



**« PROMOUVOIR L'INCLUSION DES JEUNES AGES DE 16
À 25 ANS, EN SITUATION DE HANDICAP, PAR LA
CREATION D'UN POLE DE RESSOURCES ET DE
SERVICES ADAPTES »**

Jacky BLOT

2015

caldes



Remerciements

Ce travail d'écriture dans le cadre du mémoire ne se résume pas aux pages qui suivent. Ma sincère gratitude va à toutes les personnes qui de près ou de loin, en amont et pendant la rédaction de ce document, m'ont aidé, soutenu, accompagné, conseillé. Qu'elles en soient vivement remerciées.

Sommaire

Introduction	1
1 Mieux répondre aux besoins des 16/25 ans en situation de handicap, une préoccupation partagée par l'association gestionnaire et l'autorité de tarification.....	5
1.1 Une association gestionnaire qui s'interroge sur le devenir des adolescents et jeunes majeurs qu'elle accompagne	5
1.1.1 La présentation de l'association gestionnaire	5
1.1.2 Les ruptures de parcours des adolescents et jeunes majeurs	7
1.1.3 Des usagers qui restent en attente d'accompagnement	8
1.1.4 L'ébauche d'une réflexion associative face aux constats repérés.....	8
1.2 L'appel à projet comme une opportunité.....	10
1.2.1 Le public visé par le dispositif.....	10
1.2.2 La typologie d'un public pluriel.....	11
1.2.3 Les besoins repérés par l'autorité de tarification.....	13
1.2.4 Les objectifs du dispositif à créer.....	14
1.2.5 Répondre à l'appel à projet, un choix stratégique associatif	15
1.3 Des besoins qui changent, des réponses à adapter.....	16
1.3.1 Le contexte législatif en faveur de l'inclusion	16
1.3.2 Des attentes et des besoins contemporains tournés vers l'inclusion.....	17
1.3.3 L'AAJD, une association ouverte vers l'inclusion et la culture « réseaux »	21
1.3.4 Le PRSA, une certaine conception d'intervention à partir du projet de la personne	22
1.3.5 Des réponses plurielles organisées en offre de services	23
2 Promouvoir l'inclusion des 16/25 ans en milieu de vie ordinaire, une ambition qui s'explique	27
2.1 Un contexte favorable à l'inclusion.....	28
2.1.1 Insertion, assimilation, intégration ou inclusion	28
2.1.2 La démarche d'inclusion impulsée et soutenue par les politiques publiques.....	31
2.1.3 La valorisation des rôles sociaux, un système de valeurs promotionnel pour la personne	32
2.1.4 Participation sociale, qualité de vie et citoyenneté	34

2.2	La nécessité de la désinstitutionnalisation.....	36
2.2.1	Désinstitutionnaliser ou instituer autrement.....	38
2.2.2	Des expériences en cours en France et en Belgique	40
2.2.3	Des usagers qui s'expriment.....	43
2.2.4	Des parents à accompagner vers d'autres perspectives	45
2.3	L'émergence de nouveaux paradigmes en matière d'accompagnement.....	46
2.3.1	La revendication de la participation, un droit affirmé	47
2.3.2	L'éthique de direction.....	48
2.3.3	Ecosystème et biodiversité, proximité et porosité.....	49
2.3.4	L'innovation stratégique, moteur de l'offre de services	51
3	Une réponse innovante, la création du PRSA	53
3.1	Susciter le décroisement intra et inter sectoriel : le PRSA comme centre de ressources.....	58
3.1.1	Mobiliser l'existant associatif.....	59
3.1.2	S'inscrire dans une dynamique de réseaux.....	60
3.1.3	Faire du projet personnalisé une base conventionnelle.....	63
3.2	Mobiliser les ressources humaines : la GPEC associative.....	63
3.2.1	Identifier les compétences et recruter les collaborateurs.....	64
3.2.2	Promouvoir les compétences, ou le choix de l'empowerment	65
3.2.3	Former et accompagner les professionnels	66
3.3	S'appuyer sur un management stratégique.....	67
3.3.1	Mettre en place une organisation qualifiante, ou quand le projet organise	68
3.3.2	La démarche d'intervention, du sens, de la méthode, des hommes	68
3.3.3	Animer le dispositif.....	70
3.4	Mobiliser les moyens utiles à l'action du service et garantir les droits des usagers.....	71
3.4.1	Doter le PRSA des moyens logistiques spécifiques à sa philosophie d'action.....	71
3.4.2	Assurer la garantie des droits des usagers	72
3.5	S'engager dans une campagne de communication permanente	73
3.5.1	Élaborer un plan de communication.....	73
3.5.2	Présenter le projet aux instances et aux partenaires, ou l'élaboration de la carte « réseaux » du service	74
3.5.3	Solliciter et échanger avec les usagers et leurs proches.....	74
3.5.4	Communiquer au sein du service et de l'association.....	75

3.6 Piloter l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité des prestations.....	76
3.6.1 Réaliser les évaluations internes et externes.....	76
3.6.2 Mettre en place les instances d'évaluation et de suivi	77
Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AAJD : Association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté

ACIS : Association Chrétienne des Institutions Sociales et de santé

ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AMHI : Association des Mousquetaires pour les Handicapés et leur Insertion

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APIC'S : Agir Pour l'Insertion Citoyenne et Solidaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASBL : Association Sans But Lucratif

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale

CAP : Certificat Aptitude Professionnelle

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

CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental

CESF : Conseillère en Économie Sociale et Familiale

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CFA : Centre de Formation des Apprentis

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRESS : Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire

CSA : Comité Stratégique Associatif

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

EA : Entreprise Adaptée

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EREA : Établissement régional d'Enseignement Adapté

ESAT : Établissements et Services d'Aide par le Travail

ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux

ETP : Équivalent Temps Plein

FIM : Institut de Formation des Chambres de Commerce et d'Industrie de la Manche

FJT : Foyer Jeunes Travailleurs

FORDIS : Formation Distribution (Groupe Intermarché)

GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico Social

GEVA : Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation

GIFFOCH : Groupe International Francophone pour la Formation aux Classifications du Handicap

GPE : Groupe de Pilotage et Évaluation

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IEM : Institut d'Education Motrice

IDRIS : Institut de Développement et de Recherche en Inclusion Sociale

IME : Institut Médico Éducatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRP : Instances Représentatives du Personnel

IRTS : Institut Régional du Travail Social

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPB : Plan de Promotion de la Bienveillance

PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PRSA : Pôle de Ressources et de Services Adaptés

PSRS : Programme Stratégique Régional de Santé

PTCE : Pôle territorial de Coopération Économique

QI : Quotient Intellectuel

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

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

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SFER : Service de Formation et d'Éducation Routière

Si3S : Service d'Inclusion Scolaire, Sociale et de Soin

SROSM : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

TCC : Troubles du Comportement et de la Conduite

TIC : Technologies de l'Information et des Communications

TICE : Technologies de l'Information et des Communications pour l'Enseignement

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Prévention des ruptures, fluidité des parcours, offres de prestations diversifiées et personnalisées, inclusion au cœur des dispositifs de droit commun, etc, de nouveaux vocables comme autant de nouveaux objectifs apparaissent au sein du secteur médico-social en faveur des personnes en situation de handicap, et viennent impacter fortement les organisations professionnelles.

Les pouvoirs publics donnent l'impulsion et sur les sites internet des différentes Agences Régionales de Santé s'inscrivent en bonne place des appels à projets qui vont dans ce sens. Ainsi, le 7 mai 2014, en application de l'article L.313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), l'ARS de Basse-Normandie lance un appel à projet pour la création d'un service médico-social expérimental de 40 places ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans (toutes déficiences) dans le département de la Manche.

L'association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté (AAJD) décide de répondre à cet appel à projet et constitue un groupe de pilotage associatif chargé d'écrire le projet en question, groupe dont je fais partie. Le 16 octobre 2014, comme d'autres associations du département de la Manche, l'AAJD présente à la commission ARS son projet de service intitulé **P.R.S.A.** (**P**ôle de **R**essources et de **S**ervices **A**daptés) et obtient de la part de l'Administration une réponse favorable quelques jours plus tard.

Engagée depuis plusieurs années dans une réflexion autour de la question du devenir des jeunes majeurs et de la prévention des ruptures dans le parcours de vie de l'utilisateur, cette réponse constitue aussi pour l'AAJD l'opportunité de développer son offre de service en direction des (jeunes) adultes par la création d'un service « passerelle » entre le secteur médico-social « enfance » et le secteur médico-social « adulte ».

Sur proposition du directeur général de l'association, le président de l'AAJD me confie la responsabilité de ce nouveau service dont l'ouverture est prévue le 5 janvier 2015, avec une montée en charge progressive au cours du premier semestre de l'année de création. Directeur de l'IME « IDRIS-AAJD » depuis mars 2008, je quitte donc l'établissement que je dirige au 31 décembre 2014 pour mener à bien la mission qui vient de m'être confiée.

Ce mémoire présente la création de ce dispositif expérimental dédié aux 16 / 25 ans en situation de handicap, de la réflexion associative aux constats partagés avec les premiers concernés et les acteurs de terrain, à la mise en place du dispositif à la suite de la procédure de l'appel à projets, des questions à traiter aux réponses originales élaborées et mises en œuvre, et précise la place, le rôle que j'occupe dans ce projet en tant que directeur.

En préambule, quelques mots sur le titre de ce mémoire – Promouvoir l'inclusion des jeunes âgés de 16 à 25 ans, en situation de handicap, par la création d'un Pôle de Ressources et de Services Adaptés - :

Promouvoir s'inscrit comme le titre générique d'une compétence qui regroupe les termes suivants, « concevoir, formaliser, piloter et évaluer le projet de service », compétences que je définis comme autant de moyens au service d'un objectif, en l'occurrence la promotion de l'inclusion d'un public-cible.

J'utilise le terme « jeunes » pour désigner les adolescents et jeunes majeurs concernés par l'action du service par analogie avec les appellations ordinaires des dispositifs de droit commun en direction des « jeunes », comme les *bourses Déclics « jeunes »* de la Fondation de France¹, les « jeunes » 16 / 25 ans accompagnés par les Missions Locales, les « jeunes » 16 / 30 ans hébergés en FJT, etc. Pour autant, dans le corps de ce document, le terme « jeune » est régulièrement remplacé par le terme « usager », en tant que bénéficiaire (« quiconque est amené à être usager de...mais nul ne saurait être identifié comme un usager par essence,...² ») d'un service rendu, dans le sens où « la notion d'usager se place dans la relation à l'autre, l'interactivité. L'usager est celui qui fait usage d'une disposition sociale, collective, du vivre ensemble ».³

Situation de handicap plutôt que personne handicapée, au sens de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et des travaux de chercheurs tels Patrick Fougeyrolas (Québec), Claude Hamonet (Créteil) et Thérèse Magalhaes (Porto), pour lesquels handicap et situation de handicap sont intimement liés, insistant à la fois sur les facteurs environnementaux dans le processus de production du handicap⁴, ou sur les situations de vie qui conditionne le handicap et la subjectivité de la personne qui conditionne sa façon de (se) voir et d'agir en conséquence⁵, paradigmes qui rendent le mieux compte à mon avis des conditions d'une société « inclusive ».

Création car le service PRSA s'inscrit en réponse à un appel à projet de l'ARS dans le cadre de l'expérimentation, même si nous ne sommes pas en présence d'une création ex nihilo dans la mesure où la réflexion associative⁶ était déjà bien avancée, et que d'autres expériences sur le territoire national⁷ comme à l'étranger⁸ sont également en cours.

¹ Les *bourses Déclics jeunes* de la Fondation de France s'adressent à des jeunes de 18 à 30 ans désireux de réaliser leur vocation à travers un projet personnel, original et ouvert sur les autres, dans les domaines les plus divers : art, artisanat, culture, sciences, techniques, action sociale, humanitaire.

² JAEGER M., Rapport remis par le 18 février 2015, États généraux du travail social, *groupe de travail « Place des usagers »*, p.22.

³ DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale*, Issy-Les Moulineaux, ESF éditeur, p.29.

⁴ cf les travaux de FOUGEYROLAS P.

⁵ cf les travaux de HAMONET C. et MAGALHAES T.

⁶ cf chapitre 1.1.4.

⁷ cf chapitre 2.2.2.

Enfin, Pôle de ressources et de services adaptés dans le sens de plateforme de services qui coordonne le parcours et le projet personnalisé de la personne, où « il existe une relation ad hoc entre les services qui se connectent autour d'un projet de promotion particulier à une personne »⁹.

La première partie de ce document traduit à la fois la préoccupation et l'ambition partagées de l'ARS de Basse Normandie d'une part et l'association AAJD d'autre part, à mieux répondre aux besoins des jeunes âgés de 16 à 25 ans en situation de handicap, dans un souci d'inclusion en milieu de vie ordinaire. A la croisée de cette conjonction opportune, un détour par une description de la typologie des différents publics et une étude de leurs attentes et de leurs besoins, conjugués à la dynamique d'accessibilité universelle inscrite dans la loi du 11 février 2005, et à la culture associative ouvertement « inclusive » et résolument tournée vers le travail en réseau, nous amènent à penser une conception d'intervention à partir du projet de la personne qui est au cœur de la philosophie d'action du PRSA.

La deuxième partie interroge les vocables employés, de l'intégration à l'inclusion, en passant par la qualité de vie, la participation des usagers, le processus de désinstitutionnalisation, la valorisation des rôles sociaux. Cette nécessaire clarification des concepts va de pair avec le recueil de la parole des usagers eux-mêmes, ce qu'ils expriment, ce qu'ils demandent, et aussi ce que demandent et interrogent leurs parents, en France comme en Belgique où des expériences similaires existent depuis quelques années. Nous verrons que cette expression des usagers et de leur famille s'ancre dans une dynamique de revendication des droits, et notamment du droit à participer, à la fois comme principe instauré et généralisé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et comme aspiration sociétale que l'on retrouve sous l'expression de démocratie participative, approche qui semble répondre à des besoins croissants de liaison sociale et d'une forme nouvelle dans l'exercice de la vie politique. Ainsi, d'autres formes d'accompagnement sont à explorer, innovantes, stratégiques, dynamiques.

La troisième partie présente le processus de création du PRSA, identifié, positionné comme centre de ressources, processus de création et projet de service qu'en tant que directeur, j'ai conçus, élaborés et mis en œuvre avec le soutien technique des collègues de la Direction Générale, en tenant compte des réflexions émanant du Conseil de Direction de l'AAJD, et en concertation avec le Directeur Général.

Dynamique de réseaux, processus projet, recrutement des collaborateurs, stratégie managériale, communication interne et externe, démarche d'évaluation et procédure de

⁸ cf chapitre 2.2.2.

⁹ LOUBAT J.R., 2014, Paris, Dunod, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, p.146.

compte-rendu de l'action, soit le quotidien d'un directeur engagé comme je le suis dans l'évolution de la stratégie associative vers d'autres publics, en particulier les jeunes majeurs en situation de handicap.

1 Mieux répondre aux besoins des 16/25 ans en situation de handicap, une préoccupation partagée par l'association gestionnaire et l'autorité de tarification

Comment anticiper les ruptures de parcours de tous ces jeunes, adolescents et jeunes majeurs, sortant d'ULIS collège sans véritablement de solution ni d'accompagnement, ou claquant la porte de l'ITEP ou du SESSAD en revendiquant haut et fort une toute nouvelle indépendance conférée par une majorité récente...et mal comprise ? Que répondre aux jeunes adultes maintenus en IME au titre de l'amendement CRETON et qui souhaitent « se débrouiller » par eux-mêmes, sans les éducateurs, et s'essayer à l'autonomie résidentielle, tout en conservant la validité de leur orientation en ESAT ?

Ces questions, l'AAJD comme l'ARS de Basse Normandie se les sont posées, comme d'autres institutions et organismes partout en France. Ces réflexions, parfois itératives, ont donné lieu à un appel à projet émanant des pouvoirs publics et que l'AAJD a su saisir, convaincant l'autorité de tarification de lui confier les rênes d'un service expérimental dédié aux 16 / 25 ans en situation de handicap sur le territoire de la Manche. Mais de qui parle-t-on quand on évoque les 16 / 25 ans en situation de handicap ? Quelle typologie ? Quels besoins et attentes ? Et pour quelles réponses ?

1.1 Une association gestionnaire qui s'interroge sur le devenir des adolescents et jeunes majeurs qu'elle accompagne

1.1.1 La présentation de l'association gestionnaire

L'AAJD est une association à but non lucratif régie par la loi 1901 qui développe son activité sur le département de la Manche.

L'association agit conformément à l'article 2 de ses statuts, « *L'Association se donne pour objectifs d'accueillir et d'accompagner des mineurs et des adultes fragilisés dans leurs capacités d'apprentissage et d'insertion, du fait d'un handicap reconnu, ou d'une situation familiale ou sociale source de perturbations ou de difficultés d'adaptation.*

Elle met en place, avec des financeurs publics ou privés, des structures adaptées, ainsi que toutes opérations commerciales, financières ou industrielles pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet social (ou à tout objet similaire ou connexe), pour apporter aux personnes qu'elle accueille ou accompagne, l'aide éducative, pédagogique, thérapeutique et sociale, dont elles ont besoin ».

L'AAJD se donne pour finalité de :

« Promouvoir l'accès de chacun à ses droits fondamentaux et à ses obligations pour réaliser son projet de vie, conforter sa qualité de vie et exercer sa citoyenneté ».

Les valeurs, concepts et principes de référence portés par l'association fondent le sens et les principes qui guident l'action :

- ✓ L'égal accès de tous aux droits fondamentaux
- ✓ La Valorisation des Rôles Sociaux (VRS)¹⁰, une ligne de conduite
- ✓ Une approche globale de la personne induite par la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹¹
- ✓ Le management par projet, l'articulation du sens et de la méthode
- ✓ L'offre de service, un ensemble d'activités, reliées entre elles, décloisonnées, en interrelation.

L'association développe une offre de services pour s'adapter et répondre aux besoins des personnes, en appui de dispositifs dans le champ social et médico-social :

- ✓ L'Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP), à Agneaux et Querqueville
- ✓ L'Institut Médico Éducatif de Développement et de Recherche en Inclusion Sociale (IDRIS), à Marigny et Agneaux
- ✓ Le Service d'Éducation et de Soins Spécialisés À Domicile (SESSAD), à Saint-Lô et Tournaville
- ✓ Le Dispositif d'Accompagnement Diversifié et Personnalisé pour enfants et adolescents (DADP), à Cherbourg-Octeville et Valognes
- ✓ Le Relais Parental du Cotentin, à Cherbourg-Octeville
- ✓ Le Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT « Aux 4 vents ») à Saint-Lô
- ✓ Les Groupements de Coopération Sociaux et Médico-Sociaux (GCSMS) : le dispositif Cap Alternance, et le Service de Formation et d'Éducation Routière (SFER), à St-Lô.

L'association impulse une culture du projet à travers le management par projet qui invite à l'articulation entre le sens et la méthode, les projets personnalisés étant élaborés et construits par une équipe projet interdisciplinaire. De fait, l'AAJD s'appuie sur une structure de type matriciel.

¹⁰ Né en Europe du Nord à la fin des années 50, le concept de VRS est repris au Canada en 1972 par W.WOLFENBERGER et introduit en France au début des années 80.

¹¹ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Enfin, la stratégie associative est élaborée et construite en s'appuyant notamment sur le Conseil Stratégique Associatif (CSA) composé du Président, du Directeur général, des directeurs d'établissements et services et des cadres de la Direction Générale (services financiers, développement et recherche/qualité, informatique et réseaux). Ce CSA élabore et propose au conseil d'administration des choix stratégiques et techniques, permettant aux différents directeurs d'éclairer les décisions associatives au regard d'un secteur en grande mutation. Adossé au CSA, le conseil de direction composé du directeur général et des directeurs d'établissements et services contribue à la déclinaison de la stratégie associative par une collaboration active entre tous les directeurs.

1.1.2 Les ruptures de parcours des adolescents et jeunes majeurs

Des discussions avec mes collègues directeurs de l'AAJD en conseil de direction, comme avec d'autres collègues directeurs d'associations partenaires et des responsables de l'Éducation Nationale dans d'autres réunions, il ressort que nous évoquons souvent ces situations de jeunes en difficulté dans leur parcours et les risques de rupture inhérents. Quelques exemples : il peut s'agir d'un jeune de 16/17 ans déficient intellectuel, en fin de scolarité en Ulis collège, et sans solution sauf à être inscrit sur la liste d'attente d'un IME pour repenser son projet professionnel, et qui reste chez ses parents en attendant une hypothétique admission ; d'un jeune de 20 ans suivi en SESSAD et pour lequel l'âge couperet des 20 ans arrive trop vite alors que l'appétence pour suivre une formation qualifiante vient juste d'advenir, la fin de l'accompagnement médico-social mettant en péril la poursuite de sa formation ; ou d'un jeune majeur à « la maison » après plusieurs tentatives ratées d'insertion en milieu ordinaire de travail, et qui s'éloigne peu à peu de l'employabilité ; ou d'un autre qui fréquente de temps à autre la Mission Locale, mais qui ne donne pas suite aux diverses sollicitations. J'ai aussi en tête quelques noms de jeunes accompagnés pendant quelques années et qui viennent illustrer mes propos : Estelle¹², jeune femme de 21 ans, qui a quitté le SESSAD après l'obtention d'un CAP en EREA, mais qui butte sur l'emploi et a manifestement besoin de soutien pour ne pas baisser les bras ; ou Jérémy, parti de l'ITEP en claquant la porte à 18 ans, et qui deux ans d'errance plus tard, tente un timide rapprochement avec ses anciens éducateurs ; enfin Florian, âgé de 22 ans et admis en IME depuis ses 8 ans, mais qui ne supporte plus l'institution et met à mal tout ce que les professionnels tentent de lui apporter, n'ayant pour seul discours « je veux partir ».

¹² Les prénoms ont été modifiés sur l'ensemble du document.

1.1.3 Des usagers qui restent en attente d'accompagnement

« Selon le rapport de l'observatoire des données médico-sociales, au 30 juin 2012, sur le territoire de la Manche, 507 enfants et jeunes étaient en attente de places en établissements et services médico-sociaux. Parmi eux, 278 jeunes bénéficient d'une orientation vers un SESSAD et 43 d'entre eux étaient âgés de 15 à 19 ans.

De plus, la MDPH identifie 57 personnes maintenues dans un établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton et bénéficiant d'une orientation ESAT. Ces situations n'autorisent pas l'entrée d'enfants et de jeunes dans les établissements du champ de l'enfance handicapée »¹³.

Au 30 juin 2015, selon l'Inspecteur de l'Éducation Nationale chargé de l'Adaptation scolaire et la Scolarisation des élèves Handicapés (IEN-ASH) de la Manche, sur 97 élèves en attente d'une place en IME, ITEP ou IEM, 22% sont sortants de collège (ULIS ou SEGPA) ou non scolarisés (suivis par le CNED).

Au-delà de ces chiffres, la question de la gestion des listes d'attente est un sujet régulièrement évoqué avec mes collègues directeurs du secteur médico-social. Il n'existe pas d'outil dans la Manche, que ce soit au niveau de la MDPH ou au niveau de l'ARS, qui recense précisément les noms des usagers en attente de place dans un établissement ou service médico-social. Nous constatons que certains jeunes sont inscrits sur plusieurs listes d'attente, ce qui est leur droit le plus absolu, et de ce fait, l'addition des listes d'attentes des différents établissements et services ne traduit que partiellement la réalité de la situation. Pour autant, ce qui fait consensus auprès des collègues directeurs, c'est la faible probabilité pour un usager âgé entre 17 et 19 ans, en 15 ou 20^{ème} position sur une liste d'attente, de bénéficier d'une admission avant l'âge limite correspondant à l'agrément de l'établissement ou du service. Ces jeunes restent donc en attente d'accompagnement, et généralement, leur projet de vie se restreint alors à rester au domicile parental, avec toutes les conséquences qu'on peut aisément imaginer sur la démotivation, la perte progressive des acquis, la dégradation de l'estime de soi, le repli sur soi ou la fréquentation d'« amis » peu aidants, enfin la possible détérioration du climat familial.

1.1.4 L'ébauche d'une réflexion associative face aux constats repérés

Dès 2010, avec mes collègues directeurs (de l'AAJD et d'autres associations), à l'occasion d'échanges formels et informels, nous faisons déjà les constats décrits plus haut. En juin 2011, j'avais alors présenté au directeur général de l'AAJD l'idée d'une plateforme de services qui pourrait regrouper différents services dans un même lieu. J'évoquais alors plutôt une juxtaposition de services tournés vers les adultes dans le

¹³ Extrait du cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche.

cadre d'une coopération (sous forme de GCSMS) avec d'autres associations du secteur qui réfléchissaient alors à la mise en place ou l'extension d'un SAVS et d'un SAMSAH, lesquels auraient pu s'installer auprès du SESSAD de l'AAJD, du SFER (service de formation et d'éducation routière) et du dispositif de formation par alternance Cap'alternance (je dirige ces deux dispositifs). Je postulais que la proximité géographique de différents services liés entre eux dans le cadre d'un GCSMS serait plus à même de répondre à l'hétérogénéité des besoins de jeunes majeurs dont le projet global est à repenser. Sur sollicitation du directeur général, j'étais alors amené à co-présenter, avec l'adjointe de direction responsable développement/qualité de l'AAJD, au Conseil d'administration en janvier 2012 un diaporama qui nommait déjà le PRSA comme Pôle de ressources et de Services Adaptés, et qui se déclinait de la manière suivante :

Le « pourquoi » du projet :

- ✓ Des constats partagés : des ruptures au moment des grandes étapes de la vie : scolarisation, formation professionnelle, prise d'autonomie résidentielle, majorité, entrée dans la vie active... ; une inadéquation entre les différents stades de développement de la personne (enfance, adolescence, âge adulte) et les attendus de la société ; des services agréés par tranches d'âges qui segmentent le projet de vie.
- ✓ L'évolution du contexte législatif : Loi 2002 → adaptation des services aux besoins et non l'inverse, une recomposition de l'offre de services adaptés à la demande et aux besoins individuels ; loi 2005 → le contexte de vie comme facilitateur ou facteur d'aggravation du handicap ; introduction du droit à compensation ; accessibilité ; loi 2009 (HPST) → incitation aux plates-formes collaboratives entre associations, les GCSMS prioritaires pour les appels à projets ; idée que les dispositifs expérimentaux sortent des appels à projets.

Le « comment » du projet :

- ✓ Un outil pour diversifier et articuler les réponses : une palette de prestations diversifiée, complémentaire, articulée, à disposition et activée en fonction du projet de vie de la personne (continuité du parcours de la personne ; graduation, fluidité des processus d'apprentissage).

Si le projet avait reçu un écho favorable à l'époque de la part des administrateurs, le contexte ne se prêtait pas à aller plus loin : d'autres projets associatifs étaient déjà en cours de réalisation et mobilisaient de par leur ampleur les cadres de direction, à commencer d'ailleurs par la restructuration de mon propre établissement, l'IME ; de plus, les autorités de tarification n'étaient pas suffisamment engagées dans une telle réflexion.

1.2 L'appel à projet comme une opportunité

Créé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST), désormais, les projets de création, transformation ou extension s'inscrivent en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires. Cette nouvelle procédure doit permettre de répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins et attentes des usagers en soutenant l'innovation et l'expérimentation.

La création du PRSA relève de cette nouvelle procédure, l'AAJD saisissant cette opportunité pour tenter d'apporter des réponses aux constats conjointement repérés avec l'ARS sur la situation des jeunes de 16 / 25 ans en situation de handicap sur le département de la Manche.

1.2.1 Le public visé par le dispositif

« Le projet expérimental permettra l'accompagnement dans le cadre d'un dispositif adapté de 40 adolescents et jeunes adultes de 16 à 25 ans :

- ✓ Garçons et filles, dont les déficiences et éventuels troubles associés seront différents : personnes présentant une déficience intellectuelle, des troubles de la conduite et du comportement, un handicap psychique,
- ✓ En situation d'amendement CRETON¹⁴ actuellement accueillis au sein d'établissements pour enfants handicapés bénéficiant d'une orientation en ESAT¹⁵. »

Au-delà de cette présentation sommaire, nous pouvons déjà introduire une réflexion qui engage d'emblée « la réponse » du service, à savoir une réponse manifestement personnalisée, adaptée et coordonnée dans l'environnement. En effet, dans le cadre d'un dispositif « classique », il est évident que l'accueil sur un même lieu de ces publics présente des difficultés de prises en compte et d'individualisation certaines. La réglementation actuelle différencie précisément chacune des typologies énoncées ci-dessus et les préconisations de prise en charge avancent une différenciation « cloisonnée » des dispositifs.

Rassembler ces publics au sein d'un même service présente des incohérences dans la construction d'une réponse standard. Il s'agira de différencier non pas les typologies mais plutôt les modalités d'accompagnement et la construction de la « réponse ».

¹⁴ Code de la Sécurité Sociale, loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 - Article 22.

¹⁵ Extrait du cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche.

Dès lors, nous ne pouvons pas définir des modalités spécifiques liées à telle ou telle typologie mais nous orienter vers une réelle individualisation de la réponse aux besoins par le biais du projet personnalisé.

Pour autant, il importe pour les professionnels qui accompagnent ces différents publics de connaître les particularités de la déficience intellectuelle, des troubles de la conduite et du comportement et du handicap psychique.

1.2.2 La typologie d'un public pluriel

La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se définit par 3 critères dont l'existence d'un quotient intellectuel (QI) inférieur ou égal à 70¹⁶, un déficit du comportement adaptatif (capacités d'autonomie et de socialisation) par rapport à un environnement social, et la manifestation de la déficience au cours du développement, de la période de la naissance à l'âge adulte. Ainsi les aptitudes intellectuelles sont déficientes en comparaison avec celles de la majorité des individus du même âge et de même culture.

