplifié par la loi pour l'égalité des droits et des chances de 2005, pour mettre en place tous les moyens qui permettront la vie à domicile de la personne handicapée, ou de tenter l'expérience de vivre seul chez soi. Preuve en est par exemple de l'essor remarquable des services d'aide à la personne que l'Etat encourage fortement, et par la création d'un nombre important d'emplois dans le secteur. La loi rappelle que **la personne handicapée doit être libre dans son choix de vivre à domicile ou en établissement**. Le choix de vie à domicile doit s'accompagner des compensations financières nécessaires, par la PCH⁹ : financement des aides humaines, des aides techniques, visant à adapter le logement pour compenser le handicap et vivre « normalement » chez soi.

Pour toutes ces personnes, le projet de logement durable peut passer par un essai de vie à domicile qui se concrétisera via **un logement transitionnel**. Le terme « transitionnel » n'est pas un hasard : il existe en effet d'autres termes pour qualifier un logement (logement d'urgence, logement temporaire...). J'insiste donc sur ce terme par lequel, il faut donc comprendre l'étape essentielle caractérisée par le passage d'un état à un autre qui dans cette situation se veut progressive. Cette étape suffisamment longue produit l'effet « tremplin » que constitue le passage d'une vie d'un cadre collectif vers une vie à domicile. Ainsi, Yves LACROIX nous explique l'intérêt du logement transitionnel dans le cadre d'un essai de vie à domicile : « *c'est par cette expérience de vie en appartement que les portes ont commencé à s'ouvrir : j'ai pu prendre conscience de mes possibilités et de mes limites, et entrevoir de plus en plus précisément quels seraient mes espaces de vie personnelle, étant donné la réalité de*

⁹Prestation de Compensation du Handicap créée par la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances.

mon handicap »¹⁰. Le projet de transitionnalité vu par LACROIX produit pleinement son effet lorsque la personne à pris conscience de la capacité à vivre, ou à ne pas vivre en autonomie.

L'apprentissage de la vie autonome dans un logement transitionnel n'est possible que par l'apport d'un étayage le plus complet, en associant différents acteurs, pour tester une expérience de vie en appartement. Les formes d'intervention sont en général les suivantes :

- ♦ **Un accompagnement à la vie sociale** : vivre en autonomie peut s'avérer être compliqué, nécessitant l'intervention d'accompagnants sociaux¹¹ pour être aidé dans les démarches administratives, pour rechercher un emploi adapté, pour accéder aux loisirs...
- ♦ **Une aide humaine** : une assistance ou un accompagnement pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne grâce à l'intervention d'auxiliaires de vie.
- ♦ **Une aide technique** : l'adaptation du logement par l'intervention d'ergothérapeutes.
- ♦ **Une aide psychologique** : même si on est acteur de la vie en autonomie, la rupture entre collectif et individuel peut nécessiter un accompagnement psychologique.
- ♦ **Une dispensation de soins** : ces actes sont réalisés par du personnel paramédical.

Le SAVS peut actuellement accompagner dix résidents et coordonne l'ensemble des acteurs autour de chaque personne, la finalité étant de favoriser l'insertion de la personne en situation de handicap vers un mode de vie autonome dans un logement indépendant.

2. Le positionnement de l'APF

L'étude de tout projet de service ou d'établissement doit s'inscrire dans le projet associatif de l'APF et repose sur une autorisation préalable du Conseil d'administration de l'association. C'est en effet le Conseil d'administration qui se détermine quant à l'opportunité d'un projet, en lien avec les axes de l'association, la charte¹² et le projet associatif en cours. Je propose donc une présentation générale de l'APF puis les éléments fondamentaux du projet associatif en cours, et enfin l'ancrage des valeurs du service à notre projet associatif.

2.1. Présentation de l'Association des Paralysés de France

L'APF est une association nationale loi 1901, qui a été créée en 1933 par la volonté de quatre jeunes gens atteints par la poliomyélite et révoltés contre l'exclusion dont ils étaient victimes. Cette association a été reconnue d'utilité publique par décret en 1945. L'APF est dirigée par un Conseil d'administration (CA) dont les membres sont élus par les adhérents. Le Siège

¹⁰ Y. LACROIX conquérir sa liberté, dans le livre de GARDOUC. « Naître ou devenir handicapé », Erès, P.153.

¹¹ L'accompagnement social est réalisé par des professionnels du travail social.

¹² Annexe 3 : charte de l'APF.

national de l'APF (situé à Paris) regroupe les services de la direction générale qui sont chargés de faire appliquer les décisions du CA¹³.

Au niveau départemental, l'APF est représentée par le Conseil départemental : l'importance de l'association ne permet pas au CA d'assurer les fonctions habituelles, de suivre tous les projets dans chaque département. L'une des missions essentielles du Conseil départemental confiée par le CA est de débattre de l'opportunité de tel projet de service ou d'établissement, de donner un avis et de remonter cet avis au CA. Un membre du Conseil départemental siège dans le Conseil de la Vie Sociale (CVS) de chaque établissement ou service.

La particularité de l'APF est de combiner la défense des personnes en situation de handicap (avec une représentation variée du handicap), et la gestion de services et d'établissements.

♦ **Un mouvement revendicatif reconnu au niveau le plus élevé de l'Etat français**, qui a permis des avancées très fortes, notamment en terme de droit en faveur des personnes handicapées¹⁴. L'APF regroupe 27.890 adhérents et 25.000 bénévoles et près de 600.000 donateurs¹⁵. L'APF milite pour une participation pleine et entière des personnes handicapées, et leur famille dans la société. Les revendications sont portées à la fois devant les différents échelons de l'Etat et au niveau de l'Union Européenne par l'intermédiaire du Forum Européen des personnes handicapées. Dans sa charte, l'APF précise le fondement de ses valeurs en prônant une intégration de la personne handicapée au même niveau que celui de la personne valide, en réduisant les inégalités et toute forme de discrimination liée au handicap. Affirmer l'égalité des chances est l'un des combats de l'APF depuis sa création : **la personne doit pouvoir exprimer ses besoins, connaître et faire valoir ses droits spécifiques et obtenir une réponse individualisée à sa situation.**

♦ **Une association de gestion d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS)**, qui a connu un formidable essor au fil des années en se saisissant d'offres non satisfaites par l'Etat. L'APF emploie plus de 12.600 salariés, dans les 97 délégations départementales, 109 services ou établissements médico-éducatifs pour enfants et adolescents, 226 services ou établissements d'accompagnement pour adultes et 29 structures de travail adapté. Chaque structure répond à un service, mais ne se limite pas à être un service décentralisé de l'Etat ou d'une collectivité : chaque service ou établissement de l'APF se doit de promouvoir les valeurs associatives portées par le mouvement et de défendre le libre choix du mode de vie (que la personne souhaite vivre en établissement, ou être accompagnée par un service d'aide à domicile). Les salariés de l'association ont la liberté d'adhérer au mouvement associatif, et peuvent se faire élire par les adhérents aux Conseils Départementaux de l'association.

¹³ Annexe 4 : schéma récapitulant l'organisation de l'APF.

¹⁴ Avancées significatives dans la loi de 2005 obtenues grâce au mouvement associatif.

¹⁵ Rapport d'activité 2008 du Siège pour l'ensemble de l'APF. En août 2010, le RA 2009 n'est pas publié.

2.2. Le projet associatif de l'APF

Le dernier congrès de l'APF qui s'est tenu à Lyon-Eurexpo en 2006 a défini le projet associatif 2006-2011 « Acteur et citoyen ! ». Le projet associatif qui se fonde sur les valeurs de l'APF, est voté par les adhérents et rythme la vie du mouvement pour cinq ans :

- ♦ **En fixant les orientations politiques de l'association** : lutter contre les discriminations¹⁶, défendre les droits de la personne handicapée, adapter les services de l'association aux projets des personnes tout en affirmant la place des familles et de l'entourage sont les quatre orientations majeures définissant le projet « Acteur et citoyen ! »
- ♦ **En lui donnant les moyens de remplir sa mission** : par le renfort du lien entre tous les acteurs de l'association (salariés, adhérents, bénévoles, usagers) prenant appui sur une démarche participative (en développant les débats entre les différents acteurs et en garantissant l'articulation des instances démocratiques de l'association) par le développement de la communication externe (en occupant davantage l'espace médiatique auquel l'APF peut prétendre au regard de sa dimension et de la diversité de ses activités) sont les trois moyens d'actions retenus dans le projet « Acteur et citoyen ! »

Tout nouveau projet de service, ou extension d'un projet existant doit trouver son fondement dans le projet associatif de l'APF. Chaque projet doit être validé par le CA. Les directeurs et les cadres d'établissement ou de service doivent veiller à ce que les projets d'établissement ou de service évoluent en restant conformes au projet associatif.

2.3. Le SESVAD du Rhône : des valeurs ancrées dans le projet associatif

L'une des valeurs principales de notre mouvement est de promouvoir le **libre choix du mode de vie** afin que chaque personne puisse choisir et vivre son projet de vie. A partir des souhaits identifiés des personnes, un diagnostic est établi et est rapproché de l'offre de services existants sur le département. La région lyonnaise constitue un territoire significatif grâce à la présence de plusieurs structures APF (Foyers de Vie, Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer d'hébergement et le SESVAD).

Depuis son autorisation d'ouverture en juin 2005, le SESVAD permet de répondre aux besoins des personnes handicapées qui expriment leur préférence pour une vie à domicile dans leur bassin de vie, ou près de leur entourage. Le SESVAD se veut comme **une véritable plateforme de services pour personnes adultes en situation de handicap souhaitant vivre à domicile**. Nous adaptons donc au mieux le projet de service au parcours de vie des

¹⁶ Un sondage IFOP réalisé pour l'APF en 2005 montre que le handicap est l'une des principales causes de discrimination en France.

personnes les plus vulnérables. Ces orientations fortes sont associées aux valeurs humaines qui se traduisent dans le projet associatif « Acteur et citoyen ! ».

3. Le positionnement du projet au regard du cadre réglementaire

Je vais maintenant présenter l'ensemble des textes qui s'appliquent actuellement au SESVAD. Le SESVAD regroupe un SAVS, un SAMSAH un Habitat service et, depuis décembre 2009, une Garde Itinérante de Nuit (GIN)¹⁷ : la GIN assure une continuité des soins de nuit pour les personnes dont le maintien à domicile serait remis en question sans son intervention.

Des dispositions sont communes aux différents services. En revanche, nous verrons que le cadre réglementaire propose des dispositions applicables plus particulièrement au SAMSAH et à la GIN, tous deux offrant des prestations médicales et de soins.

3.1. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Le SESVAD s'est construit et est reconnu comme structure médico-sociale découlant de la loi du 2 janvier 2002. Il y a une forte volonté de donner aux personnes accueillies leur pleine citoyenneté : être accompagné ne doit en effet pas conduire à une réduction des droits. Chaque usager étant au cœur du dispositif d'accompagnement, nous veillons à l'application de tous les droits que la loi leur confère¹⁸. Les représentants des usagers élus au CVS sont chargés de donner leur avis ou de faire des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement du service, la difficulté étant pour les élus d'être suffisamment actifs compte tenu parfois de leur handicap. A noter néanmoins que nous avons eu la satisfaction de recueillir 11 candidatures au CVS (le service accompagnant globalement 70 usagers) pour les élections du printemps 2010. Le CVS se réunit chaque trimestre, avec un représentant des salariés, et la direction. Parmi ses actions :

- ♦ Les élus ont par deux reprises depuis 2005 cherché à mieux connaître les problèmes et suggestions des usagers grâce à l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction.
- ♦ Des journées festives sont organisées deux fois l'an avec la participation active des salariés : l'objectif est de réunir les usagers et de créer ainsi des temps d'échange.

3.2. La loi n°2005-102 du 11 février 2005

Le SESVAD répond actuellement au cadre réglementaire s'appliquant au SAVS et au SAMSAH. Le décret fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et

¹⁷ Annexe 5 : organisation du dispositif SESVAD

¹⁸ Tous les outils mis en œuvre par la loi et applicables au service l'ont été dès l'ouverture du service en 2005. Seul le projet de service doit faire l'objet d'une réécriture compte tenu des derniers agréments obtenus.

des SAMSAH est le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005¹⁹ paru au journal officiel du 13 mars 2005 qui fait suite à la loi n°2005-102 sur l'égalité des droits et des chances.

Les premiers SAVS ont été créés à l'initiative de directeurs d'établissements ou administrateurs d'associations accueillant des personnes handicapées mentales. Après avoir connu un rapide essor, ils se sont diversifiés et ont touché les différentes formes de handicap (handicap sensoriel, handicap moteur...). Le nouveau décret 2005-223, définit enfin ces services dépourvus jusqu'alors de cadre réglementaire, détermine les publics pouvant être accompagnés et enfin précise le type de prestations qui doivent être apportées.

Le SAMSAH géré par le SESVAD fut le premier SAMSAH ouvert en France, l'arrêté de création signé le 30 mars 2005 conjointement par le Préfet du Rhône et le Président du Conseil général ayant tout juste suivi la parution du décret au journal officiel. Le SAMSAH propose les missions du SAVS, ainsi que des prestations en soins médicaux et paramédicaux.

3.3. Le décret 2009-322 du 20 mars 2009

Ce décret qui s'applique aux services accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) – articles D344-5-1 à D344-5-16 - et prévoit des dispositions supplémentaires pour le SAMSAH, eu égard les caractéristiques de handicap lourd de certaines personnes. Sans remplacer le décret de 2005, ce nouveau texte apporte des obligations nouvelles au SAMSAH : il s'agit de dispositions renforçant la qualité et la continuité de l'accompagnement, de dispositions relatives au fonctionnement et à l'organisation du service et des caractéristiques du personnel (formation et missions).

3.4. La loi 2002-303 du 4 mars 2002

Le législateur a tenté de répondre aux malades quant à leurs droits, et quant à la qualité du système de santé : toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au respect de sa dignité, au respect de sa vie privée, au secret des informations la concernant. Un élément fort de cette loi et qui s'applique à chaque usager du SESVAD est la possibilité pour chacun **de désigner une personne de confiance** qui sera consultée dès lors que l'usager sera dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Toute personne peut avoir désormais un accès direct à son dossier médical, sans devoir recourir à l'intermédiaire d'un médecin : cette dernière disposition s'applique naturellement surtout aux usagers du SAMSAH.

¹⁹ Annexe 6 : décrets d'application de la loi de 2005 fixant l'organisation des SAVS et SAMSAH.

3.5. Le décret 2004-613 du 25 juin 2004

La Garde Itinérante de Nuit (GIN) est un nouveau service ouvert fin 2009, financé par la DDASS, et qui est expérimental sur le département du Rhône. Ce service assure de nuit la dispensation de soins sur prescription médicale au domicile des personnes adultes handicapées de moins de 60 ans. Le décret 2004-613 précise les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins fonctionnant sur prescription médicale.

L'ensemble du cadre réglementaire sera applicable au projet d'évolution de l'Habitat service. Le SESVAD se verra appliquer tout ou partie de ce cadre pour chacun des usagers ayant fait le choix d'un retour à domicile, quel que soit le type d'accompagnement apporté.

L'hypothèse que j'ai formulée en introduction propose une ouverture pérenne des portes de l'Habitat service à toute personne accompagnée par le SESVAD. **Le projet de diversification de l'offre de services d'accompagnement sur du logement transitionnel à l'Habitat service devrait donc permettre de s'adresser à des usagers du SAMSAH.**

Je propose donc de prendre un temps de réflexion sur cet accompagnement spécifique. Après avoir rappelé l'évolution récente du regard sur la personne très dépendante, j'évoquerai la question de son accompagnement vers un logement durable.

4. L'accompagnement de la personne très dépendante vers un logement

4.1. Une évolution du regard

C'est un fait, la personne orientée sur le SAMSAH a un niveau élevé de dépendance²⁰. L'accompagnement d'une personne très dépendante qui désire vivre autonome dans un appartement peut apparaître comme utopique : en effet, durant des décennies, l'image de la personne handicapée n'a été autre que celle d'une personne condamnée à vivre en institution. C'est la « *culture de l'assistanat* », reprise par Marcel NUSS, qui démontre la difficulté d'imaginer la personne très dépendante pouvant vivre en autonomie, idée hélas parfois reprise même dans des institutions²¹. Suite à une expérience de grande dépendance vécue à l'hôpital, Albert MEMMI dresse différents portraits de la dépendance. Il nous montre qu'être dépendant peut, sous le regard d'autrui, être assimilé à une situation de grande faiblesse : parce que la situation de dépendance nécessite une aide régulière, voire permanente, la personne dépendante se trouverait dans l'impossibilité de vivre ailleurs qu'en institution²².

²⁰ Dans le rapport du CROSMS, la DDASS avait conditionné l'ouverture du SAMSAH à l'accompagnement de personnes très dépendantes. Je préciserais dans le diagnostic les caractéristiques de la dépendance.

²¹ NUSS M. « La présence à l'autre », Dunod, P.6.

²² MEMMI A. « La dépendance », Gallimard P.93.

C'est donc un **changement de regard** important que d'imaginer une personne très handicapée pouvant vivre seule à domicile, et donc « sortir » d'un établissement médico-social, voire du secteur sanitaire. Par la mise en place du dispositif dit « grande dépendance » en 2003 - année européenne des personnes handicapées - puis par le vote de la loi de 2005, le législateur reconnaît officiellement le droit à l'autonomie des personnes très dépendantes en accordant des moyens financiers importants pour compenser le handicap²³. La personne en situation de handicap, et citée de plus en plus depuis 2005 aussi comme la « personne autrement capable », ne nous est plus présentée sous son angle d'infirmité, mais sous l'angle de son individualité. On retrouve par exemple cette perception du handicap dans le milieu théâtral où s'épanouissent nombre de personnes handicapées : Rachel BOULENGER-DUMAS, présidente de l'association Orphée à l'initiative du Festival européen théâtre et handicap à Versailles exprime : « *les personnes en situation de handicap peuvent compenser leurs carences d'une manière étonnante et, grâce à leur perception différente des choses, développent une immense puissance artistique* »²⁴.

Une intéressante approche de l'autonomie chez les personnes en situation de handicap (Enquête Handicap-Santé de 2008)²⁵, dans un contexte faisant suite à la publication de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé de 2001 (CIF), conforte l'idée que les incapacités rencontrées au quotidien sont souvent fonction de l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes. L'étude a porté sur les trois niveaux d'observations du CIF : déficiences, limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités dans la vie quotidienne. Le débat porté à un niveau international dans un premier temps, a été porté à un niveau national dès 2005 avec la loi, puis avec cette enquête de Handicap-Santé : si beaucoup reste à faire en termes de droits, de ressources, de statut des aidants familiaux ou d'accessibilité par exemple²⁶, la loi a eu au moins le mérite de porter de réels débats et de traduire **une évolution du regard sur l'autonomie possible de la personne très dépendante**. Et pourtant, la question de l'autonomie a toujours relevé d'un simple droit... Ainsi Marcel NUSS rapproche-t-il la question de l'autonomie à la question du droit à vivre et à agir comme bon lui semble, concept simple, relevant des Droits de l'Homme. La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen puise notamment sa substance dans le respect de la dignité humaine, tout individu devant bénéficier d'une sphère d'autonomie. Vouloir vivre à domicile va au-delà de rechercher un simple toit : ce peut être un vrai parcours

²³ Néanmoins cela s'est réalisé au détriment des personnes dont la dépendance est plus faible !

