

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN SAVS SAMSAH  
POUR AMÉLIORER LE PASSAGE À L'ÂGE ADULTE DES  
JEUNES ATTEINTS DE DÉFICIENCE MOTRICE**

*Éric FORESTIER*

2018



---

# Remerciements

---

La formation pour le CAFDES est une période intense dans une vie professionnelle et personnelle. C'est aussi une très belle aventure humaine. Aussi je remercie chaleureusement mes camarades de promotion pour la richesse de nos échanges et pour tous ces moments partagés pendant la durée de la formation.

Je remercie Monsieur Régis DUMONT pour son regard expert et ses conseils dans l'avancée de mon mémoire, ainsi que toute l'équipe pédagogique et les intervenants de l'IRTS Hauts-de-France.

Merci à Joël DECAT et aux équipes de l'ANAJI de m'avoir accueilli en stage. Merci à Marie-Andrée LECLERCQ pour son soutien dans mon parcours de formation. Et merci à tous les jeunes adultes qui ont généreusement accepté de me livrer leurs témoignages.

J'adresse également mes remerciements les plus tendres à mes enfants, Gaspard, Bertille et Hippolyte, qui se sont montrés très compréhensifs pendant ces deux années et demi. Je les remercie pour leur discrétion pendant toutes ces soirées de travail à la maison et pour leurs encouragements.

Enfin je remercie surtout & par-dessus tout ma femme Fanny qui m'a encouragé, porté, supporté, écouté, lu, compris, qui a partagé mes rêves et mes doutes pendant tous ces mois et qui a enduré cette formation avec une patience infinie. Ses attentions constantes, sa confiance indéfectible et son soutien, logistique et moral, sans faille m'ont donné des ailes et permis de surmonter les épreuves.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1<sup>ère</sup> partie : Les besoins spécifiques d’accompagnement des jeunes adultes atteints d’une déficience motrice dans leur passage du secteur enfant au secteur adulte .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. SAVS SAMSAH, un service d’accompagnement conciliant déficience motrice et quête d’autonomie .....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Être un jeune adulte avec une déficience motrice .....	3
1.1.2. La sortie du secteur enfant et le passage dans le secteur adulte .....	5
1.1.3. Un accompagnement spécifique et complexe vers l’autonomie .....	8
<b>1.2 La légitimité du SAVS SAMSAH dans l’apport de nouvelles réponses à ces accompagnements spécifiques .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Une problématique identifiée à l’échelle nationale .....	12
1.2.2 Un contexte législatif favorable .....	14
1.2.3 Des expérimentations au niveau national et international.....	19
<b>1.3 Un contexte territorial favorable à la création de nouvelles réponses ....</b>	<b>21</b>
1.3.1 L’offre de services des secteurs enfant et adulte sur le territoire.....	21
1.3.2 Une volonté politique associative et l’enjeu d’un nouveau CPOM .....	23
1.3.3 La place spécifique du SAVS SAMSAH sur le territoire .....	24
<b>2<sup>ème</sup> partie : Une volonté du SAVS SAMSAH et de l’association gestionnaire de développer l’offre de services pour un public de 16 à 25 ans afin de favoriser la continuité des parcours.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Un projet pour un nouveau public ciblé : les 16-25 ans.....</b>	<b>27</b>
2.1.1 La dynamique et les valeurs associatives autour de ce projet.....	27
2.1.2 L’organisation du service face à ce projet.....	29
2.1.3 Des ressources adaptées et dynamiques mais aussi des faiblesses à prendre en compte.....	32
<b>2.2 Des résistances au changement chez les professionnels.....</b>	<b>36</b>
2.2.1 La résistance au changement : approche conceptuelle.....	36
2.2.2 La résistance au changement dans le service : analyse des mécanismes de résistance et hypothèses explicatives.....	40
2.2.3 Les axes de travail à étudier afin de lever les freins .....	42

<b>2.3</b>	<b>Une logique de partenariat encore insuffisante .....</b>	<b>46</b>
2.3.1	Les concepts de réseau et de partenariat.....	46
2.3.2	Les liens créés par le SAVS SAMSAH sur le territoire .....	50
2.3.3	Des pistes pour améliorer la logique de partenariat au SAVS SAMSAH.....	52
<b>3<sup>ème</sup></b>	<b>partie : Manager la diversification de l'offre de services du SAVS SAMSAH par la création d'un dispositif innovant d'accompagnement pour les 16-25 ans .....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Favoriser le décroisement entre les secteurs enfant et adulte .....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Négocier avec les instances administratives et les autorités de tarification.....	55
3.1.2	Répondre au besoin de continuité du parcours des jeunes adulte dans le cadre du renouvellement du CPOM .....	58
3.1.3	Organiser un service accueillant des usagers de 16 à 25 ans .....	60
<b>3.2</b>	<b>Adopter un management stratégique .....</b>	<b>63</b>
3.2.1	Articuler le fonctionnement du dispositif 16-25 avec le SAVS SAMSAH .....	63
3.2.2	Favoriser l'engagement des professionnels du dispositif par la valorisation des compétences.....	64
3.2.3	Programmer la mise en place du service.....	67
<b>3.3</b>	<b>Animer le dispositif et piloter l'amélioration continue de la qualité des prestations .....</b>	<b>69</b>
3.3.1	S'engager dans une campagne de communication permanente.....	69
3.3.2	Définir des indicateurs d'évaluation de la qualité des prestations .....	71
3.3.3	Mettre en place des évaluations internes et externes .....	72
	<b>Conclusion .....</b>	<b>77</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESF	Conseillère en Économie Sociale et Familiale
CLIC	Centre Local d'Information et de Conseil
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTNERHI	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissement Social et Médico-Social
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
IME	Institut Médico-Éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRP	Instances Représentatives du Personnel
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
ONU	Organisation des Nations Unies
PAG	Plan d'Accompagnement Global
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PRS	Projet Régional de Santé
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RQTH	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SERAFIN-PH	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile
SWOT	Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

## Introduction

« *Je n'ai pas été préparée mentalement à l'autonomie car j'étais très cocoonée à l'IEM. Je me suis sentie perdue en arrivant dans l'âge adulte. La transition a été violente.* »  
Ces mots sont ceux d'une jeune femme de 27 ans, atteinte d'une déficience motrice, alors que je l'interrogeais sur son vécu et ses ressentis lorsqu'elle a quitté l'établissement qui l'avait suivi de nombreuses années.

En France, face à la complexité de l'accompagnement d'une personne atteinte d'une déficience depuis son plus jeune âge, à la multiplicité des réponses à apporter et à la singularité de chaque situation, le parcours « handicap » revêt souvent de multiples facettes avec des points de rupture fréquents. Ce parcours, au moment du passage à l'âge adulte, est souvent qualifié de « parcours du combattant », révélant ainsi la difficulté dans la transition entre les établissements et services du secteur enfant et ceux du secteur adulte. Ainsi, au moment de quitter l'IEM ou le SESSAD, généralement à l'âge de 20 ans, et alors que différentes possibilités devraient se présenter (maintien en milieu dit "ordinaire", maintien en milieu protégé dans une structure médico-sociale pour adultes, maintien au domicile), un certain nombre de jeunes ne se voient offrir aucun accompagnement, entraînant une rupture de prise en charge.

Problématique constatée sur tous les territoires, ce risque de rupture a conduit à la publication du rapport PIVETEAU<sup>1</sup> et à la mise en place au niveau national de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous ». Mais la question de la transition, voire du relais, entre le secteur enfant et le secteur adulte renvoie au cloisonnement actuel entre ces deux secteurs qui ont des modalités d'intervention et des pratiques très différentes. Or certains auteurs<sup>2</sup> ont bien mis en avant que « 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 ».

Ainsi dans ce mémoire, l'objet est de montrer, pour les jeunes adultes atteints de déficience motrice, le lien évident entre la qualité de leur parcours et l'acquisition de leur autonomie. Ce constat, réalisé dans le cadre de mon activité dans un SAVS SAMSAH, m'a amené à

---

<sup>1</sup> PIVETEAU D., 2014, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches

<sup>2</sup> DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *Conduire le changement en action sociale*, p.235

réfléchir à l'intérêt que pourrait avoir un service qui accompagnerait de façon continue l'entrée dans l'âge adulte, aux âges charnières entre 16 et 25 ans.

Bien que la fluidification des parcours soit au cœur de nos politiques publiques, sanitaires et sociales aujourd'hui, la création d'un tel dispositif nécessite néanmoins d'engager une réflexion sur l'offre actuelle des services d'accompagnement pour enfants et pour adultes, sur leurs missions, leurs agréments respectifs et sur leur coordination mutuelle. La proposition, que je fais dans ce mémoire, est innovante car elle remet en question les pratiques et les méthodes d'accompagnement et bouleverse les représentations habituelles. Elle vient également interroger un système administratif qui ne répond pas de manière suffisamment souple à l'évolution des publics et de leurs besoins. Albert EINSTEIN l'a dit très justement : « Si nous ne changeons pas notre façon de penser, nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes que nous créons avec nos modes actuels de pensée ». Et je suis convaincu, de par mon expérience, les recherches que j'ai effectuées et les divers échanges que j'ai eus pour ce mémoire, qu'un dispositif spécifique d'accompagnement des jeunes entre 16 et 25 ans sera une solution pour prévenir les ruptures de suivi et, par voie de conséquence, améliorer l'autonomie des jeunes adultes atteints d'une déficience motrice.

Professionnel de terrain accompagnant des usagers d'un SAVS SAMSAH, je me suis projeté, dans le cadre de cet exercice de rédaction du mémoire pour le CAFDES, dans la fonction de directeur de ce service.

Afin d'explicitier et de démontrer l'intérêt de mon projet, j'ai organisé mon écrit en trois parties. Dans la première, j'établirai un diagnostic de la problématique et démontrerai la légitimité du SAVS SAMSAH sur le territoire à porter la création d'un nouveau dispositif répondant aux besoins spécifiques des jeunes entrant dans l'âge adulte. Dans la deuxième partie du mémoire, j'expliquerai la motivation de l'association gestionnaire<sup>3</sup> dans ce projet et mettrai en avant les forces, mais aussi les axes de travail indispensables à mener au sein du SAVS SAMSAH au regard du projet. Et enfin, dans la dernière partie, je détaillerai de façon concrète la stratégie managériale que je mettrai en œuvre et la méthode avec laquelle le dispositif sera créé, animé et évalué. Ces choix de pilotage seront issus des constats réalisés dans la deuxième partie de cet écrit.

---

<sup>3</sup> Dans un souci de confidentialité et de déontologie, j'ai fait le choix de conserver l'anonymat de l'association et du service.

# **1<sup>ère</sup> partie : Les besoins spécifiques d'accompagnement des jeunes adultes atteints d'une déficience motrice dans leur passage du secteur enfant au secteur adulte**

## **1.1. SAVS SAMSAH, un service d'accompagnement conciliant déficience motrice et quête d'autonomie**

Avant de faire le constat des spécificités d'accompagnement des jeunes adultes au sein du SAVS SAMSAH, il me paraît indispensable de définir clairement le vocabulaire qui sera utilisé sur la notion de jeune adulte et la déficience motrice.

### **1.1.1. Être un jeune adulte avec une déficience motrice**

#### **a. La notion de jeune adulte**

En France, l'âge de la majorité civile est 18 ans. Cet âge est celui auquel un citoyen est juridiquement considéré comme un adulte pleinement capable et responsable. Il est libre de conclure des contrats et de gérer lui-même ses ressources. 18 ans est l'âge de la majorité matrimoniale, pénale et de l'accès aux droits civiques.

La notion de « jeune adulte » a été officiellement introduite dans le secteur social et médico-social par un décret de 2009<sup>4</sup>. Cependant, il convient de s'interroger sur les caractéristiques de cette catégorie de population dont les protagonistes ne sont plus considérés comme des enfants, mais pas encore tout à fait comme des adultes.

Le Centre d'Observation de la Société<sup>5</sup> explique que, dans la plupart des études, les « jeunes adultes » sont les plus de 18 ans qui vivent seuls. Mais cette catégorie est étendue, dans certaines études<sup>6</sup>, à l'âge de 29 ans. En effet, au-delà du critère de l'âge, « l'impression d'être un adulte [...] renvoie également à des dimensions de l'identité liées aux notions de responsabilité, d'autonomie et d'indépendance financière »<sup>7</sup>. Des marqueurs de transition sont d'ailleurs identifiés : la fin des études, le départ du domicile familial, l'insertion dans le marché du travail ou la formation d'un couple.

---

<sup>4</sup> Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>5</sup> Centre d'Observation de la Société, [En ligne], <http://observationsociete.fr/jeunes> (Page consultée le 26/10/16)

<sup>6</sup> INSEE, SRCV-SILC, 2005

<sup>7</sup> VEILLEUX C., MOLGAT M., 2007, « Que signifie être jeune adulte aujourd'hui ? », p.157

Ainsi l'expression « jeune adulte » est le révélateur d'une évolution historique et sociale ayant conduit à l'allongement de la dépendance entre les parents et les jeunes. Cet allongement, « considéré comme potentiellement inhibant, [...] est accusé de maintenir dans la jeunesse des individus qui devraient déjà être des adultes »<sup>8</sup>, en raison notamment des interdépendances entre les générations « tant sur le plan normatif qu'émotionnel »<sup>9</sup>.

Concernant le public des jeunes adultes en situation de handicap, cette dépendance vis-à-vis des parents se trouve majorée par les répercussions fonctionnelles de leur déficience et par le fait que les parents soient leurs premiers aidants. De plus, « le fait de ne pas avoir expérimenté certains marqueurs de transition représente [...] un manque ou un frein dans l'atteinte d'un statut d'adulte »<sup>10</sup>. Pourtant, un changement de statut existe bien à 20 ans, âge auquel un jeune en situation de handicap peut accéder à un certain nombre de droits (AAH, RQTH, PCH, orientation vers un établissement pour adultes). 20 ans est également l'âge de fin de suivi dans le secteur enfant. Ces éléments sont de réels marqueurs de transition, mais ils sont insuffisants pour permettre aux jeunes en situation de handicap de se considérer et d'être considérés comme des adultes autonomes et responsables.

#### b. La déficience motrice

La déficience motrice est un trouble physique qui affecte la motricité et engendre la perte d'une partie ou de la totalité de la capacité de mouvement. La motricité est en effet la fonction générale au maintien de la posture et à la production de mouvements de différentes natures. Son altération affecte donc des domaines d'activité très divers : déplacements, préhensions, manipulations, expression orale, déglutition, élimination...

Chez les jeunes adultes, la déficience motrice est la conséquence de pathologies congénitales (type paralysie cérébrale/IMC), de maladies neuromusculaires héréditaires, de malformations ostéomusculaires ou d'accidents traumatiques pendant l'enfance. Le suivi médical de ce public porte sur différents aspects<sup>11</sup> : des troubles neurologiques, des troubles orthopédiques, des troubles vésicosphinctériens et génitaux, des troubles nutritionnels et digestifs, des affections dentaires et des troubles visuels et auditifs. L'intervention de nombreux spécialistes s'avère, de ce fait, indispensable.

---

<sup>8</sup> CICCHELLI V., 2001, « Les jeunes adultes comme objet théorique », p.5

<sup>9</sup> CICCHELLI V., 2001, *loc. cit.*

<sup>10</sup> VEILLEUX C., MOLGAT M., 2007, « Que signifie être jeune adulte aujourd'hui ? », p.157

<sup>11</sup> TIFFREAU V. et coll., 2006, « La continuité de prise en charge lors de la transition des soins de l'enfant à l'adulte handicapé », p.653-654

En 1994, des travaux de l'INSERM<sup>12</sup> ont permis d'estimer la prévalence des déficiences motrices de l'enfant à 3,24 pour 1000 naissances. Selon une Conférence d'experts médicaux du 13/10/2010<sup>13</sup>, cette prévalence reste stable. En revanche, les quelques études épidémiologiques consacrées à la santé des jeunes adultes en situation de handicap montrent qu'il existe une surmorbidity et une surmortalité dans cette population<sup>14</sup>. Cela pourrait s'expliquer par un défaut de surveillance et de prévention et globalement par un accès au soin insuffisamment adapté. Le refus de soin, lié à un suivi médical souvent lourd depuis l'enfance, est une autre explication possible. L'espérance de vie de ces personnes est ainsi liée à la sévérité des déficiences.

Il existe peu d'enquêtes permettant de chiffrer la population des personnes en situation de handicap en France. Conduite par le CTNERHI en 1995, une enquête en Saône-et-Loire<sup>15</sup> a néanmoins été réalisée de la façon la plus exhaustive possible au niveau du département, en milieu ordinaire et en institution. Les données recueillies ont ensuite fait l'objet d'un redressement pour pouvoir être estimées au plan national. D'après ce travail de recherche, les personnes atteintes de déficiences motrices représentent environ 2 300 000 personnes en France, soit 4% de la population générale à l'époque. Parmi ces personnes, la déficience motrice est isolée ou prédominante pour environ 850 000 d'entre elles, soit 1,5% de la population générale. Au niveau territorial, une enquête de l'INSEE Nord Pas-de-Calais de 2008 dénombre environ 600 000 personnes en situation de handicap dans le Nord Pas-de-Calais mais ne fournit pas de chiffrage des personnes atteintes d'une déficience motrice. Le SROMS du Nord Pas-de-Calais 2012-2016 estimant que « la région Nord-Pas-de-Calais se caractérise par une surreprésentation du handicap chez les enfants et les adultes, avec un écart au national qui s'accroît s'agissant des enfants »<sup>16</sup>, on peut légitimement apprécier que la représentation des personnes atteintes d'une déficience motrice est au moins similaire au taux national.

### **1.1.2. La sortie du secteur enfant et le passage dans le secteur adulte**

#### **a. La transition du secteur enfant au secteur adulte**

L'âge de 20 ans est un moment clé pour les personnes en situation de handicap. Il représente une période de passage, un palier à franchir, tant d'un point de vue symbolique

---

<sup>12</sup> RUMEAU-ROUQUETTE C. et coll., INSERM, 1994

<sup>13</sup> Transition du jeune en situation de handicap moteur 15/25 ans : de la pédiatrie au monde des adultes, enjeux sanitaires et médico-sociaux, Conférence d'experts Marseille, 2010

<sup>14</sup> TIFFREAU V. et coll., 2006, « La continuité de prise en charge lors de la transition des soins de l'enfant à l'adulte handicapé », p.655

<sup>15</sup> RAVAUT J.F., DELCEY M, ABDOU P., 2002, « Épidémiologie des handicaps moteurs et données sociales de base », p.26

<sup>16</sup> Schéma d'Organisation Médico-Sociale du Nord Pas-de-Calais pour 2012-2016, p.13

que d'un point de vue administratif et organisationnel. En effet les enfants présentant une déficience motrice bénéficient d'un suivi par des structures médico-sociales durant toute leur enfance (CAMSP de 0 à 6 ans, puis IEM ou SESSAD entre 6 et 20 ans). Lorsqu'arrive l'âge de 20 ans, ces jeunes adultes doivent normalement quitter ces structures. Leur projet est parfois d'intégrer un hébergement pour adultes afin d'y vivre. Mais les places dans ces établissements sont insuffisantes, créant des listes d'attente souvent conséquentes.

Aussi, pendant ce temps d'attente pour intégrer une structure d'hébergement et afin d'éviter toute rupture dans le parcours, comme le préconisent les rapports PIVETEAU<sup>17</sup> et JACOB<sup>18</sup>, il est possible de prolonger le suivi dans un établissement pour enfant avec la mise en place de l'amendement Creton. L'article 22 de la loi n°89-18 du 13 janvier 1989 stipule en effet que l'accueil en établissement pour enfant « peut être prolongé au-delà de l'âge de 20 ans [...] », à condition que le jeune soit inscrit sur une liste d'attente d'un établissement d'hébergement pour adultes. Ainsi, au 31 décembre 2010, une enquête de la DREES<sup>19</sup> révélait qu'environ 6 000 jeunes majeurs accueillis dans des établissements pour enfants en situation de handicap relevaient de l'amendement Creton. Parmi eux, la très grande majorité avaient entre 20 et 25 ans. 6% avaient 25 ans ou plus. Seuls quelques cas exceptionnels (0,5%) relevaient encore de ce dispositif à plus de 30 ans.