Par aptitudes intellectuelles, on entend la compréhension, l'analyse des situations rencontrées, l'intégration, l'interprétation et le stockage des informations, qui permettent de généraliser, manier des concepts abstraits, synthétiser, transférer les apprentissages, mémoriser... Ces aptitudes sont nécessaires pour pouvoir lire, écrire, calculer, s'orienter, résoudre des problèmes...

Selon les aptitudes touchées et la mesure dans laquelle elles le sont, il sera impossible ou difficile pour une personne, dans la vie de tous les jours, de manipuler spontanément de l'argent, de se déplacer, a fortiori faire des achats, se rendre compte des dangers, donner son avis, faire des choix,... sans apprentissage et sans l'intervention d'un tiers.

L'autre condition pour pouvoir parler de déficience intellectuelle est la présence de limitations des habiletés adaptatives dans plusieurs des domaines suivants : communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail.

Les troubles de la conduite et du comportement

A la lecture du décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP), nous notons que ces établissements accueillent des « enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont

¹⁶ Le Q.I. moyen se situe entre 90 et 100. Il signifie que l'individu qui obtient ce résultat est capable de résoudre les mêmes problèmes que la majorité des individus du même âge et de même culture

l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ».

Si de multiples facteurs peuvent être considérés à l'origine de ces troubles (biologiques, familiaux, environnementaux), le plus souvent en interactions entre eux, les manifestations qui en découlent peuvent se traduire par :

- ✓ des difficultés majeures sur le plan scolaire, avec retard dans les apprentissages, troubles cognitifs, acquisition partielle de la lecture et de l'écriture, repérage spatio-temporel défaillant...
- ✓ des troubles divers pouvant toucher l'alimentation, le sommeil, l'humeur, l'hygiène, et aussi la relation à l'autre et à soi, l'hyper activité...
- ✓ un comportement social gravement perturbé par une intolérance majeure à la frustration, de la violence et de l'agressivité, des troubles de la relation, des conduites addictives.

Le handicap psychique

Le handicap psychique¹⁷ se distingue du handicap mental de la façon suivante :

- ✓ le handicap mental résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée.
- ✓ le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider.

Le handicap psychique intègre des psychopathologies sous jacentes : les psychoses, et en particulier la schizophrénie ; le trouble bipolaire ; les troubles graves des conduites et de la personnalité (personnalité border line, par exemple) ; certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) ; parfois aussi des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales et les maladies neurodégénératives.

¹⁷ www.unafam.org>accueil>national

Dans le handicap psychique, c'est l'organisation qui est en cause, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres... associés à la non reconnaissance des troubles, à la dénégaration (le déni), à l'absence de participation sociale.

La situation de handicap rend la vie difficile pour la personne malade et son entourage.

Cinq domaines de la vie courante sont à prendre en considération au quotidien pour évaluer l'importance du handicap :

- ✓ la capacité à prendre soin de soi
- ✓ à établir des relations durables
- ✓ à se former et à assurer une activité
- ✓ à se maintenir dans un logement
- ✓ à organiser une vie sociale et des loisirs.

La connaissance des particularités de la situation de handicap psychique permet d'aider la personne malade à faire des projets et à retrouver une place parmi les autres.

1.2.3 Les besoins repérés par l'autorité de tarification

Le cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche, mis en ligne sur le site de l'ARS Basse Normandie, présente les constats suivants :

« Les travaux préparatoires au Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale ont mis en évidence un risque de rupture dans le parcours des jeunes à la fin de la scolarité obligatoire, soit 16 ans.

Le SROSM de Basse-Normandie vise à une prévention de ces ruptures de parcours et à favoriser la formation et l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap.

Les travaux menés au niveau régional dans le cadre de la commission régionale de scolarisation ont permis d'identifier un besoin d'accompagnement spécifique des jeunes de plus de 16 ans en situation de handicap. Il est relevé une préparation insuffisante du projet professionnel conduisant parfois à des demandes d'orientation en établissement uniquement basées sur cet aspect. Il a également été identifié une appétence tardive de ces jeunes pour la scolarité nécessitant un accompagnement au-delà de 20 ans ».

Partant de ces constats, l'ARS précise que « l'objectif de l'appel à projet est d'assurer l'adaptation du parcours des jeunes en situation de handicap de plus de 16 ans ainsi que des jeunes en situation d'amendement CRETON à leurs besoins d'accompagnements médico-social, dans une logique de prévention des ruptures d'accompagnement, de soutien à l'autonomie, de construction du projet d'insertion sociale et professionnelle et de pérennisation du projet de soins. Le dispositif accompagnera les usagers jusqu'à 25 ans.

Il s'inscrit dans les objectifs de la loi du 11 février 2005 de promotion de l'inclusion en milieu de vie ordinaire ainsi que dans l'orientation 1 du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de Basse-Normandie. »¹⁸.

A la lecture de cet extrait, on retrouve clairement les constats présentés plus haut, concernant à la fois des usagers sortant tout juste d'un parcours scolaire avec un projet professionnel peu ou pas élaboré, des jeunes âgés d'à peine 20 ans pour lesquels la poursuite d'un accompagnement médico-social serait nécessaire, et des jeunes maintenus en établissement au titre de l'amendement CRETON et qui expriment le souhait de quitter l'établissement qui les accueille tout en maintenant leur projet socio-professionnel.

1.2.4 Les objectifs du dispositif à créer

En référence au cahier des charges de l'appel à projet, nous pouvons établir que les objectifs du dispositif 16 / 25 ans sont les suivants :

- ✓ préciser le projet d'orientation de l'adolescent ou jeune adulte en favorisant un parcours d'insertion vers le milieu ordinaire.
- ✓ soutenir l'autonomie sociale de l'utilisateur en termes d'accès à la citoyenneté, d'autonomie dans le logement, de déplacements et de vie sociale.
- ✓ assurer la continuité et la pérennité du projet de soins, en passant d'une logique de soins intégrés au sein de l'établissement à une logique de soins coordonnés (mobilisant les ressources libérales, médico-sociales et sanitaires).
- ✓ renforcer la construction du projet préprofessionnel ou professionnel de l'adolescent ou jeune adulte à travers différentes modalités.
- ✓ plus spécifiquement pour les jeunes adultes disposant d'une orientation vers un ESAT, de ne plus être maintenus en IME et de bénéficier de l'accompagnement d'un nouveau dispositif intermédiaire à l'insertion en milieu de vie ouvert.

En outre, inscrit dans le cahier des charges de l'appel à projet, « le dispositif devra s'inscrire en coordination avec l'ensemble des dispositifs complémentaires d'accompagnement ». La particularité du dispositif résidera donc dans son aspect complémentaire à l'offre existante, renvoyant à la richesse du travail en réseau et du partenariat, à la fois intra sectoriel lorsqu'on s'appuie sur les établissements et services du secteur médico-social, et aussi inter sectoriel en s'appuyant sur les ressources du secteur sanitaire (santé physique, psychique, rééducations), du monde de l'entreprise (stages professionnels) et de la formation professionnelle (inscription dans des cursus de

¹⁸ Extrait du cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche.

formation à temps plein ou temps partiel), du social en matière d'hébergement, de la justice en matière de protection, etc.

En aucun cas, le dispositif ainsi défini ne devra se présenter comme un service de substitution à ce qui existe déjà. Cette distinction, cette nuance sera maintes fois répétée lors de la période de communication auprès des partenaires lors des premiers mois d'installation du service. Cette présentation devrait permettre d'éviter l'écueil d'apparaître au mieux comme un service de plus, au pire comme un service concurrent auprès des partenaires, mettant du même coup en péril la particularité du service, à savoir une prestation de services articulées autour des dispositifs spécialisés et de droit commun existants sur le territoire de proximité du lieu de vie de la personne.

1.2.5 Répondre à l'appel à projet, un choix stratégique associatif

En 2009, l'association gestionnaire a actualisé son projet associatif et ses statuts pour développer des projets en direction des adultes.

Le « A » ajouté au sigle AAJD pour Association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté et la fiche action n° 9 du CPOM 2009-2014 intitulée « Favoriser le développement du projet associatif en direction des adultes » marquent cette volonté.

Si le projet de départ que j'avais eu l'occasion de présenter en 2012 n'a pas été retenu à l'époque¹⁹, pour autant, le groupe projet associatif mis en place et animé par le directeur général de l'AAJD dans le cadre de cette dynamique a étudié les besoins et les perspectives possibles d'un dispositif expérimental intégrant l'articulation avec des ressources internes et externes à l'AAJD existantes ou à créer (formation professionnelle, Entreprise Adaptée). Sous l'impulsion du directeur général, l'idée de départ a été alors revisitée, amendée, enrichie et a abouti à l'élaboration d'un projet PRSA actualisé.

Répondre à l'appel à projet vient alors s'inscrire d'une part dans cette évolution stratégique de l'association vers les adultes en situation de handicap par la création d'un service articulé entre le monde de l'enfance et le monde adulte, ouvrant la voie à d'autres perspectives de développement (notamment par une réflexion autour d'une Entreprise Adaptée dans le secteur de la restauration). D'autre part, proposer une autre réponse aux adolescents et jeunes majeurs en voie de rupture et de marginalisation faute de projet, de perspective, d'horizon dans leur vie, favorisant la fluidité des parcours et accompagnant les usagers aux différents moments clés, donc à risque, de leur parcours de vie (fin de l'obligation scolaire, majorité, plus de 20 ans, découverte du monde du travail, autonomie résidentielle et sociale, etc.).

¹⁹ cf chapitre 1.1.4.

1.3 Des besoins qui changent, des réponses à adapter

Inscrite au cœur de la loi du 11 février 2005, l'accessibilité « de tous à tout » tente de s'imposer dans la société, non sans mal d'ailleurs si l'on en juge par les différents constats dressés par les différents acteurs à l'occasion des dix ans de la loi en question. Malgré des résultats en demi-teinte, l'idée de rendre accessible le milieu ordinaire à celles et ceux qui en sont privés de par leur handicap continue de prospérer au cœur des institutions que sont l'Ecole ou l'Entreprise, interrogeant du même coup les conditions à réunir pour y parvenir.

1.3.1 Le contexte législatif en faveur de l'inclusion

Le contexte législatif et réglementaire national est décliné en grande partie à partir du niveau international, et notamment :

- ✓ La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée par l'OMS le 22 mai 2001, qui permet de considérer le rôle de l'environnement comme un élément majeur du processus de construction du handicap.
- ✓ La charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne signée au sommet de Nice le 7 décembre 2000, qui stipule à l'article 26 relatif à l'intégration des personnes handicapées : « L'Union reconnaît le droit des personnes handicapées à bénéficier des mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté ».
- ✓ Afin de favoriser l'inclusion des personnes handicapées, en référence à la charte des droits fondamentaux, la Commission Européenne a identifié huit domaines d'action conjointe entre l'UE et les États membres, suite à l'analyse des résultats du plan d'action européen en faveur des personnes handicapées (2003-2010) et de consultations menées auprès des États membres. On retrouve parmi ces huit domaines, l'accessibilité, la participation, l'égalité, l'emploi, la formation et l'éducation en faveur des personnes handicapées.
- ✓ La Convention Internationale relatives aux droits des personnes handicapées²⁰, qui précise dans son article 19 intitulé « autonomie de vie et inclusion dans la société », que « Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et

²⁰ La Convention relative aux droits des personnes handicapées a été adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, ratifiée par la France en 2010.

appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société... ».

Fort de ce contexte international, en réformant la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, la loi du 11 février 2005 introduit un renversement complet de perspective : alors que la loi de 1975 était centrée sur la définition d'un statut pour « le handicapé », population cible, celle de 2005 fait, au contraire, de la question de la participation des personnes à la vie sociale son point de départ. Les nombreux articles de la loi vont dans le même sens, à savoir garantir à toute personne handicapée l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. Il en va ainsi :

- ✓ du droit à la compensation en fonction du projet de vie formulé par la personne
- ✓ du droit à l'inscription dans l'école la plus proche du domicile
- ✓ de la mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai de dix ans
- ✓ du renforcement des obligations d'emploi des personnes handicapées²¹
- ✓ de la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), véritable guichet unique d'information, d'attribution des droits, de sensibilisation du grand public.

Si l'accessibilité à l'éducation ordinaire devient la règle²², pour aller plus loin, je fais miens les propos de Bertrand Dubreuil et Roland Janvier sur l'accessibilité, et qui éclaire particulièrement cette notion mise au cœur de la loi du 11 février 2005 :

« ...l'accessibilité ne se limite pas à l'adaptation architecturale et environnementale aux conditions de déplacement et d'existence,..., c'est plus généralement l'ensemble des dispositions que prend la société pour s'adapter aux spécificités de certains de ses membres,..., c'est la capacité de la société à penser la personne avec un handicap comme nécessitant qu'on s'adapte aux comportements qu'elle adopte compte tenu de son handicap et non pas seulement qu'elle seule soit obligée de s'adapter... »²³.

1.3.2 Des attentes et des besoins contemporains tournés vers l'inclusion

De 2008 à 2014, j'ai dirigé et restructuré à la demande de l'AAJD et avec le soutien actif des services de la direction générale d'une part, et de mes deux collègues chefs de

²¹ cf article L.122-45 du Code du travail, relatif au principe de non-discrimination en raison du handicap dans le cadre professionnel.

²² « Art.L.112-1 du Code de l'Education ...Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ».

²³ DUBREUIL B, JANVIER R, Conduire le changement en action sociale, ESF éditeur, Issy-Les-Moulineaux, 2014, p 38.

service d'autre part, l'IME La Chapelle sur Vire devenu en 2010 IDRIS pour Institut de Développement et de Recherche en Inclusion Sociale. L'IME est ainsi passé en quelques années d'une culture et une organisation « intramuros » à une organisation par projet résolument ouverte sur l'extérieur, inclusive, articulée autour d'une relation de service : « dans cette logique de la relation de service, la réponse aux besoins est organisée au sein de l'ensemble du dispositif, à partir des projets personnalisés d'accompagnement autour de prestations variées, adaptatives et réactives. C'est une démarche organisationnelle horizontale et transversale par projets, dans un fonctionnement par réseau en appui de ressources au service de l'utilisateur »²⁴. Installé en campagne à 6 km du bourg le plus proche et 18 km de la ville-préfecture, j'ai relocalisé l'établissement sur deux sites distincts, l'un au cœur d'un chef-lieu de canton de 2300 habitants (Marigny) en pleine expansion (avec école, collège, centre de loisirs, clubs de sport, pôle de santé, commerces) pour accueillir les 6 / 16 ans²⁵, et l'autre sur l'agglomération saint-loise (Agneaux) forte de 28 000 habitants avec tous les dispositifs de droit commun à proximité, pour accueillir les 16 / 20 ans²⁶. La question de l'inclusion, scolaire, sociale, a été pendant toutes ces années au cœur des discussions et des débats entre les professionnels, les usagers, les familles. Au final, le choix de promouvoir le principe de l'inclusion chaque fois que possible a été unanimement validé par l'immense majorité des professionnels, des jeunes (et notamment les adolescents et jeunes majeurs, très contents d'habiter en ville), et des familles s'exprimant lors des Conseil de Vie Sociale, des journées « portes ouvertes » et des questionnaires de satisfaction.

En dépit des difficultés inhérentes aux troubles cognitifs et autres troubles associés, j'ai (et mes collègues de terrain) souvent entendu ou vu des jeunes visiblement heureux d'aller à l'école municipale, au collège ou au lycée, ou passer un bon mercredi après-midi au centre de loisirs ou au club « ado », ou encore satisfaits de faire les courses au Supermarché en vue du repas du soir, ou d'être inscrits sur le dispositif Cap'alternance²⁷ et ainsi bénéficier de semaines de regroupement pédagogique hors de l'institution, et de stages en entreprises. A de rares exceptions, pour lesquelles l'inclusion n'était pas adaptée car uniquement source de souffrance, nous, professionnels comme parents, avons constatés d'indéniables progrès dans le comportement (plus apaisé), la posture (plus adaptée), l'estime de soi (renforcée) des jeunes, et avons également observé alors l'émergence d'une capacité à se projeter (enfin) dans un avenir réaliste, atteignable et valorisant.

Quelques exemples viennent illustrer mon propos :

Nous sommes en 2009. Floran²⁸, 14 ans, se morfond à l'IME et se scarifie toutes les semaines. Son comportement se dégrade, et son état physique, son hygiène, sa tenue aussi. Il passe une quinzaine de jours hospitalisé en psychiatrie tous les ans en

²⁴ Extrait du projet d'établissement IDRIS 2010-2015, page 87.

²⁵ 33 jeunes présentant une déficience intellectuelle, garçons et filles, dont 16 internes.

²⁶ 22 jeunes présentant une déficience intellectuelle, garçons et filles, dont 12 internes.

²⁷ cf 2.2.2

²⁸ Les prénoms ont été modifiés sur l'ensemble du document.

novembre, qui correspond à l'anniversaire de son père, parti depuis longtemps du domicile familial. Les éducateurs rapportent qu'il mange avec les mains car il dit être un gueux du Moyen Age. La psychologue parle de traits psychotiques majeurs malgré une déficience intellectuelle légère. Je reçois Floran pour un énième épisode de violence à l'égard d'un plus jeune et je l'interroge sur ce qu'il voudrait faire s'il avait une baguette magique. Un peu pris au dépourvu, il répond : « je veux aller au collège comme mon frère ». Quatre ans plus tard, Floran se souvient avec le sourire de ces trois années de collège (à temps partiel et accompagné d'une éducatrice, tout au moins la première année). Il n'est plus jamais hospitalisé, se scarifie beaucoup moins, et prépare tranquillement dans les ateliers de l'IDRIS son embauche en ESAT, ayant compris que « le milieu ordinaire (lui) demande trop d'efforts (sic) ». A deux reprises, il croise la directrice pédagogique de l'Unité d'enseignement, et deux fois il lui demande si « d'autres vont au collège aussi ? ». A la suite du « oui » entendu, il ajoute « c'est bien pour eux » avant de tourner les talons.

Ou le témoignage d'une mère, membre du conseil de Vie Sociale, interviewée lors de la réalisation d'un film²⁹ réalisé en 2013 qui illustre toutes les démarches de la restructuration de l'établissement : « Je fais partie du Conseil de Vie Sociale où on parle de la restructuration de l'IDRIS et de l'inclusion à l'école et dans les entreprises. Pour nous, la Chapelle sur Vire, c'était comme un retrait du monde, mais ce n'est pas la vie courante. Nos enfants, on ne les cache pas, ils sont là et font partie du tissu social. L'inclusion, c'est très important, car des jeunes en difficultés, ça peut toucher tout le monde, il y en a partout. C'est important de les inclure dans la vie normale ».

Et encore, lors d'une journée « portes ouvertes » de l'IDRIS en 2012, Monsieur R. me fait part des progrès de son fils et m'interroge sur cette évolution positive. Je n'ai pas le temps de répondre. Son fils (19 ans) répond : « moi je sais pourquoi on fait des progrès ; c'est parce qu'on vit en ville (nous avons relocalisé la partie 16 / 20 de l'établissement sur la Cité en 2010). Moi, j'ai appris à prendre le bus et faire mes courses tout seul ».

Enfin, Simon, 15 ans, toujours habillé en jogging de janvier à décembre, malgré nos sollicitations et celles de sa mère. Proposition est faite à trois usagers, dont Simon, d'aller au collège une fois par semaine pour profiter de la richesse du Centre de Documentation (et préparer un dossier sur le 70^{ème} anniversaire du Débarquement sur les plages normandes) et déjeuner au self le même jour. Surprenant tout le monde, Simon arrive en jeans et chaussures ce jour-là, et depuis, vient régulièrement à l'Unité d'enseignement habillé comme cela. Interrogé sur son changement de « look », Simon se contente d'un laconique et très sérieux : « au collège ! ». On peut aisément faire l'hypothèse que Simon a voulu se montrer auprès des collégiens sous un profil « semblable » plutôt que

²⁹ 2012/2013, l'Idris déménage, film réalisé par la société TEVI (www.tevi.tv), janvier 2014.

« différent », signifiant par là toute l'importance qu'il accorde aux situations d'inclusion, au regard de l'autre, et d'être in fine considéré comme un autre semblable.

Au-delà de ces exemples qui ne peuvent à eux seuls illustrer une aspiration sociétale en faveur de l'inclusion et de son corollaire, la participation sociale, et en dehors du contexte législatif abordé au chapitre 2.1.2, je constate que dans le droit fil des principes de la Convention³⁰ des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et des revendications³¹ du réseau européen pour la Vie Autonome ENIL (European Network on Independent Living), qui regroupe différentes organisations européennes de personnes en situation de handicap, les personnes qui vivent avec des déficiences ou qui sont en difficultés d'adaptation sociale ne veulent pas être seulement des objets de mesures d'assistance ou de compensation. Elles veulent et doivent être des sujets acteurs de leur vie et des partenaires de l'action sociale ou médico-sociale.

Ou comme l'écrit Henri Jacques Stiker³², évoquant le mouvement de l'antipsychiatrie³³, « c'est-à-dire qu'elle (l'antipsychiatrie) ne désire pas prendre le « déviant » pour le rendre apte à rejoindre le peloton dit « normal », mais elle essaie de greffer la branche rejetée pour inadaptation sur l'arbre ordinaire, en exigeant de celui-ci une adaptation à la différence » ; enfin cette définition de l'antipsychiatrie qui pourrait être aussi une définition possible de l'inclusion, donnée par D. Cooper quand il parle « d'être-soi-avec-les-autres »³⁴.

Être inclus, ou le rester, cette revendication qui s'amplifie depuis une quinzaine d'année en France (et partout dans le monde³⁵) continue de faire évoluer en profondeur le paysage médico-social.

Quelques chiffres illustrent mon propos :

- ✓ Entre 1998 et 2011, le nombre de places en SESSAD est passé de 18 273 à 40 408.
- ✓ Entre 2006 et 2011, le nombre de places en SSIAH est passé de 866 à 5 497.

³⁰ Adoptée le 13 décembre 2006, signée par la France le 30 mars 2007, ratifiée le 18 février 2010.

³¹ « Rien pour nous sans nous ».

³² STIKER H.J., 2013, Paris, Dunod, *Corps infirmes et sociétés*, p.241.

³³ Mouvement contestataire de pensée et de pratiques critiquant radicalement les modèles traditionnels des maladies mentales, l'institution hospitalière classique et les idéologies soutenues par les soignants de la psychiatrie officielle dans les années 1960.

³⁴ STIKER H.J. 2013, Paris, Dunod, *Corps infirmes et sociétés*, p.240.

³⁵ cf « L'éducation pour l'Inclusion : la voie de l'avenir », conférence internationale de l'éducation, Centre international de conférence, Genève, 25-28 novembre 2008, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

- ✓ Entre 2008 et 2011, le nombre de places en SAVS et SAMSAH est passé de 23 400 à 39 294³⁶.

Tous ces services ont en commun d'accompagner et maintenir l'usager quel qu'il soit dans ses lieux de vie ordinaires et d'intervenir au cœur des dispositifs de droit commun qu'il fréquente, répondant en cela à la demande de la personne elle-même et/ou de sa famille.

Enfin, au niveau statistique, « les chiffres publiés par l'Éducation Nationale à l'occasion des dix ans de la loi handicap du 11 février 2005 font état d'une progression régulière, d'année en année, de l'inclusion scolaire des enfants et des jeunes en situation de handicap. Leur nombre a doublé en dix ans, soit environ 2 % de la population scolaire. (...) On note aussi qu'un nombre croissant des élèves des établissements médico-éducatifs sont scolarisés, à temps plein ou à temps partiel, dans une école ou un établissement scolaire ordinaire »³⁷.

1.3.3 L'AAJD, une association ouverte vers l'inclusion et la culture « réseaux »

A travers ses établissements et services, l'AAJD est résolument une association inscrite dans différents réseaux qui viennent enrichir la qualité des réponses apportées par les équipes là où elles interviennent :

- ✓ Une culture de la coopération avérée avec la participation active à deux groupements de coopération, dont je dirige les services (Cap'Alternance et SFER) ;
- ✓ Sur l'impulsion conjointe du Directeur général et du Directeur de l'ITEP, une mutualisation accrue de moyens en personnels de soins avec la Fondation du Bon Sauveur, qui représente les 2/3 du secteur de psychiatrie de la Manche, ce qui permet de disposer d'un plateau technique particulièrement enrichi et d'une coopération efficace entre nos deux secteurs ;
- ✓ L'IME a signé une convention de partenariat avec le secteur de pédopsychiatrie du Centre Manche afin de bénéficier de l'expertise et de l'intervention des professionnels de santé du CMPEA de Saint-Lô en fonction des besoins recensés par les équipes projets. Actuellement, plus d'une centaine de consultations par an sont réalisées.
- ✓ L'IME et l'ITEP, par conventions avec l'Éducation Nationale et les collectivités territoriales, ont mis en place des classes externalisées en école primaire comme

³⁶ LOUBAT J.R., « Les IME questionnés par la logique de parcours et la désinstitutionnalisation », in 1ères rencontres annuelles des IME ; 23 et 24 mai 2013, Biarritz, JF/Impression/Montpellier, p.51.

³⁷ Statistiques sur la scolarisation des enfants handicapés. [visité le 04.06.2015], disponible sur internet : <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page91.htm>

au collège, installant de fait une partie de leur Unité d'enseignement au cœur de dispositifs de droit commun, expérimentant l'inclusion scolaire, le vivre ensemble, le droit à la différence, sous l'impulsion conjointe des directeurs d'établissements (scolaires et médico-sociaux), de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale chargé de la scolarisation des élèves en situation de handicap, et de l'ARS de Basse Normandie.

- ✓ Les jeunes des établissements de l'AAJD sont inscrits autant que faire se peut dans des clubs de loisirs, de sports et d'activités diverses installés au cœur de la Cité, engageant du même coup les équipes projets à s'ouvrir à d'autres professionnels issus d'autres champs de compétences.
- ✓ L'ITEP s'appuie sur un panel important d'entreprises susceptibles d'accueillir des jeunes en stages professionnels tandis que l'IME a signé une convention de partenariat avec le pôle ESAT/EA d'une association partenaire pour planifier et optimiser les périodes de stages à visée professionnelle, et ainsi favoriser à terme l'embauche des jeunes de l'IME vers les 5 ESAT et l'Entreprise Adaptée que compte cette association.

1.3.4 Le PRSA, une certaine conception d'intervention à partir du projet de la personne

La première activité composant l'offre de service est l'aide à l'expression du projet de vie dont les objectifs s'inscriront ensuite au projet personnalisé de l'utilisateur permettant la définition d'actions dans le cadre d'un accompagnement global à partir de services et d'interventions complémentaires et décloisonnées.

Le projet de vie³⁸ peut être défini comme l'expression de la projection dans l'avenir de la personne compte tenu de ses aspirations et de ses choix. Il donne du sens à ce que vit la personne et à son devenir. Par définition, il est personnel et singulier, en référence au parcours et à l'histoire individuelle. Pour nombre d'utilisateurs accédant au service, ce projet de vie est souvent ébauché sans être nécessairement formalisé, la situation de handicap pouvant bouleverser cette projection dans l'avenir.

Le projet personnalisé³⁹ est support à l'élaboration de la prestation de service à la personne. Il prend en compte la vision de son projet de vie et contribue à sa réalisation. C'est l'outil de prédilection des professionnels.

³⁸ Le projet de vie est introduit par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie (...) ».

³⁹ Des appellations différentes ont été utilisées selon les missions des établissements et services dans les différents textes de loi : «projet individuel pédagogique, éducatif, thérapeutique» dans les nouvelles annexes XXIV de 1989, «projet d'accueil et d'accompagnement» dans la loi du

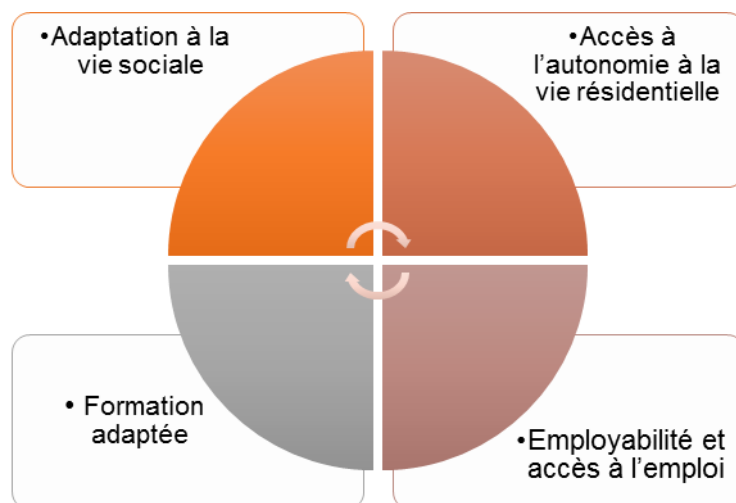
Le projet personnalisé constitue alors l'outil concret de réalisation du projet de vie de la personne, il constitue la feuille de route des professionnels (au sens des appuis et compensations à mobiliser).

1.3.5 Des réponses plurielles organisées en offre de services

Le PRSA ne propose pas de « modèle type », mais des réponses diverses, adaptées au projet de la personne prenant en compte les aspects multidimensionnels de son projet de vie (logement, vie sociale, santé, formation, activité...). La déclinaison de l'offre de services et l'approche transversale par domaine de vie positionne et hiérarchise les capacités attendues du bénéficiaire de l'action, en référence à la progression d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé (trouble ou maladie)⁴⁰. La santé est intégrée au domaine de la vie sociale et résidentielle en référence à la définition de la santé de l'OMS : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Le projet de la personne s'articule autour des principaux domaines de vie suivants :

- 1) Adaptation à la vie sociale
- 2) Accès à l'autonomie à la vie résidentielle
- 3) Parcours de formation adaptée (scolaire, préprofessionnelle et professionnelle),
- 4) Employabilité et accès à l'emploi



2 janvier 2002, «projet personnalisé d'accompagnement» dans le décret du 6 janvier 2005 (ITEP), «plan personnalisé de compensation » dans la loi du 11 février 2005, «projet pour l'utilisateur» dans la loi du 5 mars 2007, «projet individualisé d'accompagnement» dans le décret du 2 avril 2009. A noter que le terme de « projet personnalisé » a été retenu par l'ANESM.