²⁴ Le Festival européen théâtre et handicap : du 5 au 15 octobre 2010 au Théâtre Montansier à Versailles : <http://www.orpheefestival.com>.

²⁵ Approche de l'autonomie, Enquête Handicap-Santé 2008, publiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques – Etudes et Résultats n° 718 – Février 2010.

²⁶ La loi de 2005 oblige par exemple notre société d'être totalement accessible en...2015 !

d'insertion du logement, d'insertion sociale, le logement devenant un repaire, et donnant ainsi des repères²⁷. La question de l'autonomie est donc étroitement liée à celle de la citoyenneté, ce qui a exigé notamment de la part de l'APF et de nombreuses grandes associations nationales de mener un combat politique pour expliquer que la personne très dépendante n'est pas condamnée à vivre en institution²⁸.

Néanmoins, la question de l'autonomie de la personne très dépendante ne se décrète pas... et le niveau d'autonomie est étroitement lié à la question de l'accompagnement qui ne s'improvise pas non plus. En effet, je dirai que quitter un établissement médico-social ou du secteur sanitaire pour envisager un retour à domicile, ou tout simplement apprendre à vivre à domicile en autonomie nécessite d'être bien accompagné. Cela passe donc par la mise en place d'un étayage adapté permettant à la personne de juger par elle-même de sa capacité à vivre, ou à ne pas vivre seule en appartement... ce qui suppose donc une bonne évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire, en amont de l'intégration d'un appartement.

4.2. Etre accompagné dans un logement en étant très dépendant²⁹

Accompagner, est issu du terme « compagnon » lui-même ayant pour origine étymologique « com-pane », c'est-à-dire partager le pain. Cet acte se réalise dans un moment particulier de convivialité, dans une relation de proximité. L'accompagnement est donc réalisé dans un moment de partage et d'échange entre un accompagné et son ou ses accompagnant(s) : il se construit dans la durée et la réussite est basée sur une relation de confiance et de partenariat entre les différentes parties. Marcel NUSS citant Maela PAUL rappelle que « *l'accompagnement est un processus qui relie deux personnes de statut inégal avec l'idée de partager quelque chose qui n'appartient ni à l'un, ni à l'autre* », et d'aller donc vers une convergence des statuts. Le statut peut sembler différent de prime abord et l'une des limites est de tomber dans un rapport d'inégalité puisque si le but de l'accompagnement est de partager, l'accompagnant doit aider l'accompagné dans sa demande pour ensuite aider l'accompagné dans son apprentissage.

La demande de l'accompagné peut ne pas être forcément exprimée clairement en amont : **l'accompagnant a pour mission d'identifier clairement et d'aider dans la formulation de la demande, en accompagnant l'accompagné dans l'action, sans « faire à la place de ».** Les propositions de l'accompagnant n'auront donc alors de sens et « d'efficacité » que si elles

²⁷ Conférence « Les SAMSAH du Rhône » : de l'orientation au relai – Salons du Département – 08/06/2010.

²⁸ NUSS M. « La présence à l'autre », Dunod, P.37.

²⁹ Les lignes sont empruntées à différents auteurs :

BARREYRE J.-Y. « Le dictionnaire critique d'Action sociale », Bayard, P.16

NUSS M. « Former à l'accompagnement des personnes handicapées », Dunod, P. 28.

naissent d'une demande exprimée par l'accompagné, aidant à son tour l'accompagnant à progresser chaque jour.

Une des grandes avancées de la loi de 2005 est de proposer une analyse de la demande en fonction de la personne, et non plus en fonction du type de handicap. C'est la formulation de la demande de la personne, quel que soit la nature du handicap, qui est donc à examiner, ce qui implique par ailleurs que l'accompagnement soit adapté à chaque type de demande. Robert CASTEL nous rapporte que « *l'objectif de l'intervention sociale a changé, que la construction de chaque parcours s'est individualisé et nécessite la participation de l'usager* ». Par conséquent, nous sommes passés à un type d'accompagnement qui doit faire preuve de plus en plus d'inventivité, de créativité³⁰.

La demande d'une personne très dépendante qui exprime un désir de gagner en autonomie peut mal dissimuler le risque d'un échec : en effet, passer avec succès le cap d'une vie en collectivité à une vie autonome n'est pas systématique. Louis-Michel RENIER donnant la parole à des personnes qui ont tenté l'expérience³¹ évoque ainsi les risques de solitude (vivre seul, difficultés à rejoindre des lieux où peuvent s'exercer du lien social...), et d'autonomie (par exemple, une longue hospitalisation pouvant se traduire par une perte de capacité de vivre de manière autonome) lorsque la demande a mal été analysée par le service qui coordonne les intervenants.

Le souhait d'une personne très dépendante de gagner en autonomie doit donc s'accompagner de l'offre d'un service qui coordonnera l'ensemble des intervenants après avoir clairement aidé la personne dans la formulation de sa demande.

5. Conclusion de la première partie

Le projet de diversification de l'offre de services à l'Habitat service se fonde sur :

- ♦ Une démarche qui prend appui sur un environnement juridique et réglementaire encadrant le dispositif actuel du SESVAD (SAMSAH, SAVS, Habitat service et GIN).
- ♦ Un ancrage aux valeurs de l'APF ainsi qu'au projet associatif « Acteur et citoyen ! » : la personne peut faire évoluer son projet de vie par l'accès à une large offre de services.
- ♦ Une évolution récente du regard sur la dépendance : par la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances, le législateur accorde des moyens supplémentaires pour accompagner la personne vers la vie autonome.

³⁰ CASTEL R. « La montée des incertitudes », Seuil, P. 242.

³¹ RENIER L.-M. et ROSSIGNOL J. « Les personnes handicapées : des citoyens ! », L'Harmattan, P.30.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DU DIAGNOSTIC

Je viens de montrer que le projet pourra prendre corps dans un contexte qui lui confère une pleine légitimité. Je propose maintenant de procéder à l'étude-diagnostic de la situation à partir de laquelle le projet a émergé.

Le projet proposerait d'ouvrir les portes de l'Habitat services à davantage de personnes en situation de handicap quel que soit leur niveau de dépendance par :

- ♦ **Une diversification dans l'offre de services d'accompagnement** : je proposerai d'utiliser les différentes formes d'accompagnements sans se limiter au seul accompagnement réalisable à ce jour par le SAVS.
- ♦ **Une extension de places** : l'Habitat service pourrait proposer une capacité de 18 places de logement transitionnels, contre seulement 10 places actuellement.

Thierry PICQ nous rappelle que « l'intelligence du projet »³², c'est s'intéresser à son environnement, aux parties prenantes, aux équipes... Le diagnostic portera sur trois axes.

Je porterai dans un premier temps mon étude sur les ressources internes : d'abord, les ressources humaines en m'intéressant plus particulièrement au personnel éducatif - le cœur de l'accompagnement social -, puis j'évoquerai les forces et les freins internes au projet.

Ensuite, je présenterai l'environnement externe du SESVAD, c'est-à-dire les proches partenaires et le réseau interagissant avec le SESVAD. J'expliquerai comment le SESVAD, intégré dans un système politique constitué de ressources fortes sur le plan réglementaire, a vu son mode de financement profondément modifié.

Enfin, le diagnostic portera sur la population : j'évoquerai le profil, puis la nature du handicap des usagers du SESVAD. C'est dans cette approche que je présenterai les usagers de l'Habitat service, leurs souhaits et leurs attentes.

1. Le système interne

En introduction, j'ai expliqué que la création du SESVAD faisant suite à l'ESVAD s'est inscrite dans une dynamique de création de services sous l'impulsion de la loi de 2005. Cette dynamique n'est pas interrompue : depuis 2008, trois nouveaux projets ont été travaillés³³, et parmi ceux-ci, l'autorisation d'ouverture de la GIN a été obtenue en décembre 2009.

En 2005, il fallait répondre à une demande des personnes en situation de handicap et, permettre à chaque personne le désirant, de rester dans son lieu de vie (création des SAMSAs et SAVS). Ce processus s'est inscrit aussi dans une logique de survie : la disparition de

³² PICQ T. « Manager une équipe projet », Dunod, P.31.

³³ Annexe 1 : historique du SESVAD

l'ESVAD allait entraîner un risque économique pour les salariés. Puis, nous avons donné un cadre à un dispositif existant (résidence sociale devenue Habitat service), en le sécurisant.

A ce jour, si je collabore toujours dans la mise en œuvre de nouveaux projets (projet de SAMSAH spécifique aux étudiants en situation de handicap, projet de Service de Soins Infirmiers à Domicile, projet de diversification de l'offre de services d'accompagnement à l'Habitat service), c'est naturellement pour répondre à des besoins, mais mon sentiment est que cette question de survie qui a été la notre vers 2004-2005 est toujours présente, et a été l'un des éléments-clé fondateurs du SESVAD. La restructuration en cours dans le secteur médico-social vise à réduire significativement le nombre de structures, pour passer de 25.000 entités à 3.000 entités³⁴. Ceci n'est pas étranger à notre volonté de développer le service : je crois que la stratégie de développement du SESVAD présente un double caractère :

- ♦ Un caractère offensif : souhaite de faire évoluer l'offre pour l'adapter à la demande des personnes dans un environnement devenu de plus en plus concurrentiel.
- ♦ Un caractère défensif : nous avons la volonté d'éviter toute forme de restructuration en offrant une plateforme la plus large possible.

1.1. Les ressources humaines³⁵

Le SESVAD, né de la loi de 2005, permet à l'institution « de se rendre chez la personne ». Je crois que par ce travail collectif d'innovation, ce sont tous les professionnels qui donnent ainsi la possibilité aux personnes de choisir leur mode de vie.

1.1.1. L'accompagnant social au SESVAD : des compétences interservices

L'accompagnement à la vie sociale est réalisé par un travailleur social, dénommé « **accompagnant social** ». L'accompagnement que nous avons défini dans le dernier projet de service³⁶ et que j'ai repris dans la première partie, est réalisé par des professionnels dont les fonctions ne sont pas différencierées, mais dont les qualifications peuvent varier : assistant social, éducateur spécialisé ou conseiller en économie sociale et familiale. Chacun réalise le même travail, avec les spécificités propres à sa formation. Cette hétérogénéité des formations favorise le partage des compétences et le soutien réciproque.

Une de nos idées forces est d'avoir rendu possible une **mutualisation des accompagnants sociaux sur les différents services**. Ainsi, chaque membre de l'équipe sociale est en mesure de réaliser son travail au SAVS ou au SAMSAH. Ceci sera un atout majeur dans le cadre du

³⁴ Directions n°60 – Février 2009 - « Relations avec les autorités de tarification » P.20 citant le rapport concluant les travaux de la mission sur les Agences Régionales de Santé déposé le 6 février 2008 par le député Y. BUR.

³⁵ Annexe 7 : schéma d'organisation fonctionnelle du SESVAD.

³⁶ La dernière version du projet de service remonte à 2006. Son actualisation devrait aboutir à une nouvelle version pour fin 2010-début 2011. Le sujet sera abordé dans la troisième partie.

projet. En effet, je montrerai que le niveau de dépendance de la personne handicapée est très élevé au SAMSAH, son accompagnement peut être plus complexe. Mais les travailleurs sociaux ont atteint un niveau d'expertise qui les autorise à accompagner l'ensemble des publics en situation de handicap, que ce soit au SAVS ou au SAMSAH.

Afin de cibler les parcours professionnels de chacun des accompagnants, j'ai extrait des dernières enquêtes sociales³⁷ des données statistiques sur chacun d'entre eux.

L'affectation des salariés, au SAMSAH ou au SAVS, est codifiée dans l'enquête sociale : quasiment tous les accompagnants (cinq personnes sur six) sont déjà intervenus sur les deux services. Afin de ne pas rompre brutalement le suivi de chaque situation, la personne handicapée qui passerait du SAMSAH au SAVS (dans le cas de la disparition d'une dispensation de soins par l'équipe médicale du SAMSAH), ou du SAVS au SAMSAH (dans le cas d'une dépendance accrue qui exigerait des soins par l'équipe médicale du SAMSAH), conservera le même accompagnant pendant plusieurs mois. Ces professionnels ont donc une capacité d'adaptation « interservices », ce qui n'est pas incohérent dans un dispositif qui garde une cohésion d'ensemble. Néanmoins, et dans un souci d'efficience, il est souhaitable que les professionnels ne travaillent pas durablement dans les deux services afin d'éviter de doubler certains temps institutionnels (ex : réunion SAVS ET réunion SAMSAH).

Si on se réfère au tableau des effectifs³⁸, son analyse permet d'apprécier le ratio d'encadrement du personnel socio-éducatif (exprimé en équivalent-temps plein : ETP).

- ♦ Si on exclut les 10 usagers accompagnés par le SAVS à l'Habitat service, le ratio d'encadrement socio-éducatif est d'environ 12 personnes au SAMSAH et 13 personnes au SAVS. Le ratio est très différent pour les 10 usagers accompagnés par le SAVS à l'Habitat service puisque inférieur à 9 usagers pour un ETP : l'accompagnement sur un logement transitionnel nécessite davantage de temps, une adaptation des moyens humains, et la mise en place d'un étayage le plus complet possible.
- ♦ On relève que les usagers accompagnés par le SAVS à l'Habitat service ont des besoins en ergothérapie plus élevés que sur un accompagnement classique³⁹.
- ♦ Le temps d'accompagnement psychologique a été lui aussi adapté. Les usagers accompagnés à l'Habitat service ont en effet davantage besoin de soutien psychologique : le passage d'une vie collective (en foyer par exemple) à la vie à domicile, fut-il transitionnel

³⁷ Annexe 2 : définition de l'enquête sociale.

³⁸ Annexe 8 : tableau des effectifs en équivalent temps plein (ETP) par service.

³⁹ Recherche de stratégie de compensation dans un but d'autonomisation, aide dans l'aménagement de l'habitat, accompagnement dans la vie quotidienne.

avec tout l'étayage que cela comporte, peut générer des peurs, angoisses, nécessitant davantage de rencontres avec la psychologue.

Je mettrai en œuvre les aspects financiers dans la troisième partie, mais je peux d'ores et déjà exprimer ici que **l'accompagnement sur du logement transitionnel (autrement appelé « accompagnement renforcé ») demande des moyens en personnel spécifiques.**

1.1.2. Une équipe sociale fragilisée

En quelques années, j'ai contribué au développement d'une plateforme de services diversifiés qui accompagne des personnes en situation de handicap dans leur projet de vivre à domicile. Ce développement et cette diversification ont pu parfois déstabiliser les équipes : « la boulimie et l'addiction aux projets ! » a été ainsi évoquée vers 2007 par un accompagnant lors d'une réunion de service. Cette réflexion ne m'a pas laissée indifférente : elle est symptomatique d'un mal être des accompagnants sociaux devant l'essor soudain du service. Le changement qui s'est opéré avec la disparition de l'ESVAD et la création du SESVAD s'est manifesté par des résistances, de la part des anciens travailleurs sociaux de l'ESVAD.

- ♦ D'abord, **un deuil dans des pratiques professionnelles** puisque les missions de l'ESVAD exercées de 1998 à 2005 ont été reprises par la MDPH à compter de 2005.
- ♦ Puis, **la définition de nouveaux métiers** (accompagnants sociaux) au sein de nouveaux services nés de la loi de 2005 : au SAMSAH d'abord, puis au SAVS ensuite. Aux nouveaux services et aux nouveaux métiers a été définie une nouvelle organisation du travail (avenants aux contrats de travail, des changements d'horaires, la dénonciation de certains avantages, mais la mise en place d'une nouvelle convention collective...)
- ♦ Enfin, **la confrontation à de nouvelles cultures professionnelles** (personnel médical, infirmiers, aides-soignants...) : ces nouveaux professionnels ne comprenant pas toujours une forme de nostalgie exprimée par les « anciens » lors des réunions.

Ce fut un changement rapide contre lequel l'équipe sociale s'est exprimée de manière négative lors des réunions, les manifestations de rejet de ce changement prenant le pas sur les situations des usagers. P. BERNOUX explique que l'obstacle au changement vient lorsqu'il n'est pas suffisamment expliqué aux salariés⁴⁰.

Ce changement s'est déroulé sous une pression venant de l'environnement (loi de 2005) et a induit un changement à l'interne. Certes, vers 2004-2005 nous avions dû travailler dans l'urgence. Les réunions organisées à l'époque informaient surtout de l'avancée de notre travail et des projets en cours : le temps n'était pas à la recherche d'une appropriation de l'équipe par un nouveau projet ! La disparition de l'ESVAD pouvait conduire à licencier 12

⁴⁰ BERNOUX P. « Sociologie du changement », Seuil, P. 37 et P. 86.

personnes, il fallait aller donc vite. Ce « passage en force » dans la mise en place des projets et ce travail en « solo » de l'équipe de direction ne pouvait que difficilement entraîner l'adhésion de l'équipe. Ces nouveaux projets ont généré de l'incertitude et de l'angoisse pour l'équipe sociale : c'est ce que PICQ décline sous le terme de « déstabilisation⁴¹ ». Mais PICQ nous explique que la déstabilisation se décline aussi sous un angle positif : un nouveau projet est en effet source de mise en mouvement, de développement des compétences... C'est ce qui s'est aussi mis en œuvre au SESVAD par le développement des compétences interservices.

Le changement soudain subi par une partie de l'équipe a fini néanmoins, avec le temps, par se solder par une acceptation du nouveau travail à accomplir. Cette expérience m'a montré que **tout nouveau projet ne pourrait être réalisé que si l'équipe adhère au projet**. Je précise par ailleurs que si les accompagnants sociaux ont pu à plusieurs reprises manifester de la résistance dans la transformation de l'ESVAD au SESVAD, il ne s'est jamais exprimé de rejet des projets, ni de mouvement social : je me souviens notamment des remerciements adressé par un mail de la part d'un accompagnant suite à l'inauguration du SAMSAH en novembre 2005, ce professionnel ayant pourtant témoigné plusieurs mois auparavant d'un comportement pour le moins récalcitrant à cette évolution !

L'insuffisance de communication de la part de la direction a conduit à la création de **la réunion plénière** en 2007, et à regrouper une fois par mois tous les salariés du SESVAD en permettant une information sur l'actualité des services et des projets en cours. Mais un absentéisme récurrent nécessitera une adaptation dans l'organisation de cette réunion.

1.2. La construction d'un dispositif unique au service du maintien à domicile

Le projet de diversification de l'offre de services d'accompagnement à l'Habitat service pourrait aboutir par l'utilisation du SAMSAH comme support d'accompagnement. Compte tenu du niveau de la dépendance du public accompagné par le SAMSAH, je propose de décliner des axes forts du dispositif actuel et qui pourront être un appui à la mise en œuvre du projet d'accompagnement de personnes très dépendantes à l'Habitat service.