Selon cette même enquête, sur ces 6 000 jeunes, 455 étaient atteints d'une déficience motrice. A ce nombre, il fallait ajouter les jeunes de plus de 20 ans qui étaient accueillis dans des établissements pour enfants mais qui ne relevaient pas de l'amendement Creton, soit parce que la limite d'âge de la structure est supérieure à 20 ans, soit parce qu'ils n'étaient pas sur liste d'attente dans une structure médico-sociale pour adultes en situation de handicap. Sur cette catégorie représentant 1 500 jeunes, 300 étaient atteints d'une déficience motrice. Par ailleurs, dans cette enquête spécifique à l'amendement Creton, n'étaient pas comptabilisés tous les jeunes qui sortent de structure à l'âge de 20 ans sans passer par ce dispositif spécifique. Pour ces derniers, si leur projet est d'intégrer un établissement d'hébergement pour adultes, ils sont malgré tout souvent contraints de rester au sein du domicile familial pendant cette attente.

D'un autre côté, il existe un certain nombre de jeunes qui ne souhaitent pas intégrer une structure d'hébergement pour adultes car ils ont un projet de vie autonome au sein de leur propre logement. Ce type de projet peut également mettre beaucoup de temps à voir le jour en raison, notamment, de la difficulté à trouver un logement accessible et adapté. Un

---

<sup>17</sup> PIVETEAU D., 2014, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches

<sup>18</sup> JACOB P., 2013, Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement

<sup>19</sup> Enquête ES-Handicap, 2010, DREES

maintien au domicile parental peut alors aussi s'imposer, le temps que ce projet se concrétise.

On constate finalement que tous ces jeunes adultes, qui n'ont jamais vraiment quitté le domicile familial, sont contraints, au moment où ils quittent les structures du secteur de l'enfance, de reprendre une vie à temps plein chez leurs parents alors qu'ils ont souvent travaillé au développement de leur autonomie avec les professionnels du secteur enfant. Évoqué comme un « véritable mouvement régressif »<sup>20</sup>, ce « parcours à l'envers »<sup>21</sup> apparaît en effet comme l'inverse de celui d'un jeune adulte valide. Le paradoxe est d'autant plus important qu'un jeune valide a peu expérimenté la vie auprès d'autres adultes alors que les jeunes en situation de handicap fréquentent des professionnels depuis leur plus petite enfance. Dans leurs témoignages<sup>22</sup>, ces jeunes disent d'ailleurs se sentir plus matures que leurs camarades valides et avoir « plus de mental » du fait qu'ils n'aient pas « traversé les mêmes choses » et que leurs expériences vécues leur ont « permis d'acquérir une force que leurs camarades ne possèdent peut-être pas ».

Le maintien au domicile parental est donc souvent incontournable et s'avère parfois être de longue durée. Une enquête de l'INSEE et de la DREES<sup>23</sup> révèle en effet que 12% des personnes âgées de 40 à 65 ans, atteintes de problèmes moteurs avant l'âge adulte, vivent au domicile de leurs parents, soit cinq fois plus que les autres personnes du même âge.

#### b. Le suivi dans le secteur adulte, au sein du SAVS SAMSAH

Pour le SAVS SAMSAH dont je suis le directeur, un agrément de 150 places est accordé par le Conseil Départemental et l'ARS : 120 places pour le SAVS et 30 pour le SAMSAH. Ces places sont destinées à des adultes âgés de 20 à 60 ans. 23% des usagers accompagnés ont entre 20 et 30 ans. 10% ont moins de 25 ans. La grande majorité de ces derniers vit au domicile parental et a fréquenté un ou plusieurs établissements du secteur enfant du territoire avant d'être suivi par le SAVS SAMSAH.

Pour ces jeunes qui présentent une atteinte motrice prédominante avec des difficultés de déplacements, la dépendance physique peut être majeure mais les capacités cognitives ne sont pas (ou peu) altérées. Ils peuvent donc être en capacité de s'exprimer, de faire des choix et pourraient, de ce fait, accéder à une certaine autonomie.

---

<sup>20</sup> BONNICHON D., 2016, « Penser le passage de la pédiatrie en service d'adultes à la lumière du processus adolescent », p.206

<sup>21</sup> BODIN R., DOUAT É., 2015, « Un âge refusé. Le difficile accès au statut d'adulte des jeunes handicapés », p.107

<sup>22</sup> DE BARBOT F., 2016, « Des adolescents racontent... », p.226

<sup>23</sup> Enquête Handicap-Santé, 2008, Volet Ménages, INSEE-DREES

Lorsque ces jeunes adultes sollicitent l'intervention du SAVS SAMSAH, leur demande initiale concerne généralement l'acquisition d'une aide technique ou l'aménagement du domicile familial. En effet, comme leurs parents, ils ont été très entourés pendant leur suivi dans le secteur enfant et se sentent la plupart du temps désœuvrés face à des démarches qu'ils ne savent pas entreprendre car elles étaient réalisées auparavant par les professionnels du secteur de l'enfance. Mais au-delà de cette demande initiale, un désir d'améliorer leur autonomie s'exprime généralement au cours de l'accompagnement.

La notion d'autonomie est importante à définir : elle désigne « la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi-même. La conquête de l'autonomie restaure la personne comme acteur et responsable de sa propre vie »<sup>24</sup>. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir accepter ou refuser en fonction de son jugement. Être autonome, c'est donc choisir et agir avec volonté et discernement. Ainsi le développement de l'autonomie accroît le sentiment d'être libre. Mais cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs car l'individu compose en permanence avec un réseau de contraintes (règles, normes, etc.) où la liberté individuelle interfère avec la liberté collective.

Par ailleurs, l'autonomie n'est pas un état, c'est un processus dynamique qui se développe au cours de la vie et évolue par phases. On peut également préciser que « la motivation initiale de toute personne souhaitant travailler sur son autonomie doit venir d'elle-même »<sup>25</sup>.

Enfin, autonomie n'est pas synonyme d'indépendance. L'indépendance est en effet liée à la capacité de réaliser les actes du quotidien seul, mais de façon fonctionnelle. Marcel NUSS, essayiste et romancier atteint d'une déficience motrice importante avec une dépendance fonctionnelle majeure, dit ainsi que « l'autonomie n'est pas une question de liberté de mouvement, mais de facultés intellectuelles et d'adaptabilité »<sup>26</sup>. Ainsi une personne atteinte d'une déficience motrice majeure est dépendante, c'est à dire a besoin d'aide pour se nourrir, se laver, s'habiller... mais peut être tout à fait autonome car elle a les capacités de gérer sa vie, prendre des décisions et faire des choix.

### **1.1.3 Un accompagnement spécifique et complexe vers l'autonomie**

#### **a. Les freins à l'accès à l'autonomie**

Malgré ce qui a été dit auparavant, on constate que beaucoup de jeunes adultes suivis au SAVS SAMSAH sont en difficulté pour devenir autonomes. Leurs projets

---

<sup>24</sup> Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale

<sup>25</sup> HERMANN F., 2015, *L'autonomie clé du changement*, p.17

<sup>26</sup> NUSS M., 2010, *L'identité de la personne handicapée*, p.12

d'accompagnement vers cette liberté d'expression et de choix sont freinés par différents facteurs.

Tout d'abord, de l'avis de tous les intéressés (jeunes, parents et professionnels), il existe un manque de lien flagrant entre le secteur enfant et le secteur adulte. Ce lien est, en effet, considéré comme insuffisant, voire inexistant. Le clivage entre les droits avant et après 20 ans, le fossé séparant la législation concernant les enfants et celle concernant les adultes, la rupture dans le parcours médical avec le passage à l'âge adulte ne sont qu'accentués par la méconnaissance des structures enfants et des structures adultes entre elles, y compris au sein d'une même association. Pourtant des services comme les SESSAD et les SAMSAH ont des missions similaires. La question de la discrimination de ces services entre les enfants et les adultes peut donc se poser. Pour cette raison, la commission éducation et scolarité du CNCPH préconise, dans un document de travail de 2011, de « mettre fin à la barrière des 20 ans qui n'a plus de justification légale et peut constituer un frein dans la préparation des projets [...] »<sup>27</sup> des jeunes. Cette rupture dans l'accompagnement, liée au départ des structures pour enfant au sein desquelles un travail d'accès à l'autonomie a été amorcé, est le premier frein identifié car la dynamique entamée se voit interrompue.

Par ailleurs, le désir d'accès à l'autonomie des jeunes adultes est souvent difficile à exprimer à leurs parents. Coincés dans des principes de loyauté vis à vis de ceux qui les ont aidés depuis qu'ils sont nés, ils n'osent pas dire leur besoin de prendre de la distance avec leur environnement familial. Cette loyauté, majorée dans certaines cultures, est souvent liée à une culpabilité des enfants d'avoir vu leurs parents se « sacrifier » pour eux en abandonnant leur activité professionnelle, en diminuant leur vie sociale, en altérant leur état de santé physique, etc. Elle est également liée à une dépendance affective, souvent réciproque, d'un enfant qui n'a pas réussi à devenir un adulte, c'est à dire à s'émanciper de ses parents, et de parents qui n'ont pas su voir leur enfant grandir.

Ce lien entre les jeunes et leurs parents peut devenir un frein. Ces parents qui, jusqu'à 18 ans, « représentent juridiquement leur enfant [...] et décident pour lui »<sup>28</sup>, continuent parfois, malgré l'atteinte de la majorité civile, à décider « de ce qu'il doit vivre ou ne pas vivre ». Les jeunes adultes ne peuvent alors pas expérimenter la prise de décisions, les erreurs ou les réussites dans les choix qu'ils font. Ils se retrouvent « privés d'expériences fondatrices qui sont au cœur de la constitution de l'individu »<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> TERRAL D. dir., 2013, *Accompagner la personne handicapée à domicile - Du SESSAD au SAMSAH*, p.138

<sup>28</sup> DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *Conduire le changement en action sociale*, p.115

<sup>29</sup> DREYER P., 2011, *Handicap et domicile - Interdépendance et négociations*, p.93

Certains auteurs<sup>30</sup> ont écrit que « Éduquer, c'est se départir d'une relation de pouvoir sur le jeune pour en faire une relation d'autorité, qui l'autorisera à créer ses propres voies d'avenir. C'est accepter de perdre en maîtrise ce qu'il gagnera en indépendance. Le but est qu'il s'approprie son existence, non qu'il en fasse ce que nous avons prescrit ». Les célèbres vers de Khalil GIBRAN illustrent cette pensée : « Vos enfants ne sont pas vos enfants. / Ils sont les fils et les filles de l'appel de la Vie à elle-même, / Ils viennent à travers vous mais non de vous. / Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas. »<sup>31</sup>.

Les parents, de leur côté, sont devenus des aidants, coincés dans un statut socialement ingrat. Ils sont en difficulté pour laisser leur enfant grandir et s'éloigner d'eux, ce rôle leur offrant parfois « une formidable façon de se déculpabiliser, voire une raison de vivre »<sup>32</sup>.

Les ressources financières du jeune adulte sont un autre frein identifié dans l'accès à l'autonomie. En effet, en atteignant l'âge de 20 ans, une personne en situation de handicap peut ouvrir droit à l'AAH. Cette allocation mensuelle est une ressource, correspondant à un revenu minimum de 819 euros (au 1<sup>er</sup> avril 2018), et elle confère un statut à celui qui en bénéficie. Une autre prestation peut venir se surajouter, il s'agit de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH aide humaine) dont le montant peut atteindre le plafond de 1143,23€ par mois. Cette prestation, versée par le Conseil Départemental, est attribuée aux personnes qui ont besoin d'aide humaine pour subvenir à leurs besoins essentiels (se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, etc.). Si elle peut servir à financer l'intervention d'un service d'aide humaine prestataire, le choix des jeunes adultes va dans la très grande majorité vers le dédommagement de leurs parents reconnus en tant qu'aidants familiaux. Cette prestation entre alors dans les revenus du foyer et confère au jeune un statut au sein de sa famille. Lorsque la précarité sociale est importante, le versement de ces sommes conséquentes est un élément de valorisation pour le jeune. Mais il devient un nouveau frein quand le jeune envisage de quitter le domicile familial ou de dépenser cet argent comme il le souhaite, risquant ainsi de priver sa famille de ressources.

#### b. Les spécificités de l'accompagnement vers l'autonomie

Je constate, en tant que directeur du SAVS SAMSAH, que les accompagnements des jeunes adultes (entre 20 et 25 ans) par le service, notamment dans des projets d'accès à l'autonomie, sont plus longs et plus complexes à mener que les autres accompagnements.

---

<sup>30</sup> DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *Conduire le changement en action sociale*, p.115

<sup>31</sup> GIBRAN K., *Le Prophète*, Éditions La Part Commune, 2004

<sup>32</sup> SEVESTRE A., 2016, « Faire la part des choses », *Faire face*, n°742

Pour certains jeunes adultes, le suivi au SAVS SAMSAH ne se met pas en place dès leur sortie du secteur enfant. Il existe souvent des périodes sans accompagnement dites de « rupture », qui peuvent durer parfois plusieurs années et conduire à une certaine errance de suivi, responsable d'une grande souffrance chez les jeunes concernés et leur entourage. Pour les autres, si le relais est bien organisé, ils peuvent être suivis par le SAVS SAMSAH dès leur sortie du secteur enfant mais ils sont néanmoins confrontés à un changement d'équipe et à des pratiques d'accompagnement, voire des cultures (passage du tutoiement au vouvoiement, jeune considéré comme acteur et décideur de son suivi, mise à distance des parents), très différentes qui souvent les déstabilisent.

Ainsi, quel que soit leur parcours au moment de leur sortie du secteur enfant, tous les jeunes adultes en situation de handicap sont confrontés à des bouleversements organisationnels qui ont des répercussions sur leur suivi et qui leur demandent des capacités d'adaptation majeures, à une période de leur vie où beaucoup de repères sont déjà remis en question.

J'ai mené des entretiens auprès d'une trentaine de jeunes adultes ayant vécu ce passage du secteur enfant au secteur adulte (*cf. Questionnaire en Annexe 1 et Synthèse des résultats en Annexe 2*). La majorité des interrogés exprime n'avoir pas été bien préparé à la vie d'adulte. Beaucoup évoquent qu'ils se sont sentis « très cocoonés » dans les établissements pour enfants, que les professionnels faisaient « tout à leur place ». Une jeune femme raconte : « On me disait tout le temps : tu es sûre que tu ne veux pas aller aux toilettes ? ». En parallèle ces personnes interrogées expriment que leurs parents « étaient aussi très protecteurs » et qu'ils étaient beaucoup « couvés ». La liberté de choix et de prise de décision est souvent questionnée : « Avant mon passage dans le secteur adulte, tout était planifié, organisé », « Quand j'ai quitté le secteur enfant, je n'ai pas été soutenu dans mes demandes, on m'a mis dans une case », « J'ai dû me battre pour aller en ESAT ». Au final, une de ces personnes a exprimé : « Je me suis senti libre à la sortie de l'IEM ».

En raison de ce vécu parfois douloureux, les professionnels du SAVS SAMSAH entament leur travail auprès de personnes fragilisées par cette transition secteur enfant/secteur adulte, dans une période de leur vie (fin de l'adolescence) déjà propice aux incertitudes.

Le partenariat avec le système familial, quant à lui, est complexe et les professionnels du SAVS SAMSAH apparaissent, auprès de certaines familles, comme des tiers mal intentionnés. Alors qu'ils ont pour seul objectif de faire entendre la parole des jeunes adultes auprès de leurs parents et d'essayer de faire exister les projets d'autonomie, les professionnels sont perçus comme cherchant à éloigner un enfant de ses parents, voire à faire éclater un équilibre familial. De ce fait, il n'est pas rare d'assister à de réelles mises

en échec de ces projets, voire même d'une censure des demandes du jeune, par les parents ou l'entourage. Pris en étau entre une famille tellement apeurée par l'inconnu qu'elle en devient parfois maltraitante et des professionnels qui mettent en exergue les droits et les potentialités des jeunes adultes, ces derniers ont besoin de temps pour cheminer et prendre des décisions, parfois lourdes de conséquences.

Face à ces « nœuds » entre des jeunes qui demandent et un environnement qui freine, les professionnels du SAVS SAMSAH sont en questionnement constant, ont besoin de soutien, s'épuisent parfois sur la durée. Pour toutes ces raisons, certains accompagnements s'inscrivent dans une très longue durée (parfois plus de 10 ans), avec des demandes successives auprès de la MDPH de renouvellement d'orientation vers le SAVS SAMSAH. Les accompagnements sont difficiles à clore, avec des constats d'échec, notamment dans des situations où les liens d'interdépendance n'auront pas pu être dénoués. Et dans un service où les places sont limitées et les demandes d'accompagnement nombreuses, cela pose de réels problèmes de flux et de gestion des demandes en attente.

## **1.2 La légitimité du SAVS SAMSAH dans l'apport de nouvelles réponses à ces accompagnements spécifiques**

### **1.2.1 Une problématique identifiée à l'échelle nationale**

Le nombre de jeunes adultes en situation de handicap ne bénéficiant pas d'un accompagnement médico-social au moment de leur sortie du secteur enfant n'est pas négligeable et révèle une problématique de rupture dans les parcours à l'échelle nationale. Une enquête de la DREES<sup>33</sup> estime que 12% des jeunes de plus de 18 ans n'ayant pas été concernés par l'amendement Creton se retrouvent à domicile, sans activité, sans prise en charge et sans orientation médico-sociale. Ceux qui ont bénéficié de l'amendement ne sont que 6% à être dans cette situation.

La tranche d'âge de 16 à 25 ans et le passage à l'âge adulte questionnent de nombreux professionnels. Parmi eux, des médecins (neurologues, médecins de médecine physique et de réadaptation...) se sont réunis lors d'une conférence d'experts qui s'est tenue à Marseille le 13 octobre 2010. Cette conférence a abordé la « transition du jeune en situation de handicap moteur de la pédiatrie au monde des adultes » en pointant les enjeux sanitaires et médico-sociaux dans la période 15-25 ans et la problématique de la continuité du suivi sanitaire de ces jeunes adultes. Par ailleurs, de nombreux rapports, enquêtes et études sont parus ces dernières années sur le parcours des jeunes en situation de

---

<sup>33</sup> Enquête ES-Handicap, 2010, DREES

handicap entre 16 et 25 ans. Un lien est régulièrement fait entre la qualité du parcours et l'accès à l'autonomie.

Le CREAI Rhône Alpes, à la demande de l'APF de l'Isère, a ainsi mené en juillet 2010 une étude départementale<sup>34</sup> sur « Les besoins et attentes des jeunes de 16-25 ans ayant un handicap moteur ». Dans cette étude, le contexte posé est le suivant : « Au sortir de l'adolescence, le passage à l'âge adulte représente une période dense et sensible pour tout jeune de 16 à 25 ans. À cette période le jeune en effet se construit peu à peu, « par des allers et retours et des expériences de vie », il construit son identité, sa vie sociale, professionnelle, affective, son autonomie. » La demande de l'APF 38 était d'identifier et d'analyser les leviers ou les freins, favorisant ou faisant obstacle à la participation sociale (scolarité, formation professionnelle, loisirs, santé, logement) et la citoyenneté des jeunes en situation de handicap. Les résultats de cette étude montrent que, sur 105 jeunes atteints d'une déficience motrice sortant d'un établissement ou service médico-social isérois, 54 sont sans solution ou en rupture de parcours, c'est à dire en attente de place en établissement médico-social, en recherche d'emploi ou en attente de formation, ou encore sans activité ni suivi. Cette étude constate finalement, au travers d'entretiens menés auprès de jeunes adultes, que ceux-ci ne veulent généralement plus avoir à faire à une institution mais que, paradoxalement, ils apprécient l'expertise et l'accompagnement du secteur spécialisé. Ces résultats viennent ainsi confirmer ceux des entretiens que j'ai menés auprès des 30 jeunes adultes. L'étude du CREAI Rhône Alpes préconise, dans ce sens, d'apporter une vigilance particulière et d'anticiper la sortie d'établissement.