⁴⁰ Référence CIF et GEVA.

Reprenant ces quatre domaines de vie, le PRSA définit les modalités des prestations dans le cadre du projet.⁴¹

Le PRSA, du fait de son offre de service « à la carte » et de la diversité importante de la population accompagnée (en âges, en situations de handicap, en compétences et difficultés, en désirs, demandes, projets exprimés) est, par nature, un service mouvant, instable, qui doit s'adapter en permanence aux problématiques rencontrées pour trouver la réponse qui donnera, au final, satisfaction à l'utilisateur.

Il ne s'agit plus de concevoir une prise en charge où plusieurs professionnels interviendraient chacun leur tour, l'un à côté de l'autre, auprès de l'utilisateur au risque pour chacun de s'enfermer dans sa spécialité :

- ✓ Chacun apporte sa contribution dans son champ de compétence respectif à un objectif commun et transversal du projet de l'utilisateur. Un même objectif pourra être travaillé par plusieurs intervenants avec des méthodes et des techniques complémentaires.
- ✓ La démarche implique la garantie d'une vision globale partagée et convergente vis-à-vis des objectifs inscrits au projet de la personne et l'implication dans le dispositif de partenaires externes qui favorisent la mise en œuvre et la complémentarité des actions.

L'intervention et l'accompagnement se conçoivent à partir du projet de la personne dans ses territoires de vie dans le cadre d'une équipe projet interdisciplinaire élargie (interne et externe). L'équipe interdisciplinaire du PRSA⁴² se compose des fonctions suivantes :

- ✓ Fonction de direction/encadrement (1 ETP)

Le directeur est chargé, avec la direction générale, de la définition et de la mise en œuvre du projet de service, de la garantie du service à l'utilisateur, de la gestion et de l'animation des ressources humaines, de la gestion budgétaire, financière et comptable, de la communication avec les partenariats et la mobilisation des services et réseaux du territoire de vie de l'utilisateur.

- ✓ Fonction socio-éducative (6 ETP)

L'intervenant socio-éducatif chargé d'insertion dans le cadre des projets personnalisés, assure des interventions auprès de l'utilisateur et active des ressources du territoire de vie selon ses besoins. Il participe à toutes les étapes du projet personnalisé, organise et mène les différents types d'accompagnement et les modes d'intervention (méthode, technique...) dont il a la responsabilité dans

⁴¹ cf chapitre 3.

⁴² cf annexe 1

les domaines de la vie sociale et relationnelle, vie quotidienne, vie préprofessionnelle et professionnelle. Dans ce cadre, il assure :

- L'intervention « à domicile » au sens large de « milieux de vie de la personne » et particulièrement l'accompagnement dans le cadre de la vie sociale et du logement.
- L'intervention dans le cadre professionnel, l'accompagnement dans le cadre du projet professionnel, formation professionnelle et l'accès à l'emploi.

✓ Fonction administration/gestion (1 ETP)

Le secrétaire : contribue et veille à la qualité d'accueil du public. Elle a la charge d'un ensemble de tâches administratives liées au dossier de l'utilisateur et au bon fonctionnement du service.

Le comptable : enregistre et traite les données financières relatives à l'activité du service.

✓ Fonction médicale/paramédicale (1,1 ETP)

Ces fonctions sont exercées dans le cadre de la mutualisation avec le plateau technique commun médico psychologique de l'AAJD, et du partenariat avec la Fondation du Bon Sauveur

Le médecin psychiatre est garant du projet de soin de l'utilisateur dans le cadre d'une approche globale de son projet de vie. Il anime et coordonne l'équipe médico psychologique de l'AAJD articulée aux ressources de soins du territoire.

L'infirmier psychiatrique organise et dispense des soins infirmiers et développe des actions de prévention. De par sa spécialité il contribue à l'évaluation, aux soins et aux services rendus en direction des personnes confrontées à des troubles psychiatriques et au-delà, il s'assure de la bonne administration des traitements en référence aux prescriptions médicales. Il est également chargé d'établir ou de favoriser les relations nécessaires à l'accès aux soins dans le milieu ordinaire des bénéficiaires de l'action.

✓ Fonction services généraux (0,2 ETP)

L'agent d'entretien participe à la qualité du cadre d'accueil. Il est responsable de la propreté des locaux et des espaces dans le respect des normes en vigueur.

Conclusion de la première partie

De mon expérience de directeur d'un IME (IDRIS) et d'un SESSAD pour enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle (Si3S), comme de mes nombreux échanges avec mes collègues directeurs de l'ITEP et du SESSAD TCC de l'AAJD, nous arrivons aux mêmes constats que l'ARS de Basse Normandie quand elle met l'accent sur « un besoin d'accompagnement spécifique des jeunes de plus de 16 ans en situation de handicap...une préparation insuffisante du projet professionnel conduisant parfois à des demandes d'orientation en établissement uniquement basées sur cet aspect... une appétence tardive de ces jeunes pour la scolarité nécessitant un accompagnement au-delà de 20 ans ⁴³». L'AAJD s'est engagée quant à elle sur une réponse à apporter aux adultes en difficulté, modifiant son nom en y ajoutant un « A », inscrivant une fiche-action en ce sens dès 2009 au cœur du CPOM signé avec l'ARS, et acquérant en 2010 un FJT accueillant des 16 / 30 ans. Cette conjonction transforme donc cet appel à projet en opportunité pour mon association gestionnaire, d'autant que dans le même temps, les rapprochements avec des partenaires comme le Groupement Interconsulaire de la Manche (formation professionnelle et emplois) ou la Fondation du Bon Sauveur de la Manche (soins psychiques) initiés par le directeur général de l'AAJD, comme le développement en interne d'une entreprise adaptée multi activités, vont dans le sens de réponses possibles aux problématiques rencontrées par le PRSA.

Cette évolution associative s'inscrit dans un mouvement sociétal majeur qui la précède, l'alimente et la renforce, à savoir la progression de la logique d'inclusion, la référence à l'accessibilité universelle, le processus historique de désinstitutionnalisation, la revendication affirmée des droits des usagers. Contraintes ou opportunités, impasse ou voie salubre vers un autre paradigme qui serait de « faire institution dans un système dynamique et ouvert »⁴⁴, qu'en est-il à l'heure où les recommandations de l'ANESM invitent à plus de qualité, les indicateurs de l'ANAP à plus d'efficacité, le contexte économique à réduire les dépenses ? Et si l'innovation stratégique (à la fois chercher et expérimenter) n'était plus à proprement parler un choix mais une nécessité ?⁴⁵

⁴³ Extrait du cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche.

⁴⁴ FOUQUET J., in DESHAIES J.L., 2014, *Briser l'omerta !*, Rennes, presses de l'EHESP, p.81.

⁴⁵ LOUBAT J.R., 2014, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, p.165.

2 Promouvoir l'inclusion des 16/25 ans en milieu de vie ordinaire, une ambition qui s'explique

« Sous l'Ancien Régime déjà, lorsqu'il était question avec l'Abbé de l'Épée de créer des établissements spécialisés pour enfants déficients sensoriels (sourds en l'espèce), l'Abbé de l'Épée posait déjà à la fin du 18^{ème} siècle cette question-là : faut-il des établissements spécialisés ? Ou faut-il intégrer dans le milieu ordinaire ? ».⁴⁶

Si manifestement la question de l'inclusion n'est pas si moderne que cela, de nombreux intervenants du secteur médico-social s'emparent du sujet depuis la fin des années 90, à l'instar de Bertrand Dubreuil⁴⁷ lorsqu'il écrit : « Dans les sociétés contemporaines, un individu normal se définit par son intégrité physique, cognitive et psychique, par le bénéfice des liens sociaux fondamentaux (le logement, le travail, la famille) et par un comportement socialement intégré. A l'opposé, ce qui définit le public du secteur médico-social, c'est ce qui le distingue de l'individu dit normal, (...). Essentiellement par un *défait de*. Cette a-normalité provoque aujourd'hui l'exclusion,..., des cadres sociaux ordinaires et la prise en charge ou l'accompagnement par un secteur professionnel spécialisé. Je pense,..., qu'il faut passer d'une discrimination positive par inscription dans un secteur spécialisé à une discrimination positive par soutien spécialisé au sein du milieu ordinaire. Autrement dit, qu'il faut permettre aux personnes qualifiées d'une a-normalité de bénéficier des situations de vie ordinaires⁴⁸ ».

L'exclusion évoquée ici n'est pas à proprement parlé l'exclusion décrite par le sociologue Serge Paugam en 1996 dans un livre collectif intitulé « L'exclusion, l'état des savoirs »⁴⁹, quand « l'exclusion est (...) une notion transversale dans les recherches en cours », à l'articulation de « la dégradation du marché de l'emploi, l'affaiblissement des liens sociaux et les risques de marginalisation de populations entières »⁵⁰. Henri-Jacques Stiker précise dans une contribution dans le même ouvrage que « On peut (...) penser l'exclusion comme le résultat d'un double processus⁵¹ de paupérisation et de perte de relation. Cette situation ne s'applique que dans certains cas particuliers aux personnes handicapées

⁴⁶ LAFORCADE M. , « Ouverture des 1^{ères} Rencontres nationales des IME » in 1^{ères} rencontres annuelles des IME, 23 et 24 mai 2013, Biarritz, JF/Impression/Montpellier, pp.7-8.

⁴⁷ Bertrand DUBREUIL, éducateur spécialisé, docteur en sociologie, consultant/formateur

⁴⁸ DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté*, Paris, Dunod, pp.17-18.

⁴⁹ PAUGAM S. / ed.1996, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, la découverte

⁵⁰ Ibid, p.17.

⁵¹ Reprenant alors les travaux de Robert Castel sur la désaffiliation, état de pauvreté donc facteur d'exclusion quand « le dénuement est abordé comme un effet à la conjonction de deux vecteurs : l'axe d'intégration/non-intégration par le travail et l'axe d'insertion/non-insertion dans une sociabilité socio-familiale » (CASTEL R., « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. », in DONZELOT J. / ed. 1991, *Face à l'exclusion : le modèle français*, Paris, Éditions Esprit, pp.137-168).

(...). En effet, tant sur le plan des revenus (allocations spécifiques, prises en charge diverses, quand bien même on peut regretter leurs faiblesses) que sur le plan relationnel (associations nombreuses, forte solidarité familiale, etc.), les personnes handicapées font l'objet de prises en charge et d'aides qui interdisent de les considérer globalement comme des « exclus », au sens que nous venons d'évoquer »⁵². L'auteur évoque alors le concept de liminalité, quand « cette notion (...) vient de l'anthropologie et désigne une situation de seuil, d'entre-deux, lorsqu'un statut est abandonné et qu'un autre n'est pas encore acquis »⁵³. Nous retrouvons là la question de la place et la citoyenneté des personnes en situation de handicap au cœur de la société, avec en écho les mots d'Aimé Césaire à l'adresse des Antillais, quand il décrit ses compatriotes à la fois comme « citoyens à part entière » et « citoyens entièrement à part ». Ou quand la citoyenneté se définit aussi par la qualité de la participation à la vie de la cité⁵⁴.

2.1 Un contexte favorable à l'inclusion

Avant de revenir plus précisément sur la question de l'institution, et de son supposé contraire, la désinstitutionalisation, attardons-nous tout d'abord sur les mots qui, de près ou de plus loin, qualifie le fait de *bénéficier des situations de vie ordinaires*.

2.1.1 Insertion, assimilation, intégration ou inclusion

Plusieurs termes sont utilisés par les acteurs de terrain pour qualifier une situation dite d'intégration. Sont-ils pour autant interchangeables et décrivent-ils tous la même situation ?

En la matière, le CEDIS⁵⁵ propose les définitions suivantes :

L'insertion : être parmi les autres

*Les rôles de la personne sont différents de ceux de ces pairs, les appuis et adaptations sont inexistantes ou peu importants. C'est le droit à la différence, parfois malheureusement à l'indifférence car l'environnement ne se transforme pas (ou très peu), ne s'adapte pas à la personne. Les attentes au niveau de la personne sont souvent basses et ses propres efforts d'adaptation rares*⁵⁶.

L'assimilation : faire comme les autres

Les rôles sont normalisés, des appuis sont fournis mais il y a peu ou pas d'adaptations. Les adaptations, les efforts, ne sont pas réciproques mais généralement demandés

⁵² Ibid. p. 318

⁵³ Ibid, p. 319

⁵⁴ cf chapitre 2.1.4.

⁵⁵ CEDIS, Valoris Tiqss, Méthode européenne d'Evaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux, 2010, Agen, Presses de l'Imprimerie Associative, pp.19-20.

⁵⁶ cf annexe 2 : histoire de Paul.

unilatéralement à la personne. Le milieu ne se modifie pas, ne s'enrichit pas. C'est le devoir de ressemblance.⁵⁷

L'intégration : l'adaptation réciproque

Situation idéale, toujours en recherche d'équilibre. C'est jouer, dans la mesure du possible, des rôles semblables ou complémentaires à ceux de ses pairs, grâce à des appuis et à des aménagements de l'environnement si nécessaire. L'adaptation et l'enrichissement sont réciproques. C'est un équilibre entre le droit et le devoir de ressemblance et la reconnaissance de la différence⁵⁸. Afin de préciser la qualité de l'intégration en question, trois niveaux d'intégration sont définis :

L'intégration physique : être parmi les autres

Cette première étape correspond à ce que nous avons décrit sous le terme d'« insertion ». Ce côtoiement, qui n'implique pas d'échanges particuliers, peut être considéré comme un prérequis permettant d'atteindre les niveaux suivants. En effet, pour pouvoir jouer un rôle parmi d'autres acteurs, encore faut-il être présent.

L'intégration fonctionnelle : faire avec les autres

La personne réalise des activités avec les pairs non handicapés, utilise conjointement du matériel et des équipements communs. L'intégration fonctionnelle nécessite la plupart du temps une organisation des activités, la mise en place de conditions qui facilitent la coopération.

L'intégration sociale : compter pour les autres, avoir sa place, tenir des rôles, être un partenaire, échanger de manière spontanée

Il s'agit donc du niveau le plus élevé et cette qualité d'intégration n'est pas facile à atteindre, que l'on soit handicapé ou non. Les valeurs d'un groupe, d'une société auront bien sûr une grande influence⁵⁹.

Le concept d'inclusion :

*Le concept d'inclusion est donc le produit de la qualité de l'intégration avec le niveau le plus élevé de cette intégration, ce qui sous-tend la qualité de sa participation sociale et son inscription comme acteur au sein d'un groupe donné, ce que je résume par l'expression suivante, déjà utilisée dans l'exemple de Romain : à la fois compter *pour* les autres et pouvoir compter *sur* les autres.*

Nous retrouvons dans une autre publication une définition quasiment similaire de l'inclusion sociale, présentée de manière différente. En effet, le Conseil Economique,

⁵⁷ cf Annexe 2 : histoire de Vincent.

⁵⁸ cf Annexe 2 : histoire de Philippe.

⁵⁹ cf Annexe 2 : histoire de Romain.

Social et Environnemental, dans un avis daté de juin 2014⁶⁰, propose de définir les 4 concepts suivants : exclusion, ségrégation, intégration et inclusion⁶¹.

Le modèle conceptuel qui rend le mieux compte des conditions d'une société inclusive est celui qui a été élaboré par Patrick FOUGEYROLLAS et son équipe, intitulé : « Modèle de développement humain et Processus de production du handicap »⁶². Il s'agit d'une approche systémique qui identifie la participation sociale ou la situation de handicap dans les habitudes de vie et dans la valorisation des rôles sociaux comme le résultat d'une interaction entre :

- ✓ des facteurs personnels, au niveau du système organique (intégrité ou déficience), des aptitudes (capacités ou incapacités) et des facteurs identitaires ;
- ✓ et des facteurs environnementaux (personnels, communautaires ou sociétaux).

Dans le modèle intégratif, il importait d'agir sur les systèmes organiques et/ou sur les incapacités afin de réduire l'écart et permettre ainsi aux personnes de rejoindre et de faire partie de la société « normale ». Pour ceux dont l'écart était trop important, il existait toujours une filière spécialisée, dans l'école ou dans le travail par exemple.

Dans une société inclusive, la définition interactive de la situation de handicap fait entrer dans la normalité toute personne quelle que soit sa déficience, en posant comme principe l'interaction entre la personne et l'environnement. Sur le plan anthropologique, cela signifie que tout le monde est « normal » en droit, quel que soit l'écart à une pseudo-norme qui serait définie par une moyenne dans une population. Ce qui veut dire que les environnements faits pour les « valides », et défavorables aux catégories « opposées », doivent être normés pour tous, se rendre accessibles à tous.

L'inclusion marque un changement dans le modèle d'accompagnement des personnes en situation de handicap et dans les représentations de leur place dans la société. Dans le modèle inclusif, la situation de handicap s'évalue dans le rapport interactif entre la personne et son environnement, c'est sur l'ensemble de ces facteurs qu'il y a lieu d'agir, et c'est bien sur ces facteurs que le PRSA entend effectivement concentrer l'essentiel de ses interventions.

⁶⁰ PRADO C., « Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité », avis présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé du CESE, 25 juin 2014.

⁶¹ cf Annexe 3.

⁶² FOUGEYROLLAS, 2010.

Il est à noter que la France a défini ce qu'elle entend par inclusion sociale de la manière suivante⁶³ :

« L'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté ou d'exclusion, obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle, et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prises de décision qui affectent leur vie et un accès à leurs droits fondamentaux ».

2.1.2 La démarche d'inclusion impulsée et soutenue par les politiques publiques

Le schéma régional d'organisation médicosocial de juillet 2012 (SROSM) définit sept orientations en faveur des personnes en situation de handicap (ou de personnes en perte d'autonomie).

Parmi ces sept orientations, nous retenons les deux suivantes⁶⁴ :

- optimiser les parcours de scolarisation, de formations professionnelles et d'accès à l'emploi de droit commun des personnes en situation de handicap, avec pour enjeux, réaffirmer et renforcer le droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun, et favoriser les parcours d'accès à la formation professionnelle et à l'emploi des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.
- favoriser l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, avec pour enjeux, favoriser l'émergence et la mise en œuvre des projets d'insertion sociale et professionnelle des adultes en situation de handicap, et contribuer à leur intégration sociale par l'exercice d'une activité professionnelle.

Ce document fait référence et invite à l'optimisation et l'articulation des moyens existants, et préconise des décroissemements entre les secteurs.

Par ailleurs, le plan stratégique régional de santé (PSRS) 2013-2018 élaboré par l'ARS de Basse Normandie qui définit une approche nouvelle de la santé s'articule autour de principes novateurs dont notamment « la transversalité⁶⁵ (définie ainsi) : l'utilisateur est pris en compte dans son intégralité, alors qu'il était d'usage d'organiser séparément les aspects de prévention, de soins et médicosociaux. C'est le parcours de santé qui est réétudié pour l'améliorer ». Ce même document définit comme axe 1⁶⁶, axe stratégique d'évolution de l'offre, « Décloisonner les prises en charge : réviser les modes de prises en

⁶³ Document de Politique Transversale, projet inclusion sociale (loi de finance 2009). Dans l'annexe prévue par l'article 128 de la loi n°2005-1720 du 30/12/2005 complétée par l'article 169 de la loi n°2006-1771 du 30/12/2006, l'article 104 de la loi n°2007-1822 du 24/12/2007, sont institués 12 documents dont l'inclusion sociale.

⁶⁴ SROSM de Basse Normandie, p.33.

⁶⁵ PSRS de l'ARS de Basse Normandie 2013-2018 p.3.

⁶⁶ Ibid, p.16.

charge actuels et les rôles respectifs de chaque acteur...développer les coopérations et mutualiser les compétences ».

Enfin, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) nous invite dans un guide méthodologique⁶⁷ sur les coopérations dans le secteur médico-social à considérer que : *les acteurs médico sociaux doivent répondre à deux enjeux majeurs. Il s'agit en premier lieu d'initier une nécessaire évolution et adaptation de l'offre individuelle et collective d'accompagnement poursuivant un double objectif :*

- ✓ *Réduire les inégalités de ressources à l'intérieur des régions comme entre régions (... , trouver un équilibre entre domicile et établissement)*
- ✓ *Développer une offre de service qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopérations et d'une approche territorialisée (... , permettant l'organisation d'un ensemble de réponse au profit de l'accompagnement globale du projet individualisé de la personne).*

Cette évolution nécessaire de l'offre de services va impliquer pour les professionnels de connaître leur territoire, de se faire connaître, de questionner leurs pratiques professionnelles avec aussi l'apparition de nouveaux métiers⁶⁸ qui comprendront demain formation et professionnalisation des personnes intervenant auprès des usagers.

En second lieu, il s'agit d'intégrer la rénovation du processus d'autorisation issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi HPST).

2.1.3 La valorisation des rôles sociaux, un système de valeurs promotionnel pour la personne

Tout d'abord, en tant que directeur au sein de l'AAJD depuis 2008, la VRS est un incontournable des plans de formation des personnels, tous services confondus, affichée comme une valeur de référence au sein du projet associatif, et donc des projets d'établissements et services. Chaque année, des dizaines de salariés de l'association sont formés à cette approche, qui constitue pour moi véritablement une philosophie pour l'inclusion sociale...et une philosophie de vie tout court.

A la fin des années cinquante, plusieurs travailleurs sociaux dans les pays nordiques ont dénoncé les conditions de vie inhumaines des personnes handicapées. Pour ces pionniers de l'action sociale, se référer à des critères éthiques et proposer aux intéressés de mener une existence aussi normale que possible pouvaient et devaient éviter la mise à

⁶⁷ ANAP Guide méthodologique « Les coopérations dans le secteur médico social », avril 2012, p.12.

⁶⁸ cf chapitre 2.3.4.

l'écart de la communauté et le non-respect des besoins individuels de ces personnes. Le principe de normalisation était né.

« Quelques années plus tard, Wolf Wolfensberger⁶⁹ systémise le concept et le relie aux théories ainsi qu'aux résultats des recherches issues de la psychologie sociale. Il proposa alors le principe de la Valorisation des rôles sociaux, qui insiste sur l'importance d'attribuer des rôles sociaux valorisés à toute personne dévalorisée ou qui risque d'être rejetée, isolée et exclue. »⁷⁰

Le postulat de base est le suivant : « Les personnes, indépendamment de leurs difficultés, ..., sont tout d'abord des enfants, des adolescents ou des adultes et l'on doit s'efforcer de leur permettre d'accéder, avec les adaptations strictement nécessaires, aux statuts les plus nombreux et les plus valorisés possibles (...) »⁷¹.

La définition de la VRS est la suivante : elle vise « le développement, la mise en valeur, le maintien et/ou la défense de rôles sociaux valorisés pour des personnes – et plus particulièrement pour celles présentant un risque de dévalorisation sociale – en utilisant le plus possible des moyens culturellement valorisés ».⁷²

La VRS ne se décrète pas, elle se construit et peut se décomposer en trois niveaux :

- ✓ La valorisation de la personne elle-même
 - Considérer la personne avant sa déficience ou ses difficultés
 - Considérer la personne comme ayant des capacités à développer
- ✓ La valorisation de ses conditions de vie, et notamment dans ce qu'elle entend comme conditions de vie « normale » :
 - Un rythme de la journée incluant, le travail (ou l'activité), le repos, les loisirs ; un rythme de la semaine avec des jours de travail et de repos ; un rythme annuel, avec des jours fériés et des vacances ;
 - Un cycle de vie incluant l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.

Ainsi, la valorisation des conditions de vie privilégie les mêmes conditions et modes de vie habituels, les mêmes statuts, les mêmes temps sociaux, les mêmes lieux, les mêmes espaces...pour effectuer les mêmes activités avec les personnes de son groupe d'appartenance.

- ✓ La valorisation de son rôle social

Il s'agit alors d'aider la personne à développer sa capacité à apporter sa collaboration, sa participation sociale au sein d'un groupe social, qu'il soit scolaire, professionnel,

⁶⁹ Wolf Wolfensberger, psychologue américain (1934-2011).

⁷⁰ WOLFENSBERGER W., juin 1997, *la VRS, introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Genève, éditions des deux continents, 4ème de couverture.

⁷¹ VANEY L., juin 2004, *CEDIS, Valoris tome 1*, Catalla (Espagne), Impression Grafistec, p.23.

⁷² WOLFENSBERGER W., juin 1997, *la VRS, introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Genève, éditions des deux continents, p.53.

associatif, culturel, syndical, politique, etc. Cette collaboration ne peut se faire que si la personne est intégrée physiquement, fonctionnellement et socialement. La valorisation de son rôle social implique également qu'elle participe à l'élaboration de son projet individualisé, qu'elle puisse donner son avis et peser sur les décisions qui la concerne.

Complémentaire au principe d'intégration au sens d'occuper des statuts valorisés, le principe de la participation sociale désigne l'implication d'une personne dans une situation vécue.

2.1.4 Participation sociale, qualité de vie et citoyenneté

Participation

En 2003, alors éducateur spécialisé intervenant en SESSAD pour enfants et adolescents présentant des TCC, j'ai été particulièrement marqué par un article paru dans la revue professionnelle Lien Social en date du 28 août 2003.⁷³ Selon l'auteur, Jean-René Loubat, « la participation sociale peut-être représentée schématiquement comme une série de cercles concentriques, elle concerne pareillement tout un chacun, quelles que soient ses spécificités. Le premier cercle de notre participation concerne nos parents, (...), auxquels s'ajoutent des amis et partenaires, puis les cercles suivants concernent toutes les possibilités de participation dans divers domaines, professionnel, culturel, économique, médiatique, jusqu'aux possibilités de reconnaissance publique. Ces cercles traversent des champs différents tels que ceux de l'accessibilité spatiale et institutionnelle, des soins, du développement relationnel et des modes d'expression, ou encore de la représentation ». De là, toute une série d'affirmations sur ce qu'est la participation, et les questions évaluatives qui en découlent :

« Participer socialement⁷⁴, c'est avoir accès aux soins : les bénéficiaires ont-ils accès à tous les systèmes de soins en vigueur ? Sont-ils bien informés de l'existant ? Ont-ils le choix de leurs intervenants et de leurs dispositifs de soins ?

C'est avoir accès aux droits ordinaires du citoyen : les bénéficiaires sont-ils informés de leurs droits ? Savent-ils les revendiquer ?

C'est participer à un cercle de relations rapprochées (partenaires affectifs et sexuels, parents, amis) : les bénéficiaires ont-ils des parents, des amis, des partenaires affectifs et sexuels ? Peuvent-ils les rencontrer aussi souvent qu'ils le souhaitent ? (...) ».

Ces questions interrogent tout à chacun et notamment les professionnels du PRSA qui sont invités à (se) les poser, et trouver avec les usagers des solutions pour y répondre si

⁷³ LOUBAT J.R., 2003, « Pour la participation des personnes handicapées », N° 675 (épuisé), [Visité le 06.07.2015], disponible sur internet : <http://www.lien-social.com/pour-la-participation-sociale-des-personnes-handicapées>

⁷⁴ Ibid.

ces questions interpellent également les usagers. En effet, il ne s'agit en aucun cas d'obliger à la participation, mais de s'interroger avec l'utilisateur sur le degré de participation dont il souhaite faire usage dans tel ou tel domaine, et d'être alors inventif dans les modalités de compensation de son handicap qui l'empêche jusqu'à présent de participer.

Qualité de vie

L'idée de la participation est elle-même corrélée à la notion de qualité de vie, quand « La qualité⁷⁵ de vie est définie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (OMS, 1993).

(...) Le concept de qualité de vie introduit donc un changement de perspective important, en légitimant le fait que la personne a une connaissance de son état, qu'elle est en capacité de pouvoir exprimer ses besoins, ses avis, ses attentes et de pouvoir faire des choix ou du moins de pouvoir participer aux choix qui la concerne, tout en rappelant qu'il est de la mission de l'établissement (ou du service) de lui faciliter cette expression, cette participation de manière continue et plus formellement lors de l'élaboration du projet personnalisé ».

Ainsi définie, la qualité de vie s'inscrit dans une double dimension, à la fois objective et subjective, comme le précise l'INSEE⁷⁶ :

- ✓ *L'approche objective : c'est l'évaluation de la situation d'une personne dans plusieurs dimensions, à partir de nombreux indicateurs. Quelle est ma qualité de vie, selon des critères objectifs ?*
- ✓ *L'approche subjective : c'est l'évaluation que chacun fait de sa vie ou de la société à laquelle il appartient. Quelle satisfaction est-ce que je tire de ma vie ?*

A la croisée de ces approches, il convient d'être en capacité de mesurer et d'évaluer le niveau de qualité de vie avec l'utilisateur pour lui permettre d'exprimer ses ressentis et de peser sur les choix proposés.

En tant que personne, prendre part à l'amélioration de ses conditions de vie, participer au processus qui tend à améliorer sa qualité de vie, c'est sous cette perspective que l'on peut définir la citoyenneté.

Citoyenneté

« Est considéré comme citoyen, un membre d'une cité, d'une « communauté politique », ou d'un État. Les droits et les devoirs conférés par ce statut, en particulier celui de

⁷⁵ ANESM, Décembre 2010, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « la qualité de vie en Ehpad (volet 1) – de l'accueil de la personne à son accompagnement », Nancy, Impression Bialec, p.6.

⁷⁶ La qualité de vie – France, portrait social 2010, Insee.

participer directement ou par l'intermédiaire de représentants aux affaires publiques, confirment que la citoyenneté est à la fois appartenance et participation. Ces notions et leurs implications sont au cœur de la définition et des problèmes politiques liés à la citoyenneté. (...). A ce jour, une nouvelle approche, dissociant la notion de citoyenneté et la sphère politique, implique le principe d'une participation active, la responsabilisation des personnes considérées comme capables de produire l'amélioration de leurs conditions de vie (...).