1.2.1. L'astreinte

Avec l'ouverture du SAVS en mars 2006, une astreinte administrative 24H/24 a été acceptée par le financeur. Avec le temps, la responsable du SESVAD a voulu que cette astreinte soit élargies à tous les services : aux usagers du SAMSAH, mais aussi aux résidents de l'Habitat service (y compris aux résidents non accompagnés par un service), et enfin aux usagers de la GIN. J'ai pu constater plusieurs fois que cette astreinte a permis de sécuriser l'Habitat service

⁴¹ PICQ T. « Manager une équipe projet », Dunod, P. 183.

sur des jours et heures non ouvrables. En 2009, l'activité de cette astreinte a été intense avec 286 problèmes traités, dont 13% revenant directement à l'Habitat service : problèmes de logistiques (panne d'ascenseur, de chauffage...) ou touchant directement aux usagers (chutes, conflit entre résidents, sollicitation de SOS médecins, voire de la police ou des pompiers...). Sur nos 32 interventions effectuées en 2009, 12 ont concerné l'Habitat service⁴². Cette astreinte, assurée à tour de rôle par la directrice et moi-même, a donc pour premier objectif de répondre aux demandes des usagers pouvant appeler en cas de difficultés importantes et permet ainsi une organisation au plus près des besoins des personnes. Mais l'astreinte peut aussi être utilisée par le personnel soignant (en activité les week-ends et jours fériés) en cas de difficultés importantes (absences, urgences, problèmes de transport...). De manière générale, les accompagnants sociaux nous réfèrent régulièrement l'utilité de cette astreinte en nous demandant de porter une vigilance particulière à telle ou telle situation.

1.2.2. La garde itinérante de nuit

La dispensation des soins est assurée par le SAMSAH chaque jour de 7H00 à 22H00. Le problème de la nuit et des situations d'urgence était, depuis l'ouverture du SAMSAH, une angoisse pour plusieurs usagers du SAMSAH, mais aussi pour certains usagers du SAVS. Par ailleurs, les deux cadres d'astreinte non compétents sur le champ du soin ont pu, à plusieurs reprises, se trouver en difficulté dans le cadre de leur mission. En décembre 2009, nous avons obtenu le financement pour un nouveau service de soins très innovant sur le département du Rhône pour les personnes en situation de handicap : la garde itinérante de nuit (GIN). Les usagers doivent s'abonner au service sur prescription médicale⁴³, et des interventions d'aides soignants sont alors réalisées de manière programmée (par exemple, un passage quotidien à minuit), ou à la demande (besoin d'un retournement, d'une aspiration endo-trachéale...). Les résidents de l'Habitat service peuvent donc bénéficier de la GIN. Nous sommes au démarrage de ce nouveau service, dont le bureau est installé dans des locaux contigus à l'Habitat service. Parmi les usagers de la GIN, je relève en août 2010 quatre résidents de l'Habitat service, neuf usagers du SAMSAH, mais aussi un usager du SAVS (en locatif de droit commun).

1.2.3. Vers un regroupement des sites du SESVAD

Le SESVAD gère début 2010 un regroupement de quatre services à Villeurbanne, répartis sur trois sites géographiques (SAMSAH, SAVS, GIN et Habitat service). Devant cette dispersion géographique, l'une des difficultés interne au service, malgré la mise en place progressive

⁴² Rapport de l'activité 2009 de l'astreinte des cadres de direction.

⁴³ Une possibilité de prise en charge du coût de l'abonnement pour les personnes ayant de très faibles ressources est en cours d'étude.

d'un réseau informatique performant, est d'assurer une circulation continue de l'information entre les différents professionnels. C'est la raison pour laquelle les financeurs nous ont soutenus dans un regroupement des services sur un seul site dans des locaux proche de l'Habitat service ; ceci permettra de sécuriser davantage l'Habitat service par une présence humaine quasi permanente tout en réalisant des économies d'échelle.

Conclusion du système interne : le SESVAD en proposant une offre de services diversifiés, peut aujourd'hui **assurer une présence continue de professionnels 24H/24 auprès de personnes handicapées vivant à domicile**. J'ai montré que l'histoire du service a pu fragiliser l'équipe des accompagnants sociaux. Mais la compétence interservices de ces accompagnants peut autoriser à une certaine fluidité des parcours des usagers entre les différents services encouragée par le schéma départemental⁴⁴. Un déménagement visant à regrouper les différents services sur un seul site sera réalisé fin 2010.

3. Le système externe : l'environnement

2.1. L'environnement institutionnel

Le projet s'inscrit dans une offre de services déjà existant. Je propose un repérage de cette offre en me limitant à la région lyonnaise, en ciblant les services avec lesquels le SESVAD collabore activement depuis son ouverture.

2.1.1. Le réseau APF

La région lyonnaise propose une offre de services diversifiés, gérés par l'APF, et destinés aux personnes adultes en situation de handicap moteur : un Foyer de Vie et un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) à Gerland, un Foyer d'hébergement au sud de Lyon, le Service Spécialisé pour une Vie Autonome à Domicile à Villeurbanne. Enfin, le CA de l'APF ayant vers l'an 2000 accepté la gestion d'un nouvel établissement accueillant des personnes adultes traumatisées crâniens, un centre a vu le jour début 2001 dans l'ouest lyonnais.

Depuis le vote de la loi de 2005 pour l'égalité des chances qui a favorisé le libre choix de la personne sur son mode de vie, des mouvements se sont opérés entre les structures de l'APF. Ainsi, certaines personnes en situation de handicap moteur résidant en foyer ont pu faire évoluer leur projet de vie en émettant le souhait de vivre à domicile. Inversement des personnes accompagnées par le SESVAD ont pu intégrer un établissement.

⁴⁴ Le nouveau schéma départemental : voir P.26

On peut repérer une cohérence au niveau APF : accompagner un usager du FAM sur du logement est possible par le SAMSAH si l'usager émet le souhait d'un retour à domicile.

2.1.2. Le réseau hors APF

De nombreuses institutions sollicitent le SESVAD pour accompagner une personne résidant en collectif et souhaitant intégrer un domicile. Il s'agit notamment de :

- ♦ **L'hôpital Henry Gabrielle**, géré par les Hospices Civils de Lyon, qui est un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle spécialisé dans la pathologie neurologique centrale adulte. Le médecin qui travaille au SESVAD est par ailleurs médecin de rééducation dans l'un des services de cet hôpital et donne un avis médical sur chaque demande d'accompagnement.
- ♦ **Plusieurs centre médicaux** compétents dans la rééducation fonctionnelle
- ♦ **La Fondation Richard** accueille de jeunes adultes et enfants atteints de déficiences motrices. Les services de la Fondation accompagnent ces jeunes à se développer et à accéder à la plus grande autonomie possible. Nous avons signé une convention avec la Fondation pour donner la possibilité à des jeunes d'effectuer un essai de vie en autonomie à l'Habitat service.
- ♦ **Les Maisons du Rhône** : le Conseil Général du Rhône décentralise sur chaque canton une représentation du département. Ainsi, dans un souci de proximité, un guichet unique permet à chaque personne de trouver près de chez elle un professionnel (travailleur social) qui peut orienter vers notre service en fonction de la demande exprimée.
- ♦ **Quatre SAMSAH** (gérés par quatre associations différentes, dont le SAMSAH de l'APF) sont identifiés sur le Rhône. Les zones d'intervention et les publics accompagnés peuvent différer entre les SAMSAH. Mais dans une démarche de fluidité des parcours, certaines personnes accompagnées par le SAMSAH de l'APF à un temps donné, peuvent être accompagnées par un autre SAMSAH (dans le cas d'un déménagement par exemple). Afin de mieux se connaître, les quatre responsables ont décidé de constituer un groupe de travail dit « inter-SAMSAH » dès 2009. J'ai intégré ce groupe dès sa constitution, et nous nous réunissons environ six fois par an.

2.1.3. Les partenaires

Si le SESVAD propose une palette de services pour accompagner le retour, ou le maintien, de l'usager à domicile, il ne peut le faire que par la complémentarité de services extérieurs.

Au regard du projet d'évolution de l'Habitat service, je désignerai les partenaires suivants :

- ♦ La vie autonome à domicile est en général conditionnée à l'intervention de **services d'auxiliaire de vie**. L'usager peut avoir fait le choix de son service avant d'avoir intégré le

domicile. Dans le cas inverse, l'accompagnant social peut lui proposer l'intervention de l'un des sept services avec lesquels nous collaborons depuis quelques années.

- ♦ Les soins sont assurés par nos salariés soignants, mais nous sommes amenés à recourir à notre réseau de **professionnels libéraux** (une trentaine d'infirmiers, des kinésithérapeutes...) si une prescription particulière est établie.

L'accompagnement repose sur le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA), et prend forme en fonction des objectifs de vie de l'usager. Le PPA peut prendre des aspects très différents et reposer sur l'intervention de services compétents. Entre autres partenaires, je citerai les trois exemples suivants qui contribuent à l'accompagnement à la vie sociale :

- ♦ **La Délégation du Rhône de l'APF** propose des activités de loisirs adaptées.
- ♦ **L'association « Culture pour tous »** propose un accès à l'art et à la culture pour les personnes qui en sont le plus exclues. Une convention conclue entre le SESVAD et l'association prévoit une mise à disposition de places gratuites pour certains usagers.
- ♦ Pour les usagers en logement transitionnel, la recherche du logement futur est prise très en amont, via un atelier de recherche de logement animé par des accompagnants sociaux. Le SESVAD est en lien permanent avec **les bailleurs sociaux** (OPAC du Rhône, OPAC du Grand Lyon), **l'Association Collective d'Aide au Logement** (ACAL), et les accompagnants sociaux intègrent les commissions d'attribution de logements afin d'appuyer le dossier de l'accompagné. La Délégation du Rhône de l'APF est par ailleurs un vecteur important de diffusion d'offre de logements accessibles aux personnes en situation de handicap.

2.1.4. Les freins à l'environnement institutionnel

J'ai expliqué que la réussite du projet de transitionnalité tient à la prise de conscience de la possibilité, ou de l'impossibilité de vivre durablement dans un logement.

- ♦ Si le projet de logement durable s'avère envisageable, **le coût du logement** peut gêner des personnes dont les ressources sont limitées, souvent inférieures au seuil de pauvreté (selon l'INSEE, le seuil de pauvreté était fixé à 908 € en 2007, chiffre publié en juillet 2009⁴⁵).
- ♦ **L'offre de logements sociaux** reste un frein aux débouchés du logement transitionnel. A titre indicatif, sur l'année 2007, 2000 logements sociaux ont été construits sur l'agglomération lyonnaise (tous bailleurs confondus) alors que 57.000 demandes ont été enregistrées⁴⁶.
- ♦ **L'accessibilité du logement** peut être une difficulté d'accès à l'autonomie. Certes, la loi de 2005 a permis une amélioration dans l'accessibilité des logements par la mise en œuvre de

⁴⁵ INSEE enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007.

⁴⁶ Texte du Schéma départemental du Rhône 2009-2013, P.37.

quotas de logements adaptés dans les nouveaux programmes de constructions, et notamment dans les logements sociaux⁴⁷. De même, la loi a permis, par la mise en place de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), d'accorder des moyens financiers aux personnes pour rendre leur logement adapté au handicap, ou faire évoluer l'adaptabilité en cas de maladie et invalidante.

2.2. L'environnement politique et financier

Grâce à la loi de 2005, la personne, quel que soit son handicap, doit pouvoir vivre à domicile si elle le souhaite. Le Schéma Départemental identifie les priorités pour les années à venir. Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC)⁴⁸ fixe les priorités de financement par la DDASS des créations, extensions et transformations des services et établissements à échéance de trois années, et fait l'objet d'une actualisation régulière (dernier PRIAC depuis la création de l'ARS en 2010).

2.2.1. Le Schéma Départemental 2009-2013⁴⁹

J'ai consulté le schéma départemental du Rhône⁵⁰ pour en connaître les grandes orientations. La consultation est rendue indispensable afin de déterminer l'opportunité d'un projet. L'APF est un acteur incontournable au niveau départemental, la direction du SESVAD ayant investi le comité chargé du suivi de la mise en œuvre du schéma. Le schéma départemental en cours s'inscrit pour la période 2009-2013 et a été voté le 18 Décembre 2009.

Le précédent schéma personnes adultes handicapés (2004-2008) s'est attaché à favoriser l'insertion sociale et l'intégration dans la cité. Le nouveau schéma prend acte de la volonté des personnes en situation de handicap de rester le plus longtemps à domicile, et incite les différents acteurs à analyser les besoins de la personne en partant de son environnement. C'est ainsi que le schéma met la personne au centre de l'action, se traduisant par la prise en compte de l'environnement dans son ensemble (en passant par un logement adapté, favoriser le lien social par l'intégration dans la cité, rompre l'isolement).

Le schéma revoit la notion de dépendance qui est envisagée sous un angle positif dans lequel on valorise les ressources individuelles. Sans exclure les spécificités de chaque population (personnes âgées, personnes handicapées), le schéma adopte une nouvelle approche dite convergente, c'est-à-dire qu'il propose de sortir des politiques sectorielles pour mieux prendre

⁴⁷ Les programmes de construction des bailleurs sociaux doivent intégrer 10% de logements accessibles.

⁴⁸ Le PRIAC mis en place par la loi de 2005 programme l'évolution de l'offre à partir des besoins émergents des personnes âgées et handicapées. C'est un dispositif sur lequel s'appuie la CNSA, qui a pour compétence de fixer les dotations départementales et régionales votées par le parlement.

⁴⁹ Annexe 2 : définition et cadre réglementaire du Schéma départemental.

⁵⁰ <http://schemas.erasme.org> : site du Schéma départemental du Rhône.

en compte la perte d'autonomie, qu'elle qu'en soit l'origine et l'âge. A terme, il s'agira d'envisager de sortir des dispositifs basés sur l'âge en proposant une évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie. Les grandes orientations du schéma mettent clairement l'accent vers des structures plus souples et des services travaillant toujours plus sur l'autonomie.

En lien avec le projet, je voudrai citer les axes suivants du schéma⁵¹ :

- ♦ Le schéma 2009-2013 insiste sur la notion de souplesse, et d'**améliorer la fluidité entre les structures** : ainsi, le schéma encourage à rechercher les modalités de passage d'une structure à une autre et de développer les liens entre les structures (ex : **stages**).
- ♦ Pour les personnes handicapées aspirant à une plus grande autonomie, et souhaitant évoluer librement entre établissement et domicile, il s'agira de proposer une offre diversifiée de services d'accompagnement dans des formes d'hébergement innovantes (collectif, semi-collectif...) et de **développer des solutions intermédiaires entre l'établissement et le domicile** : SAVS ou SAMSAH avec logement proposé. A noter que dans le plan 2008-2012, le PRIAC propose la création de 25 places de SAMSAH en 2011, et de 15 places pour 2012⁵².
- ♦ **Pouvoir répondre à l'urgence** en cas de décès de l'aideant de la personne ayant besoin de soins : actuellement, l'hôpital répond trop partiellement et par défaut à ce type de situation (par manque de places en établissement). Il s'agit donc d'organiser un accueil structuré dans le secteur médico-social pouvant traiter des situations d'urgence.
- ♦ **Mise en œuvre de moyens autorisant le maintien à domicile** : satisfaire à tous les besoins de jour et de nuit, apporter un accompagnement de qualité avec un savoir-être et un savoir faire spécifiques, utilisation de nouvelles technologies apportant un appui au maintien à domicile.

2.2.2. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)⁵³

2.2.2.1. Les modalités du CPOM

Les services et établissements sont incités à s'engager dans des procédures de regroupement et de contractualisation avec le financeur. Les quatre établissements et services de l'APF ont décidé de se regrouper et de mettre sur la table l'ensemble des moyens alloués par le Département, et les objectifs fixés pour la période 2009-2011. Le 25 mai 2009, l'APF a donc signé un CPOM avec le Conseil Général pour une période triennale. Le directeur d'un établissement est devenu l'interlocuteur du Conseil Général et représente ainsi tous les autres

⁵¹ Schéma départemental du Rhône 2009-2013, pages 132 à 134, pages 179 à 181 et fiche 3-7 « développer une politique territoriale innovante pour les PH entre le domicile et l'établissement ».

⁵² Programmation 2008-2012: http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/handicap/acrobot/priac2008/2008_2012.pdf

⁵³ Annexe 2 : définition et cadre réglementaire du CPOM.

directeurs. L'accord rappelle les objectifs de l'association énoncés dans la charte de l'APF, la garantie des droits des usagers, les objectifs spécifiques que sont notamment la logique de service autour des usagers dans une démarche décloisonnée en lien avec le Schéma départemental dont j'ai décliné les grandes orientations, et l'évaluation de ces objectifs.

2.2.2.2. Les freins du CPOM

L'accord comprend les projets de créations ou d'extension qui seront financés sur la période triennale. Il appartient donc à l'association de prioriser les actions et d'envisager de financer des mesures nouvelles sur les excédents éventuels dégagés par l'association sur la période. Le projet de diversification de l'offre de services d'accompagnement à l'Habitat service n'a pas été intégré dans le CPOM 2009-2011. Etant légitimé pour la mise en œuvre du projet, je serai investi d'une mission de présentation budgétaire au représentant de l'APF chargé du suivi du CPOM ; ce dernier pourra consulter ses collègues sur l'opportunité du financement à la condition de dégager les moyens financiers permettant sa mise en œuvre.

Conclusion de l'environnement : j'ai montré que le projet s'inscrit dans une cohérence d'ensemble sur le plan environnemental. Il sera un maillon de la chaîne dans le parcours de toute personne qui souhaite évoluer librement d'un établissement vers un domicile. Ainsi en effet, pour les personnes très dépendantes, le Schéma départemental en cours insiste sur des solutions intermédiaires entre établissement et logement définitif qui sont à trouver : l'exemple de l'accompagnement par un SAMSAD avec un logement proposé serait donc une possibilité. Certes, la signature d'un CPOM entre l'APF et le Conseil Général pourrait être un frein, mais l'inscription de places de SAMSAD au PRIAC est aussi une force du projet.

3. Le système externe : la population

Le SESVAD exerce une mission d'accompagnement en direction de publics adultes en situation de handicap moteur et/ou cérébro-lésés souhaitant vivre à domicile. Le projet de service du SESVAD s'inscrit à la fois dans le projet associatif de l'APF, et dans l'esprit de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances.

3.1. Les usagers du SESVAD : profil et type de handicap

Le SESVAD accompagne des publics au niveau de dépendance varié, selon que ces publics sont accompagnés par le SAMSAD ou le SAVS. Un niveau de la dépendance élevé caractérise le public du SAMSAD.

Afin d'analyser le profil et le type de handicap des personnes qui sont accompagnées par le SESVAD, j'ai utilisé d'une part un recueil de données informatiques qui sert aussi de support pour l'élaboration du rapport d'activité annuel ; d'autre part, afin de diagnostiquer le niveau de dépendance des usagers du SAMS AH, j'ai élaboré en lien avec l'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute du service un tableau dit « de dépendance », véritable tableau de bord support du rapport budgétaire que je prépare chaque année pour la directrice.

La solitude est l'un des points communs des personnes accompagnées : souvent en situation d'isolement (après une rupture familiale, ou parce qu'elles n'ont jamais vécu en couple), les personnes sont souvent en retrait de toute forme de vie sociale.

♦ Le SAVS accompagne 50 personnes adultes âgées de 18 à 60 ans, dont la déficience motrice est prédominante⁵⁴. La population est majoritairement masculine et vit seule. De nombreux usagers du SAVS ont été victime d'une lésion cérébrale (traumatisme crânien). C'est une population qui ne bénéficie pas de mesure de protection judiciaire pour deux-tiers d'entre eux. Enfin, les dix places de logement transitionnel de l'Habitat service ne sont théoriquement ouvertes qu'aux usagers du SAVS.

♦ Le SAMS AH accompagne 20 personnes adultes au profil sociologique similaire au public du SAVS, mais en moyenne un peu plus âgées. Le tableau de la dépendance⁵⁵ met en évidence les différentes pathologies et/ou types de handicap qui sont associés à ces personnes. Le SAMS AH accompagne ainsi 7 situations de maladie évolutive : le niveau de la dépendance de ces personnes évolue s'agissant des personnes atteintes de sclérose en plaque.