Dans un autre département, celui des Bouches-du-Rhône, dans le cadre des travaux sur le schéma départemental 2016-2020, une note<sup>35</sup> a été rédigée en mai 2016 sur des éléments de constats sur les « 16-25 ans ». Parmi un certain nombre de préconisations à l'égard de ce public, cette note encourage la « passerelle secteur enfant / secteur adulte » en proposant d'assouplir les agréments d'âge des établissements et les pratiques pour éviter les ruptures liées aux barrières d'âge et de diversifier les modalités d'accueil pour s'adapter aux attentes et besoins de ce public.

Les départements de la Gironde, des Landes et du Lot-et-Garonne organisent de leur côté des équipes pluridisciplinaires spécifiques 16-25 ans au sein de leur MDPH, en partant du

---

<sup>34</sup> CREAI Rhône Alpes, Juillet 2010, Étude départementale relative aux besoins et attentes des jeunes de 16-25 ans avec handicap moteur au regard de l'offre spécialisée et de droit

<sup>35</sup> Parcours Handicap 13, 27 mai 2016, Éléments de constats sur les « 16-25 ans » : Note rédigée à la demande du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône

constat que « pour de nombreux jeunes il peut y avoir des ruptures entre la fin de prise en charge dans le champ enfants/adolescents et l'entrée dans un dispositif pour adultes »<sup>36</sup>.

De leurs côtés, la CNSA, la DREES et l'Institut de Recherche en Santé Publique ont conduit entre novembre 2016 et janvier 2017 un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les actes de ce séminaire<sup>37</sup> sont parus en novembre 2017 dans Les Dossiers de la DREES. A différentes reprises, la problématique du parcours des jeunes adultes y est évoqué, notamment dans une intervention d'un membre du Conseil Départemental de Seine-Maritime. Le public des 16-25 ans est précisément cité avec la création, notamment, de dispositifs innovants dans le cadre de logiques de passerelles dans les Pays de la Loire.

Enfin, un rapport de l'ANCREAI intitulé « Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours » a été publié en décembre 2017. Ce rapport fait référence aux actions innovantes de 23 MDPH sur les situations critiques selon les termes d'une circulaire de 2013<sup>38</sup>. Ces situations critiques sont définies comme des situations :

- Dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours [...] ;
- Et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Les jeunes de 16 à 25 ans, notamment dans la transition « secteur enfant / secteur adulte » ont été identifiés comme appartenant à ces situations critiques, confirmant ainsi que cette problématique n'est pas seulement territoriale, mais nationale.

## **1.2.2 Un contexte législatif favorable**

### **a. La continuité des parcours**

Les notions de parcours et de continuité des parcours tout au long de la vie sont inscrites dans nos politiques publiques comme des priorités depuis plusieurs décennies. Si la loi de 2002-02<sup>39</sup> a mis en avant le besoin de visibilité de l'offre de soins, c'est à dire des services et établissements, via le schéma régional de santé, c'est déjà au sein de la loi de 1975<sup>40</sup> (loi n°75-534 du 30 juin 1975) qu'avait été initiée la nécessité de coordonner les actions

---

<sup>36</sup> ARS Aquitaine et CREAHI d'Aquitaine, Mars 2014, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine

<sup>37</sup> Les Dossiers de la DREES, Novembre 2017, Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux

<sup>38</sup> Circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

<sup>39</sup> Loi n°2002-2 du 2 mars 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>40</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

des institutions sociales et médico-sociales. Ainsi cette loi précisait notamment les modalités possibles de conventionnement entre services.

Dans le domaine des soins sanitaires, c'est grâce à la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie que la notion de parcours de soins coordonné est apparue en confiant au médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Cette organisation des soins autour du médecin traitant est devenue un élément de cohérence déterminant dans le parcours médical de la personne.

La loi du 11 février 2005 est, elle, venue confirmer l'importance de considérer la personne comme citoyenne et d'envisager son projet dans la globalité. En choisissant de regrouper dans un seul dossier de la MDPH l'ensemble des demandes de la personne (droits, prestations, orientations vers les services et les établissements) associé à son projet de vie, la volonté de la CNSA était de respecter la cohérence d'un projet global ainsi que la continuité du parcours de la personne au travers de ses demandes.

Enfin, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) a été déterminante dans l'affirmation des coopérations indispensables entre les établissements de santé, les professionnels de santé et les services médico sociaux. En créant les ARS en charge de l'organisation, la régulation et l'efficacité des soins et des prises en charge dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, la loi HPST a favorisé la fluidité des parcours des personnes.

La qualité des parcours est donc plus que jamais au cœur de nos politiques publiques, sanitaires et sociales. En témoigne le rapport de Denis PIVETEAU du 20 juin 2014 intitulé « Zéro sans solution » et mettant en avant le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. L'écriture de ce rapport a pour origine directe la condamnation en octobre 2013 de l'ARS Île-de-France, par le juge des référés du tribunal administratif, en raison d'une absence de prise en charge adaptée proposée à une jeune femme, Mlle Amélie LOQUET, souffrant du syndrome de Prader-Willi<sup>41</sup>.

A la suite des recommandations du rapport PIVETEAU, le gouvernement a confié à Marie-Sophie DESAULLE la mission de déployer le dispositif « une réponse accompagnée pour tous », dit RAPT, avec pour objectifs la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent et le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous. Ces dispositions

---

<sup>41</sup> Maladie génétique rare caractérisée par un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire associé à une hypotonie majeure pendant les deux premières années de vie. Les problèmes principaux à l'âge adulte sont : une hyperphagie avec un risque d'obésité morbide, des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement, voire des troubles psychiatriques majeurs.

ont notamment conduit à la création des Plans d'Accompagnement Global (PAG), mis en place par les MDPH, pour faire évoluer l'organisation actuelle des ressources territoriales vers une plus grande souplesse dans les modes d'accueil et d'accompagnement et vers une fluidification des parcours.

b. Les recommandations sur l'accès à l'autonomie et l'inclusion

Parcours et autonomie sont deux notions fortement liées dans l'existence de tout un chacun. L'autonomie faisant écho à la liberté de décision, elle nous permet de faire des choix qui vont influencer nos vies et définir nos parcours.

Au cours du colloque des 15 et 16 mars 2012 organisé par la CNSA et intitulé « Aide à l'autonomie et parcours de vie »<sup>42</sup>, un intervenant a expliqué que « raisonner en termes de parcours, c'est penser la situation de chacun comme singulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie dont souffre la personne ». C'est s'intéresser à la perception qu'a la personne de sa situation et à sa capacité à prendre des décisions de façon autonome pour définir ses projets pour l'avenir, ce qu'on appelle régulièrement son « projet de vie ».

Ainsi aujourd'hui tout le monde s'accorde à dire qu'il est fondamental pour une personne d'être impliquée dans les décisions qui infléchissent son parcours. L'inscription du principe du libre choix des personnes dans la loi, depuis 2002, a marqué une avancée considérable dans la prise en compte de la parole des personnes.

En effet la première orientation de cette loi du 2 mars 2002 est d'« affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage ». La participation de la personne au fonctionnement de l'établissement ou du service qui l'accueille et à son suivi se décline par la mise en place d'outils concrets obligatoires. Parmi ces outils (charte, conseil de la vie sociale CVS, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...), la co-construction avec la personne du projet personnalisé la concernant lui permet d'exprimer et de faire valoir ses demandes mais aussi ses choix et ses décisions. Son actualisation régulière offre à la personne le temps et le loisir de cheminer. Pour des jeunes adultes, la rédaction de leur projet personnalisé leur permet d'exprimer leurs propres besoins et leurs propres attentes vis-à-vis des services et non plus ceux de leurs parents comme c'était le cas dans les structures pour enfants, lorsqu'ils étaient mineurs. C'est donc un véritable outil en faveur de l'autonomie.

---

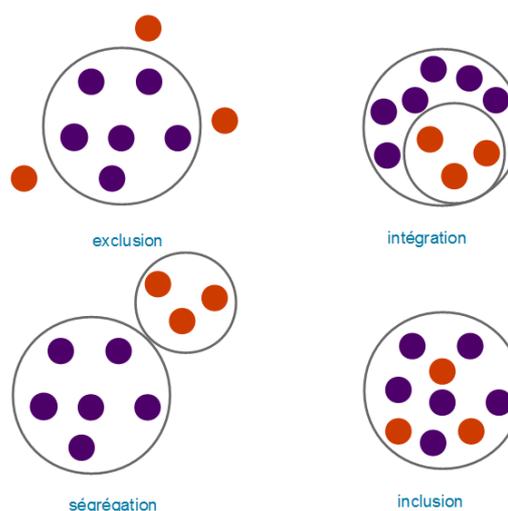
<sup>42</sup> Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA, Colloque des 15 et 16 février 2012, Aide à l'autonomie et parcours de vie

La loi du 11 février 2005<sup>43</sup>, portant le nom de « Loi pour l'égalité des droits et de chances, la participation et la citoyenneté », est également une loi en faveur de l'autonomie. La notion de projet de vie y est développée. Le projet de vie est un moyen pour donner une place d'acteur à la personne en situation de handicap, celle-ci subissant fréquemment les décisions d'autres, qui lui imposent leur vision du monde. Elle abandonne ainsi la position d'objet pour celle de sujet qui prend sa vie en mains, prend des décisions. Le projet de vie est un outil pour que la personne en situation de handicap découvre ou renforce sa capacité à affirmer ses choix et à les assumer pleinement.

Comme le précise la CNSA<sup>44</sup>, le projet de vie « est une étape importante [...] qui marque la volonté nouvelle de partir des attentes de la personne, pour ce qui la concerne, avant d'évaluer ses besoins et ce qu'il est possible de lui apporter en réponse ». Le dossier unique de demande à la MDPH, mis en place dans le cadre de la loi de 2005, est un support à l'écriture de ce projet de vie, avec une page vierge spécifiquement réservée à sa rédaction.

Mais la loi de 2005 est aussi reconnue comme une loi en faveur de l'inclusion. Réflexion impulsée par les politiques européennes, ce concept d'inclusion a été associé à la notion d'autonomie dans l'Article 19 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées<sup>45</sup> et intitulé « Autonomie de vie et inclusion dans la société ». Dans cet article, il est en effet demandé aux États signataires de veiller à ce que « les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier ».

Pour définir le plus simplement l'inclusion, il convient de l'opposer à son antonyme l'exclusion et plus encore à la notion de ségrégation. Mais il faut également bien différencier l'inclusion de l'intégration, comme l'illustre la représentation ci-contre.



L'intégration nécessite en effet un effort de la personne : si elle espère s'intégrer, elle doit, d'une manière assez proche de l'assimilation, se transformer, se normaliser, s'adapter ou se réadapter. L'inclusion, elle,

<sup>43</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté

<sup>44</sup> CNSA, [En ligne], [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) Rubrique Projet de vie (Page consultée le 06/03/18)

<sup>45</sup> Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapée 2007, ratifiée par la France en 2010 (décret n°2010-356 du 1<sup>er</sup> avril 2010)

sous-entend la participation des personnes aux décisions qui sont prises avec elles et non plus pour elles. Les personnes n'ont pas à être intégrées puisqu'elles sont une composante déjà présente du système, structurant le système comme toute autre composante<sup>46</sup>.

Une société inclusive cherche donc à favoriser la participation des différents groupes qui la composent pour leur permettre de vivre ensemble en cherchant à répondre à leurs besoins et en les impliquant dans les décisions qui les concernent<sup>47</sup>.

### c. Les missions et modalités d'intervention des SAVS SAMSAH

Dans la dynamique de la loi du 11 février 2005 et de la volonté de développer l'autonomie et l'inclusion des personnes en situation de handicap a été créée une nouvelle forme de services : le 11 mars 2005 est paru un décret<sup>48</sup> relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) (cf. *Annexe 3*). Ces services ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes suivies et orientées par la CDAPH. Composés d'une équipe pluridisciplinaire intervenant au domicile des personnes adultes en situation de handicap, ils doivent apporter à leurs usagers un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, ils organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes<sup>49</sup> :

- L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- Le suivi éducatif et psychologique.

---

<sup>46</sup> PILLANT Y., 2012, « Les conditions de l'inclusion des personnes handicapées », p.4

<sup>47</sup> Les fiches techniques du CCAH, Octobre 2013, L'inclusion des personnes handicapées

<sup>48</sup> Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

<sup>49</sup> Art. D.312-155-7

Un SAMSAH, en sus des interventions apportées par un SAVS, doit assurer une dispensation et une coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile.

### **1.2.3 Des expérimentations au niveau national et international**

La tranche d'âge de 16 à 25 ans des personnes en situation de handicap questionne sur de nombreux territoires. Ces interrogations ont incité la création de dispositifs innovants, assurant une continuité de l'accompagnement au moment de l'entrée dans l'âge adulte.

#### **a. En France**

L'association Trisomie 21 Loire s'est ainsi penchée sur le « passage enfant-adulte » en pointant les frontières institutionnelles, les âges clés (16 ans : fin de la scolarité obligatoire, 18 ans : majorité civile, 20 ans : accès aux droits pour les personnes adultes en situation de handicap), les évolutions sociologiques pour ce public et leurs conséquences sur le champ du handicap. Elle a émis des pistes nommées « tentatives pour réconcilier des temporalités troublées ». En mai 2011, au cours d'un colloque<sup>50</sup>, Jean PENNANEAC'H, directeur du SESSAD, SAVS et ESAT « hors les murs » de l'association Trisomie 21 Loire, a ainsi proposé de créer « un véritable espace de transition de 16 à 25 ans pour intégrer l'ensemble des éléments et offrir un accompagnement en cohérence avec les évolutions sociales » en mutualisant une partie des moyens du SESSAD (agrément 0-20 ans), du SAVS (plus de 20 ans) et de l'ESAT « hors les murs » (plus de 16 ans) avec une reconnaissance de ce cadre par la CDAPH.

A Beauvais (Oise), l'UNAPEI a également pris conscience des limites liées au cloisonnement entre les services enfant et adulte. Un SESSAD/SAMSAH nommé « L'Espalier » a été créé pour les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 30 ans présentant une déficience intellectuelle. Ce « double service » accompagne l'utilisateur dans une étape charnière, la sortie de l'institution médicosociale ou de tout autre dispositif, et l'aide à construire son insertion sociale et professionnelle, en lui permettant un accompagnement sur le plan de sa santé s'il y a lieu.

En Rhône-Alpes, une étude<sup>51</sup> du CREAL de juillet 2010 sur les besoins et les attentes des jeunes de 16-25 ans avec handicap moteur a été le déclencheur de la création d'un dispositif 16-25 appelé « Défi Jeunes ». Porté par un IEM de l'Association des Paralysés de France, ce service expérimental couvrant tout le département de l'Isère a été soutenu

---

<sup>50</sup> Colloque R4P, 18 mai 2011, Passage enfant-adulte dans le champ du handicap – Expériences en Rhône-Alpes, Bron (69)

<sup>51</sup> CREAL Rhône-Alpes, Juillet 2010, Étude départementale relative aux besoins et attentes des jeunes de 16-25 ans avec handicap moteur au regard de l'offre spécialisée et de droit commun

par l'ARS et le Conseil Départemental avec le montage suivant : une partie 16-20 ans de 9 places financées par l'ARS (équivalent à un SESSAD avec un fonctionnement SAVS) et une partie 20-25 ans de 20 places SAVS financées par le Conseil Départemental. Cette expérimentation, inscrite dans la négociation CPOM et validée pour une durée de 5 ans, a débuté en 2013. Après 4 années de fonctionnement, une enquête de satisfaction montre que les  $\frac{3}{4}$  des jeunes suivis par ce dispositif sont satisfaits. Le constat d'un lien indispensable avec la MDPH est fait, notamment en raison des orientations nécessaires. Enfin, certaines spécificités d'accompagnement sont notées, en particulier au niveau de la communication (utilisation importante des SMS), de l'organisation des rencontres (beaucoup de rendez-vous annulés au dernier moment) ou de la présence des parents, notamment pour les mineurs. Cette expérience apparaît comme celle qui serait reproductible sur notre territoire.

#### b. A l'étranger

Certains pays étrangers ont également mis en place des dispositifs spécifiques pour les jeunes dans cette même tranche d'âge. En Belgique, l'AVIQ Handicap (Agence pour une Vie de Qualité), a créé un service « Transition 15-25 ans » pouvant intervenir pour garantir une continuité de prise en charge après l'école. Ce service accompagne les jeunes en situation de handicap et leurs familles dans leurs questionnements sur l'avenir en proposant un suivi individuel, des conseils et une orientation. Différents services de ce type existent notamment dans les régions de Charleroi, Liège, Tournai, Mouscron, Namur et Ath.

En Espagne, des structures intermédiaires existent également. Le passage délicat à la vie d'adulte se réalise dans des centres d'éducation spéciale qui accueillent des jeunes âgés de 16 à 22 ans pour suivre un programme de formation de transition à la vie adulte, nommé « garantie sociale », et une formation professionnelle adaptée à leurs possibilités avec une initiation à l'autonomie durant deux années.

Enfin, au Canada, un programme appelé ON TRAC (TRAC = Transitioning Responsibly to Adult Care) a été développé au sein du British Columbia Hospital de Vancouver. ON TRAC (cf. *Annexe 4*) a été créé pour faciliter le passage du secteur enfant au secteur adulte en milieu hospitalier et améliorer l'acquisition de l'autonomie du jeune grandissant. Différentes étapes y sont identifiées à partir de l'âge de 12 ans jusqu'à la sortie du secteur enfant. Elles concernent aussi bien le lien avec le médecin traitant, que la définition de projets futurs du jeune lorsqu'il sortira, l'aide à l'ouverture d'un compte bancaire, l'apprentissage des déplacements en transport en commun, les questions autour de la vie intime et de la sexualité, l'ouverture des droits avec l'avancée dans l'âge ou la rencontre avec des structures d'hébergement ou d'accompagnement pour adultes.

### **1.3 Un contexte territorial favorable à la création de nouvelles réponses**

#### **1.3.1 L'offre de services des secteurs enfant et adulte sur le territoire**

##### **a. Les différents services de l'association gestionnaire sur le territoire**

L'association gestionnaire du SAVS SAMSAH est extrêmement bien représentée sur le territoire avec de nombreux services pour enfants et pour adultes. Cette richesse et cette diversité d'établissements au sein de la même association est très favorable à la création de liens, de passerelles, voire de conventionnements.

Au niveau des établissements et services pour enfants, on peut compter :

- Un service de soins de suite et de réadaptation pédiatrique, situé sur la même commune que le SAVS SAMSAH et comptant 64 lits hospitalisation et 34 en hôpital de jour ;
- Un CAMSP situé également sur la même commune et offrant un suivi à 60 enfants entre 0 et 6 ans ;
- Trois SESSAD, tous également sur la même commune, avec un nombre de places allant de 25 à 50 pour chaque service ;
- Deux IEM, dont l'un est sur la même commune avec 167 places et l'autre est à proximité avec 65 places.

Au niveau des établissements et services pour adultes, il existe :

- Une Entreprise Adaptée de 104 places ;
- Un ESAT de 67 places ;
- Une Résidence Services constituée de 12 logements pour personnes seules ou vivant en couple ;
- Un Accueil de Jour, pouvant accueillir jusqu'à 20 usagers, situé dans les mêmes locaux que le SAVS SAMSAH ;
- Un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (service d'aide humaine pour personnes en situation de handicap), également dans ces mêmes locaux ;
- Le SAVS SAMSAH.