Dans le domaine de l'action sociale, ce concept constitue un des principes du développement social. Ce processus promeut la participation des habitants et leur droit à agir pour eux-mêmes sur l'amélioration de leur cadre de vie »⁷⁷.

Qu'il en soit de Fabien⁷⁸, « salarié-bénévole » à temps plein à la Banque Alimentaire de La Manche ou de Valentin⁷⁹, « travailleur » en ESAT, l'action du PRSA est donc à considérer sous cet angle de la citoyenneté, au sens d'accompagner l'usager à un degré de participation sociale lui assurant l'amélioration de ses conditions de vie, entre sentiment d'appartenance (à un club de sport ou de loisirs, à une entreprise, à une association caritative, etc.) et participation (à un but collectif qui dépasse la personne, à un projet d'utilité sociale).

Statut valorisé, participation sociale accrue, estime de soi améliorée, qualité de vie plus satisfaisante, citoyen en tant qu'auteur et acteur de son projet, voilà en quelque sorte « la feuille de route » à tenir et à suivre pour les professionnels du PRSA à l'adresse des usagers du service. Autrement dit, « il s'agit de rendre aux personnes qui le peuvent le pilotage de leur vie et de les soutenir là où elles veulent vivre », propos de Christel Prado⁸⁰, en ouverture d'une journée de débat organisée à Paris sur le thème de la désinstitutionnalisation⁸¹, liant du même coup participation, citoyenneté et désinstitutionnalisation, définissant même ce concept comme un « levier pour l'inclusion »⁸².

2.2 La nécessité de la désinstitutionnalisation

En 2010, le Conseil de l'Europe proposait aux états membres, dans une recommandation relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la

⁷⁷ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, éditions Bayard, pp.122-123.

⁷⁸ cf Annexe 2 : histoire de Fabien.

⁷⁹ cf Annexe 2 : histoire de Valentin.

⁸⁰ Christel Prado, présidente de l'UNAPEI.

⁸¹ TSA Quotidien.fr du 29 juin 2015, « L'Unapei s'ouvre à la désinstitutionnalisation », [visité le 17.07.2015] disponible sur internet : <http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/fiche-ressource-impression.html?R...>

⁸² Ibid.

société, de « remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale »⁸³. Avant d'aller plus loin, il me semble important de clarifier le propos entre ce que l'on nomme institution et ce que l'on nomme établissement :

« (...)»⁸⁴ la sémantique choisie par le Conseil de l'Europe génère des confusions entre ce qu'est l'institution et un établissement (...), l'établissement étant d'abord un lieu physique, géographique, un espace temporel où se déroulent des activités organisées. Il y a donc amalgame entre les deux lorsque l'institution rabattue à la notion d'établissement devient plus ou moins synonyme, se confondant avec lui (...) Ce qui fait institution, ce ne sont pas que des murs mais des idées, des projets, des concepts, une organisation, des règles et une éthique permettant le lien social ».

Idee que l'on retrouve par ailleurs⁸⁵ : « (...) la notion de désinstitutionnalisation (...) repose en réalité sur les confusions entretenues, entre, d'une part, institution et établissement, et, d'autre part, établissement et ségrégation. La recommandation européenne devrait préconiser la déségrégation par l'accompagnement dans des lieux de vie ordinaires et, notamment, les organes collectifs de socialisation ouverts à tous, sous réserve évidemment qu'ils développent une accessibilité correspondante ».

A l'évidence, il ne s'agit donc pas de faire disparaître les institutions en tant que telles, puisque la vie en société repose essentiellement sur des principes de droits, de lois, de règles, de règlements que les institutions garantissent et qui protège du chaos. Il suffit pour s'en convaincre de se référer à la situation géopolitique de certains pays du continent africain et du Moyen Orient, où les institutions se sont effondrées, laissant la place à l'anarchie et la barbarie les plus totales.

Bien avant cette recommandation, dès les années 80, au Québec, ce mouvement de désinstitutionnalisation allait considérablement modifier l'équivalent de notre secteur médico-social.

« Dans⁸⁶ les années 80 est apparu tout le mouvement de désinstitutionnalisation, qui nous (vous) concerne aujourd'hui (...) Tout ça a donné lieu à un document ministériel : *l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle*, cela date de 1988. Dans ce document ministériel-là, il y avait des indications très claires, à savoir que

⁸³ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité (adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010, lors de la 1076e réunion des Délégués des Ministres).

⁸⁴ DENIAU L., « La recommandation du comité des ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation » in 1ères rencontres annuelles des IME, 23 et 24 mai 2013, Biarritz, JF/Impression/Montpellier, p.168.

⁸⁵ DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale*, Issy-Les-Moulineaux, ESF éditeur, p.180.

⁸⁶ Extrait de l'intervention de Chantal Caron, directrice des services professionnels, de la recherche et de la programmation, CRDI de Québec, Canada, au colloque « Handicap et Institution : vers d'autres modèles », CNAM, 30 mai 2013.

les établissements devaient procéder à la désinstitutionnalisation. Autant les petits établissements que les gros établissements qui étaient encore présents à ce moment-là, devaient procéder à l'intégration sociale des personnes. Ma réflexion, suite à ce que j'ai entendu ce matin, c'est que la désinstitutionnalisation s'est présentée comme un moyen et non pas une fin ». On retrouve là la même idée de la désinstitutionnalisation comme « levier pour l'inclusion » évoquée plus haut et émise lors de la journée d'étude de l'Unapei du 26 juin 2015.

Alors comment les personnes en situation de handicap sont-elles accompagnées, aidées, soutenues, soignées, dans un contexte de forte désinstitutionnalisation comme présenté ci-dessus ?

« Au⁸⁷ Québec, les services aux personnes avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement sont donnés selon un modèle de hiérarchisation des services (...). La désinstitutionnalisation est un objectif réalisé, certes. Mais pour nous la réussite c'est l'intégration physique des personnes dans la communauté. Elle est de plus en plus réelle (...). Au niveau socio-professionnel, plusieurs font des stages en entreprises, parfois même occupent des emplois. Au niveau de la participation sociale, chacun est invité à être un citoyen à part entière, à exercer tous les droits octroyés au citoyen. C'est quelque chose vers lequel on tend, même si on ne peut pas dire aujourd'hui que ce soit complètement réalisé, évidemment ».

2.2.1 Désinstitutionnaliser ou instituer autrement

En France, comme le précise Robert Lafore⁸⁸ : « Aujourd'hui la question resurgit : vaut-il mieux mettre les gens connaissant des « difficultés » en établissement, ou les laisser dans la vie normale ? ».

Henri-Jacques Stiker, dans la dernière version de son livre emblématique⁸⁹, apporte une réponse pour le moins radicale : « L'intégration la meilleure sera toujours la première et non la réintégration après des circuits longs et spécialisés. Si l'on veut intégrer, ne désintégrons pas pour réintégrer !⁹⁰ ».

« A l'évidence, cela est difficile, pour trois grandes raisons. La première raison est très profonde : notre société contemporaine désagrège la sociabilité. (...). La deuxième raison qui semble nécessiter le « déracinement » est la contrainte technique des soins (...). Il existe une troisième raison pour expulser le déviant du groupe de base : la difficulté psychique de « supporter » la personne touchée. (...). Enfin on peut avancer une

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Extrait de l'intervention de Robert LAFORE, professeur, directeur honoraire de l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, au colloque « Handicap et Institution : vers d'autres modèles », CNAM, 30 mai 2013.

⁸⁹ STIKER H.J., 2013, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod.

⁹⁰ Ibid, page 298.

quatrième raison : il est souvent nécessaire, pour sa santé psychique, et pour la famille elle-même, de se séparer de son milieu pour accéder à l'autonomie.

(...) Alors que devient mon hypothèse de laisser les infirmes dans un milieu vital « de base » ? Elle demeure pour moi *l'objectif*.⁹¹ A condition de mettre en œuvre une série d'actions pour rendre la chose possible, de façon habituelle. Car il faudra toujours des moments où l'on est pris par un processus spécialisé.

Toutes ces actions pourraient tendre à l'aide personnalisée, au plus près de ces « milieux de base ».

L'aide personnalisée au plus près de ces milieux de base, ou, autrement dit, comment favoriser l'accès au droit commun ?

C'est justement cette idée que développent Bertrand Dubreuil et Roland Janvier dans le chapitre « concevoir l'action sociale comme action *dans et sur* la société » de l'un de leur dernier ouvrage⁹², et plus précisément, quand ils écrivent que c'est en s'intéressant à l'accès au droit commun qu'on peut conduire la refondation de l'institution. Les deux auteurs précisent que « le principe d'accessibilité est essentiel à la construction d'une société intégrative pour tous ». Partant du postulat que « l'institution spécialisée n'a de sens que selon ce principe d'accessibilité de tout un chacun à la vie commune », il faut maintenant la repenser comme « accès au droit commun » alors qu'elle a pu être conçue ou perçue comme « une voie de garage, un lieu de mise à l'écart ».

« Action sociale comme action *dans et sur* la société », ce titre rappelle étrangement le titre d'une recommandation de l'ANESM intitulée « ouverture de l'établissement à et *sur* son environnement⁹³ », qui dit en substance :

« L'ouverture⁹⁴ a pour but essentiel de favoriser l'insertion, de permettre une meilleure autonomie dans la vie quotidienne et sociale, de soutenir la place de l'utilisateur dans la cité. En utilisant les ressources et lieux extérieurs, l'établissement accepte une position modeste, celle de ne pas assurer à lui seul la satisfaction de tous les besoins de l'utilisateur. Simultanément l'ouverture permet de faire évoluer les représentations sociales. L'ouverture peut s'entendre comme ouverture à l'extérieur, par l'accompagnement direct des utilisateurs dans la cité, ou sur l'extérieur, en faisant entrer des partenaires, des bénévoles ».

C'est d'ailleurs en particulier sur cette recommandation spécifique que je me suis appuyé quand j'ai délocalisé et restructuré l'IME que je dirigeais pour le transformer et l'ouvrir sur son environnement, transformant d'une certaine manière l'IME en « SESSAD avec

⁹¹ En italique dans le texte.

⁹² DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale*, Issy-Les-Moulineaux, ESF éditeur, pp.179-185.

⁹³ ANESM, janvier 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », Nancy, Impression Bialec.

⁹⁴ ANESM, décembre 2008, *Lettre de cadrage*, problématique p 1.

hébergement », cette forme de désinstitutionalisation devenant effectivement un levier pour l'inclusion.

2.2.2 Des expériences en cours en France et en Belgique

De nombreux services ou dispositifs ambulatoires pour faciliter l'insertion socio-professionnelle des jeunes en situation de handicap, dans le cadre de l'apprentissage en CFA ou pour accompagner/faciliter une orientation en ESAT, existent en France comme à l'étranger. J'en ai retenu deux, que nous avons visité avec mes collaborateurs du PRSA pour échanger sur les problématiques rencontrées, comparer les approches, s'inspirer des pratiques professionnelles et établir des liens qui donneront lieu ultérieurement (lorsque le PRSA aura au moins une année de fonctionnement) à des journées d'étude et de partage d'expériences.

A) En France

En réponse à un appel à projet de l'ARS des Pays de la Loire, en 2012, 5 associations (ADAPEI Loire Atlantique, Mayenne, Maine-et-Loire, Sarthe et Vendée) se sont regroupées pour créer une plateforme collaborative qui gère le dispositif APIC'S (Agir pour l'insertion citoyenne et solidaire), dispositif régional d'accompagnement professionnel et social des 5 ADAPEI des Pays de la Loire.

Les constats de l'époque (chiffres octobre 2010) faisaient état d'occupation de places IME par de jeunes adultes, de plus de 1000 jeunes de 18 ans et + (dont 421 de + de 20 ans) maintenus en établissements pour enfants sur la région, et de 500 personnes en liste d'attente ESAT.

Les besoins relatifs aux constats repérés sont alors les suivants : fluidifier les parcours, renforcer la transversalité entre secteur enfant – secteur adulte, faciliter l'accès au droit commun, et amplifier le partenariat avec le secteur économique.

Chaque parcours proposé par le service est individualisé et modulable, et s'articule autour de 4 axes d'accompagnement : 1/ Évaluation-diagnostic des capacités ; 2/ Élaboration d'un projet professionnel ; 3/ Développement de l'autonomie sociale et citoyenne ; 4/ Mise en situation professionnelle.

« Concrètement⁹⁵, ces jeunes majeurs sous aménagement Creton doivent bénéficier d'une reconnaissance de travailleur handicapé, d'une orientation en ESAT, ainsi que d'une notification APIC'S (délivrée par la MDPH). Une fois qu'ils intègrent le dispositif, les jeunes sont accueillis en sureffectif en tant que stagiaires à temps plein dans un ESAT. Ils peuvent tester différents ateliers, mais également acquérir des expériences

⁹⁵ In magazine Direction, n°107, avril 2013, p.16.

professionnelles dans le milieu ordinaire (...). Durant toute la durée de leur suivi, ils perçoivent l'allocation d'adulte handicapé (AAH) à taux plein et sont suivis par un chargé d'insertion APIC'S et un moniteur d'atelier référent de l'ESAT ».

Nous avons rencontré en mars 2015 l'équipe d'APIC'S de l'ADAPEI 72, au Mans. Autour de la responsable, Catherine Provost, une équipe pluridisciplinaire composée de trois chargés d'insertion et d'une psychologue assure le suivi de la personne dans la construction de son projet professionnel et de son projet de vie (santé, hébergement, insertion sociale), l'un n'allant pas sans l'autre. En Sarthe, tout jeune en situation d'amendement Creton peut solliciter APIC'S quel que soit son IME d'origine (convention avec les autres associations du département). Le jeune adulte sort des effectifs de l'IME pour entrer dans ceux d'APIC'S, tout en conservant son statut « amendement Creton ».

En trois ans (2012, 2013 et 2014), le dispositif de la Sarthe comptabilise 60 entrées pour 36 sorties, multipliant les journées de prestations, formation et de sensibilisation dans les domaines suivants : 1/ Accompagnement à l'insertion professionnelle, 2/ Accompagnement social et logement, 3/ Accompagnement en santé, 4/ Accompagnement en formation.

Dispositif expérimental pour trois ans, « L'Agence Régionale de Santé a conclu que ce projet avait fait ses preuves et qu'il convenait de pérenniser ce dispositif expérimental. Et c'est par un arrêté du 24 novembre 2014 que l'ARS a définitivement autorisé ce service.⁹⁶ »

Il est à noter que dans le cadre du dispositif PRSA, l'ARS de Basse Normandie me demande de réserver 50% des 40 places du service spécifiquement aux jeunes adultes accueillis en IME et maintenus sur les établissements au titre de l'amendement Creton, et bénéficiant d'une orientation en ESAT. A ce jour, l'AAJD ne gère pas d'ESAT et, dans le cadre du dispositif en direction des adultes que l'association entend mettre en place, si nous réfléchissons à la création d'une entreprise adaptée multiservices, cette structure n'existe pas encore. Quand bien même d'ailleurs cette entreprise adaptée existerait, nous voyons là toute l'importance du partenariat à mettre en place avec les ESAT/EA de la Manche pour que de réelles possibilités d'emplois soient effectives pour les jeunes adultes suivis par le PRSA, sans compter le partenariat à établir en matière de santé, autonomie résidentielle et de déplacement, inclusion sociale, etc.

⁹⁶ Interview de M. Joël Bogdan, directeur général de l'Adapei de la Sarthe, in news letter « la vie d'Apic's », n°27, janvier-février 2015

B) En Belgique

Sur le site de l'Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH), on peut lire la genèse d'un appel à projet du gouvernement Wallon en 2010 en faveur de dispositifs pour les 16 / 25 ans en situation de handicap :

« De⁹⁷ nombreux travailleurs sociaux ont constaté que les informations concernant les personnes handicapées et récoltées par les écoles, les services d'aide et de soutien sont très peu partagées entre les différents intervenants. Il en résulte un manque de continuité dans la prise en charge des jeunes et une difficulté pour les insérer dans des activités pertinentes et cohérentes avec leur projet de vie.

Par ailleurs, plusieurs acteurs de terrain ont constaté que la sortie de l'école⁹⁸ signifiait, pour beaucoup de personnes handicapées, disparition de leur réseau social et entrée dans une longue période d'inactivité qui mène à une perte des acquis. »

Face à ces constats, le gouvernement Wallon a lancé un appel à projets afin de soutenir la mise en place de projets destinés à améliorer la transition école-vie active auprès de jeunes âgés de 16 à 25 ans.

Selon le cahier des charges de l'appel à projet, les projets retenus doivent : préparer et identifier un projet de vie, proposer un plan de transition avec des objectifs et des actions concrètes, et coordonner des activités et travailler en réseau.

Avec deux de mes collaborateurs, nous avons rencontré à Mons en Belgique, Bernadette Varlet, coordinatrice pour l'AWIPH de l'appel à projet. Celle-ci nous a présenté les résultats des 4 années de fonctionnement :

- ✓ 228 usagers ont été suivis et accompagnés par les 10 dispositifs retenus dans le cadre de l'appel à projet.
- ✓ Le suivi a duré 2 ans ou moins pour 75% des usagers
- ✓ Diversification des activités en journée : activités de valorisation, volontariat (12%) ; activités de jour non organisées par l'AWIPH (3%) ; entrée en formation AWIPH (8%) ; entrée en formation non AWIPH (6%) ; entrée en Entreprise de Travail Adapté (5%) ; entrée en travail en milieu ordinaire (5%) ; activités dans les services d'accueil de jour pour adultes (SAJA) (18%) - ou les Services Résidentiels pour Adultes (SRA) (4%)

⁹⁷ https://www.awiph.be/awiph/projets_nationaux/16-25ans

⁹⁸ Il faut lire « enseignement spécialisé », car en Belgique, la prise en charge du handicap pour les jeunes âgés de 2 à 21 ans se situe essentiellement dans des écoles spécialisées ou adaptées. Cet enseignement est décliné en 8 types correspondant à différentes catégories de handicaps ou de troubles. Le public concerné par l'appel à projet relève de 3 types, type 1 (enfants atteints de troubles mentaux légers), type 2 (enfants atteints de troubles mentaux modérés à sévères), type 3 (enfants atteints de trouble du comportement).

- ✓ Maintien dans la scolarité : aide à la réorientation scolaire (11%) ; soutien dans la poursuite de la scolarité (8%)
- ✓ Activités sociales : activités domestiques (16%) - pas d'info (13%) ; soutien dans la recherche de logement : principalement à domicile (17%).

Selon la coordinatrice des projets pour l'agence Wallonne, le projet 16 / 25 ans a permis ou permet : un travail sur la demande et le projet (co-construction du projet), un accompagnement intensif et une information adaptée (chargé d'insertion référent), une mise en action du jeune par des stages et des mises à disposition en entreprises et associations communautaires (activités d'utilité sociale), et un épanouissement du jeune (auto-détermination, prises d'initiative, estime de soi).

A sa connaissance, au regard de ces résultats, le gouvernement Wallon devrait pérenniser dès janvier 2016 les 10 services expérimentaux.

Nous avons également visité un dispositif, en l'occurrence le dispositif « Transversal » du service tremplin de l'association⁹⁹ ACIS (Association Chrétienne des Institutions Sociales et de santé) située dans la région de Liège. Des échanges avec les collègues belges, il ressort que le contexte économique peu favorable actuellement en Belgique (comme en France d'ailleurs) relègue l'employabilité des usagers au second rang des objectifs atteignables, loin derrière l'accès aux dispositifs de droit commun (hébergement, transport, formation), la socialisation, l'expression de soi, l'accès à la santé et l'inscription dans des activités d'utilité sociale de type bénévole.

2.2.3 Des usagers qui s'expriment

Le dispositif APIC'S a édité un DVD¹⁰⁰ intitulé « Témoignages de parcours et d'expériences », qui donne la parole aux usagers qui sont ou ont été suivis et accompagnés dans le cadre de cette expérience.

Ainsi Christopher, 21 ans, dit qu'APIC'S lui a permis, grâce à l'alternance (1 mois en stage, 1 mois sur APIC'S), à avoir plus de compétences. Maintenant, en attendant la signature de son contrat d'aide et de soutien à l'ESAT, il aimerait bien passer son permis de conduire et avoir un logement autonome. Aude, chargée d'insertion, confirme ses progrès en insistant sur de petits détails comme apprendre à se lever tout seul, s'acheter un réveil, moins se laisser porter par la famille.

⁹⁹ Association sans but lucratif (ASBL), ce qui correspond aux associations à but non lucratif en France, associations relevant de la loi du 1er juillet 1901.

¹⁰⁰ DVD vidéo APIC'S @ 29.11 Productions-mars 2014.

Bruno, 25 ans, a saisi l'opportunité offerte par le dispositif pour tenter l'aventure du milieu de travail ordinaire : « Je suis archiviste depuis 1 ans, et bien intégré depuis 1 mois et demi. Ici l'accueil est convivial et sympathique. Tout le monde dit bonjour et donne une poignée de main. Ça change des conversations de l'ESAT. Avant, je me voyais avec mon handicap ; maintenant, je me sens différent, je me vois comme tout le monde. Si j'ai un souci, je peux voir Camille ». Camille, chargée d'insertion, précise : « En ce qui concerne Bruno, l'insertion professionnelle ne pouvait pas être dissociée de l'insertion sociale. J'ai pu sortir de ma mission et accompagner le projet de A à Z ».

Sortir de l'IME, c'est aussi cette possibilité qui est offerte aux jeunes âgés de 17 à 20 ans et accueillis sur les établissements et services de trois associations¹⁰¹ manchoises, en intégrant le dispositif Cap'alternance. Ce service, que je dirige actuellement, existe depuis 15 ans maintenant, et accueille sur l'ensemble de l'année scolaire 3 groupes de 8 jeunes en alternance à raison de 9 regroupements pédagogiques d'une semaine dans l'année. L'objectif visé est de favoriser l'insertion en milieu ordinaire de travail, par le biais d'un ensemble de prestations qui se déroulent pendant la semaine (visites en entreprises, semaines de formation à thème comme restauration, boucherie, service en salle, éducation à la santé, hébergement en FJT, éducation routière, etc). En 15 ans d'existence, 222 jeunes sont passés par ce dispositif, 20% ont été embauchés en milieu ordinaire, 32% sont entrés en formation (niveau V), 19% ont signé un contrat d'aide et de soutien en ESAT, 19% ont quitté le secteur médico-social pour être suivis par la Mission Locale, et 10% sont retournés en IME.

Là encore, les témoignages sont éloquentes :

Sébastien, 18 ans : « J'en avais marre de rester à l'IME, j'y suis rentré à 8 ans. Sur Cap, on voit vraiment autre chose, et je suis comme mon frère (en apprentissage), avec stages et école ».

Charlène, 19 ans : « Avec Cap, j'ai essayé la chambre en FJT. Ça me faisait peur, mais ça va, ça se passe bien. Je vais peut-être partir de la maison quand j'aurai mon AAH ».

Denis, 19 ans : « Grâce à Cap, j'ai fait des stages en boulangerie, en boucherie, en maçonnerie et en espaces verts. Maintenant, je sais ce que je veux faire : travailler à Intermarché en boulangerie. On a pris contact avec eux, et je vais pouvoir faire un stage long. J'y croyais pas ».

En clair, des usagers qui veulent décider de leur avenir, s'essayer à autre chose que ce qui leur était présenté au départ, élargir leur champ de compétences, ce faisant, se découvrir d'autres désirs (permis de conduire, chambre ou studio en ville), pour peu que

¹⁰¹ AAJD, ADSEAM, ACAIS.

l'accompagnement proposé soit ancré sur leurs demandes, que leur projet soit véritablement le leur, et que le réalisme, la pertinence dudit projet soit discuté avec l'usager, l'accompagnateur et le ou les professionnels du secteur concerné, avec franchise et honnêteté.

2.2.4 Des parents à accompagner vers d'autres perspectives

Partir de la maison, vouloir se débrouiller seul, quitter l'institution... Autant de demandes et de désirs d'indépendance et d'émancipation que bon nombre de parents d'enfants en situation de handicap ont bien du mal à entendre, eux qui vivent et accompagnent le handicap de leur enfant devenu adulte depuis toujours. En effet, au-delà de l'impact psychologique d'être parent d'un enfant en situation de handicap, le parcours de leur enfant s'est trop souvent révélé chaotique, incertain, avec des années vécues douloureusement (maintien en maternelle plus longtemps que les autres, rejet de l'école, maintien en CLIS jusqu'à 12 ans, diagnostic tardif, inscription sur les listes d'attente des établissements médico-sociaux, etc.). Fragilisés par les multiples échecs en matière de socialisation et relations aux autres, et la lenteur des acquisitions de leur enfant, de nombreux parents imaginent difficilement que leur enfant devenu adulte puisse quitter la maison et s'essayer à l'autonomie sociale, préférant d'emblée la solution de l'emploi protégé (quand l'emploi est possible) couplé à l'hébergement en collectivité proposé par la structure d'accueil. Je l'ai souvent constaté lorsque j'abordais cette question de l'autonomie sociale avec les parents et leur jeune en tant que directeur de l'IDRIS, avec des propos entendus comme : « il (ou elle) ne sera pas capable », ou « ce n'est pas pour tout de suite ».

Accompagner les parents à imaginer comme pensable et possible l'autonomie sociale et résidentielle de leur enfant consistait alors à :

- ✓ Rappeler les compétences de leur enfant et ses capacités d'apprentissage
- ✓ Lister les apprentissages nécessaires et les prestations proposées par l'IDRIS pour parvenir à une autonomie résidentielle et sociale épanouies
- ✓ Identifier le parcours menant vers une autonomie résidentielle et sociale épanouies : 1/ hébergement en collectivité au cœur de la structure ; 2/ appartement collectif (4 personnes) en ville avec présence continue d'un éducateur jour et nuit ; 3/ appartement collectif en ville avec moins de présence éducative et surveillant de nuit qui passe régulièrement ; 4/ appartement à deux en semi-autonomie avec passage deux fois la semaine d'un chargé d'insertion ; 5/ hébergement individuel (studio, chambre, FJT) avec points réguliers avec le chargé d'insertion ; 6/ hébergement en autonomie.

Dans le cadre du PRSA, si le jeune est accueilli sur un établissement médico-social et maintenu au titre de l'amendement Creton, avec une orientation ESAT, la question est de savoir comment convaincre les parents d'accepter que leur enfant quitte l'IME pour un service ambulatoire, par définition moins protecteur et contenant. La réponse vient à la fois du service qui propose là aussi un parcours clairement identifié menant vers l'autonomie résidentielle et sociale, et du jeune lui-même qui exprime bien souvent son ras-le-bol de vivre en établissement depuis tant d'années (revendications maintes fois entendues de la part des jeunes de l'IDRIS) et dit aspirer à autre chose.

Pour les autres jeunes orientés au PRSA, le projet d'autonomie résidentielle et sociale fait partie des possibilités d'action dans le cadre des prestations que nous présentons dès la première rencontre au jeune et ses parents, en fonction bien entendu de la priorité à donner à tel ou tel axe de travail (accompagnement à la santé, à la scolarisation ou la formation professionnelle, etc.) et surtout en fonction des axes du projet formulés par la personne elle-même. Si certains parents ne nous cachent pas que le départ de leur jeune du domicile familial est souhaitable, pour eux comme pour leur enfant devenu adulte, d'autres se montrent plus réservés et n'en font visiblement pas une priorité à prendre en compte d'emblée.

2.3 L'émergence de nouveaux paradigmes en matière d'accompagnement

Comme de nombreux professionnels du secteur médico-social, j'ai connu ce qu'on appelait « la prise en charge globale », non pas du projet du jeune, mais du jeune lui-même, à travers les différents professionnels qui travaillaient à l'institution (éducateurs au sens large du terme, personnels médicaux et para-médicaux, et aussi lingères, cuisiniers, etc.).

J'ai vu en arrivant comme directeur à l'IME devenu IDRIS des enfants arriver le lundi matin pour la semaine « les mains dans les poches », sans affaires (ni vêtements, ni nécessaire de toilette, ni cartable), le tout étant entretenu voire fourni par l'IME à travers ses services (lingerie, intendance, économat).

Je dois avouer qu'exerçant depuis 9 ans à l'époque dans un SESSAD, où l'accompagnement remplaçait la prise en charge dans le vocabulaire comme dans les faits, ces constats m'ont rendu pour le moins perplexe.

J'entends par accompagnement ce qu'Olivier Huet, directeur de l'IRTS d'Ile de France, définit lors du congrès des SESSAD en 2010 dans son intervention consacrée justement à l'accompagnement des usagers¹⁰² :

« Au bout du compte, nous pourrions dire que la relation d'accompagnement résulte d'une forme de co-production entre un accompagnateur et un accompagné, chacun établi, par ailleurs et respectivement, dans sa posture de professionnel et dans sa situation de handicap, mais d'une façon ni entièrement déterminée à priori ni définitivement figée dans un jeu de rôles convenus et sans surprise : pas plus que la personne handicapée ne peut être identifiée à son handicap, l'accompagnant, professionnel ou non, ne saurait être identifié à sa fonction ».

Reprenant à mon compte cette définition de l'accompagnement, je souscris également à l'idée que cette définition oblige à :

- ✓ reconnaître la personne en situation de handicap comme elle-même distincte de cette situation et la tenir sincèrement à ce titre comme un interlocuteur et un partenaire légitime et responsable ; en d'autres termes, voir la personne avant le handicap ;
- ✓ négocier, au sens diplomatique du terme, c'est-à-dire comme on négocie un traité, les conditions de son intervention avec la personne qui se trouve dans la situation de handicap qui constitue l'objet de l'action du professionnel ; ou considérer avant tout la personne comme sujet capable de penser, dire, argumenter.

2.3.1 La revendication de la participation, un droit affirmé

Le principe de la participation des personnes en situation de handicap est contenu dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette participation se situe à deux niveaux, celui du projet personnalisé et celui de la vie et du fonctionnement du service.