L'étude permet un **repérage important des besoins d'aides humaines au quotidien pour la compensation du handicap** : ceci illustre de manière significative le niveau de la dépendance. Ainsi, un nombre d'heures d'aide humaine quotidien conséquent (supérieur à 6 heures) est requis dans la plupart des situations ; la présence d'une auxiliaire de vie est nécessaire plus de 14 heures par jour dans 7 situations, dont deux situations nécessitant une présence 24H/24.

Enfin, et compte tenu du descriptif ci-dessus, on repère un important besoin en soins (aides soignants, infirmiers, kinésithérapeutes). Depuis janvier 2010, 9 usagers du SAMS AH bénéficient des prestations de la GIN afin d'assurer une continuité des soins la nuit.

Pour chacun des usagers, on identifie un accompagnement spécifique : le repérage des attentes lors de l'élaboration du PPA fait ressortir que le public a globalement besoin d'un

⁵⁴ La limite d'âge de 60 ans n'est pas infranchissable. L'origine du handicap est le critère analysé en priorité : par exemple, une personne de 68 ans devenue tétraplégique suite à un accident de vélo pourra bénéficier d'un accompagnement par le SESVAD.

⁵⁵ Annexe 9 : le tableau de la dépendance des usagers du SAMS AH.

accompagnement en matière administrative (comment gérer son budget, aider à repérer tel interlocuteur sur un territoire...), en matière d'expression (accompagner la personne à s'exprimer sur tel sujet), en matière culturelle (favoriser les sorties seul ou en groupe à moindre coût) en matière de logement (pour les personnes résidant en logement transitionnel).

3.2. Les résidents de l'Habitat service

Depuis avril 2008, on peut considérer deux sous-groupes de résidents : des résidents en logement transitionnel en apprentissage, et des résidents en location « à moyen terme ».

3.2.1. Les usagers en logement transitionnel

Ces usagers sont locataires d'un appartement dans le cadre d'un apprentissage à la vie autonome à domicile, et bénéficient pour cela de l'appui du service d'accompagnement. Les personnes sont placées dans des conditions très proches des personnes handicapées vivant en appartement indépendant et font l'expérience de la vie en autonomie. Par cette expérience, et grâce à l'accompagnement dont elles bénéficient, les personnes prennent conscience de leurs possibilités, et de leurs limites sur une durée qui peut varier de quelques mois à dix-huit mois. Afin d'avoir une lecture précise des personnes qui sont en logement transitionnel à l'Habitat service, je me suis rapproché des accompagnants sociaux référents afin d'établir une grille de parcours des usagers en logement transitionnel. Cette grille de parcours⁵⁶ récapitule :

- ♦ L'origine de la demande pour chacun des usagers
- ♦ Le type d'accompagnement sollicité (SAVS ou SAMSAH)
- ♦ Pour les personnes qui sont déjà sorties, j'ai précisé la durée de l'accompagnement en logement transitionnel et le type de projet ayant donné lieu au départ du logement. Pour les personnes qui ne sont pas encore sorties, j'ai indiqué les projets lorsque ceux-ci sont définis.

Après cette phase d'apprentissage et de prise de conscience, les usagers ont des projets assez diversifiés, **mais le logement de droit commun est le débouché le plus souvent rencontré.**

Les deux dernières années de fonctionnement de l'Habitat service montrent que sur les 13 usagers qui ont été orientés sur un logement transitionnel avant 2009, 6 personnes vivent aujourd'hui dans un logement et 2 personnes ont un projet de logement bien avancé. On relève que trois logements sont occupés par des usagers accompagnés par le SAMSAH, et trois accompagnements réalisés par le SAMSAH ont abouti sur une sortie en logement durable.

⁵⁶ Annexe 10 : grille de parcours des usagers accompagnés à l'Habitat service.

La grille informe que trois usagers issus du FAM APF de Saint Martin en Haut sont actuellement en logement transitionnel avec le support du SAVS **ce qui est bien dans l'esprit du Schéma départemental : assurer une fluidité des parcours entre établissements.**

Enfin, trois jeunes ont tenté l'expérience du logement par un stage. L'un de ces jeunes a souhaité poursuivre grâce au SAVS et vit aujourd'hui dans un logement autonome.

Le projet pourra donc s'appuyer sur une expérience menée avec un petit nombre d'usagers. Le SESVAD est en mesure de répondre à différents types d'accompagnements sur du logement transitionnel avec l'appui du SAVS, du SAMSAH, et en ouvrant l'Habitat service à des stages de courte durée pouvant ensuite déboucher sur un accompagnement plus durable. Les aides-soignants de la GIN interviennent en cas de besoin de soins complémentaires la nuit.

Mais le SESVAD ne peut traiter toutes les demandes, **faute de logements transitionnels disponibles.** Le nombre de places limitées (10 sur 18) obligent à un ralentissement dans l'acceptation des demandes lié au turn-over des locataires : depuis avril 2008, la durée moyenne d'accompagnement sur du logement transitionnel est comprise entre dix et douze mois, mais certains parcours sont plus longs.

Fatalement, une liste d'attente a été créée : en juin 2010, nous avons 9 demandes d'accompagnement SAMSAH en attente, dont 7 demandes avec logements transitionnel.

De même, nous avons 11 demandes d'accompagnement SAVS en attente, dont 5 demandes avec logement transitionnel. Le nombre important de studios non transitionnels, est un frein à l'acceptation de nouvelles demandes d'apprentissage à la vie autonome à domicile.

Enfin, nous avons satisfait aux demandes de stage dans un cadre bien particulier : c'est en se saisissant du départ définitif de certains usagers que nous avons réussi à répondre à des demandes de stage. Nous avons pu intégrer trois demandes de stage d'un mois chacune entre départ et arrivée de nouveaux usagers... Ceci suppose une gestion locative « serrée » : saisir l'occasion d'un départ, d'une arrivée et de répondre à une demande de stage entre les deux, ce qui rend la situation insatisfaisante, et donne peu de chances au traitement des demandes. Indirectement, ce recours aux stages permet de répondre au problème de « l'appartement vide » qui nous est posé : un studio sans locataire, ce sont des loyers qui ne sont pas encaissés et une perte que l'association gestionnaire ne peut supporter.

3.2.2. Les résidents à moyen terme

Ces locataires sont issus de l'ancien Foyer d'hébergement et vivent dans la structure depuis des années. Aujourd'hui, ce sont des personnes vieillissantes (moyenne d'âge supérieure à 60

ans) et qui voient donc leur handicap évoluer. Certains de ces locataires ne nous ont pas caché leur angoisse en 2008 : quel allait être leur devenir alors que le mot «transitionnel» était largement répandu ? Il nous a donc fallu rassurer ces personnes sur leur devenir : ceci a pris la forme de réunions que j'ai co-animées avec la directrice (soit ayant un caractère formel, soit prenant un caractère beaucoup plus festif comme la fête des voisins) regroupant l'ensemble des locataires pour expliquer l'évolution de la Résidence sociale vers l'Habitat service. Les accompagnants sociaux ont témoigné de quelques inquiétudes en réunion d'équipe : le temps éducatif dégagé est valable pour dix usagers en logements transitionnels, mais pas pour les autres résidents qui sont pourtant parfois demandeurs d'un accompagnement ponctuel. A titre d'exemple, les services tutélaires prennent appui sur le SESVAD pour l'accompagnement des résidents de l'Habitat service. Or, l'un de ces résidents n'est pas orienté sur l'un des services d'accompagnement ; mais il nous est difficile d'expliquer que nous ne pouvons traiter la demande ! Lors des réunions d'équipe à l'Habitat service, malgré des résistances exprimées par le personnel sur le temps à dégager pour ces accompagnements, nous insistons auprès des professionnels sur l'importance d'aider ces résidents. C'est en accordant un peu de temps à ces personnes que nous pourrons les accompagner vers d'autres projets. Ceci devrait se faire sur une courte durée : une personne est définitivement partie en 2009, et trois projets de départs définitifs sont actuellement en cours.

Conclusion de la population : l'usager du SESVAD a besoin d'un accompagnement spécifique par la mise en place d'un étayage adapté au niveau de sa dépendance et de sa situation de solitude. Cet accompagnement doit être renforcé dans le cadre de l'apprentissage de la vie autonome dans un logement transitionnel. Au travers du diagnostic, j'ai constaté que la demande d'accompagnement sur du logement renforcé s'appuie sur une forte attente (12 demandes en attente pour 10 places occupées) ; mais surtout, ces demandes d'accompagnement ne relèvent plus uniquement du SAVS (projet originel de l'Habitat service) mais aussi du SAMSAH.

4. Conclusion du diagnostic

Le projet d'extension de logements renforcés à toutes les places de l'Habitat service a pour finalité de permettre l'intégration de personnes en situation de handicap moteur dans la cité, en utilisant différentes formes d'accompagnement.

- ♦ Avec l'aide d'une partie de l'équipe, j'ai pu établir un diagnostic des personnes accompagnées ou dans l'attente d'un accompagnement avec expérience de la vie en

autonomie. Ce travail a montré **une situation de blocage caractérisée par l'attente de personnes qui ne peuvent intégrer un logement transitionnel faute de place disponible.**

Les logements de l'Habitat service dits « moyen terme » devraient évoluer vers un caractère dit « transitionnel » et ainsi donner la possibilité à de nouvelles personnes grâce à un accompagnement spécifique de réaliser leur projet de vivre à domicile. Il y a une cohérence d'ensemble de faire évoluer tous les logements de l'Habitat service vers du transitionnel.

♦ **Le niveau d'expertise du SESVAD dans l'accompagnement donne au service une légitimité**, qui s'appuie sur l'évolution d'une société prenant davantage en compte le souhait de la personne en situation de handicap de vivre en autonomie, quel que soit son niveau de dépendance.

♦ **Le Schéma départemental voté par les Conseillers généraux fin 2009 a prévu de développer des formes d'hébergement innovantes** pour la personne souhaite vivre à domicile. Cette initiative, inspirée de la loi de 2005, donne la possibilité à l'institution d'aller vers la personne qui souhaite rester dans son lieu de vie.

♦ **Nous avons justement bâti un dispositif innovant inspiré de la loi de 2005** permettant le maintien ou le retour à domicile de personnes en situation de handicap, quel que soit le niveau de la dépendance. Toutefois j'ai montré que cette évolution rapide s'est accompagnée **d'une fragilisation d'une partie de l'équipe et dont il faudra tenir compte.**

♦ **Le CPOM peut devenir une opportunité pour les autres établissements** en priorisant l'action de développement d'une offre de service optimisant la fluidité des parcours des usagers entre les établissements et le SESVAD, dans une logique d'efficience édictée par le Schéma départemental et envers laquelle les financeurs sont particulièrement attentistes.

TROISIEME PARTIE

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Dans sa charte associative, l'APF revendique : « *l'intégration de la personne en situation de handicap dans la société, à toutes les étapes de son existence, en tous lieux et en toutes circonstances* »⁵⁷. Le projet repose sur cette revendication, et plus précisément sur **le libre choix de vivre à domicile pour la personne en situation de handicap**, quel que soit le niveau de la dépendance. Pour tenter de répondre à cette revendication, je propose d'une part une extension de l'offre de logements transitionnels à l'Habitat service permettant à davantage de personnes de vivre l'expérience d'une vie en autonomie et d'autre part de développer l'offre de services du SESVAD, spécialisé dans l'accompagnement pour une vie autonome à domicile. Le diagnostic a mis en évidence des besoins d'accompagnement sur du logement transitionnel pour des personnes très dépendantes.

Situé à un échelon intermédiaire entre d'une part la directrice du SESVAD ainsi que le représentant départemental APF au titre du CPOM, et d'autre part l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du SESVAD, mon rôle sera donc de piloter le projet qui prendra en compte la réalité de ces deux pôles tout en veillant à garantir les droits des usagers.

Je propose de décliner la mise en œuvre de ce projet par la tenue d'objectifs.

- ◆ Garantir les droits des usagers
- ◆ Assurer une cohésion d'équipe tout en prévenant l'usure professionnelle
- ◆ Renforcer l'offre de services à l'Habitat service
- ◆ Prendre en compte le réseau départemental de l'APF dans le cadre du CPOM

1. Garantir le droit des usagers

La loi 2002-2 relative aux droits des usagers a pour fondement le traité de Nice, traduit dans la charte des droits fondamentaux de l'UE⁵⁸. Par cette loi, le législateur reconnaît des droits qui ne sont pas tous nouveaux, mais veille à leur application par la création d'outils.

1.1. La prise en compte des instances du SESVAD

Toute création de service ou extension d'un service existant doit être formalisée par une information puis par un débat au niveau des élus du CVS. De part ma position de chef de projet, j'intègrerai donc une réunion du CVS durant le deuxième semestre 2010 afin d'informer les représentants des usagers. Les personnes qui pourront à terme bénéficier d'un accompagnement renforcé dans un logement transitionnel par un service différent du SAVS

⁵⁷ Annexe 3 : charte de l'APF.

⁵⁸ Charte des droits fondamentaux (art.52) parue au JO des Communautés Européennes le 18 décembre 2000.

ne sont par définition pas encore usagers du service. J'ai toutefois expliqué que trois personnes actuellement accompagnées par le SAMSAH expérimentent actuellement l'expérience de vie à l'Habitat service ; une de ces personnes vient d'ailleurs être élue représentante des usagers au CVS. Au-delà de sa satisfaction qui peut éventuellement ressortir de son accompagnement, je l'inviterai à faire part de son expérience et en débattre avec les autres élus. Ceci sera d'autant plus significatif qu'elle bénéficie, en outre, d'un abonnement à la GIN depuis janvier 2010 en vue d'une continuité des soins la nuit ; elle dispose donc d'un accompagnement relativement complet. L'information du projet d'évolution de l'Habitat service sera transmise lors d'une journée de rencontre CVS-usagers-salariés, organisée deux fois l'an (soit, à l'automne 2010).

1.2. L'actualisation du projet de service

Dans le cadre de la mise en œuvre des droits des usagers, la loi 2002-2 prévoit la formalisation d'un document qui reprend notamment les modalités d'organisation et de fonctionnement du service. Ce document dit « projet de service » donne un cadre de travail et du sens pour chacun dans le quotidien. Depuis fin 2008, j'ai intégré le Comité qualité (COQUA) dirigé par le référent qualité (professionnel sans lien hiérarchique, désigné par la direction). Le COQUA s'est chargé de mettre en œuvre **l'évaluation interne⁵⁹** dans le service et d'animer des groupes de travail constitués de salariés et d'usagers. De cette évaluation interne, **nous avons déterminé quatre plans d'amélioration de la qualité**, à mettre en œuvre sur les années 2010 et 2011.

Un des plans d'amélioration retenu par le COQUA et validé par la direction concerne **l'actualisation du projet de service⁶⁰**. La demande de la direction est la présentation d'un projet finalisé pour le premier semestre 2011. L'un des axes forts sera de **définir l'ensemble des prestations et de préciser leurs objectifs**. Cette actualisation reprendra à la fois les derniers agréments obtenus de 2008 à 2010 et le projet d'évolution de l'Habitat service. Dès l'automne 2010, je proposerai ma candidature à l'un des groupes d'écriture qui devra être composé de professionnels issus des différents pôles fonctionnels⁶¹ et dans la mesure du possible, d'usagers. La réunion plénière, la réunion du CVS, et le goûter festif d'octobre 2010 seront donc les instances choisies pour informer et recueillir des candidatures au groupe de travail. Des membres du COQUA, la directrice, un élu du CVS et moi-même formeront par ailleurs **le groupe pilote chargé du suivi et de la coordination des groupes d'écriture**. La rapide évolution du SESVAD de 2005 à 2010, évoluant de un à quatre agréments en cinq ans,

⁵⁹ La question de l'évaluation sera abordée dans la dernière section de ce document

⁶⁰ La dernière version du projet de service du SESVAD remonte à 2006.

⁶¹ Annexe 5 : schéma d'organisation fonctionnelle du SESVAD.

nécessite une remise à plat et une réappropriation par tous du projet service. Si la rédaction du précédent projet s'est accompagnée de la présence d'un formateur, il ne semble pas utile de renouveler cette expérience, tant il est vrai que l'ancien projet présente une base d'écriture. En outre, le projet sera mieux approprié s'il est une pure réflexion des salariés et des usagers.

2. Assurer une cohésion d'équipe et prévenir l'usure professionnelle

J'ai montré que l'essor rapide du SESVAD (quatre agréments obtenus en cinq ans), la dispersion géographique des différents services et la confrontation de différentes cultures professionnelles ont fragilisé une partie de l'équipe, et plus particulièrement le pôle éducatif. Le projet d'évolution de l'Habitat service me conduira à **mettre en œuvre des outils garantissant une cohésion d'équipe et prévenant l'usure professionnelle**.

2.1. Le maintien des liens interservices et entre groupes fonctionnels

Philippe BERNOUX nous rappelle que l'organisation ne peut exister qu'à la condition de maintenir des relations régulières entre les salariés⁶². Une direction qui ferait l'économie de ce travail perdrait en qualité de travail, et en lien social. Le rôle du cadre intermédiaire, dans ses différentes dimensions de management, est justement de **veiller à une fluidité de l'information et d'échanges professionnels** entre toutes les composantes de l'organisation.

♦ Devant l'évolution rapide des services et des effectifs, **la réunion plénière** qui regroupe tous les professionnels du SESVAD sera désormais organisée différemment. Lors d'une prochaine réunion de cadre, je soumettrai à la directrice l'idée d'un regroupement des professionnels une fois tous les deux mois. Cette réunion plénière co-animée par la directrice et moi-même est un lieu d'échange et est l'occasion de faire un point sur l'état d'avancement des projets en cours. Chacun (infirmier, médecin, accompagnant social, équipe de direction...) n'est en effet pas impliqué de la même manière sur tous les projets. Une des difficultés actuelle, et non des moindres, est liée à l'absentéisme : il s'agit en effet de regrouper des professionnels travaillant en horaires décalés⁶³ et qui peuvent donc être conviés en dehors de leur temps de travail. Au regard du droit du travail, il ne peut y avoir d'obligation à solliciter la présence de ces salariés. J'expliquerai aux personnes les plus résistantes à participer à ce temps collectif qu'il est essentiel pour tous les professionnels du SESVAD de se retrouver et d'échanger sur l'actualité du service, de donner du sens à l'action

⁶² BERNOUX P. « Sociologie du changement », Seuil, P. 51.

⁶³ Horaires des aides soignants (équipe de jour) : 7H00 à 12H00 et de 18H00 à 22H00
Horaires des aides soignants (équipe de nuit) : 21H00 à 6H30.

de chacun autour du projet de service. Je transmettrai cette information lors de réunions de relève des aides-soignants, directement concernés par ces horaires spécifiques. J'ajoute que ces temps seront naturellement rémunérés ou récupérés. Un compte rendu rédigé par la secrétaire sera désormais remis aux absents. Cette réunion sera bien sûr l'instance qui me permettra d'informer tous les salariés du projet.