L'offre de services de l'association est ainsi riche et variée, répondant aux besoins et aux différents projets des personnes atteintes de déficience motrice, enfants comme adultes.

Des liens fonctionnels existent entre certains de ces services et de ces établissements avec une organisation en « pôles » et des directions communes à plusieurs services ou établissements.

b. Les services du territoire spécialisés dans la déficience motrice gérés par d'autres associations

Au niveau du public adulte, il existe un autre SAMSAH pour les personnes atteintes d'une déficience motrice sur le territoire. Ce SAMSAH, géré par un groupement hospitalier privé, a été créé en même temps que celui que je dirige avec une répartition du territoire entre les deux services au moment de leurs ouvertures simultanées en 2009. Par ailleurs, plusieurs établissements d'hébergement (deux FAM et trois MAS) ont été créés ces dernières années et sont gérés par des associations diverses.

Pour le public enfant, sur ce même secteur géographique mais plus à distance du SAVS SAMSAH, une association gère trois services accueillant des enfants atteints de déficience motrice : un IEM de 35 places pour les enfants de 6 à 12 ans, un autre IEM de 30 places avec un internat pour les jeunes de 12 à 20 ans et un SESSAD de 20 places. On dénombre également trois autres IEM de 12, 20 et 22 places accueillant ce même public sur le secteur géographique. Là aussi des liens et des partenariats, plus ou moins développés ou formalisés, existent entre ces établissements et ces services, quelle que soit l'association gestionnaire.

c. Les services du secteur enfant visant le développement de l'autonomie

La plupart des services du secteur enfant accueillant des adolescents ont développé des projets et des actions visant à améliorer l'accès à l'autonomie des jeunes.

L'IEM le plus important du territoire, au même titre que d'autres IEM ou que de certains SESSAD, a ainsi identifié certains professionnels de son équipe pluridisciplinaire pour assurer cette mission. De formation éducateur, ergothérapeute ou assistant social, ils mettent en place des actions collectives ou individuelles pour apprendre aux jeunes à gérer les démarches administratives et un budget, faire les courses, organiser leur quotidien, utiliser les transports en commun, etc. Des sorties sont régulièrement organisées pour mettre les jeunes en situation réelle, ainsi que des essais en appartement « thérapeutique » (au sein de l'établissement) et des rencontres avec des pairs.

Mais si l'on en croit les divers témoignages de jeunes sortis d'IEM que j'ai pu recueillir au cours de mon enquête, malgré l'investissement et la créativité des professionnels, cette autonomie n'est que partielle, voire relative, et souvent difficilement transposable à la vie quotidienne. Ce constat est souvent source de moquerie dans le secteur médico-social (*cf. Annexe 5*) alors qu'il s'explique simplement par la nécessité d'un accompagnement individualisé dans cette dynamique d'apprentissage de l'autonomie. Or les ratios d'encadrement en IEM permettent peu d'assurer ce suivi très personnalisé, considéré comme du « un pour un ».

### **1.3.2 Une volonté politique associative et l'enjeu d'un nouveau CPOM**

L'association gestionnaire du SAVS SAMSAH affiche une volonté politique forte pour développer les liens entre les secteurs enfant et adulte et favoriser les parcours. Association militante, reconnue d'utilité publique, créée en 1933 et présente partout en France, elle milite à la fois auprès des pouvoirs publics, de la population et des instances européennes pour défendre les droits des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

Cet objectif de défense des droits des personnes en situation de handicap a conduit l'association à créer au fil du temps des services et des établissements médico-sociaux qui forment désormais un réseau national. Aujourd'hui elle gère ainsi plus de 400 structures accueillant près de 30 000 usagers. Ces structures accompagnent et accueillent des personnes, enfants et adultes, concernées par des déficiences motrices avec ou sans troubles associés, dont les situations de handicap sont souvent multifactorielles.

Dans son Projet Associatif 2012-2017 « Bouger les lignes ! Pour une société inclusive », l'association a mis en avant son souhait de faire évoluer les mentalités, les comportements, les discours, les droits et la vie quotidienne des personnes en situation de handicap. Forte de sa charte associative dans laquelle elle précise qu'elle revendique l'intégration des personnes dans la société et qu'elle développe une dynamique d'insertion, l'association défend depuis toujours la possibilité, pour les personnes en situation de handicap, d'un véritable choix de leur mode de vie. Face à la demande de ces personnes de mener une vie la plus ordinaire possible tout en restant chez elles, l'association a encouragé la création d'équipes pluridisciplinaires de soutien à la vie autonome dès 1992. Aujourd'hui elle a développé une expertise dans le maintien et l'accompagnement à domicile en gérant de nombreux SAVS et SAMSAH.

Association incontournable sur le terrain, représentant un poids politique et une force médiatique considérables, l'association gestionnaire a deux vocations :

- La revendication et la défense des droits des personnes en situation de handicap moteur, assurées par les Délégations Départementales et le siège parisien ;
- La gestion d'établissements et de services médico sociaux, assurée par les Directions Régionales.

La Direction Régionale territoriale gère une cinquantaine d'établissements répartis sur toute la région. Elle est en lien direct avec le siège de l'association situé à Paris et assure la déclinaison stratégique du projet associatif et des orientations définies par le Conseil d'Administration. Elle est notamment composée d'un directeur régional, de deux responsables de l'offre de services (un pour le secteur enfant, un pour le secteur adulte) et de fonctions supports (ressources humaines, informatique, gestion financière).

Dans le cadre de ses missions, la Direction Régionale pilote l'écriture et la signature des CPOM. Deux premiers CPOM ont été signés en 2013 avec le Conseil Départemental et l'ARS, l'un concernait les établissements et services du secteur enfant, l'autre ceux du secteur adulte. Alors qu'ils doivent être renouvelés pour la fin de l'année 2018, la Direction Régionale a choisi de mener une réflexion transversale par le biais de la rédaction de dix fiches actions, concernant tous les publics quels que soient leurs âges, afin de favoriser le décloisonnement entre les secteurs.

### **1.3.3 La place spécifique du SAVS SAMSAH sur le territoire**

Le SAVS SAMSAH occupe une place particulière sur le territoire, de par son histoire, son emplacement géographique et son organisation actuelle.

#### **a. Histoire du SAVS SAMSAH**

A l'origine, l'association a créé un service social départemental constitué exclusivement d'assistants sociaux, sectorisés et se déplaçant au domicile des personnes en situation de handicap. Les assistants sociaux y intervenaient de manière individualisée (accueil, conseil, information). Face à la complexité des situations rencontrées (isolement, pathologies lourdes, maladies neurodégénératives...), l'association décida de doter le service social de professionnels pouvant apporter une complémentarité et un savoir-faire en matière de réadaptation et de conseil en matériels spécifiques.

Ainsi, en 1994, l'association initie sur un territoire couvrant un secteur géographique important la création d'une ESVAD, Équipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile sous la forme d'une expérimentation. L'équipe est alors constituée d'assistants sociaux d'ergothérapeutes, d'une psychologue, d'une conseillère en économie sociale et familiale et d'une animatrice sociale. Reconnue et intégralement financée par le Département en 1997 grâce à une validation d'un dossier par le CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale), l'ESVAD est autorisée sous la forme d'un SAVS en août 2007, suite à la parution du décret sur les missions des SAVS et des SAMSAH le 11 mars 2005. Deux années plus tard, le service est scindé en deux SAVS autonomes, chacun couvrant une partie du territoire afin d'améliorer la proximité géographique.

En 2009, un SAMSAH est créé sur la base d'un redéploiement de certains postes du SAVS avec un renforcement de l'équipe par l'embauche de professionnels médicaux et paramédicaux afin de répondre aux missions de coordination et dispensation de soins d'un SAMSAH. Les deux services cohabitent dans les mêmes locaux, avec une direction commune, un secteur d'intervention commun et mêmes certains professionnels communs pour ne former finalement qu'une seule équipe SAVS SAMSAH.

#### b. Place du SAVS SAMSAH sur le territoire

Depuis 2009, le SAVS SAMSAH est implanté sur une commune qui s'est toujours montrée précurseur dans le domaine de l'inclusion des personnes en situation de handicap. La mairie a mené, depuis de nombreuses années, une politique forte et dynamique sur l'accessibilité, l'aménagement de la voirie, l'accès aux transports et l'adaptation du parc immobilier. La majorité des services et établissements de l'association y sont installés, de même que les locaux de la MDPH du département.

Le SAVS est le seul service d'accompagnement du territoire spécialisé pour le public présentant une déficience motrice. Le SAMSAH, quant à lui, se partage le territoire avec un autre SAMSAH précédemment décrit. Une répartition des communes d'intervention ayant été définie au moment de la création de ces deux services, il n'y a pas de concurrence possible. Dans le domaine de la déficience motrice, deux autres services d'accompagnement existent, mais ils sont très spécialisés car ils accompagnent un public atteint par un seul type de pathologie (les personnes atteintes de lésions cérébrales pour l'un, celles atteintes de maladies neuromusculaires pour l'autre). Leur champ d'action est donc plus limité. Le SAVS SAMSAH est donc le seul service d'accompagnement du territoire pour les personnes atteintes d'une déficience motrice et faisant partie de la même association que la majorité des IEM et SESSAD du secteur géographique. Sa légitimité à offrir de nouvelles réponses destinées au public des jeunes adultes et favorisant la transition enfant/adulte est donc majeure.

#### c. Un fonctionnement au sein d'un pôle adulte

Le SAVS SAMSAH a la particularité de faire partie d'un « pôle » de services. Ce pôle est constitué du SAVS SAMSAH, d'un service d'aide humaine (SAAD), d'un accueil de jour et d'une résidence services. Des liens fonctionnels existent entre ces services. Les quatre premiers partagent les mêmes locaux. La résidence services est située sur une commune voisine. Cette organisation en pôle est un facteur supplémentaire en faveur de la légitimité du SAVS SAMSAH dans ce projet. En effet le SAAD est lui aussi spécialisé dans la déficience motrice et accompagne aussi bien des enfants que des adultes. L'accueil de jour, quant à lui, est très fréquenté par les jeunes adultes qui sortent d'établissements et qui sont à la recherche de lien social. Les locaux de ces quatre services du pôle sont accessibles en bus et en métro favorisant ainsi l'autonomie dans les déplacements des personnes accompagnées.

Parmi les partenaires du SAVS SAMSAH hors association, on peut citer les bailleurs sociaux du territoire avec lesquels le service a signé une convention. Cette convention, signée en 2004 avec 13 bailleurs, est une « Convention de partenariat pour une action

coordonnée relative aux logements des personnes en situation de handicap ». Son objectif principal est de favoriser l'accès à des logements adaptés pour les personnes présentant une déficience motrice. Cette convention, au même titre que la présence de la résidence services dans le pôle, sont deux atouts majeurs dans la démarche inclusive et l'accès à l'autonomie des jeunes adultes accompagnés par le logement.

La place très spécifique du SAVS SAMSAH sur le territoire, son appartenance à une association gestionnaire volontaire et gérant également des services pour enfants ainsi que l'absence de concurrence font du SAVS SAMSAH le porteur idéal d'un projet de création d'une équipe assurant la transition secteur enfant/secteur adulte et la continuité du parcours des jeunes atteints de déficience motrice. En effet, aucun autre service ne pourra porter ce type de projet s'inscrivant pleinement dans les politiques publiques actuelles et particulièrement dans la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».

#### Conclusion de la première partie :

La première partie de cet écrit a permis de mesurer la problématique à laquelle sont confrontés les jeunes adultes atteints d'une déficience motrice. Le constat de départ a été réalisé au sein du SAVS SAMSAH que je dirige où, dans le cadre de leur accompagnement, ces jeunes sont en difficultés pour accéder à une certaine autonomie. Ceci s'explique notamment par une rupture de l'accompagnement au moment de la transition entre le secteur enfant et le secteur adulte. Ce problème n'est pas local, il s'observe à une échelle nationale et internationale et il a une incidence négative sur l'inclusion de ces jeunes adultes et sur leur participation sociale. Leur accompagnement par les professionnels du SAVS SAMSAH est de ce fait long et complexe. De par ses missions, son histoire et sa place sur le territoire, le SAVS SAMSAH dispose d'une légitimité indéniable pour offrir de nouvelles réponses à ce public. La diversification de son offre de services en proposant un accompagnement de ces jeunes dès l'âge de 16 ans apparaît comme une solution pour éviter de changer d'équipe d'accompagnement lors du passage à l'âge adulte et prévenir ainsi toute rupture de suivi. Cet accompagnement, en prenant en compte les différentes causes responsables des difficultés de parcours des 16-25 ans (*cf. Diagramme causes effets en Annexe 6*), permettra une continuité et favorisera finalement le développement de l'autonomie des jeunes adultes.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, je montrerai les points forts du SAVS SAMSAH, parmi lesquels le soutien d'une association gestionnaire dynamique et investie, au regard de la création d'un dispositif pour les 16-25 ans. Je détaillerai également les axes de travail indispensables à mener au sein du service pour mettre en place ce projet : l'accompagnement au changement des salariés et le développement de partenariats.

## **2<sup>ème</sup> partie : Une volonté du SAVS SAMSAH et de l'association gestionnaire de développer l'offre de services pour un public de 16 à 25 ans afin de favoriser la continuité des parcours**

### **2.1 Un projet pour un nouveau public ciblé : les 16-25 ans**

#### **2.1.1 La dynamique et les valeurs associatives autour de ce projet**

##### **a. Une association historiquement novatrice**

L'association gestionnaire du SAVS SAMSAH est reconnue au niveau national pour sa capacité à porter des projets novateurs, inscrits dans les politiques publiques, en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap. Le projet associatif 2012-2017 portait d'ailleurs le nom de « Bouger les lignes ! Pour une société inclusive ». Le nouveau projet, actuellement en cours d'écriture, pour la période 2018-2023 est basé sur les principes d'« une association actrice d'une société inclusive et solidaire » et « accompagnant le pouvoir d'agir et d'exister » avec un axe de réflexion d'ores et déjà défini de « soutien aux personnes dans leur parcours de vie ».

Dans le cadre de cette réflexion, l'association a décidé de proposer un projet pour le territoire autour de l'accompagnement des 16-25 ans en s'appuyant sur deux expériences déjà menées sur ce même territoire :

- La signature d'une convention « Pass'âge » en 2008 entre un IEM et le SAVS SAMSAH, qui avait pour objectif d'améliorer la connaissance des jeunes des établissements et services pour adultes mais qui a finalement été peu pratiquée ;
- La création d'une cellule 16-25 ans au sein d'un SESSAD de l'association avec un détachement d'une CESF du SAVS SAMSAH sur ce dispositif.

Fin 2017, une chargée de mission du siège s'est associée à la Direction Régionale de l'association pour créer un comité de pilotage et définir un « Projet d'amélioration des parcours 16-25 ans ». Le rapport PIVETEAU et la démarche RAPT ont été les supports à cette réflexion et à la constitution d'ateliers de co-construction de solutions à différentes problématiques :

- La construction d'une réponse collective et partagée ;
- Le partage et la création d'outils au service du parcours ;
- Un accompagnement humain du parcours ;
- Une meilleure connaissance de l'offre de services du territoire pour les usagers ;
- Une meilleure connaissance entre professionnels ;
- Une stratégie pour répondre à la question des amendements Creton.

L'objectif de ces ateliers mis en place à partir d'avril 2018 était de réunir des représentants des secteurs enfant et adulte (directeurs, professionnels de terrain et usagers) afin de construire des solutions aux difficultés de transition vers l'âge adulte des jeunes atteints de déficience motrice.

b. Le contexte du renouvellement des CPOM des services et établissements de l'association

Les premiers CPOM de l'association ont été signés en 2013. Le SAVS SAMSAH faisait partie d'un CPOM « adulte » regroupant tous les services et établissements régionaux pour adultes de l'association. C'était un CPOM quadripartite dont les signataires étaient l'ARS, deux Conseils départementaux et l'association.

Ce CPOM est actuellement en cours de renouvellement pour une signature prévue en fin d'année 2018. La direction régionale a programmé l'écriture de 10 fiches-actions dans le cadre de ce renouvellement. Ces fiches-actions reposent sur :

- La politique associative et territoriale (déclinée dans le projet associatif) ;
- Le Projet Régional de Santé 2 (2018-2028) du territoire dans lequel un des objectifs du Schéma Régional de Santé est de « Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicaps ».

A la différence des CPOM de 2013, compte tenu du contexte actuel, le choix de l'association a été cette fois de rédiger des fiches-actions communes aux secteurs enfant et adulte en envisageant un CPOM commun. La signature d'un CPOM commun entre toutes les structures, enfant et adulte, de l'association est une décision très favorable à la création de nouveaux dispositifs transversaux entre les services d'accompagnement pour adultes et ceux pour enfants. Le financement par dotation globale de tous les établissements et services signataires du CPOM facilitera la mise en place et la gestion budgétaire d'un dispositif pour les 16-25 ans.

L'association, par ailleurs, est une association nationale dotée de fonds propres importants permettant de soutenir les initiatives et les projets innovants sur tous les territoires.

c. L'implantation de l'association sur le territoire

La présence de nombreux services et établissements pour enfants, du SAVS SAMSAH et de la Direction régionale de l'association sur la même commune et dans un même quartier est un élément favorisant les liens, les échanges, les rencontres entre professionnels et entre usagers. L'association dispose de nombreux locaux facilitant l'organisation de ces rencontres et permettant un travail commun régulier, notamment pour l'écritures des fiches-actions du CPOM mais aussi pour mutualiser des moyens, voire des professionnels.

En tout état de cause, l'histoire de l'association, ses valeurs, la politique associative et son positionnement stratégique sur le territoire sont des indicateurs positifs du soutien et de l'influence que l'association pourra apporter à la mise en œuvre de mon projet de création d'un dispositif pour les 16-25 ans.

### **2.1.2 L'organisation du service face à ce projet**

Un état des lieux du SAVS SAMSAH au regard du projet peut être réalisé sur différents points.

#### **a. Les locaux du service**

Le SAVS SAMSAH est locataire d'un bailleur privé, avec un SAAD et un accueil de jour, d'un bâtiment R+1. Les bureaux des intervenants du SAVS SAMSAH, l'administration et le secrétariat sont situés à l'étage du bâtiment. Cet étage est accessible par un élévateur adapté aux personnes à mobilité réduite. Au rez-de-chaussée sont situés l'accueil, le bureau des instances représentatives du personnel, des salles de réunion, des salles de permanence et deux pièces non occupées qui pourraient être utilisées par les professionnels du dispositif 16-25 ans. Dans les salles de permanence situées à proximité, un accueil des jeunes adultes pourrait ainsi être organisé pour des entretiens en dehors du domicile parental.

Le bâtiment est à proximité d'une station de métro et de plusieurs lignes de bus accessibles aux personnes à mobilité réduite, favorisant ainsi l'autonomie dans les déplacements pour venir rencontrer les professionnels du dispositif.

La configuration et l'emplacement des locaux sont donc adaptés à la réalisation du projet.

#### **b. La structure organisationnelle du service**

Bien que la gouvernance soit commune (directeur et adjoint de direction), les locaux communs (avec des bureaux occupés indifféremment par des professionnels du SAVS ou du SAMSAH), les IRP communes et les réunions de service hebdomadaires communes, le SAVS et le SAMSAH sont en fait deux équipes différentes.