Nous retrouvons là la posture d'accompagnement décrite plus haut lorsqu'elle nous invite à considérer la personne en situation de handicap comme une personne avant tout, c'est-à-dire à considérer que la personne en face de nous a des choses à dire, un avis à donner sur le fonctionnement du service, etc ; et aussi à considérer la personne comme co-auteur et acteur de son projet, au sens où « Il doit donc y avoir négociation et compromis entre les deux partenaires de la relation puisque la relation d'accompagnement ne sera pertinente que si les deux acteurs de cette relation sont à la

¹⁰² Actes des journées nationales des SESSAD, Imaginons les SESSAD de demain..., 25 et 26 novembre 2010, Nantes, Atelier 1 : De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles, p.73-74, [in ancreai.org/sites/ancreai.org/files/atelier_1_sessad_2010.pdf](http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/atelier_1_sessad_2010.pdf).

même hauteur, que s'ils ont une dignité égale. Cette égalité, qui ne signifie surtout pas similitude, permettra à la relation d'être dynamique, d'évoluer et donc de s'adapter aux besoins et désirs de la personne accompagnée, tout en respectant les potentialités et les limites de l'accompagnant. »¹⁰³

Le droit à participer inscrit dans la loi et revendiqué¹⁰⁴ par les usagers et leurs familles rencontre une culture et une posture de l'accompagnement que de plus en plus de professionnels ont à cœur de mettre en œuvre. Où comme le précise fort justement Olivier Huet lorsqu'il définit l'accompagnement : « observer et écouter la personne, constater et évaluer ses manques mais aussi et surtout ses compétences (aussi fragiles et précaires soient-elles), travailler à leur développement en insistant toujours sur leur présence et leurs manifestations. C'est à ce prix que l'on pourra contribuer à considérer l'autre comme sujet, d'entendre et d'être attentif à ses désirs, de faire émerger ceux-ci, de faciliter leur expression.

Cette posture, en ce qu'elle permet l'échange, va non seulement permettre à la personne accompagnée de se réaliser par la relation à l'autre, mais il va aussi en être de même pour l'accompagnant. »¹⁰⁵

2.3.2 L'éthique de direction

Dans cette idée d'accompagnement plutôt que de prise en charge, de prise en compte de la parole de l'utilisateur comme élément intangible, partant de là pour littéralement prendre soin des usagers, il m'apparaît important d'introduire ici l'idée qu'il faut prendre soin de ceux qui prennent soin, et donc de définir à partir de quel point de vue j'entends manager mon équipe de professionnels.

Si je n'ai pas vraiment la réputation en tant que directeur d'être laxiste ou hésitant (ce qui n'empêche en rien de prendre le temps de la réflexion), et que je suis de ceux qui pensent que si une décision même difficile doit être prise, elle doit l'être et assumée par le directeur en premier lieu, je suis pour autant très vigilant à ce que mes collaborateurs adhèrent avant tout aux objectifs du service et aux principes d'actions qui en découlent.

Je préfère toujours cela à la contrainte de faire exécuter une tâche à laquelle manifestement on ne croit pas, et reste quoi qu'il arrive ouvert au dialogue pour peu que les arguments conduisent vers plus de richesse et de pertinence dans l'action menée.

¹⁰³ Ibid p.72.

¹⁰⁴ cf chapitre 1.3.1.

¹⁰⁵ Actes des journées nationales des SESSAD, Imaginons les SESSAD de demain..., 25 et 26 novembre 2010, Nantes, Atelier 1 : De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles, p.71, in ancreai.org/sites/ancreai.org/files/atelier_1_sessad_2010.pdf.

Ce management bienveillant est fort bien décrit par Roland Janvier en ces termes :

« Bien veiller les uns sur les autres, c'est développer le travail d'équipe indispensable à la réussite du projet. Bien veiller les uns pour les autres, c'est porter la qualité des relations humaines au premier rang des préoccupations. Bien veiller les uns avec les autres, c'est affirmer qu'ensemble les acteurs peuvent faire plus et mieux que chacun dans son coin. Bien veiller les uns et les autres, c'est prendre les moyens d'être suffisamment bien collectivement pour concentrer les attentions sur ceux dont les professionnels ont à prendre soin. »¹⁰⁶

2.3.3 Ecosystème et biodiversité, proximité et porosité

Alors comment prendre soin des personnes que nous accompagnons ? En conclusion de leur livre intitulé « Conduire le changement en action sociale »¹⁰⁷, Bertrand Dubreuil et Roland Janvier établissent le lien entre l'écosystème que constitue la société, au sens de « système¹⁰⁸ formé par un biotope et par l'ensemble des espèces (biocénose) qui y vivent, s'y nourrissent et s'y reproduisent », et la biodiversité qui la constitue, « néologisme qui désigne la variété naturelle des êtres vivants »¹⁰⁹. Sans entrer dans le détail de leur démonstration étayée et brillante, je retiens que « la société se structure dans un mouvement incessant de composition/décomposition/recomposition de ses conceptions-valeurs-qui débouchent sur le compromis d'un bien commun, suffisamment partagé pour vivre ensemble. La dynamique à l'œuvre dans ce processus de production de la société par elle-même se nourrit de la diversité des éléments qui la font société. La reconnaissance de la différence (...) est vitale pour maintenir un haut niveau de diversité, autrement dit pour soutenir l'émancipation de l'individu (...) ». La question sous-jacente est de s'interroger sur le comment prendre en compte les personnes qui éprouvent les pires difficultés avec la façon dont nous avons de vivre ensemble, de faire société si leurs différences constituent un motif de ségrégation.

A cette question que tout établissement et tout service médico-social se doit de se poser, je retiens ici deux éléments de réponse comme autant de postures d'intervention, lesquelles, sans les nommer de cette façon-là ni les avoir conceptualisées, j'ai peu ou prou pratiquées en tant qu'éducateur en SESSAD, et que je prônais en tant que directeur comme pratiques d'intervention pour les responsables-projets et les chargés d'insertion de l'IDRIS, comme, bien entendu, maintenant, pour les intervenants du PRSA.

¹⁰⁶ JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, p.49.

¹⁰⁷ DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur.

¹⁰⁸ Ibid, p.233.

¹⁰⁹ Ibid, p.233.

Le premier élément se nomme la proximité, à la fois spatiale et des liens familiaux.

✓ Spatiale tout d'abord, en ce sens où le risque est grand de segmenter les réponses spécialisées dans des lieux différents et avec des acteurs différents. « En renforçant la différenciation des réponses, on perd la proximité spatiale qui permet au jeune d'appréhender son existence dans une globalité, de prendre conscience de son individualité par la continuité de son environnement quotidien, d'y développer son autonomie, sa prise d'initiative, sa confiance en lui, de penser par lui-même et de se sentir en capacité d'agir sur son avenir ».¹¹⁰ Ainsi, intervenir en proximité de la personne, de son environnement, des dispositifs de droit commun qu'elle connaît et qu'elle fréquente ou a fréquentés, éviter de faire rupture avec le connu mais aider à le voir différemment pour mieux l'appréhender et par le fait, favoriser l'inclusion, autant de modalités d'accompagnement que les professionnels du PRSA devront mettre en œuvre.

✓ Proximité des liens familiaux également quand il s'agit de « la continuité relationnelle qui forme la cohérence de l'ensemble des relations contribuant au développement du jeune ».¹¹¹ Ou alors, à l'inverse, aider la personne à se sortir de cette proximité si elle s'avère néfaste et que ce constat est partagé avec la personne elle-même.

Le deuxième élément se nomme la porosité.

Que ce soit le monde de l'entreprise, des centres de formation, des institutions en général, très souvent nous sommes amenés à constater l'inadaptation de ces dispositifs de droit commun à l'accueil de la différence. A l'inverse, le secteur médico-social continue de développer des dispositifs protecteurs, spécialisés et adaptés à telle ou telle problématique. Or, à l'expérience des classes externalisées de l'ITEP ou de l'IDRIS au sein des écoles et collèges pour favoriser une scolarité en milieu ordinaire, « l'intégration des jeunes en difficulté dans les dispositifs de droit commun implique, au contraire, la porosité des organisations de travail. Porosité à l'environnement spatial, porosité aux dispositifs de droit commun, porosité aux solidarités familiales, amicales et militantes ».¹¹² Le PRSA doit donc se penser comme une organisation de travail favorisant cette proximité/porosité, c'est-à-dire offrant à la personne accompagnée les interactions nécessaires à son développement et son épanouissement. Ainsi, « pour parvenir à cet objectif ambitieux, il faut définir précisément les espaces de travail, leurs articulations, différences, complémentarités et autonomies relatives, autrement dit leur

¹¹⁰ Ibid, p.235.

¹¹¹ Ibid, p.236.

¹¹² Ibid, p.237.

interdépendance...(…), c'est-à-dire une organisation de travail qui exerce sa mission de façon appariée aux dispositifs de droit commun (...), soutenant des modalités compensatoires dans les situations de vie ordinaire et (en) contribuant ainsi à l'accès au droit commun. »¹¹³

2.3.4 L'innovation stratégique, moteur de l'offre de services

L'ambition du PRSA se situe bien là, à savoir prendre en compte la nouvelle place de l'usager au centre d'un dispositif souple, évolutif et en interaction constante, que les professionnels du PRSA ont véritablement à coordonner, à organiser, à faire vivre. En effet, si « l'innovation la plus déterminante repose sur un changement de conception de la place du bénéficiaire (...), (devenu) quasi client au centre d'un dispositif, la reconfiguration des acteurs en réseaux de plus en plus évolutifs et diversifiés et la primauté du recours aux services externalisés de droit commun entraînent la nécessité d'une véritable coordination des parcours et des projets personnalisés des bénéficiaires. »¹¹⁴

Dans sa plaquette de présentation, le PRSA se présente comme une plateforme d'évaluation, d'orientation, d'élaboration et d'accompagnement du projet personnalisé dans le cadre du processus d'inclusion en milieu ordinaire. Suivant la pensée de Jean-René Loubat, cette approche, découlant de l'inclusion et favorisant le recours aux services de droit commun, identifie trois étapes pour définir une nouvelle posture professionnelle et un nouveau mode d'intervention auprès des bénéficiaires :

- ✓ Etudier la situation de la personne et partir de l'expression de son projet de vie, ses aspirations et ses craintes, ses atouts et ses faiblesses, en considérant les contraintes et les opportunités de son environnement ;
- ✓ Déterminer des axes de progrès définis comme un véritable plan de promotion : qu'est-ce qui peut être valorisé, développé ou obtenu dans le sens de la reconnaissance et de la promotion de la personne ?
- ✓ Accompagner la mise en œuvre du plan d'action par des conseils, de la stimulation, des soutiens, des mises en situation, de la co-évaluation, des réajustements.

Ces trois étapes se retrouvent en bonne place dans le processus-projet mis en œuvre sur le dispositif PRSA.

¹¹³ Ibid p.237.

¹¹⁴ LOUBAT J. R., 2014, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, p.164.

Ainsi, de la posture professionnelle décrite plus haut qui s'inscrit à la fois au plus près de l'utilisateur (proximité) et en immersion dans les dispositifs d'accueil (porosité), je souscris à la description de Jean-René Loubat sur les professionnels qui interviennent dans ce type de service, « professionnels¹¹⁵ qui ont dépassé leurs formations initiales pour devenir en fait de véritables coachs ou conseillers, coordonnant l'action de multiples acteurs autour du projet de vie de la personne bénéficiaire. Ils ont appris à ne pas tout faire mais faire faire, à agir en concertation avec des partenaires, à consulter, à négocier, à co-construire et à co-évaluer ».

Conclusion de la deuxième partie

M'appuyant sur des incitations réglementaires et des recommandations favorables, reprenant les concepts autour de l'inclusion, comme la valorisation des rôles sociaux, la participation sociale, la qualité de vie et la citoyenneté, et intégrant l'évolution sociétale autour de la revendication des droits à participer, se faire entendre, élaborer et disposer de son projet, dans le droit fil du projet associatif, j'entend mettre en œuvre un dispositif ouvert, coordonné, à la fois service de proximité et à proximité de l'utilisateur, au plus près de ses besoins dans une perspective valorisante et réaliste. Ce service que je présente en début de troisième partie se décline à partir d'une dynamique de décroisement intra et inter sectoriel, dans une perspective intensive de travail en réseaux, mobilisant des ressources humaines à forte valeur ajoutée, et s'appuyant sur une stratégie managériale singulière qui fait la part belle à l'initiative et l'innovation. Communication (campagne, plan, outil) et évaluation (instances de suivi et de rendu-compte de l'action) complètent la démarche stratégique de mise en œuvre de l'action, des premiers pas du service avant même son ouverture aux premiers neuf mois de fonctionnement¹¹⁶.

¹¹⁵ Ibid, p.165.

¹¹⁶ cf Annexe 4.

3 Une réponse innovante, la création du PRSA

La démarche de projet personnalisé repose sur une logique de besoin pour définir des objectifs et mettre en œuvre des moyens. Partir des besoins de la population accueillie et de chaque personne en particulier vise à se poser les questions avant d'y répondre.

Cette approche par le service à la personne en fonction de ses besoins permet d'agir en cohérence au projet fixé, de mobiliser et d'adapter les réponses aux questions posées et non seulement aux réponses existantes. Le PRSA s'inscrit dans une démarche d'étayage et d'appui favorisant l'accès aux dispositifs de droit commun pour accompagner les jeunes en situation de handicap sur des parcours d'insertion sociale et professionnelle.

Au plan social : il s'agit principalement d'appréhender l'« adaptation sociale » par la participation sociale, suivant en cela la pensée de Pierre Tap¹¹⁷ quand il postule que la démarche de l'acteur social à s'adapter à son milieu social et à s'y intégrer, est mue par le sentiment de pouvoir s'y réaliser. L'acteur social cherche à la fois la satisfaction de ses désirs et aussi de pouvoir transformer tel aspect de la réalité extérieure en fonction de ses propres projets. Dans ce sens, inclusion, adaptation et participation sociale sont des termes voisins. Participer ou être inclus socialement veut bel et bien dire avoir un impact sur son environnement, sur les obstacles ou les facilitateurs.

Au plan professionnel : il s'agit d'anticiper et de favoriser l'élaboration, la validation et la mise en œuvre de projets professionnels réalistes, en lien avec les besoins recensés auprès des entreprises ou du marché de l'emploi dans le cadre de la formation initiale. Dès lors il faut veiller à ce que le projet soit bien la résultante d'un travail mené en amont autour de l'élaboration, de la vérification et de la validation du projet professionnel. De la qualité de ce travail en amont va dépendre la réussite des parcours individuels.

Il s'agit de développer un système cohérent composé d'unités (partenaires) autonomes, qu'il est nécessaire d'inscrire dans un ensemble (dispositif), afin de répondre à des problématiques plus larges que celles relevant de leur champ de compétences respectif. Pour donner forme à une nécessité d'émulation et d'interaction autour des différents domaines de vie, le projet s'appuie sur le concept de « l'écosystème apprenant » appliqué aux champs : des dispositifs sociaux et médico-sociaux, du sanitaire et de la formation

¹¹⁷ Pierre TAP est docteur d'État en psychologie (1981 Paris Nanterre). Professeur émérite de l'Université de Toulouse Le Mirail, chargé de cours à l'Université catholique d'Angers. Professeur à l'Institut supérieur de psychologie appliquée de Lisbonne, directeur de recherche au Centre européen d'investigation sur les conduites et les institutions (CEICI), Fondation Bissaya Barreto (Coimbra, Portugal).

professionnelle, secteurs d'intervention entre lesquels les liens sont déjà préexistants, ou sont à renforcer, et pour certains partenariats, à initier.

Les modèles de partenariats et de réseaux s'en trouvent considérablement modifiés et permettent une plus grande liberté dans l'adaptation de l'action et de l'innovation.

En premier lieu, être apprenant c'est apprendre en étant acteur de son apprentissage ; apprendre : c'est mémoriser, comprendre et mobiliser dans un autre contexte que « l'ordinaire ». Cela peut se réaliser dans le cadre de divers modèles principalement à partir des modèles constructivistes (Binet, Montessori, Piaget) qui considèrent que la personne n'est pas une urne à remplir, mais un être qui se construit.

En référence à cette approche, « le réseau de partenaires » ne présente pas un état stable dans l'interconnaissance et l'interaction mais se construit à partir du partage de compétences et des coopérations.

En second lieu, le fait de penser le dispositif comme un écosystème composé d'unités autonomes reliées par le projet de la personne est primordial car il favorise une adaptabilité « organique » permettant un pilotage de l'ensemble tout en préservant les missions de chacun.

Un écosystème apprenant reprend cette démarche et s'inscrit dans la gestion et le partage des compétences afin de :

- ✓ favoriser l'apprendre ensemble et l'évolution dynamique des interactions de compétences et de connaissances entre différents partenaires ;
- ✓ améliorer la prise de décision et l'innovation grâce à l'instauration de réseaux évolutifs de collaboration et de coopération.

C'est un dispositif en mouvement qui répond à des besoins qui eux-mêmes se construisent dans, et à partir, de l'interaction et de la médiation entre intérêts économiques, sociaux et environnementaux.

Contrairement aux efforts de gestion d'un réseau de partenaires classique, purement normatif, qui cherche à aboutir directement au résultat, il s'agit de trouver des solutions, en réponse à des situations ou à des environnements changeants.

Reprenant les attendus exposés au chapitre 1.3.4., le PRSA ne propose pas de « modèle type », mais des réponses diverses, adaptées au projet de la personne prenant en compte les aspects multidimensionnels de son projet de vie, déclinées à partir des 4 domaines de vie¹¹⁸ suivants :

- 1) Adaptation à la vie sociale : Les ressources mobilisées visent au développement des compétences et de l'autonomie de la personne pour connaître son

¹¹⁸ cf Annexe 5

environnement, y effectuer des activités, y instaurer des relations positives en intégrant les règles et les codes sociaux, ...

Elles concernent le développement des relations sociales, de la communication, de la gestion des temps libres.

Les modalités d'intervention sont prévues en fonction du niveau d'autonomie des personnes bénéficiaires de l'action, inscrites au projet personnalisé, les actions intègrent l'ensemble des interrelations et médiations sociales avec pour objectif principal de :

- ✓ Favoriser le développement des interrelations sociales, par la mise en situation, dans le cadre de participation à des activités sociales, culturelles, sportives.
- ✓ Développer les aptitudes et renforcer les capacités d'auto-décision par le biais des remédiations techniques possibles soit en interne soit à l'externe.

2) Accès à l'autonomie résidentielle et prévention de la santé : Développer les capacités et les potentialités dans le cadre de la gestion d'un logement autonome, les déplacements, la prévention et le suivi de la santé. Ces éléments intègrent la nécessité de procéder par étape pour permettre dans un temps donné au bénéficiaire de l'action de mesurer et d'acquérir des capacités dans les différents domaines de :

- ✓ Accompagnement dans le logement en fonction d'une diversité de modes d'habitation
 - Logement au domicile parental, logement personnel, FJT, habitat partagé, appartements regroupés...
- ✓ Développement de l'autonomie dans les déplacements
 - Transport en commun, auto-école, SFER...
- ✓ Santé
 - Être en mesure de solliciter les dispositifs de soins
 - Respecter, s'il y a lieu, les posologies des traitements
 - Savoir s'adresser régulièrement à un professionnel de santé afin de prendre conseil dans le cadre d'un suivi lié à une problématique de santé ou recueillir des recommandations préventives.

Au-delà de ces aspects principaux, ce domaine de vie intègre aussi l'accompagnement à la gestion du quotidien :

- ✓ Gestion budgétaire et des ressources
- ✓ Hygiène de vie et hygiène alimentaire, nutrition
- ✓ Respect de soi et de son lieu d'habitation.

Ce domaine de vie constitue un axe majeur de l'action. En effet, sans cette autonomie résidentielle, les domaines de vie liés à la formation professionnelle, l'employabilité et l'accès à l'emploi, peuvent être compromis. Une attention particulière sera donnée aux objectifs à inscrire au projet personnalisé. De l'atteinte de ces objectifs, après évaluation, et des capacités des bénéficiaires dépendront l'ajustement de l'action dans les autres domaines de vie.

3) Parcours de formation adaptée (scolaire, préprofessionnelle et professionnelle) :

Des processus mis en œuvre en amont du projet de formation, autour de l'élaboration, la vérification et la validation du projet professionnel, dépend souvent l'accès à un parcours qualifiant pour les jeunes les plus éloignés de l'emploi.

Dans le cadre classique de la formation en alternance, la formation alterne des périodes en entreprise et en centre de formation d'apprentis. En entreprise, l'apprenant développe des compétences pratiques et apprend un métier. En centre de formation, il s'approprie des savoirs plus théoriques qui lui permettent de remplir ses missions dans l'entreprise.

Dans le « secteur du handicap » au-delà d'un apprentissage classique, on peut percevoir des besoins d'apprentissages « informels » d'ordre social au sens le plus large du terme. Derrière des différences visibles ou invisibles, on trouve des conditions de formation de soi dans un monde social divergent.

Ces apprentissages informels s'appuient sur l'expérience au quotidien, dans l'exploration de nouveaux espaces et dans l'établissement, fût-ce même pour un temps, de nouvelles relations sociales. En ce sens, appréhender l'alternance comme espaces d'apprentissage se rapproche plutôt de l'expérience de la participation à un temps autre que « l'ordinaire ». Cela permet d'inclure aussi bien les éléments clairement énoncés comme des apprentissages, les découvertes, que la dimension et le cheminement personnel induit par la confrontation à l'altérité.

Dès lors, il faut différencier le concept d'*apprentissage* qui se rapporte à des activités ciblées d'acquisition, de savoirs et de savoir-faire, et le concept plus large de *formation* qui tend généralement à se rapporter à des processus qui englobent des activités d'apprentissage et les inscrivent dans des modèles individuels et collectifs de développement personnel. Et également concevoir comment les apprentissages intègrent et accompagnent les différentes activités dans les domaines de vie, mais aussi la nécessité de nouveaux dispositifs de formation (adaptée) moins formels, peu ou pas séparés d'autres aspects de cette vie sociale.

Le dispositif Cap'alternance que je dirige accompagne chaque année 24 jeunes issus d'établissements et services médico-sociaux vers l'emploi en s'appuyant sur l'alternance

« temps de formation théorique et temps de formation pratique », comme le partenariat AAJD / Groupe FIM¹¹⁹, s'inscrivent résolument dans cette démarche.

Pour ce qui est du suivi de la scolarisation, parmi les bénéficiaires de l'action, certains d'entre eux sont en mesure de poursuivre leur formation dans le cadre d'une formation classique (lycée professionnel, lycée d'enseignement adapté, réseau Maison Familial et Rurale).

À l'instar des classes externalisées existantes au sein des établissements et services de l'AAJD, et de l'expérience acquise dans le suivi des collégiens et lycées en inclusion scolaire à temps partiel, il est nécessaire de développer des « binômes éducatif et pédagogique » entre les intervenants socio-éducatifs chargés d'insertion du PRSA et les équipes pédagogiques des établissements d'accueils des bénéficiaires de l'action (CFA, lycée professionnel, etc.). Dans ce domaine, l'AAJD bénéficie de plus de 15 ans d'expérience. Forts de cette expérience, nous savons qu'il est inutile de définir des modalités d'interventions standards tant les situations que nous sommes appelés à rencontrer sont individuelles, tant au niveau des usagers que des partenaires.

- 4) Employabilité et accès à l'emploi : L'intégration de l'apprenant en entreprise, est un processus essentiel du parcours permettant à une personne en situation de handicap de s'épanouir au sein d'un milieu, qui lui est généralement étranger, mais dont il mesure l'importance dans son projet de vie. Le processus d'intégration en entreprise est complexe et ne doit pas être réduit au simple suivi professionnel autour des apprentissages. Il s'agit avant tout d'anticiper, d'accompagner, de remédier, de cadrer et de participer à la construction du projet professionnel en articulation avec l'expérience personnelle.

Avec mon collègue chef de service de l'IDRIS chargé des 16 / 20 ans, nous avons formalisé cette pratique de stage et d'emploi accompagné¹²⁰ en 2009 par le biais d'une convention entre l'IDRIS et le pôle ESAT/EA d'une association partenaire, garantissant la présence autant de fois que nécessaire, tout au long du processus de stage et des premiers mois d'emploi, du chargé d'insertion de l'établissement d'origine auprès du stagiaire en entreprise. Cette présence en amont du stage, pendant le stage, et en aval

¹¹⁹ cf chapitre 3.1.

¹²⁰ Voir à ce sujet le film d'animation de 7 minutes « Le chemin d'Eloi » réalisé par l'Entreprise Adaptée « Séquences clés ». Il présente le parcours d'Eloi, et à travers son expérience, la complexité de l'accès à l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes avec déficiences intellectuelles (<https://www.youtube.com/watch?v=ixjKANamtCc>).

du stage¹²¹ pour évaluer et préparer une suite possible, a pour effet de sécuriser le parcours de l'apprenant en mettant à la fois le stagiaire comme le ou les professionnels qui accueillent dans les conditions les plus favorables possibles (information, présentation, médiation, communication, reformulation, décodage de situations complexes, aide à la décision).

Dans le cadre du milieu ordinaire de travail, ce type d'accompagnement s'avère tout aussi pertinent et est facilité par les relations contractuelles¹²² qui unissent l'AAJD au Groupement Inter-consulaire de la Manche qui gère les 4 centres de formation du Groupe FIM (Agneaux, Saint-Lô, Cherbourg, Granville).

De plus, la constitution d'un réseau d'entreprises partenaires, sensibilisées au handicap, facilite la recherche de stage, puis d'emploi. Cette démarche sert les différents partenaires, organisme de formation, stagiaire et entreprise.

Enfin, le développement d'une entreprise adaptée multi-activités au sein de l'AAJD (projet auquel je collabore activement auprès du directeur général de l'association) permettra également de favoriser la mise en apprentissage des bénéficiaires de l'action au sein d'une structure contrôlée. L'alternance possible entre les situations au sein de l'entreprise adaptée et de l'entreprise du milieu ordinaire offre les conditions d'une réussite du projet professionnel des bénéficiaires de l'action.

3.1 Susciter le décroisement intra et inter sectoriel : le PRSA comme centre de ressources

Accompagner l'usager à trouver sa place dans la société, c'est toucher à tous les champs, tous les domaines de vie qui le concerne. Certains éléments de ces domaines de vie peuvent être activés à partir d'un établissement du secteur médico-social, à l'interne comme à l'externe de l'association (plateau technique médico-psy mutualisé, lieux de stages préprofessionnels), et d'autres éléments se déclinent à partir d'autres secteurs professionnels, le sanitaire, la formation professionnelle, l'entreprise, le social. Afin de pouvoir répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées dans ces différents domaines de vie et d'assurer la cohérence des projets personnalisés, le PRSA se définit comme centre de ressources pour chaque partenaire sollicité, coordonnant l'ensemble des actions.

¹²¹ Approche que l'on retrouve dans le rapport au 1^{er} ministre « Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, aménager les postes et accompagner les personnes », présenté par Annie Le Houérou, septembre 2014, pp.28-33.

¹²² cf annexe 6.

3.1.1 Mobiliser l'existant associatif

Forte de ses 330 salariés issus de ses établissements et services, l'AAJD offre :

- ✓ Un plateau technique médico-psy pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologues cliniciens, neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens, infirmières) issu des différents établissements et services de l'association et qui peut intervenir sur demande pour tel ou tel usager de chacun des établissements et services en fonction des besoins repérés par les professionnels, sous l'autorité du médecin pédopsychiatre de la plateforme en question.
- ✓ Un vivier de qualifications, de compétences diversifiées et reconnues à même de contribuer au développement du projet sur les plans éducatif, thérapeutique, administratif, informatique, recherche et développement, processus qualité, etc. Je pense notamment à l'adjointe de direction en charge de la recherche/qualité/développement au sein de la direction générale, et qui est intervenue à mes côtés dès le mois de mars 2015 auprès de l'équipe du service pour reprendre et retravailler avec les collègues les documents supports¹²³ du processus projet en vigueur sur les établissements et services de l'AAJD, en les contextualisant ; je pense aussi au collègue informaticien rattaché à la direction générale et qui a travaillé, en concertation avec mes collaborateurs et moi-même, à la mise en place d'un serveur aux fonctionnalités spécifiques, adaptées au PRSA.
- ✓ Un panel d'établissements et services qui permet des coopérations au sein de l'AAJD pertinentes et adaptées, et plus précisément avec :
 - le FJT pour l'hébergement, notamment dans l'articulation entre les professionnels du PRSA et les animateurs du FJT, pour un partage des constats et des objectifs (notamment en matière de sécurité et de socialisation) pour tel ou tel jeune du PRSA qui « s'essaye » à l'autonomie résidentielle. Ce lieu privilégié permet à la fois la mesure de l'autonomie résidentielle dans un cadre « contrôlé » et la mise en place objective d'une progression graduée de l'acquisition des compétences nécessaires à cette autonomie.
 - l'ITEP et le SESSAD pour les jeunes présentant des TCC, et plus particulièrement dans le cadre de l'expérimentation « dispositif ITEP » dont le PRSA fait partie ;

¹²³ cf annexe 7

- le SFER¹²⁴ pour l'autonomie de déplacement, service que je dirige et dont les prestations en matière de formation et d'éducation routière sont particulièrement adaptées aux capacités des usagers du PRSA, et en corrélation avec les objectifs des uns ou des autres en matière d'autonomie de déplacement ;
- le service Cap'Alternance pour l'insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire, dont les usagers de moins de 20 ans du PRSA peuvent bénéficier pour les aider à élaborer leur projet professionnel.

3.1.2 S'inscrire dans une dynamique de réseaux

Le PRSA ne peut à lui tout seul apporter les réponses aux problématiques rencontrées. Penser autrement serait un non-sens et manquer à tout le moins d'humilité. La dynamique de réseaux est donc essentielle. Elle peut se schématiser sous la forme de cercles concentriques de diamètres différents.