♦ **La réunion du SAMS AH** : le projet de diversification devrait conduire de manière durable à l'accompagnement de personnes très dépendantes à l'Habitat service. Le SAMS AH proposant un double accompagnement (social et soins), la réunion co-animee par l'infirmière coordinatrice et la coordinatrice sociale devra s'accompagner d'une participation régulière des accompagnants sociaux et des aides-soignants. La participation de tous les aides-soignants à chaque réunion serait dispendieuse en temps. J'envisage donc la mise en place d'une participation « à tour de rôle » avec l'aménagement du planning pour le personnel concerné, après avoir vérifié les aspects organisationnels avec l'infirmière coordinatrice. Nous pourrons par exemple solliciter uniquement les personnes travaillant « du matin » ce jour-là (en faisant remettre par la secrétaire le compte rendu de la réunion aux absents), et fluidifier ainsi davantage la communication interne du service entre tous les professionnels du SAMS AH.

♦ **La réactualisation du projet de service** par des usagers et des salariés issus de chaque service, de chaque groupe fonctionnel sera l'opportunité de créer une dynamique d'équipe.

♦ J'ai montré que la capacité des travailleurs sociaux à accompagner des personnes sur les différents services a crée une véritable compétence interservices. Le projet d'évolution de l'Habitat service se traduira par l'utilisation de toutes les formes d'accompagnement de manière pérenne. Toute formation inscrite dans **le plan de formation** qui conduirait les travailleurs sociaux à renforcer leurs compétences techniques sera donc ouverte à tous les accompagnants du SESVAD. Le plan de formation est en effet un outil dont le cadre intermédiaire peut se saisir et dont il peut débattre avec la direction et les élus du personnel.

♦ **Le regroupement des différents services** sur un seul site à proximité de l'Habitat service (prévu à l'automne 2010) donnera du sens au projet de diversification de l'offre de services sur l'Habitat par un rapprochement des équipes, et en renforçant les liens interservices.

2.2. La prévention de l'usure professionnelle

Thierry PICQ nous alerte sur le risque d'une généralisation des projets qui bousculeraient les modes de fonctionnement habituel des acteurs, pouvant créer des tensions, des résistances voire de l'usure professionnelle. Il y a une certaine logique à faire évoluer le projet de l'Habitat service : mais **il m'appartient aussi de prévenir l'usure d'une équipe face à des projets qui se généralisent**. J'ai pu montrer que les changements ont déjà généré des formes

de résistance. Le travail effectué à domicile par les soignants, même si il est réalisé sous astreinte d'un cadre restant joignable, peut conduire à une forme d'isolement et d'usure professionnelle, davantage lorsque ce travail est réalisé la nuit. Certes, la mise en œuvre d'outils que je viens de décliner et qui garantissent une cohésion d'équipe sont déjà une ébauche dans la prévention de l'usure. Mais je vais présenter des outils spécifiques à exploiter dans une démarche de prévention de l'usure des équipes, sur un plan collectif, et individuel.

- ♦ PICQ rappelle que « *le contexte particulier dans lequel se déroule les projets font malheureusement trop souvent oublier l'importance des basiques du management d'équipe* »⁶⁴. La motivation des salariés peut être détectée au quotidien, tout simplement par l'écoute ou au fil de conversations informelles, de manière individuelle ou collective.
- ♦ L'entretien annuel d'évaluation se distingue du point précédent : chaque professionnel est reçu individuellement. C'est un temps privilégié entre un représentant de la direction (directeur ou cadre intermédiaire) et le salarié. A noter que dans notre fonctionnement actuel, le salarié est reçu par la directrice seule, mais la croissance régulière de l'effectif devrait la conduire à me déléguer pour partie ces entretiens annuels.
- ♦ L'enquête sociale annuelle que j'ai présentée dans le diagnostic est un important recueil de données : il est possible de recenser l'absentéisme, l'éventuel turn-over du personnel, l'effort entrepris en termes de formation... Cet outil permet de traduire des conséquences, en aucun cas il ne détermine les causes. Mais c'est bien à partir de son analyse avec la direction et les représentants du personnel que nous pourrons faire évoluer nos outils.
- ♦ Grâce à la synthèse des informations recueillie ci-dessus je pourrai adapter le plan de prévention des risques. Le risque professionnel, le risque lié à l'usure psychique ou physique notamment, sont intégrés dans le plan de prévention des risques. C'est un outil de pilotage qui aidera à mettre en œuvre des moyens face aux risques encourus par les professionnels : par exemple, renforcer les séances d'analyse de la pratique ? Adapter le plan de formation par telle action de formation ? Doter le personnel d'outils matériels favorisant leur sécurité ?

3. Renforcer l'offre de services d'accompagnement à l'Habitat service

Sur 18 logements, on dénombre 10 logements transitionnels ouverts à des personnes accompagnées par le SAVS. La diversification de l'offre de services portera donc sur 8 logements. Au travers de l'étude-diagnostic de la population effectuée avec une partie du

⁶⁴ PICQ T. « Manager une équipe projet », Dunod, P.207 et P.98.

personnel soignant, j'ai expliqué que l'une des attentes exprimées par des personnes très dépendantes, est de pouvoir faire l'expérience d'une vie autonome. J'ai aussi montré que des stages en appartement ont pu ouvrir des horizons. Et il nous faudrait aussi ouvrir l'Habitat service à l'accueil de personnes très dépendantes en situation d'urgence. Je montrerai que c'est l'ensemble du dispositif SESVAD qui devra venir en appui du logement transitionnel. Avant de développer ces préconisations, je propose de décliner le plan de communication qui sera appliqué pour informer (ou rappeler) de l'originalité du SESVAD.

3.1. Communication de notre dispositif vers les partenaires et le grand public

3.1.1. Projet de réunion inter-SAMSAH à destination des professionnels

La mise en œuvre du projet pourra s'appuyer **d'un projet de communication auprès des partenaires et du réseau** que j'ai décris dans le diagnostic. Cette campagne de communication s'adressera aussi aux travailleurs sociaux des Maisons du Rhône, et de la MDPH, à l'interface entre usagers et institutions.

Pour cela, le groupe départemental « inter-SAMSAH » dont je suis acteur au niveau de l'APF se rapprochera du Conseil Général et de l'ARS afin d'étudier l'opportunité du projet de communication. Il s'adressera à environ 200 professionnels et réunira l'ensemble de ces personnes dans un lieu mis à disposition par le Département ou par l'Etat avec pour objectifs :

- ◆ Expliquer ce que sont les SAMSAH en rappelant leur cadre juridique et réglementaire
- ◆ Présenter les quatre dispositifs existant sur le département et gérant chacun un SAMSAH
- ◆ Rappeler les caractéristiques des publics accompagnés, et les zones d'intervention.
- ◆ Donner la parole à des usagers depuis le leur de vie, et à leurs accompagnants
- ◆ Insister sur la question du logement en tant que support, et levier de l'accompagnement.
- ◆ Evoquer la problématique de la nécessaire continuité du soin à domicile et de la nécessité d'une souplesse entre le médico-social, le sanitaire et les intervenants libéraux.

3.1.2. Projet de communication envers le grand public

Lors de la visite de conformité ayant fait suite à l'ouverture de la GIN (décembre 2009), l'ARS nous a demandé de communiquer le plus largement possible en utilisant tous les supports à notre disposition. Ainsi, et pour aller dans le sens de ce qui pourrait être réalisé à l'attention des professionnels, nous pourrions informer le public : au-delà de l'information relative à la GIN, **l'information porterait ainsi sur l'ensemble de notre offre d'accompagnement**, et les possibilités d'ouvrir cet accompagnement à un retour progressif à domicile en utilisant le support du logement transitionnel à l'Habitat service.

- ♦ **Créer une plaquette avec la secrétaire** qui reprendra toute l'offre du SESVAD : cette plaquette pourra notamment être distribuée dans les différents salons (ex : salon Handica à Lyon-Eurexpo), dans les mairies d'arrondissement, et plus largement être diffusée sur internet grâce à notre site : <http://sesvad.free.fr/> et le réseau Facebook.
- ♦ **Rencontrer les journalistes locaux** (France 3 Rhône Alpes, TLM, Le Progrès...) en leur donnant l'opportunité d'aller au contact d'usagers utilisant les différents services du SESVAD, et en mettant des salariés en situation de travail auprès de la personne.
- ♦ **Utiliser la presse APF**, et notamment le journal « Faire face », mensuel adressé par l'équipe du service communication du Siège à tous les adhérents de l'APF.

En tant que cadre intermédiaire et acteur d'accompagnement au changement depuis cinq ans, l'une de mes fonctions est de jouer un rôle d'interface et de communiquer. La vision élargie du rôle du cadre intermédiaire va bien au-delà de la seule dimension verticale, et vise aussi à intégrer **un rôle de représentation**. Le cadre intermédiaire est donc en relation avec ses supérieurs, avec ses subordonnés, avec ses pairs et avec l'environnement externe.

3.2. Utilisation de la plateforme des services du SESVAD à l'Habitat service

3.2.1. Le SAMSAH

La procédure d'admission sera double : elle suivra la procédure habituelle d'admission pour l'accompagnement par le SAMSAH d'une personne vivant dans un logement durable. L'admission dans le logement transitionnel sera la même que pour les usagers du SAVS.

La première rencontre se déroulera en présence de la personne vivant généralement dans une des structures du réseau⁶⁵. Cette rencontre résultera soit d'une demande clairement exprimée par l'usager, soit d'une proposition d'orientation de la CDA après saisine de cette commission par un travailleur social d'un hôpital, d'un FAM... Durant cette rencontre, des professionnels du SAMSAH (infirmier, accompagnant social, ergothérapeute) et des professionnels de la structure échangeront avec l'usager, et évalueront ensemble de la capacité à pouvoir intégrer un appartement transitionnel. A l'issue de cette campagne de pré-admission, la réunion d'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH validera l'admission définitive de l'usager en présence du médecin du service⁶⁶ et de la directrice.

Une réunion regroupera le futur accompagnant social, la secrétaire, l'ergothérapeute, l'ouvrier d'entretien de l'Habitat service et un cadre de l'équipe de direction. Cette réunion actera de la date d'arrivée du nouveau résident et prendra des décisions relatives à l'accueil, aux aménagements à prévoir (adaptations éventuelles du studio en fonction du handicap).

⁶⁵ Le plus souvent un établissement, un hôpital ou un centre de rééducation.

⁶⁶ Le médecin se prononce notamment sur la capacité du service à pouvoir intervenir sur le champ du soin après avoir pris connaissance du dossier médical.

Compte tenu des attentes d'accompagnement par le SAMSAH sur du logement transitionnel, **six appartements de l'Habitat service devront être très vite réservés au SAMSAH renforcé**. Il ne s'agira néanmoins pas pour nous de bloquer six places d'accompagnement sur les places de SAMSAH actuel : nous serions en effet contraints de réduire le nombre de nos places d'accompagnement traditionnels. Or, l'intérêt du projet est bien de pouvoir répondre à des demandes de personnes qui sont en attente. Le nombre global de places SAMSAH évoluera donc à 26, dont 6 places en renforcé à l'Habitat service.

Enfin, **je proposerai une réponse adaptée aux demandes de situations d'urgence**, réservées notamment aux personnes vivant à domicile avec leur proche entourage et qui assume une prise en charge globale ; sans cet entourage, la personne handicapée est incapable de vivre seule. L'urgence se définit donc par la capacité du service à répondre rapidement à une demande dont les caractéristiques exigent une intervention rapide, voire immédiate (hospitalisation ou décès des proches). La réponse prendra donc un caractère très différent des demandes habituelles : c'est la singularité du délai de traitement et notre capacité à répondre qui s'en trouvera modifiée⁶⁷. **Je verrai donc un appartement de l'Habitat service exclusivement réservé à un accueil potentiel de la personne qui se retrouve sans étayage adapté du jour au lendemain**, nécessitant alors rapidement une hospitalisation. Nous devrons donc suivre la procédure classique d'admission, sachant qu'elle sera nécessairement accélérée puisque les durées d'hospitalisation dans ces situations sont souvent très courtes. L'avis du médecin du service sera essentiel quant à la capacité du service à pouvoir intervenir... et d'éviter au service de s'engager sur une situation médicale qu'il ne saurait assumer. Dès que l'accompagnement et l'accueil dans le logement seront devenus une réalité, l'usager deviendra alors prioritaire pour être accompagné dans l'un des six logements réservés à de l'accompagnement par le SAMSAH renforcé, et rendre de nouveau vacant le logement d'urgence. Le nombre de places du SAMSAH fixé à 26 sera en réalité porté à 27, soit 1 place d'urgence et 6 places renforcées à l'Habitat service, et 20 places dans des logements durables. Le responsable du pôle « établissements et services » des personnes handicapées du Conseil Général avouait sa difficulté à évaluer le nombre de personnes potentiellement en situation d'urgence. Un risque pour l'APF serait d'avoir un logement transitionnel inoccupé pendant un certain temps, faute de demande. La crainte de voir une perte pour l'association (logement non loué) sera donc à estimer. Il n'est pas exclu de pouvoir refacturer à nos financeurs le coût locatif lié à l'inoccupation du logement : ce responsable évoquait lors de cette rencontre que

⁶⁷ Le délai moyen de réactivité entre une première demande et le début de l'accompagnement du SAMSAH est d'environ une année.

la question du coût locatif sera à prendre en compte dans les budgets de service tels que les nôtres, puisque le logement est inhérent au support d'accompagnement.

3.2.2. Le stage en appartement à l'Habitat service

L'essai de vie à domicile est une possibilité que nous avons ouverte jusqu'à présent à un tout petit nombre d'usagers. Or, j'ai montré d'une part que les demandes de stages permettent aux personnes de prendre conscience de leurs limites et de leurs possibilités, et d'autre part que le stage peut contribuer à améliorer la fluidité des parcours entre les structures, processus encouragé par le Schéma départemental. Mais la situation souffre d'un certain blocage compte tenu qu'actuellement, il n'y a pas d'appartement réservé au stage à l'Habitat service. La mise en œuvre du projet de diversification, **en ouvrant enfin de manière pérenne l'accueil de stagiaires en appartement**, devra se réaliser **par la mise à disposition d'un logement dans un premier temps**. C'est effectivement en fonction de la demande que nous devrons par la suite ajuster l'offre de logements aux demandes de stages. Un accompagnement sera possible par le SAVS ou le SAMSAH (en cas de nécessité de soins). La procédure d'admission dans le logement suivra la procédure habituelle d'accueil : elle sera donc actée lors de la réunion regroupant les professionnels œuvrant à l'Habitat service. Une convention sera signée entre le SESVAD et la structure d'origine du stagiaire. Cette convention conclue entre les deux parties prévoira donc la durée, le mode d'accompagnement, et les modalités de l'évaluation en fin de stage. Enfin, la convention fixera les modalités financières : elle prévoira la refacturation à l'établissement du montant du loyer et du coût total de l'accompagnement réalisé par le SESVAD (le cas échéant), alors que l'établissement continuera de recevoir son prix de journée. A l'issue du stage, trois possibilités seront offertes : d'abord, un retour de la personne vers l'établissement d'origine en cas de limites avérées à la vie autonome à domicile. Si un accompagnement est rendu possible, la personne intégrera un logement transitionnel et sera accompagnée vers son projet de vie autonome. Enfin, si aucun accompagnement n'est rendu possible dans l'immédiat, la personne retournera vers son établissement d'origine et figurera en liste d'attente le temps qu'une place puisse être libérée. Si un appartement demeure réservé à l'accueil des stagiaires, il n'est pas du tout certain que l'occupation soit permanente, 365 jours sur 365... notre difficulté du coût locatif sur ce logement pourrait donc être similaire à celle rencontrée sur le logement réservé à l'accueil d'urgence du SAMSAH. La refacturation au financeur de l'inoccupation sera donc budgétée dans cette situation⁶⁸.

⁶⁸ Le taux d'occupation négocié de 95% sur les 10 logements réservés au SAVS s'affiche à 98% en 2009.

3.2.3. La GIN

La continuité des soins pourra être assurée pour toutes les personnes vivant à l’Habitat service et qui en feront la demande. La GIN interviendra, sur abonnement et sur prescription médicale. L'accès sera simplement limité aux places prévues, pour un service qui ne peut excéder 50 usagers, alors qu'il en compte déjà 30, en 6 mois de fonctionnement.

3.3. Utilisation des services partenaires

Le projet sera mis en œuvre **grâce au concours de services spécialisés** dans un domaine et qui assurent un complément indispensable au projet d'autonomie de la personne. Ce sont les accompagnants sociaux qui, dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement, verront avec la personne quels sont les services qui devront être sollicités. Ces services ne seront pas nécessairement innovants : ce pourront être en effet les mêmes services déjà utilisés dans la cadre de l'accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH. Mais selon les besoins qui émergeront au moment de l'élaboration du PPA, d'autres services pourront être sollicités. C'est donc bien par l'expression du projet de la personne et en fonction de la demande qu'un complément de service extérieur pourra être recherché par l'accompagnant.

La mise en œuvre pourra se traduire de différentes manières : par exemple, l'adhésion à l'association gérant le service concerné. Mais le plus souvent, le travail de partenariat se concrétise par la conclusion d'une convention signée entre le service et le SESVAD. Si un nouveau besoin tend à émerger, nous invitons le futur partenaire à venir présenter le service en réunion plénière du SESVAD. L'équipe de direction formalise ensuite le nouveau partenariat avec le représentant de l'association concernnée⁶⁹.

3.4. L'accompagnement des résidents en logement moyen terme

La généralisation de l'offre de logements transitionnels à toutes les places de l'Habitat service s'inscrit dans une logique d'évolution du projet. J'ai montré dans le diagnostic que les personnes vieillissantes qui résident à l'Habitat service dans des logements moyen terme connaissent un handicap ou une évolution de leur handicap, **nécessitant des solutions d'accompagnement différentes de celles que le SESVAD peut proposer**. Nous devrons donc rechercher des solutions de sorties vers des dispositifs différents de celui du SESVAD. Il ne sera pas envisagé de solliciter davantage les accompagnants sociaux, déjà très mobilisés par l'accompagnement des personnes dont ils ont la référence à l'Habitat service. Le temps d'accompagnement dédié à la recherche de structures adaptées sera donc principalement porté

⁶⁹ Ce fut par exemple la situation exprimée par des usagers qui étaient à la recherche d'activités liées au corps, à la relaxation, au bien être. Un partenariat a pu être conclu, et un financement avantageux pour les concernés.

par l'équipe de direction. Cette équipe restera joignable pour ces personnes le temps que durera leur séjour à l'Habitat service : par exemple, elles peuvent nous contacter sur l'astreinte téléphonique en cas de nécessité. Nous pourrons solliciter des partenaires (services d'auxiliaires de vie, intervenants libéraux) si un besoin d'aide humaine ou de soin est recensé. Les structures d'accueil pourront prendre le caractère de maison de retraite, d'EHPAD, ou tout simplement d'appartements si les personnes ont la capacité de vivre en autonomie. C'est au fur et à mesure de la sortie des résidents logeant en appartement moyen terme que l'appartement pourra prendre un caractère « transitionnel » et que l'accompagnement d'une personne admissible au SESVAD pourra débuter.

4. La prise en compte du réseau départemental de l'APF

J'ai pu expliquer que la conclusion d'un CPOM entre l'APF et le Conseil Général a profondément modifié les relations entre nos services et le financeur. La direction du SESVAD n'est plus directement en lien avec le financeur, mais doit informer le représentant départemental de l'APF de tout nouveau projet. Cet acteur qui coordonne le budget, et de manière générale toute question financière, est devenu l'interlocuteur unique de l'association auprès du Conseil Général.