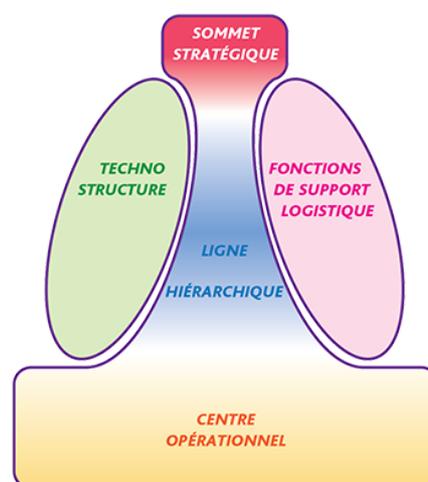
L'équipe du SAVS est constituée de 12,05 ETP. Le nombre d'usagers accompagnés par ETP est de 10. Le SAVS est financé intégralement par le Conseil Départemental avec un financement par une dotation globale de 829 400 €. Le coût moyen annuel de la place s'élève à 7 290 €.

<b>Organigramme du SAVS</b>	
Assistante sociale	4 ETP
Ergothérapeute	4 ETP
CESF	0,8 ETP
Animatrice sociale	0,8 ETP
Psychologue	0,5 ETP
Secrétaire	1,25 ETP
Adjoint de direction	0,5 ETP
Directeur	0,2 ETP
<b>Total</b>	<b>12,05 ETP</b>

L'équipe du SAMSAH, elle, est composée de 9,75 ETP. Le ratio d'encadrement est de 3,1. Le financement du SAMSAH est une dotation globale de 223 393 € versée par le Conseil Départemental pour la partie sociale et une dotation de 428 290 € versée mensuellement pour la partie soins, financée par l'ARS. Le coût annuel de la place est de 14 400 €.

<b>Organigramme du SAMSAH</b>	
Assistante sociale	1 ETP
Ergothérapeute	3 ETP
CESF	0,2 ETP
Animatrice sociale	0,2 ETP
Psychologue	0,5 ETP
Neuropsychologue	0,2 ETP
Médecin de MPR	0,1 ETP
Infirmier	1 ETP
Psychomotricien	0,5 ETP
Orthophoniste	0,35 ETP
Aide-soignante	1 ETP
Secrétaire	1 ETP
Adjoint de direction	0,5 ETP
Directeur	0,2 ETP
<b>Total</b>	<b>9,75 ETP</b>

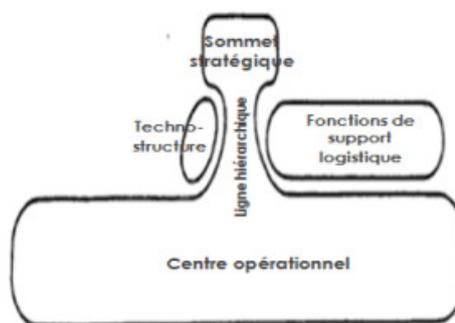
Si l'on se réfère aux théories de Henry MINTZBERG<sup>52</sup> sur les organisations, ces dernières sont composées de cinq éléments de base : le centre opérationnel qui rassemble les opérateurs du service (ici les intervenants), le sommet stratégique (la direction), la ligne hiérarchique (l'adjoint de direction), la technostructure (la Direction régionale et ses fonctions supports) et les unités fonctionnelles logistiques (secrétariat, comptabilité, RH).



Au SAVS SAMSAH, on constate que le centre opérationnel occupe une place importante : l'équipe d'intervenants est nombreuse et est constituée de beaucoup de salariés anciens, ayant vécu et participé à l'évolution du service depuis sa création et revendiquant un droit à la parole et à la participation fort. Le sommet stratégique occupe sa fonction de supervision directe (diffusion de l'information, leadership, développement de la stratégie, contrôle, gestion des conflits...). La ligne hiérarchique, correspondant à la ligne d'autorité occupée par l'adjoint de direction, est la plus faible. Ce poste a, à plusieurs reprises, été stigmatisé par les intervenants et rendu difficile à occuper en raison d'une remise en question fréquente de l'autorité et de la légitimité des personnes qui l'ont occupé. La technostructure est également peu présente avec une Direction régionale ayant pris ses distances d'une équipe jugée difficile et réputée comme constamment insatisfaite. Les unités fonctionnelles logistiques assurent leur mission de soutien direct au reste de l'organisation.

Parmi les cinq configurations structurelles décrites par MINTZBERG, le SAVS SAMSAH tend vers la configuration de la bureaucratie professionnelle avec une domination du centre opérationnel, c'est-à-dire de l'équipe d'intervenants.

Ceux-ci cherchent en effet à minimiser l'influence de l'encadrement et exercent une pression en faveur du professionnalisme (recours à la formation) pour améliorer leurs compétences. Ils recherchent également l'autonomie et ont tendance à « pousser à la division de l'organisation en petites unités (balkanisation) dans lesquelles ils peuvent exercer un contrôle sur leurs propres décisions »<sup>53</sup>.



<sup>52</sup> MINTZBERG H., 1986, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Ed. d'organisation

<sup>53</sup> OBERSON B., 2009, « Sociologie des organisations », p.6

### c. Innovation et partenariat

Le contexte de l'intervention à domicile, du travail en réseau et de la dynamique d'accompagnement a toujours été favorable à l'émergence d'idées et à la réflexion sur de nouveaux projets à destination du public accompagné : accès au logement adapté, prêt de matériel de communication, soutien à la parentalité... Mais le développement et la mise en place de ces projets peuvent malgré tout s'avérer parfois longs et difficiles à concrétiser.

Le développement de partenariats avec d'autres services et établissements est très souvent lié aux besoins et demandes d'accompagnement des usagers du SAVS SAMSAH. Initiés fréquemment autour de situations personnelles par les intervenants, ces partenariats sont ensuite développés et formalisés par l'adjoint de direction et le directeur. Le SAVS SAMSAH est ainsi reconnu sur le secteur par son inscription dans différents réseaux de santé (GSEP<sup>54</sup>, Réseau TC/AVC<sup>55</sup>...) et ses partenariats avec les bailleurs sociaux et des consultations spécialisées (maladie de Huntington, Sclérose Latérale Amyotrophique).

#### **2.1.3 Des ressources adaptées et dynamiques mais aussi des faiblesses à prendre en compte**

En effectuant une analyse SWOT, on peut constater qu'un certain nombre d'éléments apparaît comme des menaces pour la création d'un nouveau dispositif alors que d'autres sont de réelles opportunités.

##### a. Menaces externes au regard du projet

- **Le manque de lien entre le secteur enfant et le secteur adulte**

Comme j'ai pu le développer précédemment, il existe une méconnaissance très importante entre les structures enfants et les structures adultes. Cette méconnaissance est responsable d'un cloisonnement très fort entre les services qui ne sont pas habitués à travailler ensemble et à favoriser le passage des jeunes adultes d'un secteur à l'autre.

- **Des missions difficilement assumées par la MDPH**

Nombre d'usagers du SAVS SAMSAH déplorent ne pas avoir suffisamment d'informations et de conseils sur leurs droits et sur les acteurs du secteur médico-social, ce qui complexifie les transitions entre services et rend opaque l'offre de soins. Ces missions appartiennent en premier lieu à la MDPH. Or celle-ci a beaucoup de mal à y répondre en raison d'une surcharge d'activité. Elle s'inscrit ainsi à l'opposé du sens premier de la loi de 2005 en devenant un obstacle à la réalisation des projets et à la fluidité des parcours. La

---

<sup>54</sup> Groupe Septentrional d'Études et de recherche sur la Sclérose En Plaques

<sup>55</sup> Réseau des Traumatisés Crâniens et des Accidents Vasculaires Cérébraux

problématique des délais de réponse aux demandes est également très préoccupante sur le territoire. Avec une attente de près d'une année pour une demande d'orientation vers un service d'accompagnement ou une structure d'hébergement, la MDPH peut devenir responsable de ruptures dans le parcours des personnes.

#### b. Opportunités externes au regard du projet

- **Le cadre législatif français**

La loi 2002-2, avec ses outils d'accompagnement, favorise la participation du jeune adulte à son projet d'accompagnement. Parmi ces outils, le projet personnalisé co-construit avec le jeune est celui qui lui donne une place centrale dans la réflexion sur son projet et la définition des axes de travail du SAVS SAMSAH.

La loi du 11 février 2005, elle, met en avant le principe d'égalité des droits et des chances et surtout, de citoyenneté. Elle conforte chaque personne en situation de handicap dans la place qu'elle doit occuper au sein de la société. Et elle confirme que chaque jeune adulte, quelle que soit sa déficience, est un citoyen à part entière, libre de s'exprimer et de faire des choix.

- **Le territoire**

Territoire urbain dynamique et très développé au niveau des infrastructures et des transports, il facilite les déplacements en autonomie pour des jeunes adultes. Il existe également un nombre très important de structures sanitaires, sociales et médico-sociales permettant la mise en lien du jeune adulte avec un réseau très riche, capable de répondre à toute demande ou tout projet. Les partenariats potentiels, favorisant le développement de l'autonomie, sont riches et divers sur le secteur pour les jeunes adultes en situation de handicap suivis par le SAVS SAMSAH : ESAT, structures d'hébergement (FAM, MAS, résidence service), accueils de jour, services d'aide humaine, etc.

- **Le schéma régional d'organisation médico-sociale**

Le SROMS 2012-2016, inscrit dans le Projet Régional de Santé, pointait déjà une « discontinuité de prise en charge se traduisant par des temps de retour à la charge des familles pour les jeunes adultes » et préconisait d'« assurer une meilleure coordination entre le secteur « enfance » et le secteur « adulte » ».

Dans le Projet Régional de Santé 2018-2028 (PRS 2), cet objectif est à nouveau décliné via le Schéma Régional de Santé 2018-2023 avec la volonté de « développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicaps ».

- **Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM**

Ces recommandations sont une base solide sur laquelle un directeur peut s'appuyer pour faire évoluer les pratiques de la structure qu'il dirige. En lien avec le projet, on peut citer « L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile », dans laquelle est précisé qu'il faut « informer le jeune et ses parents des possibilités d'accueil et d'accompagnement qui s'offrent à lui après le SESSAD » et « prolonger l'appui du SESSAD le temps nécessaire à un passage de relais satisfaisant au secteur adulte (SAVS, SAMSAH, ESAT...) »<sup>56</sup>.

c. Forces internes au regard du projet

- **Un budget maîtrisé**

Une bonne gestion financière des services est indispensable pour assurer leur pérennité. Elle permet également de conserver la confiance des autorités de tarification et d'obtenir leur écoute et leur adhésion pour de nouveaux projets. Dans le cas du SAVS SAMSAH, ces services présentent un résultat excédentaire depuis 3 ans et se trouvaient à l'équilibre les deux années précédentes.

- **Des locaux adaptés**

L'architecture du bâtiment, telle qu'elle a pu être décrite précédemment, est tout à fait adaptée pour accueillir un nouveau dispositif dans des locaux qui lui sont propres.

- **L'équipe pluridisciplinaire**

Elle permet de multiplier les regards et les compétences et d'avoir une vision globale de la situation. La présence de professionnels complémentaires spécialisés dans le développement de l'autonomie, l'écoute et le soutien (assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, CESF) est une richesse pour répondre à la problématique énoncée.

- **La dynamique d'accompagnement**

Ce principe, valeur fondamentale des services d'accompagnement, signifie un suivi réalisé avec la personne, non à sa place. Ainsi la notion d'apprentissage doit toujours être présente dans les axes de travail menés avec un usager du SAVS SAMSAH. L'objectif est en effet de développer son autodétermination en l'accompagnant « dans des démarches actives qui favorisent l'émergence de comportements autodéterminés et d'une prise de choix personnels constituant son projet de vie »<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> ANESM, 2011, L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), p.24

<sup>57</sup> HAELEWYCK M.-C., 2013, « Comment favoriser l'autodétermination des jeunes en situation de handicap afin de développer leur identité personnelle ? », p. 209

L'utilisation de la systémie comme technique d'accompagnement est une autre force. La systémie est une approche prenant en compte la personne dans son environnement familial, en considérant les liens et les enjeux entre la personne et sa famille. Analyser et comprendre le fonctionnement du système familial nécessite du temps mais cela s'avère très utile pour la qualité de l'accompagnement. Cela permet également de prévenir et d'anticiper les réactions des membres de la famille au cours de l'évolution du projet.

d. Faiblesses internes à diminuer

- **La charge de travail liée aux projets des 150 usagers du SAVS SAMSAH**

Il a été dit précédemment que les accompagnements aux projets des jeunes adultes nécessitaient un temps conséquent d'élaboration, de réflexion et de maturation pour les usagers. Or beaucoup d'usagers du service ne sont pas concernés par cette problématique mais ont d'autres besoins notamment liés aux répercussions d'une pathologie neurologique évolutive sur leur quotidien. Ce dernier type d'accompagnement nécessite également du temps et a parfois un caractère d'urgence lié à l'évolutivité de la maladie. Les professionnels sont ainsi parfois amenés à le prioriser, au détriment de celui des jeunes adultes qui, de ce fait, peut mettre encore plus de temps à progresser.

- **Un manque de formation des nouveaux salariés**

Pour accompagner ces projets complexes, on peut constater qu'une certaine expérience de l'intervention à domicile et auprès de familles est nécessaire pour parvenir à aider de manière adaptée ces jeunes adultes. Or les remplacements sont fréquents dans le service (congés maternité fréquents, départs réguliers de salariés, etc.), ce qui peut s'avérer être une faiblesse dans la continuité de ces accompagnements longs.

- **Une ligne hiérarchique faible**

Le poste d'adjoint de direction a régulièrement été remis en question par l'équipe, notamment par les plus anciens qui ne lui accordaient pas de légitimité dans la coordination des actions menées par les professionnels. En 13 ans, quatre personnes ont occupé ce poste, dont une pendant 6 ans mais en étant également durant 3 années directeur par intérim. Les trois autres personnes ont été beaucoup absentes de leur poste pour des raisons de santé. Tous les quatre ont quitté le service dans un climat social tendu. Cette instabilité hiérarchique a considérablement affaibli cette ligne et fragilisé l'articulation entre la direction et les salariés.

- **Une certaine résistance au changement de l'équipe**

L'équipe du SAVS SAMSAH est une équipe essentiellement composée de professionnels anciens. Une majorité a participé et été associée à la création de l'ESVAD, puis du SAVS en étant considérée comme des personnes ressources. Leur investissement dans ce

service a été très important, à tel point qu'ils ont eu tendance à s'approprier le fonctionnement du service. Ils se sont opposés à la création du SAMSAH, projet impulsé par la direction dont ils ne jugeaient pas l'utilité, puis au regroupement en pôle. La collaboration avec les autres services du pôle (accueil de jour et SAAD) a mis plus de 5 ans à voir le jour en raison d'une certaine méfiance vis-à-vis des professionnels qui y travaillaient.

- **Des partenariats insuffisamment développés**

Alors que le service est situé sur un territoire riche et dynamique, la quantité de partenariats mise en place par le SAVS SAMSAH est finalement peu importante. Il a souvent été reproché par le passé au service de s'auto-suffire et de se sentir « au-dessus » des autres structures médicales et médico-sociales, voire « donneur de leçon ». L'image du service en a pâti et elle reste encore prégnante aujourd'hui au sein des partenaires potentiels.

Les conventions qui ont été signées avec les bailleurs sociaux et avec l'IEM (« Pass'âge ») peinent à vivre suite au départ des professionnels qui les avaient initiées puis portées.

Au sein même de l'association les liens entre services sont compliqués. On y observe peu d'échanges, un cloisonnement fort, voire parfois une certaine rivalité.

Pour conclure ce premier chapitre et cette analyse SWOT, il apparaît que les deux derniers points cités, la résistance au changement et la qualité des partenariats, sont les deux faiblesses majeures du SAVS SAMSAH au regard du projet de création d'un dispositif pour les 16-25 ans. Ils nécessitent donc d'être travaillés de façon prioritaire. Pour cette raison, j'ai fait le choix de développer ces deux axes de travail dans les deux chapitres suivants.

## **2.2 Des résistances au changement chez les professionnels**

### **2.2.1 La résistance au changement : approche conceptuelle**

#### **a. Le changement**

Dans une organisation, quelle qu'elle soit, le changement est inéluctable. Il n'existe en effet aucun état permanent, idéal ni perpétuellement stable. Le départ à la retraite d'un salarié, un changement de direction, une fusion entre associations, un déménagement, des injonctions d'un organisme de tarification, une nouvelle loi, la mise en place d'un nouveau projet, etc. sont autant d'exemples pouvant impacter le fonctionnement « habituel » d'une organisation en nécessitant de s'adapter par le changement.

Le dictionnaire Larousse définit le changement comme l'action de modifier quelque chose, le passage d'un état à un autre mais aussi comme tout ce qui rompt les habitudes, qui bouleverse l'ordre établi. Dès lors, il est légitime de penser que le changement peut engendrer chez des professionnels du scepticisme, un sentiment d'insécurité, voire parfois

de l'angoisse. En effet, « c'est en période de changement que se réveillent ou se cristallisent ces anxiétés qui n'existent qu'à l'état diffus dans les organisations »<sup>58</sup>. Le changement provoque un état de déséquilibre et remet en question des repères qui offraient une stabilité psychologique rassurante pour les professionnels. « C'est ainsi qu'en situation d'anxiété, l'individu élabore des scénarii (de licenciements, de flicage, de disparition des acquis sociaux...) souvent infondés. Cette fertilité imaginaire est un moyen de restaurer un équilibre psychologique fragilisé »<sup>59</sup>.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG<sup>60</sup>, le changement est un phénomène systémique. « Pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Il ne s'agit pas de décider une nouvelle structure, une nouvelle technique, une nouvelle méthode, mais de lancer un processus de changement qui implique action et réactions, négociations et coopération ». La recherche finale est celle d'une nouvelle homéostasie du système.

#### b. La résistance au changement

Qui dit changement, dit forcément résistance : la première étape du changement est en effet la résistance au changement. Les résistances des professionnels face à un changement sont légitimes et ne sont pas uniquement l'expression de la routine ou de la passivité. Leur cause principale est la peur de perdre des avantages acquis, de manquer de compétences, de se faire critiquer, de perturber les modes habituels de pensée et d'action. « Pour nombre de salariés, l'effort de résistance vise moins à protéger leur corps que leur métier, que le sens de leur travail et, au-delà, de leur mission »<sup>61</sup>.

Mais la résistance est aussi, selon certains auteurs, considérée comme le premier degré d'autonomie de la pensée. En effet pour résister, il faut d'abord dire non. Or « la négation est la rupture avec la majorité compacte, [...] l'étape obligée de la subjectivation du Je »<sup>62</sup>. Pour un professionnel, c'est donc une manière de s'affirmer dans le monde du travail comme un individu qui pose ses limites. Dire non est ainsi « constitutif de la limite, du dégagement, de la création »<sup>63</sup>.