Le premier cercle, le plus grand, représente le réseau de l'AAJD constitué à l'initiative du directeur général en lien avec la politique associative soutenue par le conseil d'administration. Par exemple, le travail mené depuis plusieurs mois dans le cadre du projet de dispositif adulte a conduit l'AAJD à engager des réflexions avec des partenaires départementaux et régionaux sur le plan de la santé, de la formation professionnelle et de l'emploi, en vue de développer des projets communs :

- a) Un partenariat par convention entre l'AAJD et la Fondation du Bon Sauveur met à disposition de l'AAJD un temps de médecin pédopsychiatre sur Saint-Lô pour l'ITEP, l'IDRIS, le SESSAD et le PRSA, ce qui facilite le recrutement d'un médecin pour la Fondation, et enrichit le plateau technique médico-psy de l'association. Pour le PRSA spécifiquement, une deuxième convention permet au service de bénéficier à son organigramme d'un temps plein d'infirmier psychiatrique issu de la Fondation, en fait un mi-temps sur le Nord Cotentin, et un mi-temps sur le Centre Manche. Ainsi, les relations de proximité avec les CMP de la Manche sont grandement facilitées et les usagers du PRSA peuvent bénéficier d'une prestation de soin au plus près de leur domicile, au sein d'un dispositif de droit commun qui perdurera après la fin d'accompagnement du PRSA si nécessaire.

¹²⁴ 310 stagiaires accompagnés et formés par an sur l'ensemble de la région Basse Normandie, dont 201 adultes (+ de 20 ans) et 109 jeunes (bilan d'activité du SFER en 2014).

- b) Le projet avec le groupe FIM – Centre de Formation des Apprentis (CFA), coopération liée à l'expérience basée sur le partage de savoirs et de compétences mutuelles.

Le projet¹²⁵ vise à « promouvoir l'insertion socioprofessionnelle en milieu ordinaire de travail de jeunes en situation de handicap dans le cadre d'une formation en alternance, à partir d'une logique d'intégration dans les CFA de droit commun ».

Le projet s'articule autour de 3 axes principaux :

- ✓ Axe 1 : Formation en alternance (emploi/employabilité des publics en situation de handicap et/ou en difficulté).
- ✓ Axe 2 : Recherche et développement (recherche-coopérative, innovation sociale et technologique : développement de nouvelles filières de formation dans le cadre notamment de la « Silver Economie » (service à la personne), des Technologies de l'Information et des Communications (TIC) pour l'Enseignement (TICE).
- ✓ Axe 3 : Hébergement - restauration (hébergement en structure de type FJT, création de lieux de vie et de partage).

Les usagers du PRSA auront bien entendu la possibilité d'intégrer ce dispositif de formation en alternance, qui sera mis en place en septembre 2016, lorsque le CFA aura intégré ses futurs locaux sur l'agglomération saint-loise. Les intervenants du PRSA accompagneront les professionnels du CFA sur la coordination des savoirs et des compétences, en lien avec chaque usager. A partir de septembre 2015, je vais participer directement à la mise en place de la plateforme de formation spécifique issue des réflexions de l'AAJD et du groupe FIM-CFA de la Manche.

c) La Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire (CRESS)

1. Création et développement d'une entreprise adaptée multi-activités.
2. Participation au développement des pôles territoriaux de coopération économique¹²⁶.

Le directeur général de l'AAJD et moi-même sommes actuellement engagés dans une réflexion sur la reprise d'entreprises qui cessent leur activité faute de repreneur, ou d'entreprises en liquidation judiciaire (entreprise horticole et maraichère, restaurant), dont

¹²⁵ Extrait du pré projet AAJD/groupe FIM-CFA décembre 2013

¹²⁶ PTCE : Un pôle territorial de coopération économique (PTCE) est un regroupement, sur un territoire donné, d'initiatives, d'entreprises et de réseaux de l'économie sociale et solidaire associé à des PME socialement responsables, des collectivités locales, des centres de recherche et organismes de formation, qui met en œuvre une stratégie commune et continue de coopération et de mutualisation au service de projets économiques innovants de développement local durable.

les métiers correspondent aux compétences et capacités des publics accompagnés par l'association. Cette réflexion s'inscrit dans une démarche d'ancrage territorial de proximité et de maintien de l'existant sur un territoire donné, relevant de la responsabilité sociétale de l'AAJD en tant qu'association appartenant au secteur de l'ESS. Les usagers du PRSA pourront, en fonction de leur projet, trouver là une possibilité de stage professionnel, voire d'avenir professionnel.

- d) Les formations FORDIS développées par l'Association des Mousquetaires (Intermarché) pour les Handicapés et leur Insertion (AMHI), formation des personnes handicapées aux métiers de la distribution en partenariat avec l'AGEFIPH.

Ces formations d'une durée d'une semaine se déroule à partir de l'IDRIS ou du dispositif Cap'alternance, et permettent à un groupe de 8 stagiaires de découvrir les métiers de base de la Grande Distribution (employé libre-service, métiers de bouche, etc.). Là encore, en fonction de leur projet, les usagers du PRSA ont accès à ce type de formation.

Le deuxième cercle est constitué des différents réseaux professionnels des professionnels du PRSA, dont le directeur que je suis. En clair, chaque professionnel du service apporte son carnet d'adresses de partenaires potentiels dans les différents domaines de vie déjà cités, et en fait profiter l'ensemble des collègues pour trouver plus facilement un lieu de stage, une possibilité d'hébergement, un dispositif de droit commun pouvant répondre à telle ou telle problématique. Au cours des 4 premiers mois de fonctionnement du service¹²⁷, en attendant les premières notifications CDAPH vers le PRSA, nous avons, mes collaborateurs et moi-même, particulièrement enrichi ce réseau en présentant le dispositif PRSA à environ 150 organismes, institutions, services, entreprises, sur l'ensemble du département de la Manche, constituant un formidable carnet d'adresses que nous activons depuis les premières admissions en mai 2015.

Le troisième cercle est constitué du réseau des usagers eux-mêmes, réseau de proximité que chaque intervenant du service se doit de découvrir pour pouvoir éventuellement engager des réponses à partir d'un environnement connu de l'utilisateur, par définition moins stressant. L'accompagnement de l'utilisateur par un professionnel du service permet par exemple de formaliser la demande de stage auprès de telle entreprise de la commune, d'élaborer des objectifs, d'assurer le suivi et de procéder à une évaluation, médiatisant et encadrant la relation entre le chef d'entreprise et l'utilisateur, à l'inverse d'une demande

¹²⁷ cf chapitre 3.4.

spontanée du jeune concerné vers le « patron » qu'il connaît mais qui s'arrête souvent dès les premières démarches administratives.

3.1.3 Faire du projet personnalisé une base conventionnelle

Dans la logique de la relation de service, la réponse aux besoins est organisée au sein de l'ensemble du dispositif (à l'interne comme à l'externe) à partir des projets personnalisés autour de prestations variées, dont la cohérence et la coordination de leur mise en œuvre sont assurées par l'équipe-projet au sens le plus large du terme.

En effet, plus la situation de l'utilisateur est complexe, plus « la réponse » demande une articulation et une plasticité importante, une fluidité entre les différents dispositifs potentiellement à même d'apporter un élément de réponse. Partant de ce constat, ce qui préexiste n'est pas la forme conventionnelle classique (conventions entre partenaires, protocoles), mais la nécessité de considérer le projet de la personne comme « base conventionnelle ».

C'est une démarche organisationnelle horizontale et transversale par projets, dans un fonctionnement par réseau en appui de ressources au service de l'utilisateur.

Cette démarche organisationnelle fait bouger les frontières du partenariat, au-delà d'un simple partenariat, basé sur des conventions ou des protocoles, c'est un véritable décloisonnement intersectoriel qui s'appuie sur la mutualisation des moyens. Cette porosité des compétences ouvre de nouvelles perspectives particulièrement fortes mais ne remet pas en cause le pilotage de l'action, qui reste assuré par le PRSA dans sa fonction de co-élaboration et de coordination du projet personnalisé.

3.2 Mobiliser les ressources humaines : la GPEC associative

La réponse positive à l'appel à projet est arrivée en novembre 2014, pour une ouverture programmée du PRSA au 1^{er} janvier 2015, ce qui constitue un laps de temps particulièrement court pour procéder au recrutement et à l'installation d'un nouveau service. En matière de recrutement des professionnels du service chargés d'insertion, l'AAJD, en conseil de direction, a fait le choix de privilégier une offre de recrutement à l'interne afin de :

- 1) Permettre la mobilité professionnelle au sein de l'association, à la fois des personnels vers le PRSA, et aussi des personnels des établissements et services vers les postes laissés ainsi disponibles, tout en ouvrant ces mêmes postes à du recrutement externe.
- 2) Recruter des personnels déjà formés à la VRS et connaissant les valeurs, concepts et principes du projet associatif ;

- 3) Constituer une équipe pluridisciplinaire complémentaire au regard de la palette diversifiée des qualifications des personnels de l'AAJD qui compte environ 330 salariés.

Fin novembre 2014, les offres d'emploi ont été diffusées sur l'ensemble des établissements et services et j'ai reçu une quinzaine de candidats pour les 6 postes éducatifs chargés d'insertion.

En ce qui concerne le poste de médecin psychiatre, les 0,10 ETP du PRSA viennent augmenter le temps dont le médecin disposait déjà sur la plateforme médico-psy. A partir de cette plateforme associative, le médecin peut également activer l'intervention d'un psychologue clinicien, ou d'un neuropsychologue, ou d'un psychologue formé aux thérapies cognitivo-comportementales. Le poste d'infirmier issu du secteur psychiatrique relève du choix de notre partenaire, la Fondation du Bon Sauveur (en l'occurrence, 2 professionnels répartis géographiquement pour 0,5 ETP chacun). Le poste de secrétaire comptable est issu d'un recrutement externe tandis que le temps d'agent de service permet à une collègue de l'association d'augmenter son temps de travail.

3.2.1 Identifier les compétences et recruter les collaborateurs

En ce qui concerne l'organigramme du service, en concertation avec le directeur général et en fonction de l'enveloppe budgétaire fixée pour les trois années de l'expérimentation, j'ai fait le choix de recruter 6 chargés d'insertion pour 40 places, soit un ratio d'encadrement de 1 pour 6 ou 7 usagers. Ce choix pour cet encadrement resserré s'ancre d'abord dans mon expérience d'éducateur en SESSAD pendant 9 ans, où je considère qu'un éducateur pour 8 jeunes constitue un grand maximum au regard de situations de plus en plus complexes, où la coordination de projet avec de multiples intervenants extérieurs nécessite de la disponibilité et de la réactivité. Ensuite, considérant la particularité des parcours et l'hétérogénéité du public orienté vers le PRSA, ramener ce chiffre autour de 6 à 7 usagers par professionnels me paraît pertinent pour permettre des temps d'intervention hebdomadaires multiples, voire sous forme d'accompagnement à la demi-journée ou à la journée si nécessaire (lors de stages professionnels notamment).

J'ai recruté au mois de décembre 2014 les 6 collaborateurs chargés d'insertion du PRSA (3 femmes, 3 hommes), tous issus des établissements et services de l'association. Compte tenu des délais très courts, mes collègues directeurs du Conseil de direction ont particulièrement « joué le jeu » et ont libéré le plus rapidement possible les collègues recrutés sur le PRSA, non sans leur poser quelques problèmes d'organisation interne.

L'équipe éducative se compose : d'une chargée d'insertion (de formation éducateur spécialisé) dans le champ du handicap adulte, d'une CESF intervenant auprès des familles dans le champ de la Protection de l'Enfance, d'une éducatrice spécialisée intervenant auprès des adolescents également dans le champ de la Protection de

l'Enfance, de deux éducateurs spécialisés intervenants dans le champ de la déficience intellectuelle et d'un éducateur spécialisé intervenant auprès de jeunes TCC. Ce recrutement présente l'avantage également de bénéficier d'intervenants qui ont tous la culture « maison », à savoir une certaine conception de l'intervention en lien avec l'accès à la citoyenneté la plus aboutie, en privilégiant pour ce faire l'outil que constitue la recherche de l'inclusion autant que faire se peut.

Ces 6 professionnels possèdent tous des compétences transversales et polyvalentes comme « savoir se montrer à l'écoute d'une personne et mener un entretien ; connaître les fondamentaux de la relation d'aide ; savoir rédiger de manière concise et argumentée », des compétences plus spécialisées comme « maîtriser les outils de base de l'approche systémique¹²⁸ », enfin des compétences plus personnelles comme « savoir se montrer chaleureux et bienveillant ; être attentif à l'autre ; faire preuve de tact et de diplomatie ; savoir garder son sang-froid ». Ils possèdent également des compétences particulières dans leur domaine d'intervention initial, compétences qui viennent enrichir l'équipe dans sa globalité.

3.2.2 Promouvoir les compétences, ou le choix de l'empowerment

Dans le secteur médico-social, promouvoir les compétences est pour un employeur un exercice difficile en ce sens où la reconnaissance qui va de pair avec la promotion des compétences ne rime pas avec augmentation de salaire, sauf bien entendu pour ceux qui accèdent à un autre statut (de moniteur éducateur à éducateur spécialisé, de chef de service à directeur). Quelques points sont donnés ici ou là pour des fonctions particulières (fonction de coordination par exemple), mais globalement, cette reconnaissance reste marginale.

Pour le manager que je suis, la promotion des compétences, autrement dit « le management des compétences vise à tirer le meilleur parti des compétences des acteurs dans l'intérêt général de l'entreprise, c'est-à-dire par une meilleure qualité de service et de travail, mais aussi pour une valorisation des acteurs professionnels ».¹²⁹

Valoriser les compétences se traduit par accroître le pouvoir de chaque salarié au sein du PRSA, élargir leur champ de compétences (ce qui ne signifie aucunement signer un chèque en blanc ou ne rien contrôler) pour en faire les véritables acteurs et chevilles

¹²⁸ L'approche systémique se distingue des autres approches par sa façon de comprendre les relations humaines. En effet, la personne n'est pas le seul élément analysé dans la démarche. L'intervenant accorde aussi une importance aux différents systèmes dont elle fait partie (familial, professionnel, social, etc.). Cette personne est influencée à la fois par ses intentions, celles des autres, et celles des possibilités du milieu et/ou du système. L'analyse systémique a vulgarisé ce concept qui semble particulièrement bien adapté aux interactions socio-professionnelles et économiques.

¹²⁹ LOUBAT J.R., juillet / octobre 2002, in « les cahiers de l'actif » – N° 314-317, Montpellier, JF Impression, p.148.

ouvrières du service, impliqués et reconnus comme tels. Définie sous le terme d'empowerment (enrichissement des responsabilités), cette optique de management « prône un management par les compétences qui met l'accent sur une organisation plus plastique et dynamique ».¹³⁰ A la fois référent et coordinateur de projets, le chargé d'insertion du PRSA constitue véritablement l'interface (au sens de servir d'intermédiaire) entre l'utilisateur d'une part, et le service et les dispositifs de droit commun d'autre part.

3.2.3 Former et accompagner les professionnels

La politique de formation et d'accompagnement des professionnels du PRSA s'inscrit tout d'abord dans un ensemble beaucoup plus large que le service, et renvoie à la GPEC que l'AAJD a progressivement mise en place dans le cadre de sa politique associative.

La GPEC¹³¹ est une gestion anticipative et préventive des ressources humaines en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'entreprise.¹³²

Elle s'appuie d'une part sur un volet collectif pour détecter les questions relatives à l'évolution des métiers, des emplois, des compétences, des effectifs et anticiper les risques d'écarts entre besoins et ressources sur un plan qualitatif et quantitatif, et définir des règles et moyens facilitant l'ajustement ; et d'autre part sur un volet individuel pour promouvoir de manière anticipée le développement des capacités d'évolution et de l'employabilité de chaque salarié dans le cadre de son parcours professionnel.

La GPEC relève d'une démarche associative qui inclut la formation, le développement des compétences, le recrutement, la mobilité...

Dans ce cadre, les directeurs des établissements et services de l'AAJD veillent à la mise en place des différents entretiens individuels (entretien d'évaluation, professionnel¹³³ et de deuxième partie de carrière¹³⁴). Les directeurs sont également invités à présenter en Conseil de direction leurs orientations en matière de politique de formation dans le cadre de l'élaboration du plan de formation (essentiellement axé dans un 1^{er} temps pour le PRSA au perfectionnement en matière d'interventions en référence à l'analyse systémique, et à la participation de l'ensemble du service au colloque organisé à l'occasion du X^{ème} anniversaire du GIFFOCH¹³⁵ « participation sociale et qualité de vie des personnes handicapées : ouvrons le dialogue »).

¹³⁰ Ibid, p.149.

¹³¹ La GPEC a été introduite par la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 qui fait obligation aux entreprises de plus de 300 salariés de négocier sur la GPEC.

¹³² Définition proposée par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

¹³³ Obligation prévue dans la loi n°2014-288 du 5 mars 2014 sur la formation, l'emploi et la démocratie sociale.

¹³⁴ Prévu dans l'accord d'entreprise sur le contrat de génération signé par l'AAJD.

¹³⁵ Groupe International Francophone pour la Formation aux Classifications du Handicap, colloque du 8 et 9 octobre 2015 à Rennes.

De plus, en concertation avec mes collaborateurs, j'ai fait le choix de mettre en place des séances mensuelles d'Analyse des Pratiques Professionnelles organisées en direction des professionnels du service, animées par un consultant extérieur en référence à l'analyse systémique. Ces temps doivent permettre de comprendre les enjeux de la relation établie avec un usager, de bien prendre en compte les contextes de vie de ces derniers et de les considérer alors comme potentielles ressources. Dans ce cadre, ces groupes de travail contribuent à la formation des personnels, à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.

Également une à deux fois par mois, le médecin psychiatre du service rencontre pendant 3 heures les membres de l'équipe afin d'accompagner au plus près les intervenants, d'éclairer telle ou telle problématique, d'infléchir ou de faire évoluer tel ou tel objectif, d'élargir le cercle de partenaires afin de garantir la plasticité et la dynamique du service aux prises avec la complexité des situations rencontrées.

Enfin chaque semaine, la première partie (briefing¹³⁶) de la réunion que j'anime est consacrée à l'évocation libre de situations qui posent problème et que chacun est amené à exposer et à partager avec ses collègues, les uns éclairant les autres.

3.3 S'appuyer sur un management stratégique

Comme citoyen et comme manager, je suis confronté à la complexité du monde en général, et de la société française en particulier, où tout est devenu plus flou, plus imprévisible, plus rapide, sous l'influence de trois facteurs que sont la mondialisation de l'économie, l'impact des technologies de l'information et la crise des modèles (économiques et politiques notamment) : « Alors que la planification est une tentative de maîtrise de la réalité future pour l'atteinte d'objectifs prédéterminés, le management stratégique est un processus d'adaptation permanente à une réalité changeante et en grande partie imprévisible ».¹³⁷ Partant de cette définition, le management stratégique repose pour moi sur la recherche de l'amélioration continue des prestations du service, notamment en allant au-delà de la réponse aux besoins, voire en anticipant d'autres besoins. Cela passe par :

- ✓ Développer un management par projet
- ✓ Favoriser la prise de responsabilité des acteurs et clarifier les délégations

¹³⁶ cf chapitre 3.5.4.

¹³⁷ GENELOT D., juillet/octobre 2002, in « Les cahiers de l'Actif », n° 314-317, Montpellier, JF Impression, p.72.

- ✓ Mettre en place une communication interne et externe
- ✓ Constituer un groupe de pilotage de l'action du service
- ✓ Piloter et encadrer les différents niveaux de projets

3.3.1 Mettre en place une organisation qualifiante, ou quand le projet organise

« Elle¹³⁸ (l'organisation qualifiante) vise le développement de l'employabilité de tous les salariés et repose sur trois principes :

- ✓ Le service structure en partie son organisation en mettant en œuvre les compétences de ceux qui œuvrent. En d'autres termes, l'organisation ne se définit pas par sa structure interne mais bien par les compétences collectives (en interne comme à l'externe) qu'il faut être à même de mobiliser pour réaliser les objectifs.
- ✓ Le caractère formateur des situations de travail et de gestion est privilégié.
- ✓ L'organisation qualifiante est une organisation évolutive, conçue en fonction des compétences présentes des personnes qu'elle emploie mais également en vue de transformer en gain de performance l'augmentation du potentiel de compétences des salariés. »

Les réunions de service hebdomadaires¹³⁹ ainsi que les séances d'Analyse Des Pratiques Professionnelles (ADPP) et les temps de concertation avec le médecin découlent de cette dynamique stratégique.

Ainsi, à travers le projet personnalisé d'un usager du PRSA, dont les modalités d'atteinte des objectifs (voire les objectifs eux-mêmes) sont modulables et changeantes en fonction de nombreux paramètres, « les vrais enjeux de l'organisation se situent maintenant dans le traitement de l'imprévu et de l'instabilité et dans l'exploitation de la richesse offerte par la complexité. »¹⁴⁰

3.3.2 La démarche d'intervention, du sens, de la méthode, des hommes

L'intervention du service s'inscrit dans une stratégie globale d'intervention qui associe plusieurs acteurs dans la perspective de favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun de façon autonome avec les appuis et compensations strictement nécessaires. Les intervenants et partenaires sollicités dans les différents domaines de vie forment l'équipe

¹³⁸ PLANE J.M., octobre 2014, *Théorie des organisations*, Paris, Dunod, p.109.

¹³⁹ cf chapitre 3.5.3.

¹⁴⁰ GENELOT D., juillet/octobre 2002, in « Les cahiers de l'Actif », n° 314-317, Montpellier, JF Impression, p.73.

projet, intervenant alors en équipe interdisciplinaire.¹⁴¹ Le projet formalisé constitue une base commune pour l'ensemble des intervenants (base conventionnelle).

L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé est un processus commun à l'ensemble des établissements et services de l'AAJD, donc connu des professionnels du service (à l'exception des deux infirmiers). Il se décline en quatre étapes principales, 1/ l'accueil de la personne et l'évaluation initiale, 2/ l'élaboration du projet et définition des objectifs, 3/ la définition des actions et mise en œuvre, 4/ l'évaluation, actualisation et ajustement des objectifs et des modalités.

Des outils supports au processus projet sont également élaborés :

- a) Le référentiel de capacités est une « banque de données » avec un langage partagé, disponible pour les intervenants. Il vise à dégager des objectifs transversaux qui constituent la garantie de l'individualisation de l'action, et est un des éléments essentiels de l'élaboration et de l'évaluation du projet personnalisé de l'utilisateur.
- b) Le document support au processus et opérationnalité du projet personnalisé reprend les procédures et détaille les étapes principales dans le processus projet. Il intègre le document d'évaluation initiale, le document élaboration du projet personnalisé, le document de réunion de coordination, et le document d'évaluation du projet personnalisé.

Pendant les 4 premiers mois de fonctionnement du service, ces documents supports ont été revisités par les professionnels du service dans le cadre de journées de travail co-animées par l'adjointe de direction en charge de la qualité et du développement au sein de la direction générale et moi-même, afin de les contextualiser à la spécificité du service et que chacun puisse se les réapproprier.

Après échanges au sein de l'équipe du service, nous avons optés pour le principe de co-référence en matière de projet, c'est-à-dire que deux chargés d'insertion sont nommés dès l'admission de l'utilisateur, un comme référent, l'autre comme co-référent, dans une double optique :

- ✓ le service fonctionne 365 jours par an, ce qui fait qu'un utilisateur a toujours un interlocuteur qui connaît son projet et que lui connaît, en dépit des temps d'absence pour congés des uns et des autres ;
- ✓ d'emblée un double regard s'opère sur la situation de l'utilisateur, confrontation ou échange de points de vue qui viennent enrichir l'analyse de la situation.

¹⁴¹ « L'interdisciplinarité consiste à faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. La démarche suppose un but commun qui, pour être atteint, suppose la confrontation des différentes approches d'un même problème », [Visité le 10 août 2015], disponible sur internet : www.rvh-synergie.org.

Enfin comme le service fonctionne en continu, le calendrier de fonctionnement tient compte du rythme de vie de chaque usager compte tenu des statuts occupés (d'adolescent, de jeune adulte, d'apprenti, de salarié,...) et du fonctionnement des organismes de droit commun partenaires du projet de la personne.

Pour chaque professionnel, au prorata de son équivalent temps plein, un emploi du temps hebdomadaire est fixé conjointement par moi-même et le salarié concerné en fonction des besoins des usagers et du fonctionnement du service.

Ce calendrier prend en compte la particularité d'une intervention en soirée et selon les nécessités est susceptible de modification ou d'adaptation. Celles-ci font l'objet de modulations d'horaires dans le respect de la réglementation.

3.3.3 Animer le dispositif

J'entends par animer le dispositif définir ma posture de manager, investi dans la fonction au sens de l'engagement, de l'acceptation de ma responsabilité dans la conduite des actions des professionnels du service au profit des usagers. Animer le dispositif m'amène à réussir le bon dosage entre ce qui doit être fait en fonction du projet de service, lui-même rattaché au projet associatif, et ce qui peut être fait, je dirai même, ce qui peut être osé dans une organisation laissant une part à l'imprévu dans la relation d'aide. En d'autres termes, autoriser mes collaborateurs à défricher d'autres pistes pour déboucher sur d'autres possibles, tout en étant garant du respect du cadre légal et de nos engagements qualitatifs et quantitatifs vis-à-vis de l'autorité de tarification, et aussi de l'utilisateur, et de sa famille.

Animer le dispositif, c'est laisser vivre une part de doute et d'incertitude en moi pour éviter les certitudes qui conduisent à l'autosatisfaction et aux erreurs, et au contraire afficher mes convictions, qui sont les miennes, en tant que professionnel travaillant au sein d'une association porteuse d'un sens qui me convient parfaitement, en tant qu'homme aussi, même s'il ne s'agit en aucun cas de faire l'amalgame entre les deux.

Faisant le lien entre stratégie et management, je m'inscris dans les propos de Jean-Marie Miramon¹⁴² lorsqu'il met « en exergue les trois compétences spécifiques (du directeur) : 1/ concevoir les projets en concertation avec ceux auxquels ils sont destinés et avec ceux qui sont censés les mettre en œuvre, 2/ animer les dispositifs pour garantir la cohérence des actions et la cohésion des acteurs, 3/ fédérer tous ces acteurs ».

Animer le dispositif, c'est aussi faire le lien en interne avec les Instances Représentatives du Personnel (IRP). Compte tenu du faible effectif de salariés, le PRSA est « rattaché » aux IRP de l'ITEP et du SESSAD réunis. Aux dernières élections (juin 2015), deux

¹⁴² MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP, in DESHAIES J.L., 2014, *Stratégies et management : briser l'Omerta !*, Rennes, Presses de l'EHESP, p.106.

collègues du PRSA ont été élus, l'un pour siéger comme titulaire au Comité d'Établissement, l'autre pour siéger comme suppléant en tant que Délégué du Personnel. C'est l'occasion pour le PRSA d'être représenté dans les instances associatives, d'avoir des temps formalisés pour échanger, informer, communiquer avec les autres collègues de l'AAJD, et de ne pas être considéré comme un service « à part » de l'association. En tant que directeur, je suis invité par mon collègue directeur de l'ITEP à chaque fois qu'à l'ordre du jour de telle ou telle réunion de ces instances (y compris le CHSCT), une question concerne directement le PRSA.

3.4 Mobiliser les moyens utiles à l'action du service et garantir les droits des usagers

3.4.1 Doter le PRSA des moyens logistiques spécifiques à sa philosophie d'action

Les locaux : Le PRSA est implanté sur deux sites d'intervention, Nord Cotentin et Centre Manche. Le contexte actuel ainsi que les moyens économiques incitent à la mutualisation et aux coopérations. Compte tenu de la nature de l'intervention (type SESSAD, SAMSAH...), nous avons fait le choix d'implanter le service dans les mêmes locaux que ceux du SESSAD de l'AAJD.

La téléphonie et l'informatique : L'AAJD a développé un réseau téléphonique sur IP¹⁴³ qui permet une interconnexion de l'ensemble des sites des établissements et services. Le PRSA bénéficie également de cette technologie existante au sein de l'AAJD. Le système actuellement en place permet à la fois la connexion au serveur de l'AAJD à partir de site distant concernant la gestion des plannings, la gestion des dossiers de l'utilisateur et tout accès aux documents dématérialisés. Un serveur dédié intranet est également en place, il supporte la mise en place du système d'information (plateforme intranet et espace coopératif) tel que prévu au projet. De plus, chaque intervenant du service dispose d'un smartphone et d'un ordinateur portable.

Moyens de déplacement : Compte tenu de la nature de l'activité, la nécessité de se rendre au domicile des personnes impose que le directeur, les chargés d'insertion et les infirmiers bénéficient d'un véhicule de service à l'instar de ce qui est fait dans un service type SESSAD. Dans le cadre de l'enveloppe budgétaire et du plan pluriannuel d'investissement du service, j'ai ainsi négocié en décembre 2014 l'achat de 9 véhicules légers équipés des dernières évolutions en matière de sécurité active et passive afin que chacun puisse se déplacer en sécurité.

¹⁴³ La téléphonie sur IP (ou VoIP pour Voix sur IP) est un mode de téléphonie utilisant le protocole de télécommunications créé pour Internet (IP pour Internet Protocol).

3.4.2 Assurer la garantie des droits des usagers

La visite de conformité par l'ARS du PRSA a eu lieu mi-janvier 2015, avec présentation des documents réglementaires. Compte tenu des délais très courts entre l'accord de l'ARS et cette visite de conformité, ces documents (projet de service, livret d'accueil incluant la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge (DIPC) et forme de participation des usagers) ont été élaborés par un groupe de travail composé du directeur général, de l'adjointe de direction chargé du développement et de la qualité, et de moi-même, en novembre et décembre 2014. Les collègues recrutés début janvier n'ont donc pas participé à ces réunions de travail, et j'ai repris avec chacun d'entre eux au moment du recrutement, puis en réunion collective une fois l'équipe constituée, le contenu des différents documents, et plus particulièrement le projet de service et sa philosophie, ses attendus.