4.1. Information au représentant départemental de l'APF

Le projet d'évolution de l'Habitat service n'a pas été inscrit dans le CPOM 2009-2011 signé entre l'APF et le Conseil Général. Mais le CPOM n'a pas un caractère statique, et il pourra évoluer : **tout projet non mentionné pourra faire l'objet d'une nouvelle priorisation au niveau départemental**. Ce projet s'inscrira dans la démarche décloisonnée entre services et établissements voulue par le Schéma départemental et la loi de 2005, qui encouragent à fluidifier les parcours individualisés de certains usagers entre établissement et solution de logement intermédiaire avec un service d'accompagnement.

C'est donc à ce titre que le projet pourra être présenté et déposé près le Comité départemental de l'APF qui regroupe tous les directeurs de services et établissements du Rhône. La procédure budgétaire portant sur l'année 2011 (vers septembre 2010) sera l'occasion de dépôt du projet et d'une information du financeur. Son inscription ne voudra pas nécessairement dire que le financement sera obtenu. Mais ceci permettra déjà de redéfinir la priorisation des projets, et surtout d'anticiper le CPOM prochain qui portera sur la période 2012-2014.

4.2. Mise en œuvre budgétaire pour inscription au CPOM⁷⁰

La mise en œuvre budgétaire sera progressive : je viens d'expliquer que les nouvelles places de logement transitionnel avec service d'accompagnement ne seront déployées qu'au fur et à mesure des départs progressifs des résidents en logement « moyen terme ». Toutefois, **une lecture globale sera nécessaire pour le Comité départemental**. J'ai identifié 6 places de SAMSAH renforcé, 1 places réservées à l'accueil d'urgence d'usagers du SAMSAH et enfin 1 place réservée à l'accueil de stagiaires.

Par l'analyse du tableau des effectifs, j'ai montré que le temps d'accompagnement par le SAVS est plus élevé à l'Habitat service que sur un autre logement. La problématique sociale des usagers du SAMSAH, justifiera donc la réévaluation du temps d'accompagnement (et donc des frais de personnel) pour les places de SAMSAH d'urgence et de SAMSAH renforcé. Les frais de fonctionnement (ex : fournitures) devraient être identiques entre chaque place d'accompagnement à l'Habitat service. Les frais de structure (ex : amortissements des locaux, location diverses), étant reportés sur un plus grand nombre de places devraient être moins élevés sur les nouvelles places d'accompagnement à l'Habitat service et aider ainsi à la réalisation d'économies d'échelles. Le taux d'occupation de 95% sur les 10 places du SAVS renforcé sera négocié au même niveau pour les 6 places du SAMSAH renforcé. Devant la difficulté à évaluer le taux d'occupation de l'appartement ouvert à l'accueil d'urgence, le taux sera négocié à 85%. Les éventuels frais liés à l'accueil d'un stagiaire seront transparents pour le service : je rappelle que ceux-ci seront en effet intégralement refacturés à l'établissement d'origine qui continuera à percevoir son prix de journée. La charge imputable au SESVAD qui sera négociée et inscrite au CPOM correspondra simplement à l'inoccupation du studio. Je présenterai donc au Comité départemental les dépenses prévisionnelles imputables au Conseil Général. S'agissant des 7 nouvelles places de SAMSAH, le forfait soin finançant la dispensation de soin restera à son niveau actuel.

5. L'évaluation du projet

Le projet mettrait en œuvre des prestations qui s'inscrivent dans une offre de services gérés par le SESVAD, reconnu comme structure médico-sociale découlant de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Cette loi conduit les services et établissements **à évaluer régulièrement** les prestations délivrées et leur activité, l'usager étant au centre du dispositif d'accompagnement. L'art. 311-3 de la loi 2002-2 inventorie en effet des droits et principes qui confèrent à

⁷⁰ Annexe 11 : projet d'évolution de l'Habitat service, mise en œuvre budgétaire.

l'usager une position primordiale dans l'organisation et le fonctionnement de l'institution : libre choix des prestations, accompagnement individualisé et participation à la mise en œuvre du PPA en font parti. En instaurant une contractualisation entre l'usager et le service, la loi oblige donc :

- ◆ D'une part à procéder à une évaluation des prestations qui sont assurées auprès de l'usager : l'usager est devenu bénéficiaire d'une action mise en œuvre à son service.
- ◆ D'autre part à vérifier par des moyens internes et externes que les prestations apportées répondent aux objectifs définis dans le projet et à la mission fixée par les autorités.

L'objet de cette dernière section sera de définir l'évaluation. Pour deux axes du projet, j'expliquerai la finalité de ma démarche évaluative, et je décrirai le contenu de cette démarche, dans un processus participatif.

5.1. Définir l'approche évaluative en action médico-sociale

Définir l'évaluation n'est pas aisé : une étude canadienne recense 132 définitions concernant l'évaluation⁷¹. Selon C. ROSSIGNOL, « ce flou résulte de l'absence d'une distinction clairement établie entre d'une part des opérations qui renvoient à des procédures de jugement et d'autre part à des opérations de mesure visant à décrire de façon objective une situation et à mesurer un écart entre des objectifs définis et des résultats obtenus »⁷².

Sur un plan juridique, l'évaluation a pour objet de « rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus et d'atteindre les objectifs »⁷³. On peut reprendre le sens donné par C. HADJI « c'est dire dans quelle mesure une réalité donnée peut être jugée acceptable par référence à des attentes. (...) Il s'agit de se situer par rapport à un but en vue de prendre des décisions permettant d'ajuster l'action par rapport au but »⁷⁴. Dans les ESMS, l'évaluation porte sur la qualité des services rendus à l'usager au regard de ressources mobilisées (ressources humaines, ressources financières). Par l'évaluation d'une action donnée, on va chercher à apprécier les changements attendus (voire inattendus), au regard des besoins exprimés.

La question de la démarche évaluative est nouvelle dans le secteur médico-social depuis la promulgation de la loi 2002-2, mais était existante par ailleurs : son inspiration provient

⁷¹ « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes » Département d'Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

⁷² ROSSIGNOL C., docteur ès sciences du langage, chercheur au CNRS, laboratoire « parole et langage ». Propos tenus lors des 23èmes journées d'étude APF « l'évaluation dans les pratiques d'accompagnement », Palais UNESCO, Paris, Janvier 2010.

⁷³ Issue du décret 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

⁷⁴ HADJI C., agrégé de Philosophie, lors des 23èmes journées d'étude APF.

notamment de la démarche qualité apparue dans le secteur industriel reprise ensuite par le secteur sanitaire (l'apparition des normes ISO avait notamment pour objectif d'établir un référentiel commun destiné à harmoniser l'activité d'un secteur). Le rapprochement du secteur sanitaire et du secteur médico-social, par la mise en place des ARS, peut-il faire craindre des approches évaluatives identiques ? Donner une valeur à un acte, réaliser une démarche autocritique permettant d'apprécier l'acte, mesurer des écarts bousculent les pratiques du secteur médico-social... Le Comité d'Orientation Stratégique de l'ANESM rappelle que si le secteur sanitaire travaille très bien l'idée de la guérison attendue, le secteur médico-social travaille la question du mieux-être et gère la chronicité (grande dépendance, Sida...)⁷⁵. Ce sont donc des logiques qui diffèrent. Mais la relation de service entre un établissement et un usager devient un espace de transaction, ouvrant un espace à l'évaluation.

Le SESVAD regroupe du personnel issu de différents corps de métiers, et ayant par conséquent des approches différentes de l'évaluation (personnel médical, travailleurs sociaux...). Cette raison nous a en partie motivés dans la constitution d'un comité qualité hétérogène, dont les professionnels sont issus des différents groupes fonctionnels.

5.2. L'évaluation continue d'un axe du projet : l'actualisation du projet de service

Le SESVAD, autorisé en 2005, devait s'engager dans le processus d'évaluation interne obligé par la loi 2002-2 avant fin 2010 (la loi 2002-2 exige la communication du rapport de l'évaluation interne aux autorités de contrôle dans les cinq ans suivant l'autorisation). C'est la raison pour laquelle nous avons entamé le processus fin 2008. Dans le cadre de cette première évaluation, la directrice et le Comité Qualité chargé du suivi de l'évaluation interne ont défini des plans d'amélioration de la qualité qui se réfèrent à des recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux (ANESM)⁷⁶.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, j'ai évoqué l'actualisation du projet de service, dont l'écrit sera finalisé dès 2011, et qui s'inscrit dans l'un des quatre PAQ. Le projet de service fera ensuite l'objet d'une actualisation régulière. Le groupe pilote présenté dans le diagnostic sera chargé de coordonner et d'assurer le suivi des groupes d'écriture impliqués dans l'actualisation du projet. En tant que cadre intermédiaire, je proposerai **une démarche évaluative du suivi de l'actualisation du projet de service**. Le groupe pilote évaluera le

⁷⁵ CHARLANNE D., directeur de l'ANESM, « Des repères pour l'évaluation », ANESM, Paris 3 juin 2010

⁷⁶ Annexe 12 : rôles et missions de l'ANESM.

suivi rédactionnel du projet, avec pour finalité d'améliorer le dispositif de l'évaluation interne. Il garantira le respect dans les délais de production et la qualité des écrits des groupes.

♦ **La constitution des groupes** : un point de vigilance du groupe pilote sera de veiller à ce que les candidatures (salariés et usagers) représentent les différents services. Si des points très techniques sont abordés (par ex : soin), des professionnels devront être sollicités en conséquence (infirmier ou aide-soignant, et usager bénéficiaire de soins dans notre exemple).

♦ **Le suivi du travail des groupes** : des indicateurs de suivi seront fixés entre les membres du groupe pilote afin de prendre du sens. Le groupe pilote pourra par exemple veiller à l'organisation du travail de chaque groupe par la tenue de fiches d'émargement (l'efficacité des groupes tiendrait alors dans la fréquence des réunions déterminée par avance, l'assiduité des membres). Les écrits provisoires de chaque groupe seront relus par le groupe pilote et par les autres groupes qui émettront un avis, le cas échéant.

♦ A la fin considérée du travail par un groupe, le groupe pilote procèdera à la **rédaction d'un jugement**, c'est-à-dire une synthèse de travail liée au fonctionnement du groupe et liée à l'écrit (en intégrant l'avis éventuel d'autres groupes). Le jugement n'a pas, par principe, une valeur négative : l'écrit pourra intégrer un état des forces et des faiblesses. ALFOLDI nous rappelle que « *le développement de la faculté de juger s'inscrit comme une composante essentielle en pratique évaluative. La formalisation écrite montre que l'évaluation a effectivement eu lieu* »⁷⁷. L'écrit validé par le groupe pilote entraînera alors la dissolution du groupe d'écriture. Si des ajustements de l'écrit sont nécessaires, le groupe d'écriture pourra de nouveau être sollicité, des modifications dans la constitution du groupe pouvant avoir lieu

♦ Un membre du groupe pilote procèdera en réunion plénière et en réunion CVS à **un retour de l'actualisation du projet de service**. Si par la suite de nouveaux projets et de nouveaux agréments voient le jour, des groupes d'écriture pourront de nouveau être constitués pour une actualisation continue du projet de service.

♦ La pratique de l'évaluation par le groupe pilote suppose que **la qualité de l'évaluation pratiquée puisse être examinée**. ALFOLDI rappelle que l'erreur peut surgir à tout moment dans la démarche (selon l'expérience ou le degré d'expertise). Il sera nécessaire que les membres du groupe interrogent régulièrement la pertinence de l'évaluation menée. Le travail du groupe fera par ailleurs l'objet d'un suivi (émargement et comptes rendus de réunion).

5.4. L'optimisation des compétences à la prévention des risques professionnels

Une des seize recommandations publiée par l'ANESM évoque « *la mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* ».

⁷⁷ ALFOLDI F. « L'évaluation en action sociale et médico-sociale », Dunod, P.124-125.

L'un des axes du projet est fondé sur l'accompagnement de personnes très dépendantes dans des logements transitionnels à l'Habitat service. J'ai montré que le savoir faire et le niveau d'expertise du SESVAD légitime cet axe du projet. Les caractéristiques du public accompagné (lourdeur du handicap, maladie rare...) pourront toutefois nécessiter d'adopter une stratégie d'adaptation de l'emploi et de procéder à l'évaluation des compétences des professionnels. Il pourra donc être constitué un **comité chargé d'évaluer les pratiques professionnelles**, que je verrai composé de la directrice, du représentant élu du personnel et de moi-même. Ce comité pourra le cas échéant solliciter la coordinatrice sociale (au plus près des travailleurs sociaux) ou l'infirmière coordinatrice (au plus près du personnel soignant). V. CHEVALLIER⁷⁸ exprime ainsi la nécessité qu'ont certaines structures de faire face à une réalité de rareté des compétences, en se confrontant aux enjeux de formation, et de développer des outils pour maintenir la performance des professionnels dans leur travail. La finalité de la démarche évaluative se fondera donc sur l'optimisation des ressources humaines.

- ♦ Une **synthèse écrite des entretiens annuels d'évaluation** pourra définir les objectifs de l'année à venir en formation professionnelle.
- ♦ A partir de l'analyse **de l'enquête sociale annuelle, le comité pourra adapter les besoins de formation** : par exemple, le taux d'accident du travail révèle-t-il une carence dans la formation des aides-soignants ?
- ♦ Le comité interrogera par conséquent le **plan de prévention des risques professionnels** : le plan prévoit-il des actions de formation à entreprendre pour prévenir des risques ? L'expertise du médecin du travail, acteur central dans la prévention des risques, pourra être sollicitée. L'évaluation des compétences et la prévention des risques sont intrinsèquement liées.
- ♦ **Le plan de formation sera défini par le comité**, arrêté par la directrice en ajustant les priorités du service, aux demandes des salariés et en fonction des ressources disponibles. Les priorités seront fonction de l'adaptation de l'emploi aux besoins du service.

Le comité pourra évaluer la démarche évaluative par la vérification de ce que cela aura produit pour les usagers et pour les professionnels. Les acteurs mettront en place des indicateurs d'évaluation qui pourraient être :

- ♦ Vérifier si les demandes de formation par les salariés sont finalement en phase avec les formations demandées par l'employeur.
- ♦ Interroger l'assiduité des salariés dans leur formation.
- ♦ Demander aux salariés leur retour évaluatif sur leur formation.
- ♦ Vérifier si les moyens financiers déployés sont à la hauteur des résultats obtenus (meilleur service rendu, satisfaction des usagers).

⁷⁸ CHEVALLIER V., DRH d'Handicap International, lors des 23èmes journées d'étude APF.

- ♦ Quelles sont les conséquences sur le turn-over, sur l'absentéisme ?

Puis, le salarié procèdera à son auto-évaluation qui sera le commencement du bilan suivant.

Adopter une stratégie de mise en œuvre d'adaptation à l'emploi des professionnels au regard des populations accompagnées revient par ailleurs pour l'équipe de direction à prévenir d'éventuelles formes de maltraitance envers les usagers⁷⁹.

6. Conclusion de la mise en œuvre du projet

L'évolution du projet de l'Habitat service permettra enfin, de manière pérenne, d'accompagner tout public en situation de handicap moteur vers d'autres solutions de logement : le logement durable restera sans doute l'hypothèse de sortie la plus souvent rencontrée pour des usagers accompagnés par le SESVAD. Mais le projet pourra aussi mettre en œuvre d'autres solutions dès lors que la personne aura atteint ses propres limites de la vie en autonomie. La force de l'Habitat service sera de donner à chaque personne qui le souhaite la possibilité de tenter de vivre l'expérience d'une vie en autonomie par un accompagnement adapté, quel que soit son niveau de dépendance. Un ensemble de prestations relativement complet sera apporté par le SESVAD et par ses partenaires, grâce à une communication externe soutenue.

L'originalité du projet devra reposer sur une souplesse du dispositif de l'Habitat service : tous les logements évoluant progressivement vers du transitionnel, l'offre d'accompagnement renforcé pourra s'adapter, par une évaluation de chaque demande, et grâce aux compétences inter-service des accompagnants.

Concrètement, le projet pourra être rapidement mis en œuvre :

- ♦ D'une part le projet s'appuiera sur un départ déjà bien engagé des anciens résidents qui sont progressivement accompagnés vers d'autres solutions de logement, compte tenu de leur vieillissement.
- ♦ D'autre part, dès 2011, avec l'appui du nouveau schéma départemental voté fin 2009 et du PRIAC, des financements pourront être affectés dans le cadre du CPOM.

⁷⁹ Assises départementales de la bientraitance, journée d'information à destination des services à domicile, 23 juin 2009, Hôtel du Département, Lyon

CONCLUSION

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément changé le regard sur la personne en situation de handicap. Du moins, j'ai essayé de montrer que la personne est aujourd'hui en mesure de faire évoluer son projet de vie, en choisissant librement son lieu de vie, avec un accompagnement toujours adapté. Ceci est bien dans l'esprit de la loi.

Mais si le législateur a insisté sur le concept de l'égalité (notamment sur le plan professionnel, en misant sur une société accessible à tous, ou encore par un libre accès à l'école...), il en va encore bien différemment dans la réalité. Par exemple, une enquête réalisée par l'AGEFIPH révèle que 45% des entreprises de plus de 20 salariés (et donc concernées par l'embauche obligatoire de personnes en situation de handicap) ne satisfont toujours pas à l'obligation d'emploi des personnes handicapées⁸⁰. La notion d'égalité d'accès à tout, inscrit dans la loi, ne suffit donc pas : l'un des enjeux des services médico-sociaux tels que le SESVAD est justement d'intervenir pour accompagner les personnes en situation de handicap moteur dans la réalisation de leurs projets, contenus dans le projet personnalisé d'accompagnement.

Totalement innovant et directement inspiré de la loi de 2005, le SESVAD est un dispositif unique sur la région lyonnaise. L'équipe s'est aujourd'hui spécialisée dans l'accompagnement pour la vie autonome des personnes en situation de handicap, et travaille quotidiennement pour un mieux-être des personnes les plus dépendantes. En diversifiant son offre de services d'accompagnement sur du logement transitionnel à l'Habitat service, le SESVAD donnera la possibilité à davantage de personnes de vivre une nouvelle expérience : et notamment, pourvoir tester son aptitude à vivre, ou à ne pas vivre à domicile. Grâce à une offre hétérogène de services d'accompagnement à l'Habitat service, le SESVAD saura justement adapter son offre à la demande des personnes.

L'émergence du projet remonte aujourd'hui à plus d'une année. Par ce travail d'écriture, le projet a naturellement muri, et j'ai pu relever notamment en réunions d'équipe que les demandes de partenaires, ou des demandes directes d'usagers fondent sa légitimité. L'impatience dans sa mise en œuvre est aujourd'hui palpable aux différents niveaux hiérarchiques, par la dynamique exprimée en interne, mais aussi dans l'environnement extérieur.

Par ce travail de mémoire, j'ai voulu montrer que le niveau d'expertise des professionnels du SESVAD, la reconnaissance du dispositif par les partenaires et par les financeurs, et un

⁸⁰ Pierre BLANC, directeur général de l'AGEFIPH, le 9 juin 2010, répondant à une interview du magazine « chef d'entreprise », disponible sur le site <http://www.chefdentreprise.com/Videos>

schéma départemental qui soutient les formules intermédiaires entre domicile et collectif, permettent aujourd’hui au SESVAD de développer de nouveaux services aux usagers, dans une démarche de fluidité des parcours.

L’évolution récente des politiques publiques dans le champ du médico-social se traduit par la mise en place progressive des Agences Régionales de Santé⁸¹, encourageant les regroupements de structures ou la mise en place de réseaux associatifs efficents au travers des Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens. Cette évolution va dans le sens de la démarche décloisonnée entre établissements et services afin de rendre justement plus lisible le parcours de la personne en situation de handicap. L’APF du Rhône, incluant le SESVAD, a intégré cette évolution et ce rapprochement a déjà pu avoir des conséquences sur les parcours d’usagers.