---

<sup>58</sup> JACQUES E., 1972, *Intervention et changement dans l'entreprise*

<sup>59</sup> SOPARNOT R., 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », p.6

<sup>60</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, p.338

<sup>61</sup> LHUILIER D., ROCHE P., 2009, *La résistance créatrice*, p.10

<sup>62</sup> *Ibid.*, p.9

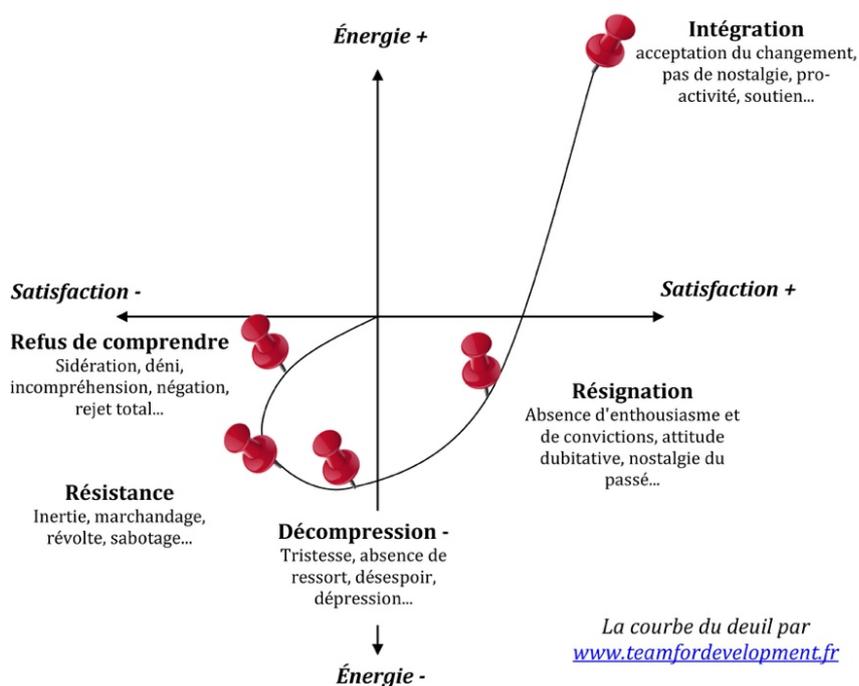
<sup>63</sup> *Ibid.*, p.4

Ainsi Stéphane HESSEL, ancien résistant de la Seconde Guerre Mondiale, a écrit que « Créer c'est résister, résister c'est créer »<sup>64</sup>. Partageant cette formule, Dominique LHUILIER et Pierre ROCHE ont, eux, publié un numéro de la Nouvelle revue de psychosociologie intitulé « La résistance créatrice »<sup>65</sup>. Pour ces deux derniers auteurs, la résistance est en effet le premier révélateur du potentiel stratégique, signifiant que « le travail est en route » et que la résistance est une étape initiale et incontournable sur le chemin du changement.

### b. De la résistance vers le changement

Après la phase de négation, amorçant celle de la résistance, les étapes de transition vers le changement ont été décrites de façon théorique comme les suivantes :

- Une étape de tristesse, de deuil ;
- Un entre-deux correspondant à une phase de regret de l'ancien travail, de nostalgie associée à une hésitation avec l'intérêt de la nouvelle structure (oscillation) ;
- Une acceptation du changement, par exemple une demande du personnel de travailler sur le nouveau projet, le nouveau fonctionnement. Cette demande peut parfois être interprétée comme une critique, mais elle est en fait une demande.



<http://www.team4development.fr/cout-financier-dun-changement-et-cout-humain-dun-accompagnement-au-changement-mal-repare/schema-courbe-du-deuil-t4d/><sup>66</sup>

<sup>64</sup> HESSEL S., 2010, *Indignez-vous !*

<sup>65</sup> LHUILIER D., ROCHE P., 2009, *La résistance créatrice*

<sup>66</sup> Team For Development, [En ligne], <http://www.team4development.fr> (Page consultée le 13/06/18)

La temporalité des professionnels est très différente dans le changement. Chacun, en fonction de son histoire professionnelle, de son vécu personnel, de sa place dans l'équipe, de ses valeurs, de la reconnaissance qu'il a dans son travail cheminera vers le changement avec un rythme qui lui est propre. Il franchira chaque étape avec le temps qui lui est nécessaire, certains restant parfois bloqués à long terme dans la tristesse ou dans la nostalgie.

Pour qu'un professionnel accepte le changement, voire y participe, il faut simplement qu'il y ait quelque chose à y gagner : le changement doit impliquer un gain, quel qu'il soit (financier, reconnaissance, conditions de travail, statut...). Dès lors, les questions que le professionnel va se poser face à un changement peuvent être :

- La légitimité du projet : est-ce vraiment nécessaire, incontournable ?
- Le sens, la pertinence : à quoi cela va-t-il servir ? Le changement est-il bon ?
- Le soutien de la direction : la direction va-t-elle nous aider ?
- Les compétences : les managers qui nous guident ont-ils les compétences pour conduire le changement ?
- Et bien entendu les intérêts personnels : qu'est-ce que ça me rapporte ? Qu'y a-t-il de bon pour moi ?

Pourtant, un cheminement individuel n'est pas suffisant car le changement est aussi un processus collectif. Selon CROZIER et FRIEDBERG<sup>67</sup>, la solution à la résistance au changement est en effet collective : « tout processus de changement est un processus d'apprentissage, c'est-à-dire de découverte voire de création et d'acquisition par les acteurs concernés de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives ».

Le changement est en fait un problème sociologique, car « l'homme ne change pas individuellement, mais il change dans ses relations avec les autres et son organisation sociale ». C'est d'abord la transformation d'un système d'action, la mise en pratique de nouveaux rapports humains avec une appréciation des risques, car tout changement entraîne une modification dans les sources de pouvoir et la maîtrise des zones d'incertitude. Mais c'est aussi la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités, car il met en jeu non pas la volonté d'un seul mais la capacité de groupes différents à coopérer dans la même action. « C'est un processus collectif dans lequel sont mobilisées les ressources et capacités de chacun »<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, p.338

<sup>68</sup> *Id.*

### **2.2.2 La résistance au changement dans le service : analyse des mécanismes de résistance et hypothèses explicatives**

Le SAVS est un service qui a toujours été très indépendant, dès sa création. Revendiquant l'autonomie des personnes en situation de handicap à domicile et dans la société, le service s'est construit dans ce modèle, en s'appuyant sur des valeurs de refus d'une dépendance aux autres. Parti d'une expérimentation (l'ESVAD), sans modèle existant sur le territoire, le service s'est développé dans une très grande liberté de penser et d'agir, en créant ses propres règles de fonctionnement. Ces règles ont été réfléchies et éditées par les professionnels qui composaient l'équipe au moment de sa création : sept personnes, pour la plupart de formation professionnelle différente, avec chacune un tempérament très fort et l'envie de défendre ses convictions.

Au fur et à mesure du développement du service, de nombreux changements ont dû se réaliser pour assurer la pérennité, la légitimité et la notoriété du service :

- La nécessité de créer une équipe de direction (directeur et adjoint de direction) pour manager l'équipe, créant une ligne hiérarchique qui n'existait pas ;
- L'autorisation par le Conseil Général (ancien Conseil Départemental) et l'instauration d'un contrôle de l'activité par cet organisme de tarification ;
- L'augmentation de la taille de l'équipe afin de répondre aux besoins du territoire avec l'embauche de nouveaux professionnels ayant une identité et des idées différentes de l'équipe initiale ;
- La mise en place des outils de la loi de 2002-2, balisant le déroulement de l'activité auprès des usagers ;
- La transformation en SAVS créant une dépendance vis-à-vis de la MDPH par les notifications d'orientation des usagers vers le service ;
- La création d'un SAMSAH, sous contrôle du Conseil Départemental et de l'ARS ;
- L'inscription au sein d'un pôle et la signature d'un CPOM, instaurant une dépendance fonctionnelle et financière avec d'autres services.

Tous ces changements ont été vécu par six des sept professionnels initiaux (l'un d'entre eux ayant ensuite occupé le poste de directeur puis quitté le service). Actuellement, cinq d'entre eux travaillent encore dans le service, occupant la même fonction. La sixième est partie en retraite en 2017. Ils représentent l'histoire et « l'âme » du service. Après toutes ces années passées au sein du service, on pourrait dire d'eux qu'ils sont aujourd'hui des « résistants », mais ils l'ont en fait toujours été.

En effet, la résistance au changement a toujours été très forte au sein du service. Elle est devenue une habitude au fur et à mesure des années, voire une culture pour certains professionnels. La pratique du questionnement, associée à un besoin de comprendre les

décisions prises par la hiérarchie, s'est parfois transformée en une forme d'opposition systématique à tout projet ne venant pas de l'équipe. Dès lors, des tensions régulières se sont instaurées entre l'équipe et la direction, puis au sein même de l'équipe, une partie de celle-ci (les plus récemment embauchés) soutenant les initiatives de la direction. Ces dissensions ont souvent créé un climat social délétère et des affrontements fréquents entre professionnels et avec la direction. Les relations se sont détériorées pendant plusieurs années avec des jeux de pouvoirs au sein de l'organisation. En effet, ceux qui occupaient un rôle important dans le service, de par leur ancienneté et leur expérience (présence dans les commissions, les groupes de travail, les instances représentatives du personnel, reconnaissance au sein de l'association...), s'en sont vus progressivement dépossédés au profit de salariés plus jeunes et plus récemment arrivés ayant fait le choix de collaborer avec la direction.

Ainsi « rôles, relations et pouvoirs sont des éléments liés dans le fonctionnement d'une organisation. Tout changement de rôle entraîne un changement de pouvoir et une modification du type de relations entretenues avec les autres acteurs »<sup>69</sup>. En cas de changement, une forte attention doit donc être prêtée aux personnes qui vont perdre du pouvoir et qui pourront, de ce fait, être bloquantes pour le changement, mais également aux personnes nouvelles qui vont gagner en termes de pouvoir et qui pourront, quant à elles, être motrices. En raison de l'histoire de l'équipe, cette attention doit être particulièrement forte au SAVS SAMSAH.

La littérature fait référence à six facteurs potentiellement responsables de résistance au changement<sup>70</sup>. Ces facteurs, qui sont l'anxiété, la relation de l'individu à l'organisation, les jeux de pouvoir, l'influence du groupe, la culture d'entreprise et les connaissances et compétences des individus, sont tous présents au SAVS SAMSAH.

<b>Facteurs de résistance au changement</b>	<b>Caractéristiques</b>
Anxiété (résistance psychologique)	Le changement est un puissant « stressor » qui provoque un état de déséquilibre psychologique
Relation à l'entreprise (résistance identitaire)	Le changement provoque une remise en cause de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation
Jeux de pouvoir (résistance politique)	Le changement est une menace lorsqu'il met en cause les conditions des jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action

<sup>69</sup> AUBERT-LOTARSKI A, « Agir en situation complexe – Note de synthèse 1 – La conduite du changement », p.6

<sup>70</sup> SOPARNOT R., 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », p.30

Influence du groupe (résistance collective)	Le changement peut briser l'équilibre créé par les normes de groupes
Culture d'entreprise (résistance culturelle)	Le changement peut véhiculer des valeurs qui divergent avec celles de l'organisation
Connaissances et compétences des individus (résistance cognitive)	Le changement impose l'apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles

De par la présence de ces multiples facteurs, l'importance de la résistance au changement est telle au sein du SAVS SAMSAH que plusieurs professionnels n'ont souvent pas réussi à dépasser les étapes de la tristesse, de la nostalgie du passé, voire de la dépression. Une réorganisation des bureaux avec une nouvelle répartition des intervenants dans les espaces a ainsi été vécue extrêmement difficilement par une partie de l'équipe, notamment les plus anciens. Cette nouvelle organisation, impulsée par la direction pour améliorer la communication et les échanges au sein du pôle, a été qualifiée de violente par certains salariés. La rapidité dans laquelle elle s'est déroulée et le manque d'association des salariés dans ce changement en est grandement responsable.

Ne retrouvant plus leur identité initiale dans l'évolution du fonctionnement du service, certains ont progressivement perdu le sens de leurs actions (situation de *brown-out*<sup>71</sup>), d'autres se sont épuisés à force de résister. Les accidents de travail et les arrêts maladie se sont multipliés et l'absentéisme a augmenté, dégradant ainsi la qualité du service rendu aux usagers du service. Les départs de salariés se sont également accrus.

### 2.2.3 Les axes de travail à étudier afin de lever les freins

#### a. Définir une stratégie pour conduire le changement

Afin de réduire les résistances au changement, différents axes de travail peuvent être choisis en fonction du contexte :

- Si la résistance est liée à une désinformation, il faut travailler sur l'éducation et la communication auprès des salariés. La communication collective peut ne pas suffire, il peut aussi être nécessaire de passer le message de manière individuelle afin d'ajuster son discours à chacun, ce qui est impossible en groupe ;
- Si les salariés résistants sont identifiés comme compétents, il faut alors favoriser la participation ;
- Si la résistance est liée à une crainte, qu'elle crée une angoisse, il faut aider, accompagner et soutenir les équipes ;

---

<sup>71</sup> Le *brown-out* exprime la perte de sens, le sentiment d'inutilité au travail et de vacuité des tâches exécutées, ainsi que l'incompréhension de son rôle dans l'entreprise (Dr. François BAUMANN).

- Si la résistance est l'œuvre d'un groupe puissant de salariés, il faut utiliser la négociation et l'entente. On peut par exemple leur faire des propositions inacceptables, puis d'autres plus réalisables ;
- Si l'appui d'un ou plusieurs groupes puissants est nécessaire, on peut être amené à utiliser la manipulation et la cooptation.

Quel que soit l'axe choisi au niveau managérial, il est important de retenir que le changement est avant tout un processus et non un programme. Il doit donc être pensé, accompagné et évalué. C'est de plus un processus global car il concerne à la fois les personnes, les structures et les techniques au sein de l'organisation. L'ensemble de ces éléments doit donc être pris en compte dans la réflexion d'un manager pour définir sa stratégie de changement. Cette dernière sera primordiale dans la conduite du changement.

Le film « Le Stratège »<sup>72</sup> offre une très bonne illustration de l'importance du choix d'une stratégie du changement. Inspiré d'une histoire vraie, ce film démontre de manière efficace qu'avec une analyse fine et intelligente de tous les facteurs d'une problématique, il peut être possible d'inventer une stratégie qui s'avèrera gagnante, aussi désespérée que soit la situation initiale. Ce long-métrage américain met en scène un entraîneur de base-ball qui voit tous ses joueurs de talent quitter son club, en faillite financière, et se retrouve contraint de faire exister (et gagner) son équipe restante avec moins d'argent. Toute ressemblance avec le secteur médico-social n'est que fortuite... Sentant qu'il doit changer la manière habituelle de penser le sport et qu'il lui faut réfléchir différemment, il se tourne vers un technicien informatique, spécialiste des statistiques, pour constituer une équipe en recrutant chaque joueur non pas sur sa qualité globale mais en fondant leur choix sur l'unique point fort de chaque joueur, ce qui contribuera à l'efficacité globale de l'équipe. Cette stratégie, basée sur une évaluation très précise des compétences des joueurs, leur permet d'adapter leurs ressources humaines à leur projet et de mener leur équipe à la victoire. Le film est ainsi la démonstration qu'une stratégie réfléchie et adaptée permet de conduire le changement. Il n'en oublie pas pour autant de montrer également que la gestion d'une équipe reste aussi une grande aventure humaine.

Cet exemple cinématographique permet de constater que la stratégie de changement ne peut finalement être définie qu'après avoir clarifié plusieurs éléments : le contexte dans lequel doit avoir lieu le changement, les enjeux de ce changement, la problématique au cœur du changement, les marges de manœuvre en notre possession et l'objectif à atteindre par ce changement.

---

<sup>72</sup> *Le Stratège (Moneyball)*, 2011, film américain de Bennett MILLER avec Brad PITT, Jonah HILL...

L'objectif du changement est ainsi un facteur déterminant dans la conduite du changement. Il est la clé permettant de mobiliser les équipes car il permet de définir la vision. Antoine de Saint-Exupéry a écrit : « Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer. » L'objectif du changement doit ainsi être communiqué correctement et au bon moment par un directeur afin qu'il soit clair et compris. Il est primordial de démontrer aux salariés pourquoi ce changement est nécessaire. Le directeur doit donner des explications fiables des raisons de ce changement et des bienfaits qui en seront retirés afin que les salariés conviennent de son évidence et se l'approprient.

b. Utiliser des leviers pour conduire le changement au SAVS SAMSAH

- **Améliorer la communication**

Au SAVS SAMSAH, la communication a rarement été suffisante et adaptée pour laisser le temps aux salariés d'assimiler et de s'appropriier les changements. Cela explique en partie les résistances face aux anciens projets. Certains projets ont été annoncés trop tardivement par la direction, l'obligeant ainsi à les mettre en œuvre rapidement au détriment du temps de maturation nécessaire aux salariés. D'autres ont été l'objet de « bruits de couloir » avant leur annonce officielle, faisant ainsi l'objet de spéculations et générant de l'anxiété.

Face au poids des événements passés et à l'histoire du service, l'annonce du changement pour de futurs projets est un facteur qu'il sera indispensable de prendre en compte afin de permettre aux salariés de se sentir dans une bonne synchronisation avec le projet, de le comprendre et de s'inscrire dans cette nouvelle dynamique. L'équipe étant en effet plutôt sur la défensive face à de nouveaux projets, les conditions de l'annonce et le « timing » de cette annonce seront essentiels.

- **Engager un travail collectif**

CROZIER et FRIEDBERG expliquent<sup>73</sup> que le changement est « le résultat d'un processus collectif » et que, dans ce processus, « les ressources et les capacités » des salariés sont nécessaires. Pour ces deux auteurs, le changement est en effet une démarche profondément humaine, ce n'est pas une simple machine qui se met en route et déroule ses étapes les unes à la suite des autres pour aboutir, si elles sont bien planifiées, au succès de l'opération. Selon eux, la dynamique collective est indispensable car « le

---

<sup>73</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, p.338

changement [...] met en jeu non pas la volonté d'un seul mais la capacité de groupes différents à coopérer dans la même action ».

Au SAVS SAMSAH, ce travail collectif concerne aussi bien la direction et l'équipe, que les salariés entre eux, en raison des clivages au sein même de l'équipe. En tant que directeur, il est ici question d'occuper le rôle de facilitateur, voire de négociateur en mettant en évidence les avantages que le changement va procurer aux salariés, tout en expliquant les inconvénients. Concevoir le changement comme le seul exercice de la direction ou d'un comité de direction restreint qui le maîtrise de bout en bout est dans ce service voué à l'échec. Aussi mon action ne devra pas se limiter aux seuls intervenants de terrain du SAVS SAMSAH mais elle devra viser l'ensemble des catégories d'acteurs, tant en interne (tous les salariés, les délégués du personnel...) qu'en externe (membres de l'association, partenaires...) car tous sont en mesure de peser sur le processus et de le faire bouger. En utilisant cette stratégie qui peut être définie comme « politique »<sup>74</sup>, une masse critique de salariés pourra être amenée à être convaincue de l'intérêt du projet et des avantages qu'ils pourront en tirer. Ces salariés, qui deviendront alors des alliés du porteur du projet, en seront les ambassadeurs et en assureront la diffusion auprès des autres acteurs plus résistants au changement.

Un management participatif du SAVS SAMSAH dans la conduite du changement aura également pour intérêt de mettre en place une dynamique collective et de faire avancer ensemble, dans une logique d'échanges et de construction (en particulier au sein de groupes de travail), les salariés qui ont perdu l'habitude de partager sur leurs pratiques pour avancer vers un objectif commun.

- **Donner du sens au projet**

Au SAVS SAMSAH, où le sens des actions s'est un peu perdu ces dernières années, il sera primordial de mettre l'accent sur l'attribution de sens et de donner des significations dans le processus de changement. En effet, « la signification que les acteurs donnent au projet conditionne leur interprétation et leur engagement »<sup>75</sup>.

Pour mener un nouveau projet au sein du service et amener le changement, donc l'incertitude, je serai donc, en tant que directeur, celui qui devra emporter l'adhésion afin de mobiliser les salariés dans l'action. Ce sera à moi de marquer alors la volonté de mouvement en portant et en diffusant une nouvelle vision du service. Par cette vision, qui doit être claire et convaincante, je pourrai produire du sens en donnant une nouvelle

---

<sup>74</sup> SOPARNOT R., 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », p.37

<sup>75</sup> *Ibid.*, p.12

direction au service. Mais il me faudra également assumer l'évolution identitaire de l'organisation.

- **Développer les compétences**

Afin d'accompagner dans le changement l'équipe du SAVS SAMSAH, il faudra également utiliser la formation continue comme levier. En effet les programmes de formation sont de nature à réduire l'incertitude chez les salariés car ils permettent de développer des savoirs et des compétences, mais aussi, par les échanges avec les autres stagiaires et les formateurs, d'appréhender les choses d'une nouvelle manière.