En matière de droits des usagers, en premier lieu, je remets à chaque usager admis au service le livret d'accueil incluant la charte et le règlement de fonctionnement, informant ainsi de l'organisation du service, de son fonctionnement, des prestations délivrées, et aussi des principales modalités concrètes d'exercice des droits et obligations de chacune des parties (professionnels, usagers, responsables légaux). Ensuite, je présente et remets à l'utilisateur (et à son représentant légal s'il est mineur) le DIPC lors de la phase d'admission. Il fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur que je suis et l'utilisateur (ou le représentant légal) au plus tard dans le mois qui suit. Pour les usagers majeurs qui atteignent la majorité au cours de l'accompagnement par le service, un nouveau DIPC est contractualisé avec lui. La loi prévoit qu'un avenant précise dans un délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne, et que ceux-ci sont actualisés chaque année. Pour le service cet avenant correspond au projet personnalisé élaboré trois mois après l'admission, actualisé après évaluation au moins une fois par an et systématiquement contractualisé avec l'utilisateur. En ce qui concerne la forme de participation¹⁴⁴ des usagers portant sur le fonctionnement du service, nous avons retenu avec mes collaborateurs l'idée d'un outil de recueil d'appréciation que nous allons élaborer dans les mois qui viennent. Ce recueil anonyme sera systématiquement proposé à l'utilisateur une fois par an, et les appréciations seront suivies dans le cadre du Groupe de Pilotage Évaluation¹⁴⁵, dont la première réunion est programmée pour fin octobre 2015. Enfin, le PRSA se réfère au Plan de Promotion de la Bientraitance (PPB) de l'AAJD qui prend en compte les recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la

¹⁴⁴ Décret n°2004-287 du 25 mars 2011 relatif au Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participation instituées à l'Art. L.311-6 du CASF.

¹⁴⁵ cf p.77.

Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico Sociaux (ANESM)¹⁴⁶. Il intègre ces références à son projet de service. Le PPB actuel précise et modélise deux types de procédures distinctes à observer dans le cadre d'une « information préoccupante » ou d'un signalement pour « situation de maltraitance ».

3.5 S'engager dans une campagne de communication permanente

Comme nous l'avons vu au chapitre 2.3.4., le PRSA se définit comme une plateforme de services, souple, adaptative, plastique. Pour cela, le PRSA doit se situer « au cœur d'un réseau relationnel élargi comprenant des partenaires très divers (...), et se montrer capable de capter les changements ».¹⁴⁷ Se posant comme coordonnateur des actions menées en direction de l'utilisateur, tête de réseau d'un ensemble de partenaires s'assurant de la complémentarité et la cohérence des prestations, le PRSA doit entretenir une communication permanente avec ses partenaires pour optimiser la gestion des ressources ainsi activées.

3.5.1 Élaborer un plan de communication

La politique de management du dispositif que j'entends mener doit être accompagnée d'une politique de communication interne et externe cohérente et adaptée à la culture de l'organisation et de son environnement.

Elle doit permettre de passer d'un mode de communication réactif à une logique d'anticipation.

En lien avec les services de la direction générale de l'association, j'ai rapidement mis en place un plan de communication¹⁴⁸ qui intègre les spécificités du dispositif.

Ce plan vise à :

En externe : 1/ Faire connaître le dispositif, sa mission, son fonctionnement ; 2/ Promouvoir une image positive du dispositif ; 3/ Développer ou consolider les réseaux et partenariats

En interne : 1/ Améliorer la circulation de l'information ; 2/ Favoriser la compréhension du cadre de référence du dispositif ; 3/ Décloisonner les services ; 4/ Renforcer le sentiment d'appartenance, l'implication, la mobilisation ; 5/ Améliorer le dialogue social

¹⁴⁶ ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Nancy, Impression Bialec et ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy, Impression Bialec.

¹⁴⁷ LOUBAT J.R., 2014, *Penser le management en action sociale et médio-sociale*, Paris, Dunod, p.148

¹⁴⁸ cf annexe 8

3.5.2 Présenter le projet aux instances et aux partenaires, ou l'élaboration de la carte « réseaux » du service

De par la nature du PRSA évoquée précédemment, l'élaboration d'une carte réseau riche et variée est autant nécessaire qu'indispensable pour prétendre dispenser des prestations répondant à l'extrême hétérogénéité des problématiques rencontrées. De janvier à avril 2015, mes collaborateurs et moi-même sommes allés à la rencontre d'environ 150 partenaires (du sanitaire, du social, du médico-social, de l'enseignement et la formation professionnelle, l'entreprise), pour présenter le service, informer, communiquer, susciter le dialogue et engager des réflexions avec les uns et les autres susceptibles de déboucher sur du travail en réseau et l'inscription de tel ou tel partenaire au sein d'une équipe projet.

J'ai assuré l'animation des trente premières rencontres, accompagnés de deux ou trois collaborateurs, avant de les laisser assurer seuls un certain nombre de rencontres. Cet exercice de communication a renforcé la cohésion de l'équipe (qui dit quoi, comment on se répartit la parole, peut-on répondre à toutes les questions, etc.) dans la préparation que cet exercice a exigé, faisant naître progressivement un sentiment d'appartenance à un service portant une dynamique nouvelle. Régulièrement, et parfois en fonction de tel ou tel partenaire, parfois en fonction de mon emploi du temps, j'ai repris la main sur l'animation, recalé avec mes collaborateurs quelques détails lors de séances de briefing, pour les laisser de nouveau piloter les interventions suivantes. Connaissant personnellement bon nombre de partenaires que mes collaborateurs rencontraient, j'avais régulièrement le soin de m'enquérir de la qualité de leur prestation, et les indicateurs recueillis m'incitaient à continuer dans cette voie (clarté du propos, motivation et implication des collègues, disposition évidente d'ouverture et de collaboration). Au final, quelques mois plus tard, chaque intervenant du service est plus à son aise pour présenter le service à une famille, à un usager potentiel, ou participer à une réunion d'aide à la décision avec tel service de psychiatrie, tel collègue de la Mission Locale, tel employeur.

3.5.3 Solliciter et échanger avec les usagers et leurs proches

Communiquer avec les usagers et leurs proches va de soi pour un service ambulatoire comme le PRSA (intervention systémique, valorisation de la personne, porosité) et c'est là juste le rappel d'une évidence...et de la loi 2002-2. Cette loi oblige à la participation des usagers à toutes les étapes du projet personnalisé d'accompagnement, déclinaison opérationnelle de son projet de vie. Constats partagés par l'utilisateur et les professionnels, prise en compte des demandes et des souhaits, respect du rythme de la personne en matière de compréhension des évolutions nécessaires, différents type d'entretiens proposés, etc, chaque étape intègre la place du discours de l'utilisateur. L'élaboration d'un

recueil d'appréciation à l'adresse des usagers déjà évoqué chapitre 3.4.2 permettra aussi l'échange et la communication sur le fonctionnement du service proprement dit.

3.5.4 Communiquer au sein du service et de l'association

L'organisation fonctionnelle des réunions du service détermine deux types de réunions, celles liées au projet de la personne, et celles liées au fonctionnement du service. Je ne m'attarde ici que sur les réunions liées au fonctionnement du service, renvoyant en annexe¹⁴⁹ les réunions liées au projet de l'utilisateur. Les réunions de fonctionnement du service sont les suivantes : la réunion de service trimestrielle (point sur le fonctionnement général du service, circulation de l'information et contexte), la réunion mensuelle d'analyse des pratiques professionnelles (analyse des pratiques en groupe selon l'approche systémique), la réunion semestrielle du Groupe Pilotage Évaluation (composé du directeur général, du directeur de service, de l'adjointe de direction responsable qualité, des membres du service, et des représentants de l'ARS)¹⁵⁰, et la réunion hebdomadaire de « briefing ». Cette réunion particulière a lieu tous les mercredis matin et dure 45 minutes à 1 heure. Elle réunit tous les professionnels du service, et se donne pour objectifs 1/ permettre un échange d'informations opératoires, 2/ exposer ce qui fait problème, 3/ prendre des microdécisions, 4/ assurer du lien entre tous.

Au sein de l'association, d'abord présenté en Conseil de direction à tous mes collègues directeurs, j'ai ensuite rencontré les équipes de direction de tous les établissements et services pour veiller à inscrire le PRSA dans la palette des établissements et services de l'AAJD, et que chaque collègue cadre soit informé des objectifs et attendus du service, facilitant du même coup la collaboration au bénéfice de tel ou tel usager.

Dans un autre registre, la communication au sein de l'association passe aussi par l'élaboration du Schéma Directeur Informatique (SDI) en cours de réalisation à partir des travaux d'un groupe de pilotage associatif dont je fais partie. Sous la responsabilité technique de l'informaticien rattaché à la direction générale de l'AAJD, le SDI se définit comme un moyen de maîtrise de l'action¹⁵¹ à travers le diagramme d'objectifs (Ishikawa) et comme une vue synthétique de l'activité de l'organisation à travers le diagramme d'entreprise. Le site internet de l'AAJD vient compléter cette communication à l'interne comme à l'externe.

¹⁴⁹ cf annexe 9.

¹⁵⁰ cf chapitre 3.6.1.

¹⁵¹ La maîtrise de l'action consiste à un ensemble de procédures et d'actions inscrit dans un fonctionnement permettant de garantir l'assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs dès lors que l'organisation est confrontée à un ensemble de risques internes ou externes susceptibles de d'affecter l'atteinte de ces objectifs.

3.6 Piloter l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité des prestations

Suivant les propos de Jean-Louis Deshaies¹⁵², il existe une évidente connexion entre valeurs, fonctionnement, prestations et management, dont l'articulation doit se traduire dans les faits entre : 1/ les valeurs à poser et à partager, qui s'ancre dans le projet associatif et en appui du cadre législatif, 2/ le fonctionnement à préciser dans le projet de service, 3/ les prestations qui doivent répondre aux souhaits et attentes des usagers, 4/ le management qui s'attache à favoriser la communication, la coordination et la concertation. Ces 4 niveaux se retrouvent dans les différentes modalités d'évaluation de la qualité mises en place au sein de l'association et du service.

3.6.1 Réaliser les évaluations internes et externes

Les évaluations internes et externes sont planifiées et réalisées conformément aux échéances réglementaires dans le cadre d'une démarche harmonisée associative. Les résultats sont intégrés à l'amélioration continue de la qualité des prestations.

Les critères d'évaluation retenus pour la mise en œuvre du projet, la plus-value pour les usagers, la complémentarité du dispositif avec les autres services existants, sont rassemblés dans le référentiel qualité de l'AAJD. Ils prennent en compte les obligations légales et réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et s'appuient sur le concept de Valorisation des Rôles Sociaux (VRS).

L'évaluation interne est mise en œuvre sur la base de l'outil VALORIS¹⁵³ et réalisée conformément aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF.

En référence au même article, l'évaluation externe est engagée à l'initiative de l'AAJD dans le respect du cahier des charges fixé par décret¹⁵⁴ et des engagements pris par l'organisme habilité. Les résultats sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation, l'ARS dans le cas présent. Les propositions et préconisations seront intégrées à la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

¹⁵² DESHAIES J.L., 2014, *Stratégies et management : briser l'Omerta !*, Rennes, Presses de l'EHESP, p.126.

¹⁵³ VALORIS est une méthode européenne d'évaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux, créée, diffusée et accompagnée par le CEDIS.

¹⁵⁴ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

3.6.2 Mettre en place les instances d'évaluation et de suivi

Au niveau associatif

Le Comité Stratégique Associatif (CSA) est l'instance de pilotage de la démarche d'évaluation et d'amélioration des prestations au niveau de la direction générale. Il est composé de la gouvernance associative, de la direction générale et des directeurs de chaque dispositif. Il est le fil rouge à l'ensemble de la démarche associative, son rôle consiste à :

1. définir la politique et la piloter à partir de la cartographie des processus et du référentiel qualité qui intègre les obligations et exigences communes
2. participer à l'élaboration du programme directeur et au plan d'actions préventives et/ou correctives pluriannuel regroupant des actions transversales et spécifiques à chaque dispositif
3. évaluer le plan d'action une fois par an pour mesurer l'écart entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé
4. actualiser le plan d'action au regard du programme directeur associatif et fixer des priorités en fonction : des évaluations, des obligations légales et réglementaires, des exigences associatives, de la sécurité, des dysfonctionnements ou non conformités au regard du référentiel qualité.

Au niveau du PRSA

Le Groupe de Pilotage Évaluation (GPE) est l'instance au niveau du service chargée de suivre la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des prestations.

Elle est composée du directeur général, du directeur du service, de la responsable qualité et développement de la Direction Générale et de professionnels représentant les différentes fonctions du service, et plus spécifiquement dans le cadre du projet expérimental, d'un représentant de l'ARS et des représentants des principaux partenaires de l'action.

Il se réunit au moins une fois par an et a pour objet principal d'apprécier en fonction de la grille d'évaluation la pertinence de l'action et de proposer les actions préventives ou correctives concernant la réalisation du projet.

Au niveau du projet personnalisé d'accompagnement

En référence aux besoins fondamentaux de la personne selon Maslow et Hendersen¹⁵⁵, chaque projet personnalisé est élaboré à partir d'objectifs concertés définis par des critères, qui précisent l'objectif et comprennent des niveaux d'exigence, et mesurés par

¹⁵⁵ cf annexe 10.

des indicateurs qui donnent des informations sur l'atteinte quantitative et qualitative du niveau d'exigence déterminé auparavant. Une attention particulière autour du concept de qualité de vie est recherchée, notamment à partir des 4 dimensions suivantes : 1/ état physique (autonomie, capacités physiques), 2/ sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs), 3/ état psychologique (émotivité, anxiété, dépression), 4/ statut social (relations sociales et rapport à l'environnement familial, social et professionnel).

Différents types de réunions de projet viennent mesurer tout au long de l'année l'état d'avancement et la pertinence du projet en question.

Au niveau du directeur

Le directeur que je suis participe avec voix consultative aux réunions des instances décisionnelles de l'association auxquelles je peux être invité (Assemblée Générale Ordinaire ou Extraordinaire, Conseil d'Administration, Conseil de direction, Comité Stratégique Associatif). Je collabore avec l'administrateur délégué par le Président de l'association à l'occasion de deux ou trois visites par an sur les deux sites du service. Enfin, je rencontre régulièrement le Directeur Général pour : 1/ rendre compte de l'action du service, 2/ échanger sur les projets, 3/ aborder la stratégie à tenir par rapport à telle problématique rencontrée, 4/ partager d'éventuelles difficultés.

Conclusion de la troisième partie

Partir des questions posées par l'usager à travers son projet de vie pour trouver des réponses adaptées, voilà l'ambition qui est la mienne pour le PRSA. Au regard de la complexité des réponses à apporter, le PRSA se définit comme une plateforme de services impulsant une dynamique de remobilisation des compétences de la personne et agissant comme centre de ressources coordonnant l'ensemble des acteurs mobilisés autour du projet de l'usager. Transcender les clivages intersectoriels en étant force de propositions et instaurer une logique de partage de compétences, mener une politique volontariste d'ouverture vers le réseau partenarial le plus élargi possible, mobiliser les ressources associatives, recruter des collaborateurs, impulser une dynamique managériale insistant sur la responsabilité des acteurs, communiquer à l'interne comme à l'externe de l'association, voici les actions auxquelles je consacre l'essentiel de mon temps et de mon énergie depuis le début de l'année 2015 pour mener à bien cette expérimentation. Les différentes phases d'évaluations programmées au cours des trois prochaines années viendront certainement confirmer certaines options choisies et en réinterroger quelques autres, obligeant à des évolutions nécessaires. Quoi qu'il en soit, la satisfaction des usagers reste la priorité et constitue la finalité des prestations délivrées par le PRSA.

Conclusion

Au 1^{er} septembre 2015, 25 usagers sont accompagnés par le PRSA, et 7 dossiers ont été instruits par la commission technique de la MDPH de la Manche en juillet, qui a préconisé pour les 7 une orientation vers le service. Ces dossiers seront étudiés par la CDAPH début septembre. Je pense que nous atteindrons le chiffre de 40 usagers (conformément à l'agrément) début 2016, soit 12 mois après l'ouverture du service.

Des premiers constats lors des premiers mois d'accompagnement, il ressort que de partir réellement du projet de vie de la personne, de l'expression de ses besoins, de ses désirs et de ses attentes, pour co-élaborer un plan d'interventions personnalisé, constitue véritablement la base de travail sur laquelle s'appuyer pour remobiliser la personne. Fort de ce postulat, nous avons clairement observé au fil des semaines un changement de posture des usagers, une autre attitude face à la réalité de leur situation et des possibilités d'agir suggérées et accompagnées par mes collaborateurs, un changement de regard sur eux-mêmes, voire de leurs parents sur eux-mêmes. A partir d'un projet qui devient de plus en plus réaliste au fil des mois, et in fine réalisable, l'originalité de l'accompagnement proposé par le PRSA réside dans la diversité des compensations proposées à partir des potentialités de la personne, et non à partir de ses limites réelles ou supposées. Chaque domaine de vie est exploré, au rythme de l'utilisateur et en tenant compte de ses priorités, et des réponses sont proposées, discutées, rejetées ou validées. En appui sur un large réseau de partenaires, chaque étape franchie en appelle une autre, inscrivant le projet dans une dynamique positive qui concourt à et vise la satisfaction de la personne et l'optimisation de sa qualité de vie.

Garant par délégation des valeurs et de la finalité associatives et animé de mes convictions humanistes, en tant que directeur, je suis concrètement « à la manœuvre » depuis novembre 2014 pour que les compensations en question et la diversité des moyens qu'elles induisent soient effectives, que ce soit en matière de gestion budgétaire, de positionnement managérial et de politique de communication.

M'appuyant sur une équipe resserrée et particulièrement impliquée dans le projet, j'ai bien conscience que la réactivité et la capacité d'innovation du PRSA réside aussi dans cette forme d'organisation légère, fluide, évolutive. Je sais également que la dynamique vertueuse qui préside à la création d'un service doit être entretenue si on ne veut pas voir une certaine forme d'essoufflement voire de routine s'installer au sein de l'équipe. La pérennisation du service (que j'espère) par l'ARS après les trois ans d'expérimentation passera certainement par une évolution nécessaire du service en matière d'organisation afin d'améliorer la qualité des prestations dispensées. Je pense notamment à la mise en place d'une fonction de coordination de projets au sein du service, fonction que j'assume actuellement. Cette fonction demande beaucoup de temps, ce dont je manque

cruellement au regard de mes autres fonctions au sein de l'AAJD, et de la nécessité de piloter le service en faisant attention de ne pas être pris par le quotidien qui peut faire perdre de vue le pilotage lui-même. L'inscription du PRSA au sein du CPOM n°2 ARS-AAJD devrait permettre de dégager les marges budgétaires suffisantes pour cette création.

Dans un autre registre, quoique tout soit lié, je considère l'exercice de rédaction de ce mémoire comme une opportunité pour venir en appui du projet de service, l'éclairer d'une réflexion plus large, plus approfondie, pouvant servir de base de discussion avec mes collaborateurs comme avec les partenaires, et engager d'autres perspectives. A ce titre, l'émergence du concept de capacité¹⁵⁶ dans le droit fil des travaux d'Amartya Sen¹⁵⁷ doit mener le service vers d'autres approches des capacités de la personne, de ses choix et de ses droits.

Enfin, au-delà des décisions prises par les instances, ma préoccupation majeure reste l'amélioration de la qualité de vie des usagers accompagnés par le PRSA, le nouveau regard qu'ils portent et porteront sur eux-mêmes, le fait de croire en leur chance et en leurs capacités, d'être moins tourmentés, plus sereins, plus apaisés, bref, d'occuper une place pleine et entière de citoyen au sein d'une société encore peu inclusive avec les plus démunis.

¹⁵⁶ La capacité est, suivant la définition qu'en propose Amartya Sen, la possibilité effective qu'un individu a de choisir diverses combinaisons de fonctionnements, autrement dit une évaluation de la liberté dont il jouit effectivement (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Capabilité>).

¹⁵⁷ A. SEN est un économiste et philosophe indien, spécialiste des problématiques de la pauvreté et du développement.

Bibliographie

Ouvrages cités en référence :

- BARREYRE J.Y., BOUQUET B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, éditions Bayard, 637 pages.
- CEDIS, 2010, *Valoris Tiqss, Méthode européenne d'Évaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux*, Agen, Presses de l'Imprimerie Associative.
- DESHAIES J.L., 2014, *Briser l'omerta !*, Rennes, presses de l'EHESP, 269 pages
- DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale*, Issy-Les Moulineaux, ESF éditeur, 239 pages.
- DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté*, Paris, Dunod, 170 pages.
- JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 127 pages.
- LOUBAT J.R., 2014, Paris, Dunod, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 421 pages.
- PAUGAM S. / ed., 1996, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, 582 pages.
- PLANE J.M., 2014, *Théorie des organisations*, Paris, Dunod, 128 pages.
- STIKER H.J., 2013, Paris, Dunod, *Corps infirmes et sociétés*, 325 pages.
- WOLFENSBERGER W., juin 1997, *la VRS, introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Genève, éditions des deux continents, 107 pages.

Autres ouvrages consultés :

- DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 228 pages.
- FAUVET J.C., 2004, *L'élan sociodynamique*, Paris, Editions d'organisation, 355 pages.
- LÖCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, Paris, Dunod, 437 pages.

Textes de lois :

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, qui modifie la loi n°75-535 du 30 janvier 1975.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n°2007-393 réformant la protection de l'enfance.

- Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Recommandations :

Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM consultées et applicables au PRSA :

- ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.*
- ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.*
- ANESM, 2009, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.*
- ANESM, 2010, *la qualité de vie en Ehpad (volet 1) – de l'accueil de la personne à son accompagnement.*
- ANESM, 2011, *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).*
- ANESM, 2013, *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat.*

Recommandation CM/Rec. (2010) du comité des états membres de la communauté européenne relative à la désinstitutionalisation.

ANAP, 2012, *Guide méthodologique « Les coopérations dans le secteur médico-social ».*

Rapports :

- JAEGER M., 2015, *États généraux du travail social, groupe de travail « Place des usagers »*, Rapport remis au ministère des Affaires Sociales de la Santé et des droits des Femmes
- LE HOUEROU A. 2014, *Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, aménager les postes et accompagner les personnes, Rapport au 1^{er} ministre*
- PRADO C., 2014, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, Rapport du CESE.
- PIVETEAU D., 2014, *Zéro sans solution*, Tome 1.

Publications :

- Actes des journées, 2013, 1^{ères} rencontres annuelles des instituts médico-éducatifs, JF/Impression/Montpellier, 182 pages.
- Actes des journées nationales des SESSAD, 2010, *Imaginons les SESSAD de demain...*, Nantes.
- Colloque, 2013, *Handicap et Institution : vers d'autres modèles*, CNAM.

- Les cahiers de l'Actif, n° 314-317, 2002, dossier *Manager les équipes*, Montpellier, JF Impression, 293 pages.
- Magazine Direction, n°107, avril 2013.

Schémas et programmes de l'ARS de Basse Normandie :

- Programme Régional d'accès à la Prévention et à la Santé.
- Programme Stratégique Régional de Santé.
- Schéma Régional d'Organisation Médico-Social.
- Cahier des charges de l'appel à projet en vue de la création d'un service expérimental ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans dans le département de la Manche.

Consultables à l'adresse : <http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/internet.basse-normandie.0.html>

Sites internet :

<http://www.lien-social.com/pour-la-participation-sociale-des-personnes-handicapées>
<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/fiche-ressource-impression.html?R...>
https://www.awiph.be/awiph/projets_nationaux/16-25ans
<https://www.youtube.com/watch?v=ixjKAnamtCc>
www.rvh-synergie.org
www.tevi.tv
www.unafam.org>accueil>national
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page91.htm>

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme PRSA et effectifs

Annexe 2 : Témoignages

Annexe 3 : Avis du Conseil Économique Social Environnemental sur l'inclusion

Annexe 4 : Temporalité du projet

Annexe 5 : Les 4 domaines de vie

Annexe 6 : Convention CCI/AAJD

Annexe 7 : Processus Projet

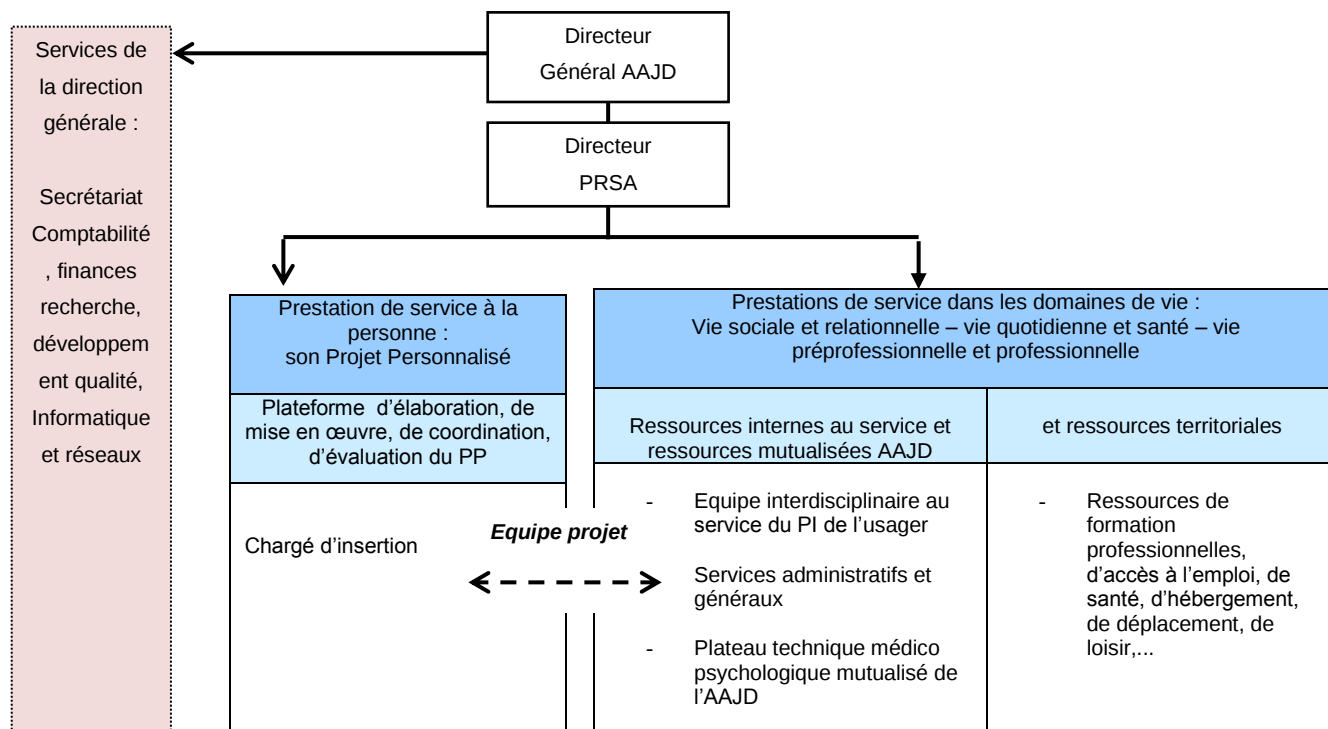
Annexe 8 : Plan de communication (méthodologie)

Annexe 9 : Réunions Projet Personnalisé

Annexe 10 : Pyramide de Maslow

Annexe 1 : Organigramme du PRSA et effectifs

Organigramme du PRSA



CATEGORIE	ETP Prévu
Directeur	1
Agent Administratif	1
Médecin psychiatre	0,10
Infirmier psychiatrique	1
I.S.E. Chargé d'insertion	6
Agent de service	0,20
Total	9,3

Annexe 2 : Témoignages

Histoire de Paul

Ainsi Paul, 10 ans, scolarisé en CLIS, qui, sans la sollicitation et l'accompagnement de l'adulte, passe les temps de récréation dans un coin de la cour à « jouer » avec un bouchon de stylo bille.

Histoire de Vincent

C'est le cas de Vincent, 13 ans, déficient intellectuel, intégré en cours d'EPS au collège en classe de 5ème, et qui éprouve toujours de grandes difficultés lorsque le professeur propose une activité de sport collectif (handball, football). Vincent est bien sur le terrain, les consignes lui sont données, parfois reformulées, mais lui ne sait pas où se situer et ne décode pas ce qu'il doit faire ou ne pas faire.

Histoire de Philippe

C'est Philippe, 15 ans, qui ne sait ni lire ni écrire, et qui participe à des épreuves combinées de plein air avec l'IDRIS et 4 collègues de la région. Les équipes sont mixtes, et Philippe se fait aider par ses coéquipiers collégiens pour l'épreuve de course d'orientation, tandis qu'il ramène à son équipe de précieux points dans l'épreuve d'escalade où il excelle.

Histoire de Romain

Ainsi Romain, usager de l'IDRIS et collégien en 4ème en EPS, histoire / géographie et Arts Plastiques. A l'occasion de la photo de classe, Romain est absent car il s'agit d'un temps sur un cours de français. Ses camarades, spontanément, demandent le report de la photo sur un cours d'EPS ou d'histoire / géographie, pour que Romain soit présent sur la photo. Manifestement, Romain compte pour ses camarades, et il peut aussi compter sur eux.

Histoire de Fabien

Fabien, jeune homme de 22 ans, porteur d'une déficience intellectuelle, n'a pas réussi à trouver sa place en ESAT (pour incompatibilité d'humeur...) et s'intègre petit à petit comme bénévole à la Banque Alimentaire de la Manche, chargé du nettoyage des véhicules avec un « collègue » retraité bénévole. Valorisé par cette responsabilité, portant comme tous les autres bénévoles le gilet orange floqué du sigle B.A.M., le tandem qu'il forme avec son collègue semble convenir à son caractère particulièrement ombrageux. Le

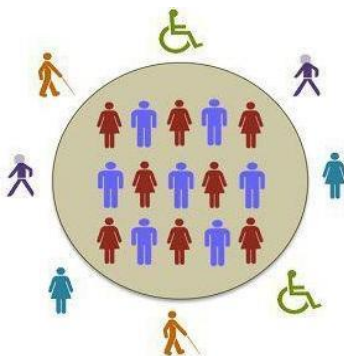
groupe lui permet aussi de faire des rencontres qui manifestement se prolongent en dehors des heures de travail, lui ouvrant les portes d'une socialisation que « ses » éducateurs d'antan ont eu tant de mal à entrouvrir...