Mais cette évolution doit se traduire aussi par un accompagnement des professionnels, dont certains ont eu besoin de temps pour accepter notre restructuration de 2005 : le changement de gouvernance actuel risque de tendre vers une dérive gestionnaire du cadre, pouvant le rendre plus éloigné des équipes. C’est un enjeu qui m’importe que de concourir à la mise en œuvre de l’évolution des politiques publiques tout en maintenant les rapports quotidiens avec les équipes au près des usagers : être ressource, être à l’écoute, favoriser les lieux d’expression... et ainsi œuvrer dans l’intérêt des usagers.

A l’issue du travail fourni pour ce mémoire, aboutissement de ma formation de deux ans au CAFERUIS, je crois avoir solidifié ma fonction en me nourrissant de riches apports théoriques, dans une période particulièrement dense en termes de changements dans l’environnement externe, ayant des effets significatifs de changements internes dans les services médico-sociaux.

⁸¹ Issues de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi Hôpital Patient Santé Territoire », les ARS ont pour but d’assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d’accroître l’efficacité du système »

Bibliographie

ALFOLDI F. *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 249 p.

BERNOUX P. *Sociologie du changement*, Seuil, 307 p.

CASTEL R. *La montée des incertitudes*, Seuil, 458 p.

DOBIECKI B. *Etre cadre dans l'action sociale et médico-sociale*, ESF, 232 p.

GARDOU C., *Naître ou devenir handicapé*, Erès, 195 p.

LE GOFF J.-P. *Les illusions du management*, La Découverte, 161 p.

MEMMI A. *La dépendance*, Gallimard, 207 p.

NUSS M. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées*, Dunod, 219 p.

NUSS M. *La présence à l'autre*, Dunod, 153 p.

PICQ T. *Manager une équipe projet*, Dunod, 246 p.

RENIER L.-M. *Les personnes handicapées, des citoyens !*, L'Harmattan, 173 p.

Mémoires

Conduire les acteurs à s'approprier un projet innovant et multi-acteur par l'étude de la sociologie, Roxane RUIZ, MASTER 2 PROFESSIONNEL « Droit et management des Structures Sanitaires et Sociales » 2008

Compléter un dispositif d'accompagnement à domicile de personnes handicapées motrices par une offre d'Habitat service, Anne ENSELME, CAFDES 2007

Habitat regroupé et situations de handicaps, P. ROUSSEL & J. SANCHEZ, Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, Janvier 2008

Sites internet

http://www.apf.asso.fr/	: le site de l'Association des Paralysés de France
http://sesvad.free.fr/	: le site du SESVAD
http://www.insee.fr	: le site de l'INSEE
http://schemas.erasme.org	: le site du Schéma départemental du Rhône
http://www.rhone.fr/	: le site du Département du Rhône
http://rhone-alpes.sante.gouv.fr	: le site des DDASS de Rhône-Alpes
http://legifrance.gouv.fr	: le site de l'accès au droit
http://www.cnsa.fr/	: le site de la CNSA

Autres sources documentaires

Directions n° 48 – Janvier 2008 – « Enquêtes de satisfaction, les usagers en question »

Directions n°60 – Février 2009 - « Relations avec les autorités de tarification »

Les diagnostics de l'emploi territorial n°9 – Décembre 2005 – « Bilan social et tableaux de bord, des outils de pilotage au service des ressources humaines »

Etudes et Résultats n° 718 – Février 2010 – « Résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 »

Colloques, conférences

Suivi qualitatif du développement des SAMSAH, CNSA, Paris	-	31/01/2008
Assises départementales de la bientraitance, DDASS, Lyon	-	25/06/2009
La gouvernance associative : rentrée de l'URIOPSS, Lyon	-	01/10/2009
En quête d'évaluation, APF, Palais de l'UNESCO, Paris	-	27, 28, 29/01/2010
Libres et solidaires : une utopie mobilisatrice – ENS LYON	-	27/04/2010
Des repères pour l'évaluation, ANESM, Paris	-	03/06/2010
Les SAMSAH du Rhône : de l'orientation au relai, APF, Lyon	-	08/06/2010

LISTE DES ANNEXES

HISTORIQUE DU SESVAD	ANNEXE 1
QUELQUES DEFINITIONS	ANNEXE 2
CHARTE DE L'APF	ANNEXE 3
ORGANISATION DE L'APF	ANNEXE 4
ORGANISATION DU DISPOSITIF SESVAD	ANNEXE 5
DECRETS D'APPLICATION DE LA LOI DE 2005 Création des SAVS et des SAMSAH	ANNEXE 6
SCHEMA D'ORGANISATION FONCTIONNELLE DU SESVAD	ANNEXE 7
TABLEAU DES EFFECTIFS PAR SERVICE	ANNEXE 8
TABLEAU DE LA DEPENDANCE DES USAGERS DU SAMSAH	ANNEXE 9
GRILLE DE PARCOURS DES USAGERS ACCOMPAGNES A L'HABITAT SERVICE	ANNEXE 10
MISE EN ŒUVRE BUDGETAIRE DU PROJET	ANNEXE 11
L'ANESM : ROLE ET MISSIONS	ANNEXE 12

ANNEXE 1

HISTORIQUE DU SESVAD

UN DISPOSITIF EN PLEINE EVOLUTION...

- 1998 : **L'Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile**
(ESVAD) : service géré par la Délégation du Rhône de l'APF
- 2005 : **Création du SErvice Spécialisé pour une Vie Autonome à Domicile**
(SESVAD) : reconnaissance dans la typologie des structures médico-sociales découlant de la loi du 2 janvier 2002 (fermeture de l'ESVAD)
♦ 01/06/2005 : autorisation d'ouverture du SAMSAH (20 places)
- 2006 : ♦ 01/03/2006 : autorisation d'ouverture du SAVS (40 places)
♦ Montée en charge du SAMSAH
- 2008 : ♦ 01/01/2008 : l'Habitat service (18 appartements regroupés dont 10 appartements transitionnels)
♦ Extension du SAVS : accompagnement sur 10 logements transitionnels
- 2009 : ♦ 01/12/2009 : la Garde Itinérante de Nuit (20 places)
- 2011 : *poursuite du développement d'un dispositif favorisant le maintien à domicile :*
♦ *Projet de Service de Soins d'Infirmiers à Domicile (en cours d'agrément)*
♦ *Projet des aidants familiaux (en cours d'agrément)*
♦ *Evolution du projet de l'Habitat service*
- 2012 : *projet de SAMSAH spécifique pour les étudiants en situation de handicap.*

ANNEXE 2

QUELQUES DEFINITIONS (Par ordre d'apparition dans le texte)

Résidence sociale⁸² :

Une résidence sociale permet de bénéficier d'une solution temporaire de logement, en principe fixée à deux ans, de façon semi-collective, **en attendant de trouver un logement définitif, avec un accompagnement dans la recherche de cette solution durable**. Les personnes peuvent être orientées par des services sociaux, des associations, etc. Une résidence est ouverte à tout public en difficulté, et disposant de faibles ressources, ou ne dépassant pas un plafond de ressources, ce dernier pouvant varier suivant la manière dont a été financée la résidence pour sa construction. Selon les ressources dont il dispose, le locataire (qui bénéficie alors du statut de **résident**) peut bénéficier d'aides au logement (Allocation Personnalisée au Logement, Allocation de Logement Sociale, et Allocation Transitoire au Logement) mais ne peut pas bénéficier de l'aide sociale car une résidence sociale n'est pas un centre d'hébergement. Le résident prend en charge le loyer, ainsi que les charges qui lui incombe, comme le ferait un locataire dans un logement traditionnel. Une résidence sociale relève d'un agrément DDASS et entre dans le champ de l'insertion : le financement de l'accompagnement social relève donc de la compétence de la DDASS.

Enquête sociale⁸³ :

L'Enquête Sociale, autrefois appelée Bilan Social, est un outil contributif au dialogue social interne, et présente chaque année un état des lieux de situation du personnel dans une entreprise. L'Enquête Sociale apporte une vue d'ensemble des caractéristiques du personnel et de leurs conditions de travail. L'Enquête permet de repérer les problèmes et dysfonctionnements pour y remédier et d'anticiper une politique de gestion des ressources humaines. L'Enquête Sociale est obligatoire dans les entreprises de plus de 300 salariés depuis la loi de juillet 1977⁸⁴. L'APF est par conséquent soumise à la présentation de l'Enquête Sociale pour chaque structure.

⁸² Décret 94-1128 à 94-1130 du 23 décembre 1994 et art. R353-154 à R353-165 du Code de la construction

⁸³ Les diagnostics de l'emploi territorial n°9 – Décembre 2005 – P.9

⁸⁴ Loi n°77-769 du 12 juillet 1977 relative au bilan social de l'entreprise

Le Schéma départemental⁸⁵ :

Il revient au Département de définir sa politique au travers de documents qui orientent et planifient les choix de la politique départementale en matière d'organisation sociale et médico-sociale, en faveur des personnes âgées et handicapées. C'est au travers du schéma départemental, et à partir d'un diagnostic partagé entre techniciens du Département et les acteurs de l'action sociale et médico-sociale, que sont définis des choix donnant du sens à l'action. Le schéma départemental est voté par les élus du Département et est établi pour une durée de cinq ans.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) :

Depuis la loi de 2002-2 et son décret d'application du 22 octobre 2003 précisant le cadre du CPOM⁸⁶, une ordonnance de 2005⁸⁷ (dite ordonnance de simplification du droit) a donné la possibilité pour plusieurs structures gérées par un même organisme dépendant d'une même autorité de tarification de signer un CPOM. Le CPOM prend le caractère d'un outil simplificateur de gestion (procédure budgétaire simplifiée), un outil de dialogue et une sécurité financière. La signature du CPOM est précédée d'une évaluation partagée des enveloppes financières et d'un diagnostic des besoins à satisfaire. Le CPOM s'inscrit dans une autonomie de gestion pour l'association et de rapports de confiance.

L'intérêt évident du CPOM pour les deux parties est ainsi de disposer d'un plan d'ensemble pluriannuel (à l'APF : sur trois ans) prévoyant l'évolution des dépenses (rendues très lisibles pour le financeur) ainsi que les réponses à apporter aux besoins restant à satisfaire. Le CPOM inscrit l'association et le financeur dans le cadre réglementaire relatif à la tarification et il manifeste la volonté de poursuivre des relations de confiance tant dans les actions entreprises, dans les moyens à mettre en œuvre que dans l'évaluation des résultats obtenus.

⁸⁵ La loi 2002-2 (art L312 du CASF) indique la finalité, le contenu et la durée d'application des schémas

⁸⁶ Décret 2003-1010 fixant la durée du CPOM à 5 années maximum

⁸⁷ Ordonnance 2005-1477 du 1^{er} Décembre 2005

ANNEXE 3

Charte de l'Association des Paralysés de France



Le fondement des valeurs de l'association

Dans la ligne de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'APF, mouvement de personnes handicapées, de leur famille et de personnes valides, affirme la primauté de la personne.

L'être humain ne peut être réduit à son handicap ou sa maladie quels qu'ils soient.

En tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société : elle a le choix et la maîtrise de son existence.

L'APF affirme son indépendance de tout parti politique et de toute religion.

L'APF revendique :

L'intégration de la personne handicapée dans la société, à toutes les étapes de son existence, en tous lieux et en toutes circonstances.

La prise en compte des préoccupations des familles dès l'annonce du handicap, quelle qu'en soit l'origine.

L'égalité des chances par la compensation humaine, technique et financière des conséquences du handicap, afin de permettre à la personne handicapée d'acquérir une pleine autonomie.

La mise en œuvre d'une politique de prévention et d'information de la société sur les réalités du handicap.

L'APF développe :

Une dynamique d'insertion pour une plus grande ouverture sur l'extérieur, par les possibilités qu'elle donne d'entrer en relation avec le monde et par les partenariats qu'elle instaure.

Une égalité effective entre toutes les personnes handicapées, quel que soit leur lieu de résidence.

La solidarité entre les personnes, handicapées et valides.

L'accueil et l'écoute des personnes handicapées et des familles.

L'APF s'engage à assurer :

La place prépondérante de l'adhérent

Le droit d'expression de tous : adhérents, bénévoles, salariés, usagers

Le développement de la vie associative à travers toutes ses composantes, condition essentielle de la vitalité de l'association

La représentation et la défense des intérêts des personnes handicapées et de leur famille

La qualité de ses services en développant l'observation et l'anticipation, l'innovation et l'expérimentation, l'information et la formation, et en procédant à leur évaluation régulière

La proximité de son action par sa présence sur l'ensemble du territoire et la cohérence de celle-ci par son organisation nationale

L'APF s'oblige :

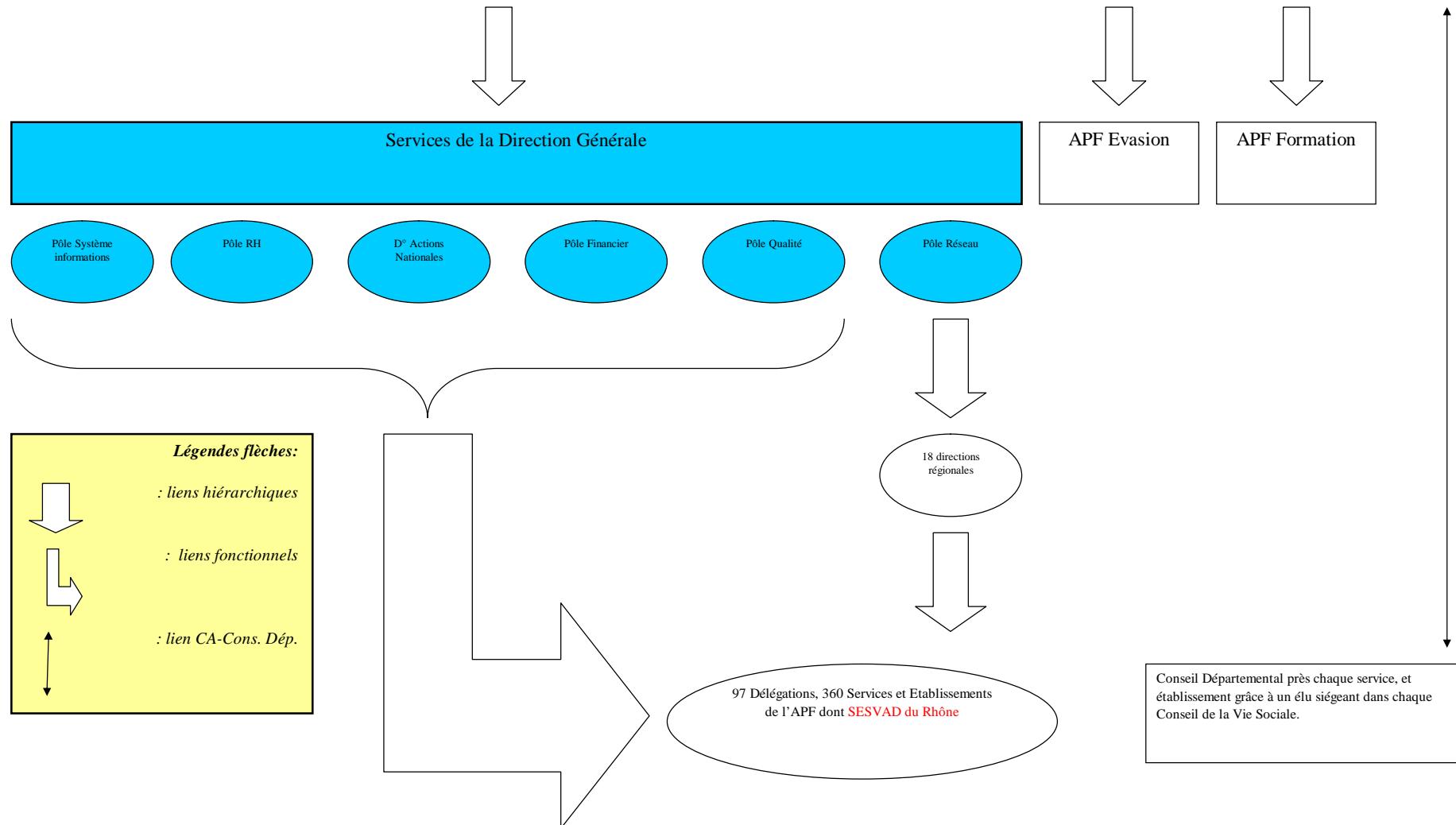
A la rigueur dans la recherche et la gestion des fonds obtenus des pouvoirs publics ou provenant de la générosité du public

A informer ses donateurs

A garantir la transparence de ses comptes

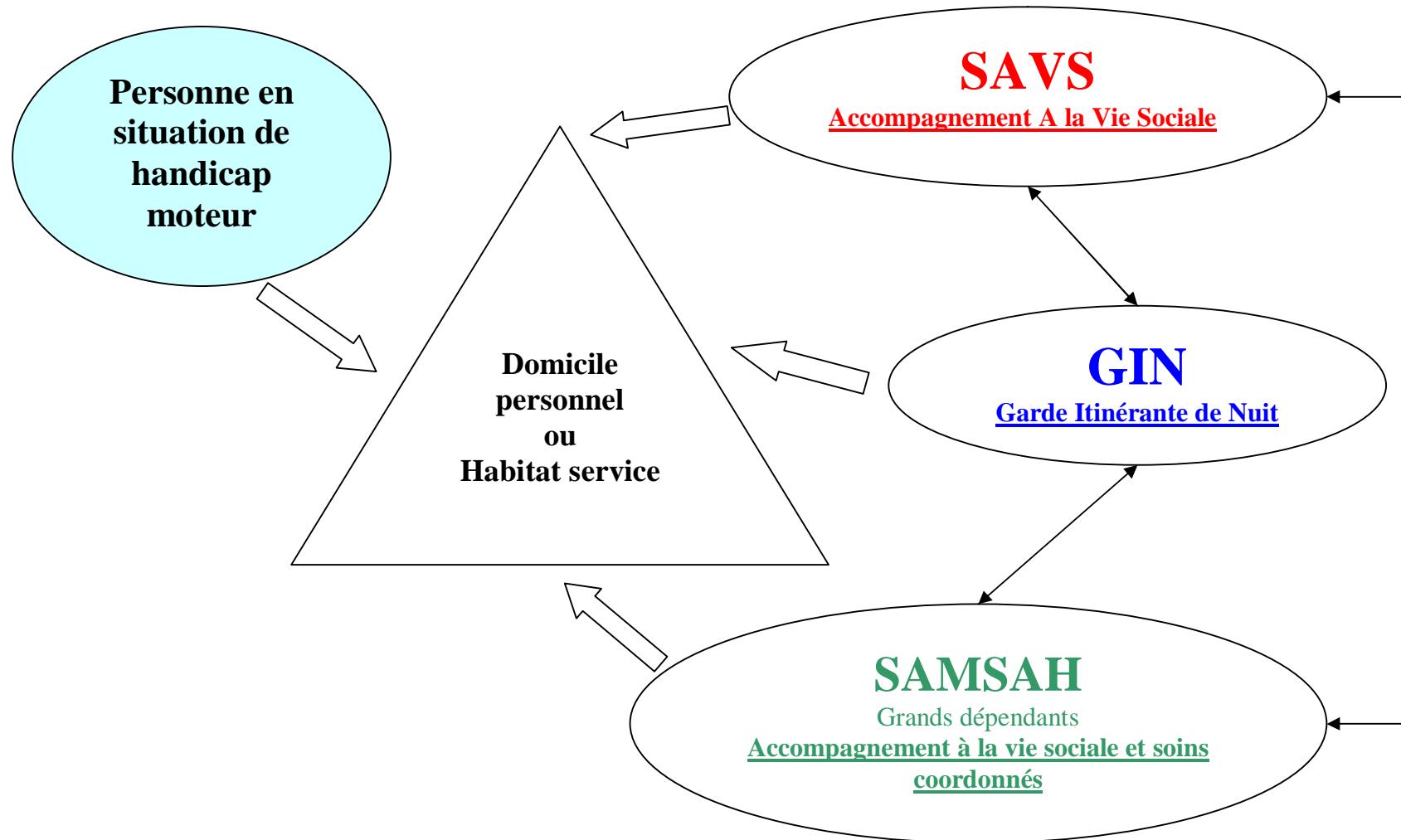
A utiliser les fonds mis à sa disposition en donnant toujours la priorité aux valeurs humaines

Présidence et Conseil d'Administration de l'APF



Organisation de l'Association des Paralysés de France

ANNEXE 4



Le dispositif SESVAD

ANNEXE 5

ANNEXE 6

13 mars 2005

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 6 sur 36

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

NOR : SAN0424257D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 9 septembre 2004 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 novembre 2004,

Décrète :

Art. 1^{er}. – La sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un paragraphe 10 ainsi rédigé :

* Paragraphe 10

« Services d'accompagnement à la vie sociale
et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

* Sous-paragraphe 1

« Services d'accompagnement à la vie sociale

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

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

- « a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- « b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

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

- « a) L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- « b) L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- « c) Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- « d) Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

- « e) Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- « f) Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- « g) Le suivi éducatif et psychologique.