La formation professionnelle continue est une valeur très forte au SAVS SAMSAH. Les salariés sollicitent de nombreuses formations dans le cadre du plan annuel de formation, mais aussi tout au long de l'année (congrès, colloques, journées d'information...). Permettre aux salariés de se former à une technique enlève la part d'inconnu que possédaient ces disciplines. Ce sera une méthode efficace et valorisante pour les salariés de cheminer dans le changement.

## **2.3 Une logique de partenariat encore insuffisante**

### **2.3.1 Les concepts de réseau et de partenariat**

#### a. Coopération, collaboration, mutualisation et coordination

Pour un établissement social ou médico-social, il est aujourd'hui devenu inconcevable de ne pas travailler en réseau et en partenariat. En effet, face à l'évolution des publics accompagnés et de la complexité de leurs situations de vie (polypathologies, dépendance, isolement social, grande précarité...), une structure ne peut plus répondre seule à la situation globale d'une personne et à l'ensemble de ses besoins. Elle n'en a plus les moyens en termes de compétences, ni en termes financiers. La rationalisation des moyens (diminution des dotations publiques) permet aujourd'hui difficilement à un seul service d'adapter ses réponses aux évolutions des demandes et des besoins du public qu'il accompagne. La recherche de nouvelles réponses et la nécessaire adaptation au contexte a ainsi conduit les structures à rechercher des complémentarités et à créer des liens avec d'autres services de leur territoire.

Le mode de suivi des usagers a également considérablement évolué ces dernières années, nécessitant le déploiement de compétences diverses apportées par plusieurs structures autour d'une seule situation. En effet, d'une réponse apportée à une problématique (une déficience par exemple), les services et les établissements ont développé une vision plus globale de la personne, prenant en compte de façon holistique les interactions entre une

personne, son environnement (familial, social, professionnel, matériel...) et sa participation sociale.

Cette vision plus globale des personnes et ce mode de suivi simultané et coordonné entre services ont aussi été impulsées par les politiques publiques en France. Les différentes notions déjà évoquées précédemment telles que le projet personnalisé (loi 2002-2), le projet de vie (loi 2005-102) et le parcours de l'usager (loi HPST, rapport JACOB) ont fortement contribué au développement du travail en réseau et en partenariat en pointant qu'une mise en réseau est indispensable pour planifier et organiser un parcours de vie adapté aux besoins de chaque usager accueilli en établissement social ou médico-social.

Dans cette même dynamique, l'ANESM met en avant dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment celle concernant la bientraitance<sup>76</sup>, d'ouvrir la structure et de développer des partenariats car « l'ouverture à des ressources extérieures apporte un potentiel de rencontres, de savoirs et d'inscription dans la vie citoyenne dont il est intéressant de faire bénéficier les usagers ».

Enfin les critères retenus pour les évaluations internes et externes des établissements sociaux et médico-sociaux prennent également en compte l'ouverture de l'établissement sur son environnement ou la « formalisation de collaborations ou de coopérations interinstitutionnelles »<sup>77</sup>.

Le réseau et le partenariat sont donc aujourd'hui devenus des outils organisationnels indispensables. Ils sont tous deux au service de la coopération, de la collaboration, de la mutualisation et de la coordination. Et bien que ces termes soient proches et régulièrement confondus, ils correspondent à différents modes de travail en commun :

- La coopération est une association pour participer à un but commun. Le travail y est divisé en tâches qui sont réparties et traitées par des personnes compétentes et spécialistes, chacun des membres y fait sa part de travail.
- La collaboration est une coopération avec un partage de valeurs. Chaque membre cherche à atteindre le même but, puis il y a mise en commun des productions réalisées.
- La mutualisation correspond à une mise en commun, généralement de moyens.
- Quant à la coordination, c'est une articulation des actions réalisées avec la recherche d'une cohérence dans les actions menées par chaque membre.

---

<sup>76</sup> ANESM, 2008, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

<sup>77</sup> Circulaire N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

## b. Le partenariat

Un partenariat est un engagement formel entre des structures. Cet engagement peut être formalisé par la signature d'une convention ou d'une charte qui définit les modalités de coopération, coordination, mutualisation que les structures s'engagent à mettre en œuvre. Cette formalisation permet de réduire les ambiguïtés et les conflits et rend le partenariat stable et pérenne. En effet, en cas de changement d'acteurs, les modalités formalisées par le partenariat continuent de s'appliquer.

Le partenariat repose sur des relations non hiérarchiques où les liaisons horizontales dominent. Chaque partenaire doit y trouver dès le départ, une source d'intérêt et s'y engager librement. Les grands principes du partenariat sont la confiance, la transparence, la complémentarité, l'échange et la réciprocité entre les partenaires.

Parfaitement compatible avec un environnement constant, le partenariat permet de gérer des situations simples et répétitives, voire routinières pour la structure. Il a l'avantage, par son côté formel, de répondre aux exigences des évaluations (production et présentation des conventions et des chartes).

Les différents types de partenariat<sup>78</sup> ont chacun leurs spécificités :

- Le partenariat par charte permet d'engager les structures vers une coopération, une coordination, une mutualisation sous l'égide de valeurs partagées ;
- Le partenariat par convention (dit conventionnel) précise de manière opérationnelle les modalités de coopération, coordination, mutualisation que chaque structure s'engage à mettre en œuvre. Il complète généralement le partenariat par charte ;
- Le partenariat de dispositif s'impose aux structures concernées par les textes législatifs et le cadre réglementaire qui définissent le dispositif (par exemple les CPOM). La coopération, la coordination et la mutualisation qui doivent être mises en œuvre sont formalisées et la structure a l'obligation de les appliquer.

De par son aspect formel, le partenariat est cependant moins efficace dans des environnements complexes et dynamiques qui « nécessitent souvent de le compléter par des pratiques de réseau mobilisant davantage les acteurs et qui sont, d'ailleurs, le plus souvent à l'initiative des acteurs »<sup>79</sup>.

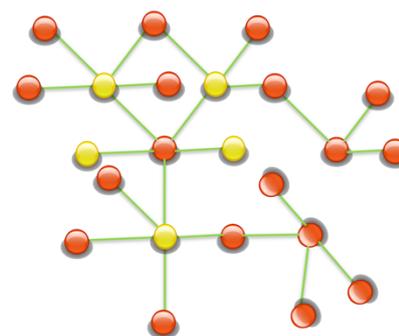
---

<sup>78</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N. et coll., 2015, *Travailler en réseau*, p.12

<sup>79</sup> DUMONT R., 2018, Support de cours : *Travailler en réseau ou en partenariat*, IRTS Hauts-de-France, 77 p.

### c. Le travail en réseau

Le mot réseau vient du mot *rets* et du latin *retis* qui signifie filet. Le concept de réseau renvoie donc à un maillage ou un ensemble de connexions entre différents points sans qu'aucun n'occupe une position centrale.



Le secteur social a depuis toujours travaillé en réseau. Constatant en effet qu'il ne pouvait apporter des réponses sans être connecté à une chaîne d'acteurs ou un réseau, il a toujours cherché à mobiliser un ensemble de ressources relationnelles pour pouvoir produire un service. L'accroissement de la complexité des situations et la multiplicité des facteurs contextuels aggravant ces situations a renforcé cette nécessité de tisser des liens entre structures pour améliorer la qualité des réponses.

Deux types de réseau peuvent se mettre en place entre professionnels : des réseaux informels et des réseaux formels.

- **Le réseau informel entre professionnels**

Le réseau informel entre les professionnels désigne les liens qui se sont instaurés au fil d'une carrière professionnelle, dans un champ et un territoire donné, à la seule initiative des acteurs concernés, par leurs seules volontés et capacités relationnelles. Autour de situations d'accompagnement ou d'intervention, les professionnels développent en effet des pratiques de réseau « spontané » afin de mieux répondre aux besoins des personnes. Ils se créent un « carnet d'adresses », constitué de professionnels, au gré des ressources et des compétences qu'ils vont chercher en dehors de la structure dans laquelle ils exercent. Ces acteurs travaillent par ajustement mutuel en développant entre eux coordination, mutualisation, coopération pour faciliter le parcours des usagers.

- **Le réseau formel entre professionnels**

C'est une organisation de travail formelle rassemblant des professionnels représentant leurs institutions respectives et ayant reçu une délégation de leur hiérarchie. Ces acteurs sont chargés de développer des coordinations, mutualisations, coopérations le plus souvent nouvelles, pour solutionner un problème commun ou mener un projet commun, transversal. Ces pratiques sont multiformes car elles sont adaptées aux logiques territoriales et aux stratégies institutionnelles et associatives.

De ce fait, cette organisation de travail est parfois mise en œuvre à l'initiative des décideurs pour compléter ou aider à la mise en place d'un partenariat.

### 2.3.2 Les liens créés par le SAVS SAMSAH sur le territoire

- **Les réseaux informels**

Le fonctionnement du SAVS SAMSAH est essentiellement basé sur un réseau informel entre professionnels. La majorité des intervenants étant présents depuis longtemps au sein du service, ils ont chacun créé leur propre réseau professionnel au fur et à mesure des accompagnements qu'ils ont mené auprès d'usagers du service. En fonction de leur corps de métier et de leurs missions, ils ont développé des liens informels avec des professionnels en capacité d'apporter des compétences complémentaires et d'être « personnes ressources » dans les réponses apportées aux usagers.

Chaque assistante sociale du service a ainsi tissé des liens avec des assistantes sociales du Conseil Départemental, des services d'aide à domicile, des professionnels des collectivités territoriales, etc. Chaque ergothérapeute a développé un réseau professionnel constitué de médecins, de paramédicaux hospitaliers et libéraux, de distributeurs de matériel médical, d'artisans, d'architectes, etc. L'animatrice sociale s'est créé un carnet d'adresses riche de professionnels de centres sociaux, de bénévoles, de référents associatifs, etc. Et il en est de même pour chaque intervenant du SAVS SAMSAH.

La formalisation institutionnelle de ces réseaux ne découle pas automatiquement dans la mesure où l'on observe plutôt le développement d'une « main mise », par les acteurs de ces pratiques, des solutions de coordination, mutualisation, coopération à leur profit et à celui des usagers accompagnés mais pas forcément au profit de la structure.

Ainsi les travers connus de cette pratique du réseau informel existent au SAVS SAMSAH. Tout d'abord, par son caractère informel, ce type de réseau est difficilement visible par les autres professionnels et n'est pas forcément partagé au sein de la structure. Et si la transmissions de contacts et de coordonnées entre intervenants n'est pas rare au sein du service, chacun reste néanmoins maître de son propre réseau. Cette pratique reste également précaire car elle dépend aussi des bonnes relations entretenues par les acteurs entre eux ; elle peut donc cesser du jour au lendemain. Elle est aussi tributaire de la présence des acteurs concernés et a tendance à disparaître lorsque les salariés quittent le service. Enfin, et surtout, « si elles ne sont pas managées, ces pratiques de réseau informel rendent les prestations fournies à l'utilisateur inégalitaires »<sup>80</sup> car elles sont dépendantes des intervenants qui les mènent et de la qualité de leur propre réseau. Elles peuvent ainsi être à l'origine d'enjeux de pouvoir.

---

<sup>80</sup> DUMONT R., 2018, Support de cours : *Travailler en réseau ou en partenariat*, IRTS Hauts-de-France, 77 p.

Le point de vigilance majeur des intervenants du SAVS SAMSAH quant à la mise en place de ces réseaux informels autour des usagers est de veiller à ce que les mailles de ce filet ne soient pas trop serrées afin que chaque usager puisse s'y épanouir et continuer de faire ses choix de façon autonome. En effet, dans ce service, comme dans tous ceux qui interviennent à domicile, on peut parfois craindre, voire constater, une forme abusive de contrôle social, à l'encontre des libertés individuelles des personnes. « Notamment, le réseau constitué devra se poser la question du réseau primaire de l'utilisateur, auquel il est souvent tenté de suppléer »<sup>81</sup>. Il est en effet primordial que le réseau professionnel ne se substitue pas au réseau primaire de la personne car ce dernier, constitué de la famille, des proches, des amis, des aidants naturels, des voisins..., est voué à rester, à la différence du SAVS SAMSAH dont les actions sont limitées dans le temps. La juste distance des professionnels et le respect de la place du réseau primaire est une des clés pour terminer un accompagnement sans laisser la personne dans une situation d'abandon, ni créer de rupture dans son parcours. Cet équilibre n'est pas aisé à trouver pour le SAVS SAMSAH.

- **Les réseaux formels**

Au niveau des réseaux formels, le SAVS SAMSAH n'est finalement inscrit que dans des réseaux développés autour de pathologies spécifiques : le réseau TC AVC et un réseau autour de la Sclérose en Plaques. Cette inscription dans ces réseaux est à l'initiative de la direction, elle n'a pas été portée par les professionnels de terrain. Elle répond essentiellement à des besoins d'échanges de pratiques et de mise en relation facilitée avec des « experts » des maladies.

- **Les partenariats**

Quant aux partenariats, il en existe deux types au SAVS SAMSAH : des partenariats de dispositif et des partenariats conventionnels.

Des partenariats de dispositif lient le SAVS SAMSAH avec ses autorités de tarification : le Conseil Départemental et l'ARS. Ce sont des partenariats qui s'imposent au service car ils sont activés par le contexte législatif et réglementaire. Ces partenaires sont tout autant des partenaires financiers que des partenaires fonctionnels. Le même type de lien existe avec la MDPH dont le SAVS SAMSAH dépend au niveau des orientations du public. Ce n'est pas un partenariat choisi mais plutôt un lien de dépendance ; en effet le service dépend des décisions d'orientation de la CDAPH et du bon fonctionnement administratif de la MDPH sur les délais et les conditions d'attribution des orientations.

---

<sup>81</sup> Entretien avec Philippe DUMOULIN, directeur général adjoint de l'Institut régional du travail social (IRTS) du Nord Pas de Calais, 2 avril 2009, Propos recueillis par Katia ROUFF, Le travail en réseau et intervention sociale : Quand l'outil laisse sa place à l'humain

Les partenariats conventionnels sont au nombre de deux, ce qui semble peu au regard de l'importance du réseau informel professionnel. Le premier, déjà évoqué dans cet écrit, lie le SAVS SAMSAH aux bailleurs sociaux du territoire autour d'une amélioration de l'inclusion des personnes en situation de handicap par le logement. L'énergie autour de cette convention, autrefois très active, s'est considérablement essouffée ces dernières années avec les départs successifs des premiers acteurs ayant porté la création de cette convention. Aujourd'hui, les chargés de mission aux personnes en situation de handicap de certains bailleurs signataires ignorent même qu'une convention existe.

L'autre convention, nommée « Pass'âge » et également déjà citée, a été signée entre le SAVS SAMSAH et un IEM de l'association situé à proximité géographique. Dans ce même cas, cette convention a été initiée par des professionnels de terrain pour améliorer le niveau d'information des jeunes suivis en IEM et leur permettre de se projeter dans une vie d'adulte. Des informations en groupe étaient apportées sur toutes les structures du secteur adulte (SAVS, SAMSAH, SAAD, ESAT...) puis un suivi individuel avec la possibilité d'un relais entre professionnels du secteur enfant et du secteur adulte. Un projet très proche du dispositif proposé dans ce mémoire mais insuffisamment formalisé et abouti pour perdurer : la convention n'a vécu que deux années et peu de jeunes ont pu en profiter, en raison notamment d'un manque de prise en main institutionnelle de ce projet.

Cette application défailante de ces deux partenariats conventionnels, mise en évidence de façon théorique par certains auteurs<sup>82</sup>, s'explique ici par : des logiques d'acteur (conduite en « libéral » du projet), un défaut de supervision directe, un défaut d'évaluation par service et par système d'action lors de réunions interinstitutionnelles impliquant tous les partenaires du dispositif et un contexte concurrentiel (IEM/SAVS SAMSAH notamment).

### **2.3.3 Des pistes pour améliorer la logique de partenariat au SAVS SAMSAH**

L'importante quantité de réseaux informels face au faible nombre de partenariats conventionnels renvoie à la place de l'institution dans la logique de partenariat du SAVS SAMSAH.

Il importe dans un premier temps de poser un diagnostic sur le partenariat existant afin de vérifier d'où vient le défaut de coopération, collaboration mutualisation, coordination du SAVS SAMSAH. Pour le service il semble que ce défaut provienne d'une mauvaise connaissance des salariés et de décalages entre les prestations attendues et prévues par les dispositifs créés (partenariats conventionnels) et leurs traductions opératoires sur le terrain.

---

<sup>82</sup> DUMONT R., 2018, Support de cours : *Travailler en réseau ou en partenariat*, IRTS Hauts-de-France, 77 p.

La méconnaissance des missions des autres structures est un élément majeur au sein du SAVS SAMSAH. L'équipe a en effet souvent le sentiment que son mode d'intervention et ses pratiques sont les seules à être efficaces et adaptées au public en situation de handicap. Or, pour le projet d'un dispositif 16-25, il est indispensable que les salariés du SAVS SAMSAH aient connaissance du fonctionnement des structures pour enfant. En effet les contraintes d'un IEM ne sont pas celles d'un SAVS SAMSAH. Il est ainsi aisé de juger le peu de temps hebdomadaire passé par les professionnels des IEM à développer l'autonomie des jeunes et le manque de sorties à l'extérieur de l'IEM pour mettre en situation écologique ces jeunes dans leur environnement. Mais ce serait négliger que les jeunes suivis en IEM voient une grande partie de leurs journées occupée par les séances de rééducation, l'enseignement, les trajets pour venir et repartir de l'IEM, le temps de repas, les temps éducatifs et les passages aux toilettes. Ce serait aussi oublier que le ratio d'encadrement n'est pas de « un pour un » et qu'un accompagnement individuel et personnalisé est donc difficile et contraignant à mettre en place. Un déplacement en dehors de l'IEM avec un jeune ou un groupe de jeunes nécessite une logistique compliquée et une organisation importante pour les professionnels qui accompagnent la sortie, comme pour ceux qui restent à l'IEM avec les autres jeunes. Les contraintes liées aux âges différents des jeunes suivis et à l'hétérogénéité de leurs besoins sont également à prendre en compte.

Apprendre à mieux connaître le fonctionnement des autres services (IEM comme SESSAD) serait une première étape indispensable pour amorcer un partenariat entre secteur adulte et secteur enfant. Des outils peuvent être envisagés tels que la formation continue des personnels, des stages croisés ou des rencontres pluri-institutionnelles autour d'une thématique ciblée ou d'une situation-problème partagée des professionnels pour que les représentants des structures impliquées dans le dispositif puissent exposer leurs missions et leurs modalités d'intervention.

Le second élément à améliorer au SAVS SAMSAH est de limiter les décalages entre les prestations prévues et le travail réellement réalisé dans le cadre des partenariats. Cette problématique a été particulièrement prononcée dans le cadre de la convention IEM/SAVS SAMSAH. Le projet était ambitieux et le temps accordé aux pilotes du projet pour le mettre en œuvre insuffisant. En effet ils ont conservé leur charge de travail habituelle, si bien que la mise en place des actions de la convention a été une surcharge de travail contraignante à gérer pour eux. Il était notamment prévu de favoriser la pair-aidance en organisant des rencontres entre des jeunes et des adultes ayant vécu la transition car l'entraide entre pairs peut « permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel,

et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie »<sup>83</sup>. Mais l'organisation de ces rencontres s'est avérée également très chronophage.

Les délais ont été, de ce fait, impossibles à respecter et les acteurs du secteur enfant comme du secteur adulte se sont sentis frustrés car ils ne parvenaient pas à atteindre le niveau de qualité des prestations escompté. Le pairage spontané qui avait amorcé ce partenariat conventionnel s'est délité et les professionnels concernés se sont désinvestis.

Afin de ne pas reproduire ce type d'expérience et d'éviter ainsi des remises en cause de l'efficacité des structures, voire de la compétence des acteurs impliqués dans la prise en compte des situations prévues par le dispositif, il sera indispensable d'analyser avec les équipes les écueils rencontrés. Une reprise en collectif des dysfonctionnements, puis un renforcement des délégations et des rendus comptes associé à un investissement plus fort de la hiérarchie seront des éléments favorables à une meilleure collaboration.