Histoire de Valentin

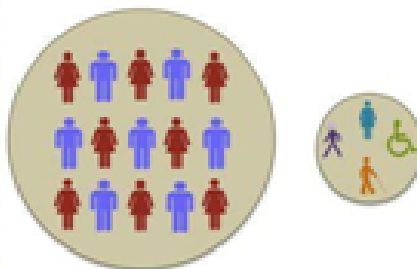
Valentin, 21 ans, tout juste embauché à l'ESAT (il préfère ce terme-ci à admis en ESAT) à l'atelier buanderie, est intarissable sur son travail, à savoir assurer la livraison du linge propre et le ramassage du linge sale chez les « clients » (hôpital, EHPAD, internat de lycée) de l'ESAT. Il est également très fier de dire qu'il habite dans un studio « à deux pas de maman », chez laquelle il ne mange pas tous les soirs. Revenu un soir à l'IDRIS pour témoigner de son parcours auprès des plus jeunes, il parle de qualité du service rendu, de respect des règles d'hygiène et de sécurité, de fierté de faire un travail qui satisfait les clients, et, à l'adresse de son auditoire d'un soir, il conseille d'écouter ce que disent les éducateurs, notamment savoir faire les courses et se faire à manger...Valentin, passeur auprès des plus jeunes, après bien des années à refuser toute idée de travail protégé...

Annexe 3 : Avis du Conseil Économique Social Environnemental sur l'inclusion

L'exclusion sociale est la relégation ou la marginalisation sociale d'individus, ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société. Elle n'est généralement ni véritablement délibérée, ni socialement admise, mais constitue un processus plus ou moins brutal de rupture parfois progressive des liens sociaux.



La ségrégation est l'action de mettre à l'écart. Lorsque son acception est politique, la ségrégation signifie que les lois et règlements d'une société visent à mettre à l'écart un groupe d'individus caractérisés.



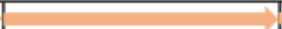
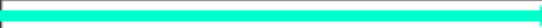
L'intégration, en sociologie, est un long processus de rapprochement entre une personne, ou un groupe de personnes, et un autre groupe de personnes plus vaste. C'est l'individu qui doit s'adapter à l'ensemble des comportements du groupe.



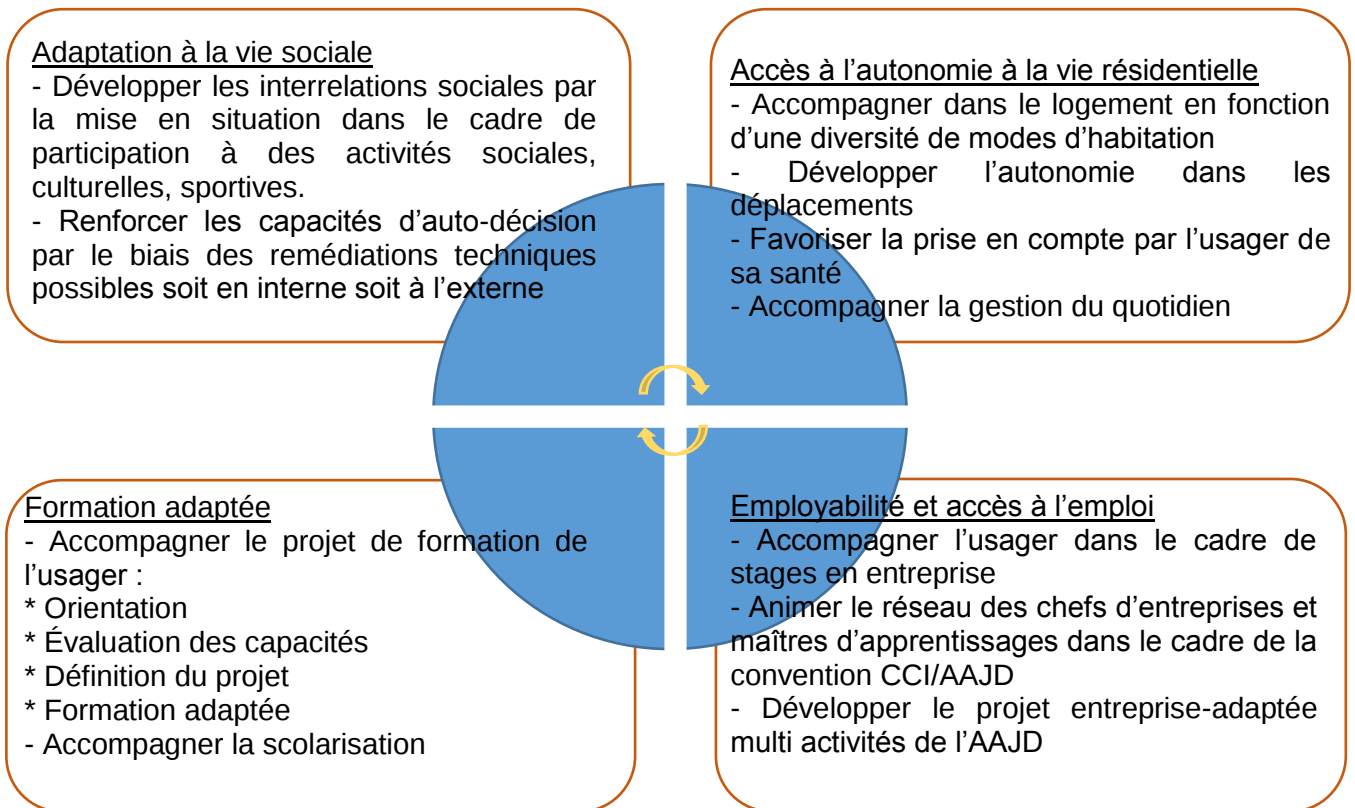
L'inclusion signifie que toutes les personnes quelles que soient leurs capacités ont la possibilité de participer pleinement à la vie de la société. Les lois et les règlements sont pensés et écrits pour tous. Les droits sont respectés et effectifs pour tous. Les devoirs sont identiques entre tous les citoyens. Les différences de capacités entre tous les individus, en situation de handicap ou non, sont reconnues et valorisées.



Annexe 4 : Temporalité du projet

Axes	1er semestre 2014	Octobre 2014	Novembre 2014	Décembre 2014	Janvier 2015	Février 2015	Mars 2015	Avril 2015	Mai 2015	Septembre 2015	Octobre 2015	2016	Décembre 2017	
Projet	 Réflexion associative et écriture du pré-projet PRSA	 Réponse positive de l'ARS à l'appel à projet	 Ecriture projet PRSA et des outils de la loi 2002-2		 Ouverture du service et visite de conformité ARS					 Signature convention de partenariat avec la fondation du Bon Sauveteur	 Début des travaux "projet pédagogique" Fim CFA / AAJD Première réunion du GPE ARS/AAJD		 Evaluation finale du projet expérimental par l'ARS de Basse Normandie	
Locaux					 Installation du service dans les locaux du SESSAD sur deux sites							 Installation PRSA Centre Manche sur nouveau site		
Admissions										 Premières admissions	 25 usagers admis au service		 40 usagers admis conformément à l'agrément	
Personnels			 Parution des offres d'emploi à l'interne et à l'externe de l'AAJD	 Recrutement des personnels	 Campagne de communication Elaboration de la carte "réseaux"					 Analyse des pratiques professionnels au rythme d'une séance par mois				

Annexe 5 : Les 4 domaines de vie

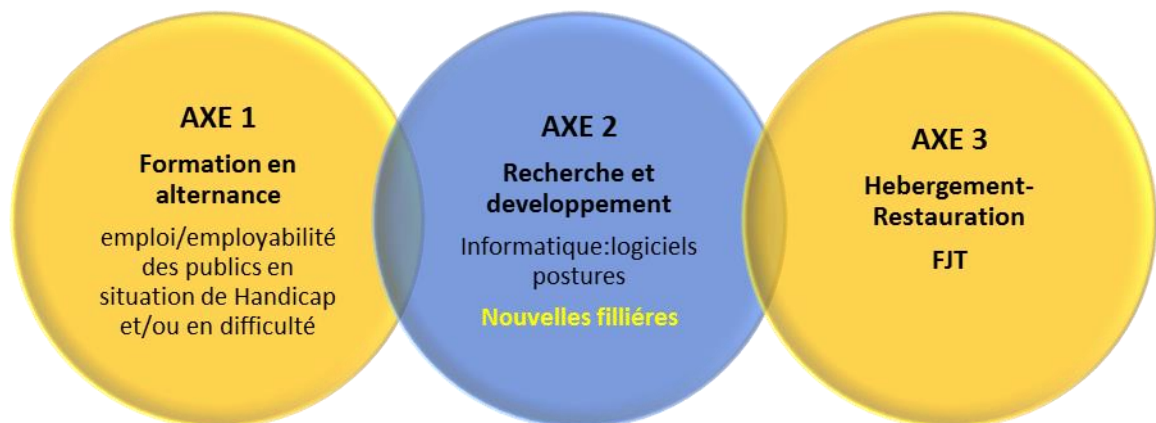


Extrait de la convention, pages 6 et 7

2 – Les axes du projet

Objectifs – promouvoir l’insertion socioprofessionnelle en milieu ordinaire de travail de jeunes en situation de handicap dans le cadre d’une formation en alternance, à partir d’une logique d’intégration dans les Centre de formation des apprentis de droit commun :

- ✓ accompagner le jeune dans son parcours, y compris sur le plan socio-éducatif et psychosocial
- ✓ valoriser l’intégration en milieu ordinaire de formation professionnelle et de travail par le biais des contrats d’apprentissage
- ✓ consolider l’emploi en milieu ordinaire de travail pendant et à l’issue du contrat d’apprentissage.
- ✓ développer les partenariats entre le secteur Médico-social et les dispositifs de formation



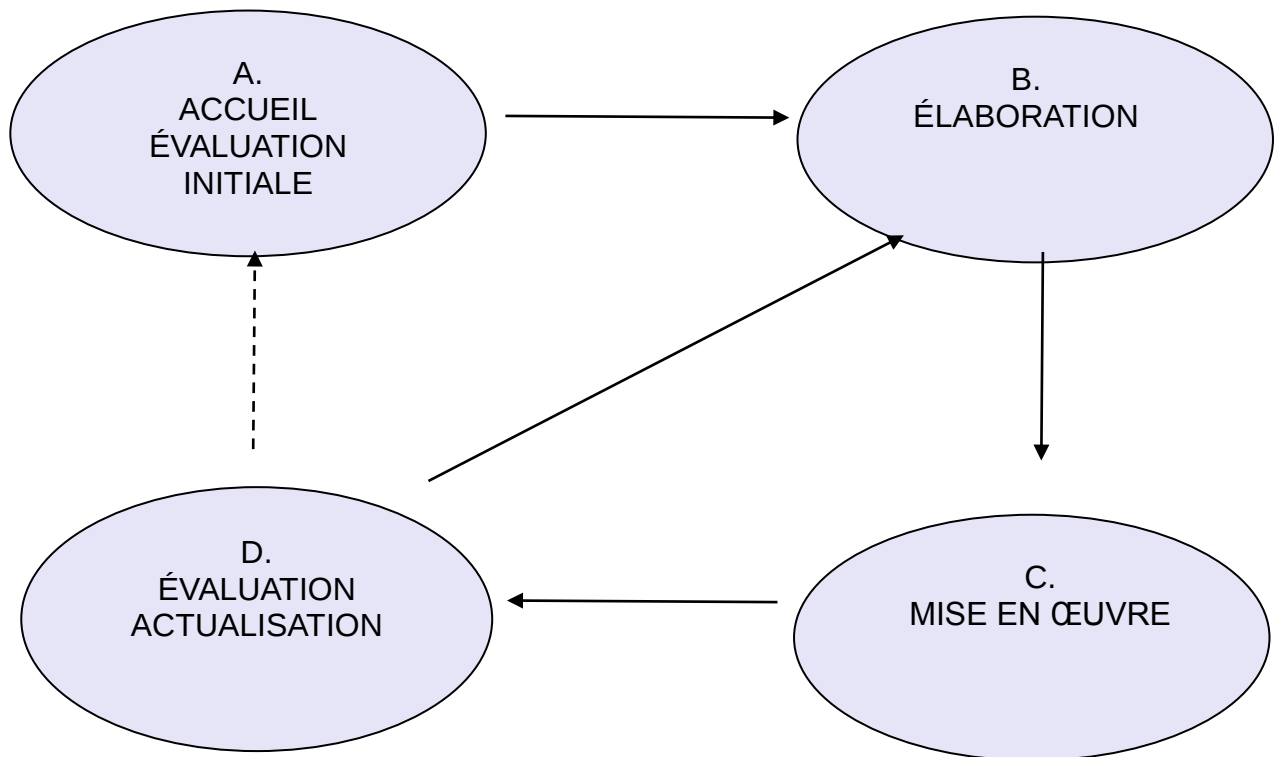


PROCESSUS ET OPÉRATIONNALITÉ DU PROJET PERSONNALISÉ

*Procédures d'accueil – d'évaluation initiale –
d'élaboration – de mise en œuvre –
d'évaluation*

LE PROJET, UNE MÉTHODOLOGIE

Quatre étapes principales



A. ACCUEIL – EVALUATION INITIALE					
Étapes	Procédure				
	Qui	Quand	Comment	Où	Documents supports
1.10 Recevoir et traiter la demande	Secrétaire Directeur ISE	A réception du contact	Proposition de rencontre physique	Service ou domicile ou autres	- Tous documents apportés par l'utilisateur - Remise de la plaquette
1.11 Décider de l'admission	Directeur	Dès réception de la notification	- Entretien avec l'utilisateur (accompagné ou non) + ISE + co-référent - Présentation du service et du DIPC - Recueil des 1ères attentes de l'utilisateur - Remise de documents	Service	- Notification CDAPH - Courrier envoyé à l'utilisateur - Courrier envoyé à la MDA - Livret d'accueil - Charte - règlement de fonctionnement - Liste des documents administratifs à fournir - DIPC 1ères rubriques dossier d'évaluation initiale
1.12 Formalisation de l'accompagnement	ISE référent + co-référent	Dès que possible	Lecture/échange et des documents	A définir	Signature DIPC (avant 30 jours), de l'utilisateur majeur et de son représentant légal si mineur + demande d'autorisation fond de dossier + Contact avec partenaires
1.13 Recueillir les attentes et les informations relatives à l'utilisateur	Directeur ISE Infirmier Médecin	Durant 3 mois à la date d'admission	- Le directeur engage l'évaluation initiale, s'assure du déroulement et de la répartition du recueil des informations : - Rencontres avec l'utilisateur, la famille, les partenaires passés et actuels (formation professionnelle, médical ou paramédical ...) - Prise en compte de l'ensemble du dossier MDA pour consignation des éléments dans le dossier d'évaluation initiale		<u>Dossier d'évaluation initiale</u> - Sur support informatique en réseau pour consultation et actualisation continue durant la phase d'évaluation - Sur support papier pour finalisation et classement au dossier I. IDENTIFICATION II. PARCOURS ET CADRE DE VIE III. CONSTATS DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE VIE IV. DÉFINITION DES BESOINS PRIORITAIRES ANNEXES

A. ACCUEIL – EVALUATION INITIALE					
Étapes	Procédure				
	Qui	Quand	Comment	Où	Documents supports
1.14 Ouvrir, constituer, tenir à jour le dossier de l'utilisateur	Secrétaire		Dossier support papier (récupère les pièces administratives par courrier retour ou par ISE) • Dossier support informatique (Ordinateur secrétaire exclusivement) • Dossier médical <i>A chaque étape, tout document du projet est centralisé auprès du secrétariat pour classement et archivage au dossier de l'utilisateur</i>	Secrétariat Meuble prévu à cet effet Meuble prévu à cet effet	Tous les documents internes et externes au service concernant l'utilisateur (dossier toujours consultable sur demande)
1.15 Bilan de la période d'évaluation Initiale	Equipe projet	Pendant et au terme des 3 mois maxi	• Définir les atouts et difficultés de l'utilisateur • Définir les besoins prioritaires ✓ au cours des rencontres avec l'utilisateur ✓ réunion équipe pro	Lieux à définir	Document d'évaluation initiale et tous documents supports (interne et externe)
1.16 Suite à donner à la période d'évaluation initiale	Directeur	Au terme des 3 mois	Élaboration d'un projet ou réorientation vers la MDA	Service	Document Élaboration de Projet ou bilan des 3 mois + courrier argumenté à la MDA

B. ELABORATION du PROJET																															
Étapes	Procédure																														
	Qui	Quand	Comment	Où	Documents supports																										
2.10 Définir les objectifs prioritaires et les moyens à mettre en œuvre	Directeur + Équipe projet	Selon planning établi au terme des 3 mois maxi	●En réunion d'élaboration du Projet avec l'équipe projet et l'utilisateur ✓ proposition du Projet n°x	Au service	Document élaboration du projet personnalisé n°x: ● Bilan général de la période d'évaluation n°x ● Elaboration du projet <table border="1"><thead><tr><th colspan="7">Projet individualisé initial</th></tr><tr><th rowspan="2">Domaines</th><th rowspan="2">Objectifs Généraux et opérationnels</th><th colspan="4">Modalités d'intervention (appuis, compensation)</th><th rowspan="2">Indicateurs</th></tr><tr><th>Qui</th><th>Quand</th><th>Où</th><th>Comment (stratégie, méthode...)</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Projet individualisé initial							Domaines	Objectifs Généraux et opérationnels	Modalités d'intervention (appuis, compensation)				Indicateurs	Qui	Quand	Où	Comment (stratégie, méthode...)							
Projet individualisé initial																															
Domaines	Objectifs Généraux et opérationnels	Modalités d'intervention (appuis, compensation)				Indicateurs																									
		Qui	Quand	Où	Comment (stratégie, méthode...)																										
2.11 Formaliser, finaliser, contractualiser avec l'utilisateur	ISE	15 jours après la réunion	1) Signature de l'utilisateur 2) Signature ISE référent 3) Signature du directeur	À domicile ou au service	● Projet finalisé																										

C. MISE EN OEUVRE					
Étapes	Procédure				
	Qui	Quand	Comment	Où	Documents supports
3.1 Activer les ressources internes et externes	Chaque intervenant	Dès signature du projet	• Chaque intervenant met en œuvre ses propres modalités d'accompagnement définies dans le PP et les coopérations déterminées avec les partenaires concernés	Dans les différents lieux de vie habituels de l'utilisateur et/ou au service	- Le PP en cours - Outils et référentiels professionnels de chaque intervenant et appui ADPP + scénarios sociaux - Carte réseaux du service - Fiche chrono établie pour chaque usager (écrits et notes partagées consultables par l'utilisateur)
3.2.1 Assurer la mise en œuvre globale et cohérente des moyens	Directeur	Réunion du service hebdo	• premier temps de réunion : échange sur les pratiques professionnelles et réajustements éventuels des modalités d'accompagnement	Au service	- Compte rendu des réunions sur le serveur et extrait pour chaque usager sur fiche chrono
3.2.2 S'assurer et garantir l'effectivité des prestations de service et apporter un soutien Tech.	Directeur		• Deuxième temps de réunion : organisation du service et informations diverses		
3.3 Assurer la circulation des informations	Chaque intervenant	Au cours de la mise en œuvre et à la demande du service ou de l'utilisateur	Au cours des réunions de service (échange d'infos et analyse de certaines situations) A la demande de tout professionnel en fonction d'un événement particulier (email, rencontre, Tel.)	Domicile ou service	- Si modifications des modalités d'accompagnement, réactualisation systématique

D. EVALUATION - ACTUALISATION					
Étapes	Procédure				
	Qui	Quand	Comment	Où	Documents supports
4.1 Mesurer les écarts entre les objectifs de départ et les résultats observés	Équipe projet	Au moins 1/an	Recueillir les points de vue de l'utilisateur sur la globalité du Projet et recueillir les évaluations des différents intervenants	A définir	Document évaluation de projet
4.2 Inviter l'utilisateur et les intervenants du projet à la réunion d'évaluation	Équipe projet	Au moins 1/an	- Réunion d'évaluation du projet et actualisation avec la participation de l'utilisateur		Document évaluation de projet et document élaboration projet n+1
4.3 Formaliser, finaliser, contractualiser avec l'utilisateur					
cf 2.11					
4.4 Renouveler l'accompagnement de l'utilisateur à la MDA et/ou prévoir une autre orientation	Directeur	3 mois avant la date échéance fixée par notification CDAPH	Le secrétariat lance la procédure - Retour de l'ensemble des documents au secrétariat - Transmission au directeur pour validation et envoi	Au service	Dossier de renouvellement CDAPH + Courrier utilisateur (modèle ou manuscrit)
4.5 Procéder à la fin d'accompagnement				Au service	
4.5.1 procédure de sortie	Directeur	A la sortie de l'utilisateur	Entretien avec l'utilisateur Courrier à la CDAPH		- Procédure sortie et fiche fin d'accompagnement - Remise du livret de compétences
4.5.2 période de consolidation	ISE	Au cours des 3 années suivantes la sortie	- Contact Tel. à l'utilisateur - RDV avec l'utilisateur - Contact avec les partenaires		Document support

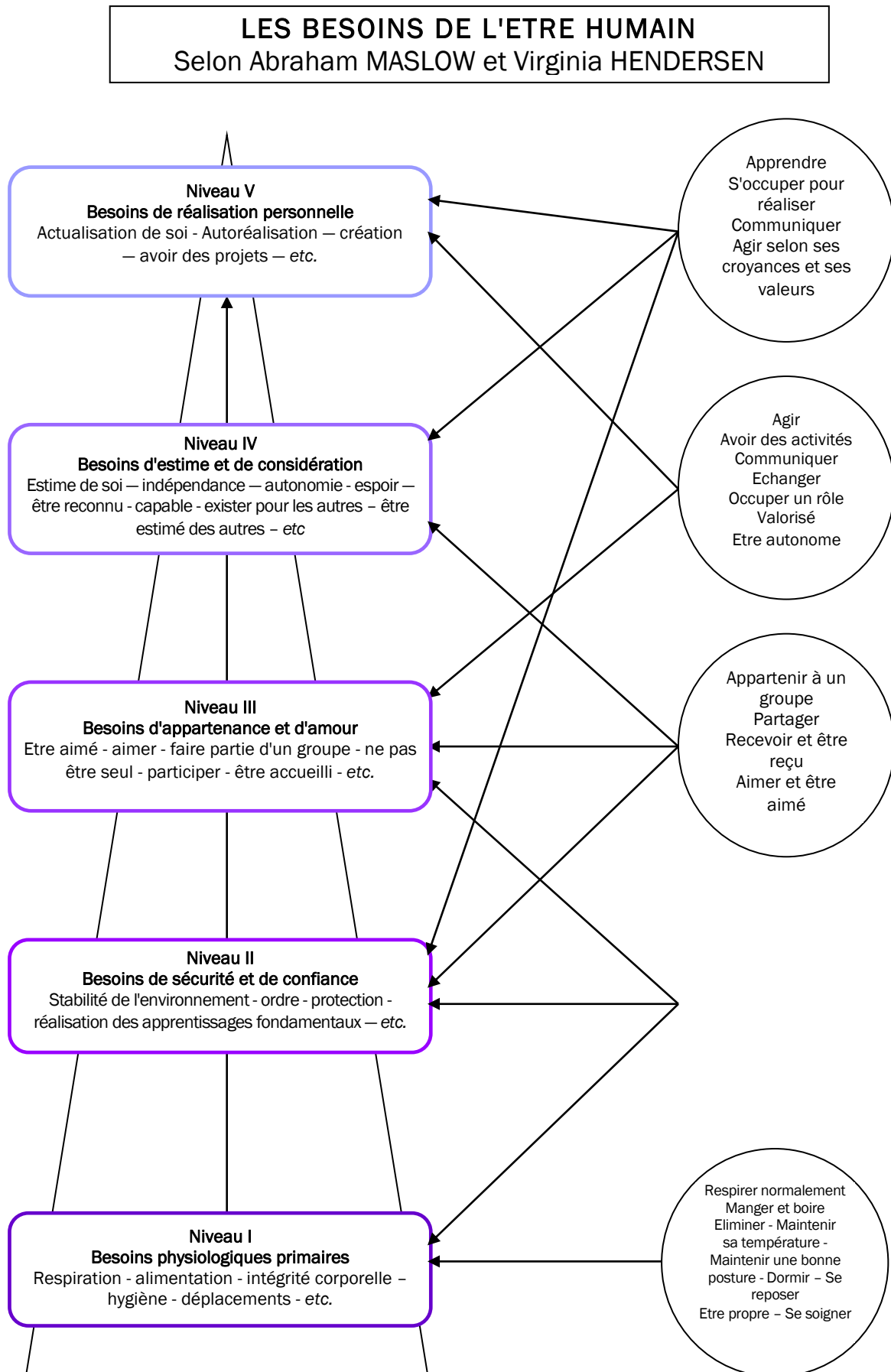
Annexe 8 : Plan de communication (méthodologie)

PLAN DE COMMUNICATION INTERNE/EXTERNE				
Destinataires	Objectifs visés	Planification, fréquence	Supports et moyens mobilisés	Responsable et acteurs concernés
<i>Quel groupe de personnes veut-on atteindre avec cette action ?</i>	<i>Quel est le contenu de l'action de communication ?</i>	<i>A quel moment l'action de communication est elle réalisée, selon quelle fréquence (unique, hebdomadaire, mensuelle) ? Réalisées ou à programmer</i>	<i>Quels vecteurs de communication utiliser pour transmettre le message (distribution de flyers, rencontre, courrier...) ? Quel matériel, quel budget ?</i>	<i>Quelle répartition des tâches entre les membres engagés dans l'action ?</i>

Annexe 9 : Réunions Projet Personnalisé

Tableau récapitulatif des réunions projet personnalisé

Titre	Fréquence	Objectifs et conditions de déroulement	Participants	Animateur	Doc. Support
Réunion d'évaluation initiale et d'élaboration du PP	Dans les 3 mois qui suivent l'admission	- Bilan de la phase diagnostic - 1^{ère} élaboration du Projet avec l'utilisateur	- Usager - Equipe projet	Directeur	Dossier évaluation initiale Élaboration du PP
Réunion d'évaluation et d'actualisation	Tout au long de l'année au moins 1fois/an	- Évaluation des objectifs et des modalités d'intervention fixés au PP	- Usager - Famille - Equipe projet + partenaires éventuels si accord de l'utilisateur	Directeur	Évaluation PP et Élaboration/actualisation PP
Réunion de coordination au cours de la mise en œuvre du PP	Au moins tous les 6 mois et à la demande de tout membre de l'équipe projet	- Interrogation des moyens mis en œuvre dans le projet de la personne	- Equipe projet + partenaires	Directeur	Compte rendu réunion de coordination
	Réunion extérieure suivi projet partenariat	- Participer, évaluer, coordonner et améliorer les moyens mis en œuvre dans le projet de la personne - Réunion à la demande du service ou à l'initiative du partenaire concerné	- Membre(s) de l'équipe projet et si nécessaire en appui le directeur - Partenaire(s)	Partenaire	Documents du dossier de l'utilisateur (Cf. Règles de confidentialité) Compte rendu écrit du participant



BLOT	Jacky	2013 - 2015
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA Rennes		
Promouvoir l'inclusion des jeunes âgés de 16 à 25 ans, en situation de handicap, par la création d'un Pôle de Ressources et de Services Adaptés		
Résumé : Engagée depuis plusieurs années dans une réflexion sur le devenir des jeunes majeurs en situation de handicap et sur la prévention des ruptures dans le parcours de vie de l'usager, l'association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté reçoit fin 2014 une réponse favorable de l'ARS de Basse Normandie dans le cadre d'un appel à projet pour la création d'un service médico-social expérimental de 40 places ouvert aux 16 / 25 ans (toutes déficiences) dans le département de la Manche. Comment assurer l'adaptation du parcours des jeunes en situation de handicap de plus de 16 ans ainsi que des jeunes en situation d'amendement Creton à leurs besoins d'accompagnement médico-social, dans une logique de prévention des ruptures des prestations, de soutien à l'autonomie, de construction du projet d'insertion sociale et professionnelle et de pérennisation du projet de soins ? Voilà la question à laquelle est confronté le nouveau service que je dirige à partir de janvier 2015, dénommé Pôle de Ressources et de Services Adaptés. Le contexte législatif actuel, et plus particulièrement la loi 2005-102, promeut la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Les usagers du secteur médico-social expriment de manière de plus en plus affirmée des attentes et des besoins tournés vers plus d'inclusion sociale et d'affirmation de soi. Le contexte réglementaire et diverses recommandations nous invitent à mutualiser les compétences, développer les coopérations et décloisonner les prestations pour à la fois optimiser les parcours de scolarisation, de formations professionnelles et d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap, et favoriser leur insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire. Fort de ces constats, et à la lumière des concepts d'inclusion et de qualité de vie, du principe de participation sociale et du mouvement de désinstitutionnalisation à l'œuvre dans notre secteur, j'ai construit en concertation avec l'association gestionnaire et mes collaborateurs des réponses innovantes et personnalisées, en favorisant une logique de mobilisation et de coordination des acteurs réunis sur la base du projet de la personne. Le PRSA se définit comme une plateforme d'évaluation, d'orientation, d'élaboration, d'accompagnement du projet personnalisé dans le cadre du processus d'inclusion en milieu ordinaire.		
Mots clés : Appel à projet, PRSA, 16 / 25 ans, inclusion, qualité de vie, participation, désinstitutionnalisation, coopération, écosystème, porosité, proximité, GPEC, organisation qualifiante, dispositif, plateforme, droits des usagers, communication.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		