« Les prestations énumérées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

« *Art. D. 312-155-8.* — Les prestations énumérées à l'article D. 312-155-7 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

- « a) Des assistants de service social ;
- « b) Des auxiliaires de vie sociale ;
- « c) Des aides médico-psychologiques ;
- « d) Des psychologues ;
- « e) Des conseillers en économie sociale et familiale ;
- « f) Des éducateurs spécialisés ;
- « g) Des moniteurs-éducateurs ;
- « h) Des chargés d'insertion.

+ *Sous-paragraphe 2*

** Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*

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

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

- « a) Des soins réguliers et coordonnés ;
- « b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

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

- « a) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;
- « b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Les prestations mentionnées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

« *Art. D. 312-155-12.* — Les prestations mentionnées à l'article D. 312-155-11 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, en sus des personnels mentionnés à l'article D. 312-155-8, tout ou partie des professionnels suivants :

- « a) Des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;
- « b) Des aides-soignants.

« L'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin.

+ *Sous-paragraphe 3*

** Dispositions communes*

« *Art. D. 312-155-13.* — Les services définis aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 prennent en charge et accompagnent des personnes adultes handicapées de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

« Les prestations correspondantes sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, y compris scolaire et universitaire, et ses activités professionnelles, en milieu ordinaire ou protégé, ainsi que, le cas échéant, dans les locaux du service.

« *Art. D. 312-155-14.* — Les services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 sont autonomes ou rattachés à l'un des établissements ou services mentionnés aux 5^e et 7^e du I de l'article L. 312-1.

« Tout service mentionné à l'alinéa précédent, autonome ou rattaché à un établissement, doit disposer de locaux identifiés permettant d'assurer son fonctionnement, d'organiser les prestations et de favoriser la coordination des personnels.

« Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

« *Art. D. 312-155-15.* — L'usager de l'un des services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 participe, avec l'équipe pluridisciplinaire mentionnée aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12, à l'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement. Ce projet tient compte de son projet de vie et des préconisations de la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

« Art. D. 312-155-16. — Le service doit être doté des personnels mentionnés aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12, dont le nombre et la qualification sont appréciés en fonction de la qualification du service, de sa capacité, de ses objectifs et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement, tels qu'ils ont été définis dans le projet de service.

« En outre, l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission.

« L'ensemble des intervenants susmentionnés participent à la réalisation du projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement de la personne adulte handicapée.

« Art. D. 312-155-17. — Les membres de l'équipe pluridisciplinaire des services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 possèdent les diplômes ou les titres à finalité professionnelle nécessaires à l'exercice de leurs compétences.

« Les personnels mentionnés aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12 peuvent être salariés du service ou de la structure à laquelle il est rattaché ou exercer en libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux concluent avec la personne morale gestionnaire une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service, ainsi que les modalités d'exercice du professionnel au sein du service visant à garantir la qualité des prestations.

« Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, des conventions fonctionnelles peuvent être passées, avec des personnes physiques ou morales intervenant dans les secteurs social, médico-social et sanitaire proches du domicile de la personne adulte handicapée, pour la réalisation de prestations complémentaires ou de proximité.

« Art. D. 312-155-18. — Lorsque le service défini aux articles D. 312-155-5 ou D. 312-155-9 intervient sur un lieu de formation ou de travail, une convention, signée par la personne handicapée, est passée pour la durée de l'intervention avec la personne physique ou morale de droit public ou privé responsable de l'établissement accueillant la personne handicapée ou employant celle-ci.

« Cette convention précise les conditions d'intervention du service, la liste des personnels amenés à intervenir auprès de la personne handicapée avec leur qualification et leur statut, ainsi que leurs modalités d'intervention sur les lieux où s'exercent l'activité de formation, y compris scolaire et universitaire, et l'activité professionnelle.

« Dans le respect des dispositions de l'article L. 311-3 ainsi que des attributions et des contraintes de chacun, la coopération entre le service d'accompagnement à la vie sociale ou le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et la personne physique ou morale de droit public ou privé visée au présent article doit permettre :

« a) D'informer l'ensemble des personnes composant l'environnement de la personne handicapée des besoins de celle-ci ;

« b) D'identifier les difficultés susceptibles de survenir et de définir les actions permettant d'y mettre fin ou de les éviter ;

« c) De conduire une évaluation périodique des besoins de la personne handicapée afin de procéder, le cas échéant, aux adaptations nécessaires.

« Art. D. 312-155-19. — Les services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent paragraphe dans un délai de trois ans à compter de la publication du décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. »

Art. 2. — Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité, la ministre déléguée à l'intérieur et la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 mars 2005.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,*
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

*Le ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur*

et de la recherche,

FRANÇOIS FILLON

*Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,*
DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

*Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et de la ruralité,*
DOMINIQUE BUSSEREAU

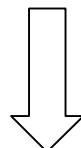
La ministre déléguée à l'intérieur,
MARIE-JOSÉE ROIG

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,
MARIE-ANNE MONTCHAMP

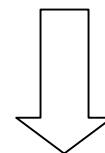
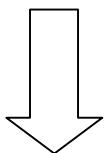
ANNEXE 7

Schéma d'organisation du SESVAD par type de fonctions

DIRECTEUR REGIONAL APF – RHÔNE-ALPES



DIRECTRICE DU SESVAD



POLE ADMINISTR.

2 professionnels

1 Attaché administratif

1 secrétaire

POLE EDUCATIF

7 professionnels

1 Coordinateur social

1 Conseillère ESF

3 Assistants sociaux

2 Educateurs spécialisés

POLE SOINS- MEDICAL

17 professionnels

2 Infirmières coordinatrices

2 Ergothérapeutes

1 Médecin

1 Infirmier

11 Aides-soignants

POLE SERV. GENE.

1 professionnel

1 Ouvrier d'entretien

Tous les pôles sont en lien fonctionnel entre eux

ANNEXE 8

Tableau des effectifs (en équivalent temps plein) par service

REPARTITION DES FONCTIONS PAR SERVICES	SAVS 40 places	Habitat S. 10 places	SAMSAH 20 places		GIN 20 places
	Acc social	Acc social	Acc social	Soins	Soins
1.ENCADREMENT					
Directeur	0,50	0,10	0,40		
TOTAL DIRECTION	0,50	0,10	0,40	0,00	0,00
2.ADMINISTRATIF					
Attaché Administratif	0,60	0,10	0,30		
Secrétaire	0,70		0,30		
TOTAL ADMINISTRATIF	1,30	0,10	0,60	0,00	0,00
3.SERVICES GENERAUX RESTAURATION					
Ouvrier d'entretien	0,10	0,80	0,10		
TOTAL SERVICES GENERAUX	0,10	0,80	0,10	0,00	0,00
4.SOCIO EDUCATIF					
Coordonateur		0,65	0,20		
Accompagnant - Conseillère en ESF	1,00				
Accompagnants - Assistante Sociale	1,00		1,50		
Accompagnants - Educateurs spécialisés	1,00	0,50			
TOTAL SOCIO EDUCATIF	3,00	1,15	1,70	0,00	0,00
Ratio places/personnel socio-éduc.	12,90	8,70	11,76		
5.PARAMEDICAL					
Aide-soignants				6,00	3,00
Infirmière Coordinatrice				0,75	0,30
Infirmier DE				0,75	
Ergothérapeute	0,50	0,25		1,00	
Psychologue	0,30	0,10		0,30	
TOTAL PARAMEDICAL	0,80	0,35	0,00	8,80	3,30
6.MEDICAL					
Médecin conseil				0,10	
TOTAL MEDICAL	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00
TOTAL ETP TOUTES FONCTIONS	5,70	2,50	2,80	8,90	3,30

ANNEXE 9

Diagnostic de la dépendance des personnes accompagnées au SAMSAH

Informations du patient : type de handicap, situation familiale, durée de compensation humaine nécessaire en fonction du handicap					Interventions hebdomadaires du SAMSAH (soins)				
					Professionnels autres		Aides-soignants		
Nom	Date entrée au service	Type de Handicap		Situation familiale	Heures d'auxiliaire de vie par jour	Infirmier	Kiné et orthophoniste (passage hebdo.)	Passage aides soignants M(Matin) et S(Soir)	Durée de soins
D.F	11/03/08	Maladie orpheline	Evolutif	Vit seul	24	selon besoin	3 fois	7J/7 M	10,50
M.A	15/09/09	Tétraplégie		Vit seul	24	7j/7	3 fois	7J/7 M+S	12,25
R.S	01/09/06	Myopathie	Evolutif	Vit seule	20	selon besoin	1 fois	7J/7 M	9,31
P.P	15/02/06	Anoxie		En famille	16	selon besoin	5 fois	7J/7 M	9,31
A.K	12/11/08	Neuromusculaire	Evolutif	Coloc.	15	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	14,00
M.J	12/11/08	Neuromusculaire	Evolutif	Coloc.	15	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	14,00
V.F	19/09/05	Tétraplégie		Vit seule	14	7j/7	5 fois	7J/7 M	9,31
B.L.	11/08/08	Paraplégie		Vit seul	8	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	12,81
A.B	02/03/10	Triplégie		Vit seule	6	selon besoin	4 fois	7J/7 M+S	12,81
B.F	22/03/10	TCE		Vit seule	6	3j/7	2 fois	7J/7 M+S	10,50
B.J	04/05/09	Tétraplégie		Vit seul	6	3j/7	3 fois	7J/7 M+S	14,56
E.C	17/10/05	Tétraplégie		En famille	6	7j/7	3 fois	7J/7 M	11,06
F.S	10/03/08	Tumeur		Vit seul	6	selon besoin	3 fois (+ ortho 3 fois)	7j/7 M+S	11,20
V.J	05/07/06	Tétraplégie		Vit seul	6	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	12,81
V.B	06/05/08	Hémiplégie		Vit seul	6	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	12,81
B.L.	03/09/07	Sclérose en plaques (SEP)	Evolutif	Vit seul	5	1 fois/15j	3 fois (+ ortho 2 fois)	7J/7 M	8,75
M.D	01/06/05	SEP	Evolutif	Vit seule	5	7j/7	3 fois	7J/7 M+S	12,81
R.E	01/07/09	Infirme moteur cérébral		Vit seul	4	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	12,81
T.C	17/11/08	Triplégie		Vit seule	4	selon besoin	3 fois	7J/7 M+S	12,81
B.R	01/05/06	SEP	Evolutif	Vit seul	2	selon besoin	3 fois	5J/7 M	6,65

ANNEXE 10

Grille de parcours des usagers accompagnés à l'Habitat service

Nom	Lieu de vie avant entrée en logement transitionnel à l'HS	Date entrée HS (ordre croissant)	Service d'accomp.	Sortie HS	Lieu de sortie	Durée parcours HS en mois
BO	Centre Médical de l'Argentière	07/05/2007	SAVS	01/03/2009	Logement ADOMA	22,13
LA	Foyer d'accueil médicalisé les Villandières	01/10/2007	SAVS	01/10/2008	Hospitalité de Béthanie	12,20
CO	Centre de rééducation fonctionnel Mardor	01/12/2007	SAMSAH	01/11/2008	Logement droit commun avec amie	11,20
HE	Foyer Hébergement La Richardière	01/04/2008	SAVS	01/12/2008	ELOG puis logement de droit commun	8,13
AN	Foyer Hébergement APF	01/05/2008	SAVS		<i>Pas de projet de sortie - renouvellement</i>	
CO	Foyer Hébergement APF	01/05/2008	SAVS		<i>Projet résidence du Tonkin</i>	
CA	Foyer Hébergement APF	01/06/2008	SAVS		<i>Projet logement droit commun</i>	
RO	Logement indépendant	01/07/2008	SAVS	01/05/2009	ADOMA puis Logement droit commun	10,13
AN	Fondation Richard	01/07/2008	Stage puis SAVS	01/01/2010	Logement droit commun	18,30
RE	Foyer Hébergement APF	01/11/2008	SAVS		<i>Projet logement droit commun</i>	
RA	FAM handicap psychique	01/11/2008	SAMSAH	01/02/2010	Logement droit commun	15,23
TC	Hôpital Henry Gabrielle	01/11/2008	SAMSAH	01/04/2009	Logement droit commun	5,03
LE	FAM APF accueil TC	01/12/2008	SAVS		<i>Projet résidence du Tonkin</i>	
MO	Fondation Richard	01/01/2009	Stage	31/01/2009	Retour Fondation Richard	1,00
DJ	FAM APF accueil TC	01/02/2009	SAVS		<i>Pas de projet de sortie - suivi CMP</i>	
DJ	IEM Montrodat	01/03/2009	Stage	31/03/2009	Retour IEM Montrodat	1,00
RO	Fondation Richard	01/05/2009	SAMSAH		<i>Projet logement droit commun avec ami</i>	
BA	Hôpital Henry Gabrielle	01/06/2009	SAMSAH			
MO	Armée du Salut	01/06/2009	SAVS	01/03/2010	Logement droit commun	9,10
RA	FAM APF accueil TC	01/02/2010	SAVS			
AL	Centre Médical de l'Argentière	01/03/2010	SAMSAH			
CE	FAM Nice	01/04/2010	SAVS			

 Personnes accompagnées par le SAVS

 Personnes accompagnées par le SAMSAH

 Personnes accueillies en stage

ANNEXE 11

MISE EN ŒUVRE BUDGETAIRE DU PROJET

PROJET D'EVOLUTION DE L'HABITAT SERVICE **Mise en œuvre budgétaire**

	BUDGET POUR INFORMATION (source : CPOM 2009-2011)		MESURES NOUVELLES		
	SAMSAH	SAVS RENFORCE	SAMSAH RENFORCE	SAMSAH URGENCE	STAGES EN APPART.
	Accompagnement sur Habitat service				
Budget par place	<i>Année 2011</i>	<i>Année 2011</i>	Année 2011	Année 2011	Année 2011
Groupe I frais de fonctionnement	849	450	450	450	
Groupe II frais de personnel	8 002	9 509	9 509	9 509	
Groupe III frais de structure (1)	2 080	2 376	1 876	2 468	592
A.- BUDGET / PLACE	10 931	12 335	11 835	12 427	592
Taux d'occupation		95%	95%	85%	90%
(1) Charges liées à l'innocation		296	296	888	592
B.- Places			6	1	1
C.- MESURES NOUVELLES 2011			71 010	12 427	592

ENSEMBLE DE MESURES NOUVELLES POUR 2011 : 84 029

ANNEXE 12

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)

- *Extrait de la journée nationale du 3 Juin 2010 –*

L'ANESM a été créée par une loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007. L'ANESM a donc vu le jour 5 ans après la loi de 2002, pour garantir la qualité de l'accompagnement des personnes fragilisées par l'évaluation dans les ESMS. L'ANESM est née sous l'impulsion de Philippe BAS avec le soutien de l'UNIOPSS, du FNARS, de gestionnaires d'ESMS et avec l'appui de l'IGAS et de la CNSA. L'ANESM est notamment chargée de :

- ♦ Valider les bonnes pratiques professionnelles (loi 2002)
- ♦ Présenter des recommandations : parmi les 16 recommandations, on peut citer :
 - La bientraitance : prévention, rôle et encadrement
 - L'accompagnement Alzheimer en ESMS (priorité de l'Etat)
 - Concilier vie en collectivité et l'accompagnement individuel
 - L'évaluation interne dans les ESMS : c'est une recommandation importante de l'ANESM. Un travail est en cours pour permettre aux établissements de définir des indicateurs : l'ANESM veillera à garantir la pertinence et la faisabilité des indicateurs.
 - La rédaction, l'élaboration du projet d'établissement ou de service
- ♦ Habiliter des organismes à évaluer et à délivrer des rapports d'évaluation aux Agences Régionales de Santé et aux Présidents de CG. Vers mi-2009, l'ANESM a commencé à habiliter les premiers organismes habilités à l'évaluation externe. Un décret issu de la loi HPST (attendu pour fin 2010) devra définir l'évaluation externe. **L'évaluation sera une appréciation des résultats obtenus, et ne sera pas un contrôle.**

L'ANESM est constituée :

- ♦ D'un Comité d'orientation stratégique chargé notamment d'élaborer les recommandations et d'émettre des avis. Ce comité regroupe des représentants d'usagers, de la CNSA, de l'administration, des représentants de syndicats... Son but est de sensibiliser, de faire s'approprier les bonnes pratiques par les professionnels
- ♦ D'un Conseil scientifique qui garantit la pertinence des missions de l'ANESM et l'élaboration des bonnes pratiques.

4^{ème} de couverture

NOM Prénom du CANDIDAT : Jérôme PRELY	Date Jury : 18/10/2010
DIPLOME : CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale)	
TITRE : Favoriser le libre choix de la vie en autonomie pour un public en situation de handicap moteur très dépendant	
SOUS-TITRE : Diversification d'une offre de services d'accompagnement sur du logement transitionnel	
<hr/>	
RESUME :	
Par la loi de 2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », le législateur a posé le principe du libre choix de vie à domicile pour les personnes en situation de handicap moteur, quel que soit leur niveau de dépendance.	
Le projet propose d'utiliser une plateforme de services nés de la loi de 2005 afin d'accompagner des personnes en situation de handicap moteur, qui le souhaitent, et quel que soit leur niveau de dépendance, vers l'autonomie, par l'intégration progressive d'un logement.	
<hr/>	
MOTS CLEFS : Accompagnement – Apprentissage – Autonomie – Citoyenneté – Dépendance – Handicap moteur – Logement – Loi de 2005 - Vie à domicile	
NOMBRE DE PAGES : 81	ANNEXES : 12
CENTRE DE FORMATION : Collège Coopératif Rhône-Alpes - LYON	