L'expérience de cette convention est la démonstration qu'un partenariat conventionnel est insuffisant pour ce projet d'amélioration du passage des jeunes du secteur enfant vers le secteur adulte. La multiplicité des axes de travail et l'unicité, autant que la complexité de chaque situation, montrent que la création d'un dispositif spécifique est nécessaire. Au regard de ce projet il apparaît comme indispensable que les professionnels investis dans le dispositif 16-25 soient formés afin d'éviter les méconnaissances et que leur temps de travail soit entièrement consacré à ce public et à ses besoins particuliers.

#### Conclusion de la deuxième partie :

Si la légitimité du SAVS SAMSAH à porter la création d'un dispositif pour les 16-25 ans est indéniable, le soutien de l'association gestionnaire dans ce projet l'est tout autant. Les forces du service sont nombreuses et permettent d'envisager une mise en place sécuritaire de la nouvelle équipe. Pour autant, l'analyse de l'organisation permet de diagnostiquer les faiblesses du SAVS SAMSAH au regard de ce projet. Deux de ces faiblesses seront des axes de travail prioritaires : la résistance au changement des professionnels et la dynamique partenariale. Ceci dit chacune des faiblesses identifiées sera déclinée en axes d'amélioration, qui serviront de supports à la définition d'un plan d'action stratégique décliné dans la troisième partie du mémoire. Dans cette dernière partie, je détaillerai en effet, à partir des constats réalisés précédemment, le management, la stratégie et la politique que je déploierai pour mener à bien le projet de création du dispositif 16-25.

---

<sup>83</sup> Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, Article 26, Adaptation et réadaptation

### **3<sup>ème</sup> partie : Manager la diversification de l'offre de services du SAVS SAMSAH par la création d'un dispositif innovant d'accompagnement pour les 16-25 ans**

#### **3.1 Favoriser le décroisement entre les secteurs enfant et adulte**

##### **3.1.1 Négocier avec les instances administratives et les autorités de tarification**

Comme nous avons pu le constater dans la première partie de ce mémoire, le cloisonnement entre le secteur enfant et le secteur adulte n'est pas que fonctionnel, il est tout d'abord administratif. En ce qui concerne les orientations vers le service, la barrière d'âge de 20 ans est donc la première à remettre en question.

Aussi le projet de créer un dispositif pour les personnes entre 16 et 25 ans sur le territoire nécessite au préalable l'aval des autorités de tarification du service et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. En effet, même si la loi est aujourd'hui clairement en faveur de la création de dispositifs transversaux et que les rapports PIVETEAU et JACOB les encouragent également, les autorisations du Conseil Départemental et de l'ARS sont indispensables.

- **La MDPH**

Partenaire de dispositif incontournable, la MDPH est une instance administrative avec laquelle il est primordial de collaborer pour construire ce projet et lui donner du sens. La connaissance et l'adhésion des professionnels de la MDPH (administratifs, équipe d'évaluation), ainsi que des membres de la CDAPH, au dispositif 16-25 est en effet un préalable essentiel pour que des orientations soient accordées au public ciblé.

J'ai sollicité une rencontre avec le responsable adjoint de la MDPH sur le territoire le 23 février 2018 pour lui présenter le projet d'un dispositif transversal secteur enfant/secteur adulte pour les jeunes entre 16 et 25 ans. Au cours de ce rendez-vous, l'état d'avancement de la mise en place de la démarche RAPT au sein de la MDPH m'a été exposée.

Depuis 2014 et la parution du Rapport PIVETEAU « *Zéro sans solution* », une chargée de mission travaille au sein de la MDPH sur les « cas complexes ». L'objectif initial de cette mission était d'étudier les situations complexes, notamment d'enfants, en envisageant des cumuls de dispositifs (ex : SAVS et FAM) pour éviter les ruptures de parcours. Suite au Rapport PIVETEAU, l'État a publié deux textes de loi instituant la création de la « Réponse

Accompagnée Pour Tous » : l'article 89 de la loi de modernisation du 26 janvier 2016<sup>84</sup> qui pose le cadre juridique de la RAPT pour une application en janvier 2018 et la circulaire du 22 avril 2016<sup>85</sup> qui pose les modalités de mise en œuvre de la RAPT.

De ce fait, depuis début 2018, deux chargés de mission œuvrent au sein de la MDPH au déploiement de la démarche RAPT. La MDPH a en effet une position centrale dans la mise en œuvre de la RAPT, comme « assembleur » et garante de l'accompagnement de chacun. Elle a une fonction de régulation et doit agir aussi bien au niveau territorial, qu'au niveau des situations individuelles. Au cours de mon rendez-vous au sein de le MDPH, un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation à domicile nous a rejoint et m'a confirmé qu'au niveau individuel, pour les jeunes en situation de handicap, il verrait d'un grand intérêt de proposer à la CDAPH une orientation vers un service transversal pour accompagner la transition du secteur enfant vers le secteur adulte et éviter toute rupture.

La démarche RAPT porte aussi un objectif de changement des pratiques, vers une réponse globale, collective et continue. Elle favorise en ce sens les occasions d'innover. La création d'un dispositif 16-25 s'inscrit donc tout à fait dans cette lignée. De plus, tout en respectant le cadre réglementaire et financier en vigueur, les possibilités d'assouplissement des contraintes administratives, notamment autour des circuits de dérogation, sont aujourd'hui signifiées dans un décret du 9 mai 2017<sup>86</sup>. C'est un argument supplémentaire en faveur de la création du dispositif pour les 16-25 ans qui se trouve être en parfaite cohérence avec la politique actuelle menée au sein de la MDPH du territoire.

- **L'ARS**

Afin de valider le montage du projet de dispositif 16-25, j'ai également sollicité un rendez-vous à l'ARS. J'y ai rencontré le 28 mars 2018 la Directrice de l'Offre Médico-Sociale, également référente régionale « Réponse Accompagnée Pour Tous », et un chargé de la Planification Transversale Médico-Sociale.

A la présentation du dispositif 16-25, ces deux personnes m'ont confirmé que ce type de réponse correspondait tout à fait à la vision de l'ARS sur l'offre médico-sociale, à savoir :

- Le respect de la préconisation nationale de transformer l'offre pour qu'elle soit plus adaptée à l'écoute des besoins des usagers ;
- L'objectif d'un virage inclusif comme enjeu très fort, c'est-à-dire ne pas créer de places supplémentaires en structures mais favoriser la désinstitutionnalisation ;

---

<sup>84</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Art.89

<sup>85</sup> Circulaire N°DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

<sup>86</sup> Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

- La promotion d'une logique de réponse aux parcours avec une réflexion différente et un bouleversement de fond des pratiques ;
- Un travail sur des dispositifs nouveaux en demandant aux établissements et services d'adapter leur offre.

Afin de mettre en œuvre cette vision, l'ARS souhaite utiliser comme leviers l'évolution du fonctionnement des autorisations et des nomenclatures des ESMS<sup>87</sup> pour favoriser la souplesse dans les accompagnements, la spécialisation et l'adaptation aux besoins des publics et diminuer le cloisonnement. Les représentants de l'ARS interrogés ont confirmé la volonté de conférer une marge de manœuvre aux établissements et services pour transformer au mieux leur offre en s'appuyant sur les négociations par le biais des CPOM.

Quant au sujet spécifique de création d'un dispositif pour les jeunes adultes âgés de 16 à 25 ans et atteints d'une déficience motrice, l'ARS s'est déclarée très favorable dans la mesure où le projet est de créer une structure intermédiaire entre deux structures qui fonctionnent déjà (IEM/SESSAD et SAVS SAMSAH) et que la synergie est la même pour répondre à des besoins consécutifs. Il est également plus simple pour eux de regrouper des dispositifs que d'en créer. Souhaitant modifier et assouplir les tranches d'âge de suivi afin de recomposer l'offre sur le territoire, l'ARS a confirmé qu'une expérimentation était possible dans la mesure où l'association est motrice et qu'elle fait preuve d'innovation, comme le préconise le Plan Régional de Santé.

- **Le Conseil Départemental**

L'investissement du Conseil Départemental dans le projet ne fait aucun doute étant donné les liens forts et les échanges riches qui unissent le SAVS SAMSAH et cette autorité de tarification depuis la création du service.

De plus le Conseil Départemental a très récemment mis en avant dans son Schéma des Solidarités Humaines 2018-2022<sup>88</sup> sa volonté d'assurer « une continuité de l'accompagnement autour de l'entrée dans la vie adulte », de « fluidifier les parcours de personnes en situation de handicap lors du passage à l'âge adulte ». Il préconise ainsi de « faciliter la souplesse dans la gestion des situations complexes aux âges charnières de la vie » et d'« imaginer de nouveaux lieux de transition ». Le projet correspond tout à fait à ces attentes.

---

<sup>87</sup> Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

<sup>88</sup> Schéma départemental des solidarités humaines 2018-2022 DGASOL - Janvier 2018

### **3.1.2 Répondre au besoin de continuité du parcours des jeunes adulte dans le cadre du renouvellement du CPOM**

Impulsé par les professionnels et la direction du SAVS SAMSAH, porté par l'association gestionnaire, soutenu par l'ARS et la MDPH, le projet de création d'un dispositif pour favoriser la continuité du parcours et la transition vers l'âge adulte est une réponse innovante sur le territoire, mais ayant déjà fait ses preuves sur d'autres territoires.

Fort de cette dynamique nationale autour de l'accompagnement des jeunes entre 16 et 25 ans, l'association a donc pris la décision de proposer un nouveau service aux autorités de tarification dans la négociation pour le nouveau CPOM.

Dans le cadre de ce CPOM, la Direction Régionale de l'association, les Responsables de l'Offre de Service (ROS) des secteurs enfant et adulte et les directeurs des établissements et services, dont le SAVS SAMSAH, ont travaillé à la rédaction de dix fiches actions. Trois fiches actions sur les dix prévues abordent la problématique du parcours enfant-adulte.

#### **Fiche action n°1 : Déclinaison de la « Réponse Accompagnée Pour Tous » dans les structures territoriales de l'association**

Cette fiche aborde la continuité des parcours aux différents âges, en mettant en avant les notions de modulation de suivi, de modularité, de subsidiarité. Pour le public vieillissant, elle évoque le vieillissement, la fin de vie, la personne de confiance. Pour le public jeune, les pistes de travail portent sur la gestion des amendements Creton, les orientations vers l'étranger (Belgique) faute de places en France et la création d'une unité mutualisée pour les jeunes adultes dénommée « SESSAVS ».

#### **Fiche action n°5 : Enfance en situation de handicap : parcours de scolarisation et de vie sans rupture**

Abordant également la continuité des parcours, cette fiche s'intéresse tout particulièrement à celui des 16-25 en évoquant des réponses modulées, le développement de dispositifs, la formation, les amendements Creton. Dans cette fiche est développée spécifiquement l'idée de créer une unité mutualisée destinée aux jeunes adultes pour l'accompagnement vers une vie autonome à domicile (SESSAVS) sur les volets de l'emploi, de la socialisation et de la santé.

#### **Fiche action n°7 : Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire**

En développant des thèmes aussi divers et fondamentaux que l'utilité sociétale, la citoyenneté, l'habitat inclusif, la politique inclusive, la vie affective et sexuelle, la parentalité, les projets partagés, la vie associative, cette fiche met une fois encore en avant l'intérêt d'une unité mutualisée SESSAD-SAVS pour accompagner dans ces thématiques fortes.

Le projet d'unité mutualisée SESSAD-SAVS, également évoqué en tant que SESSAVS dans les fiches actions du CPOM, a finalement conservé l'appellation de « *Dispositif 16-25* ». La tranche d'âge concernée semble en effet importante à préciser dans le nom de ce nouveau service, dans un souci de lisibilité et de portée. Quant au terme de dispositif, il paraît le plus adapté si l'on se réfère à la définition qu'en a donné Michel FOUCAULT<sup>89</sup> : « Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments ». Un dispositif est donc un assemblage intentionnel d'éléments hétérogènes pour atteindre une finalité attendue. Cette définition reflète bien l'aspect mouvant, ouvert sur l'environnement, dynamique, non cloisonné du projet porté par le SAVS SAMSAH pour les jeunes de 16 à 25 ans.

#### Présentation synthétique du « Dispositif 16-25 » :

Ce projet, porté par le SAVS SAMSAH, a pour vocation d'accompagner les jeunes de 16 à 25 ans dans leur transition vers l'âge adulte. L'objectif est de prévenir les ruptures d'accompagnement susceptibles de se produire à l'âge de 20 ans, lorsque les jeunes quittent les structures du secteur enfant. Le dispositif est créé pour permettre un accompagnement continu des jeunes par une seule et même équipe pluridisciplinaire. Il offre un soutien et des conseils dans tous les changements administratifs, médicaux, familiaux, psychologiques, etc. liés à l'accès à la majorité légale et à l'entrée dans l'âge adulte. Dans un souci permanent de respect des droits et des choix des jeunes (par l'écriture de leurs projets personnalisés notamment), le « Dispositif 16-25 » favorisera, par ses actions et par la prise en compte de l'environnement de chaque personne, le développement de l'autonomie, de l'autodétermination et de l'inclusion.

Le service accueillera 25 usagers. Au moment de la création du service, quinze de ces usagers seront dans la tranche d'âge 20-25 ans (correspondant aux 15 usagers de moins de 25 ans déjà accompagnés par le SAVS SAMSAH). Ils bénéficieront d'une orientation SAVS avec un financement de cette partie du dispositif par le Conseil Départemental. Les dix autres usagers auront entre 16 et 20 ans, ces places étant financées par l'ARS et équivalant à un SESSAD mais avec un fonctionnement SAVS. Dans le cadre du CPOM, ces 10 places glisseront de l'IEM avec lequel le SAVS SAMSAH avait signé une convention (car il est voisin sur le territoire et qu'il accueille de nombreux adolescents et jeunes adultes)

---

<sup>89</sup> « Le jeu de Michel FOUCAULT » (entretien Bulletin Périodique du Champ Freudien, n°10, 1977)

vers le nouveau dispositif 16-25. Aucune place n'est donc créée, elles sont mutualisées. Les places de l'IEM étant transformées en places d'intervention à domicile, une économie en termes de coût à la place est même réalisée.

### 3.1.3 Organiser un service accueillant des usagers de 16 à 25 ans

#### a. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire prévue pour l'accompagnement de ces 25 jeunes est la suivante :

Assistante sociale	1 ETP
Ergothérapeute	1 ETP
Conseillère en économie sociale et familiale	0,5 ETP
Éducateur	0,5 ETP
Psychologue	0,2 ETP
Animatrice sociale	0,2 ETP
Médecin MPR	0,1 ETP

Le seul professionnel actuellement non présent dans l'équipe du SAVS SAMSAH est un éducateur. Compte tenu du projet du dispositif, la présence de ce type de professionnel semble pertinente. En effet on peut le retrouver dans la plupart des SESSAD et des IEM où il est habitué à exercer auprès d'adolescents et de jeunes adultes.

De la même manière que les places sont mutualisées vers le nouveau dispositif, les postes le seront également. Les postes de l'assistante sociale, de l'ergothérapeute, de l'animatrice sociale et de la CESF proviendront du SAVS SAMSAH afin qu'ils apportent leur expertise du monde adulte. Les postes de l'éducateur, du psychologue et du médecin MPR seront issus de l'IEM (par des mises à disposition) pour apporter leur expertise du secteur enfant.

En ajoutant à ces professionnels une présence à 0,2 ETP d'un adjoint de direction, à 0,1 ETP d'un directeur et à 0,2 ETP de secrétaire en provenance de l'effectif du SAVS SAMSAH, l'effectif global du dispositif est de 4 ETP. Cela correspond à un ratio d'encadrement de 0,16 cohérent, compris entre le ratio national pour les SAVS de 0,11 et celui des SAMSAH de 0,22<sup>90</sup>.

---

<sup>90</sup> ANAP, Juillet 2013, Le secteur médico-social : Comprendre pour agir mieux

#### b. La notion d'accompagnement, auprès des usagers et de leurs familles

Dans ce dispositif, la notion d'accompagnement prend tout son sens. Accompagner, c'est faire avec la personne, à côté d'elle, non à sa place. Auprès des jeunes usagers du service, l'accompagnement se fera avec les parents. En effet, avant comme après la majorité légale, il sera primordial d'accompagner les jeunes dans la prise de décision et la différenciation vis-à-vis de leurs parents. Mais il faudra aussi accompagner les parents pour qu'ils acceptent de laisser leur enfant grandir et s'émanciper peu à peu. Le dispositif a pour vocation de sécuriser ce cheminement mutuel. La notion d'apprentissage sera toujours présente dans les axes de travail menés avec les usagers du dispositif afin que ni le jeune, ni ses parents ne deviennent dépendants du service.

Les différents axes de l'accompagnement porteront sur :

- La gestion des démarches administratives et du budget ;
- L'accès aux droits (prestations, MDPH, CAF, Sécurité Sociale...);
- La mise en place de mesures de protection ;
- Les informations, les orientations, les visites des structures pour adultes (foyers de vie, FAM, ESAT, Résidence Services...);
- L'organisation dans un logement autonome ;
- L'autonomie dans les déplacements, l'accès à la conduite automobile ;
- L'accès à l'emploi ;
- L'accès au lien social, aux loisirs, au sport ;
- L'intimité et la sexualité ;
- L'acquisition et le renouvellement de matériel médical et d'outils de communication ;
- Le suivi médical et paramédical.

#### c. Les outils de la participation des usagers

La signature d'un contrat d'accompagnement sera la première étape du suivi par le dispositif. Tant que le jeune est mineur, ce contrat sera signé avec les parents. Au moment de son accès à la majorité légale, un nouveau contrat sera à nouveau signé avec le seul jeune pour signataire afin d'acter le statut d'adulte et d'unique décisionnaire. Les parents seront associés et témoins de cette signature afin de leur en expliquer la valeur et le sens et qu'ils en comprennent l'intérêt.

La démarche sera similaire pour la rédaction et la signature du projet personnalisé. Ce document sera signé par les parents et le jeune jusqu'à ses 18 ans puis uniquement par le jeune une fois qu'il sera légalement adulte. Le contenu de cet outil sera le support à la mise en place des actions d'accompagnement du jeune et de son environnement. Pour cette raison, les objectifs déclinés dans le projet personnalisé seront définis avec le jeune, en

fonction de son projet de vie, de ses besoins d'accompagnement et de ses attentes vis-à-vis du « Dispositif 16-25 ».

La mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale sera effective dès la création du dispositif afin d'associer les usagers, de recueillir leurs avis et leurs propositions sur le fonctionnement du service. Des représentants des jeunes et des familles y participeront.

#### d. La méthode

La méthode d'intervention du « Dispositif 16-25 » sera la suivante :

- Suite à l'interpellation directe d'un jeune ou d'un service du secteur enfant (IEM, SESSAD), une phase d'évaluation initiale du jeune et de sa situation par l'équipe ;
- L'écriture d'une note sociale faisant apparaître les demandes d'accompagnement et l'aide à la demande d'une orientation MDPH vers le dispositif (SESSAD ou SAVS en fonction de l'âge) ;
- Suite à la notification d'une orientation par la CDADPH, un accompagnement avec des objectifs définis : remobiliser le jeune sur lui-même, améliorer l'estime de soi, travailler sur les freins (ex : mobilité géographique, manque de confiance, etc.), puis accès à l'emploi, au logement, au système de santé, au lien social, aux loisirs, etc. ;
- Une période d'accompagnement « tremplin » pour préparer et passer un relais (assistante sociale de secteur, délégué à la tutelle...) ;
- La clôture de l'accompagnement une fois les objectifs atteints et le relais amorcé.

#### e. Les partenariats, la dynamique de réseau

La dynamique partenariale avec les établissements du secteur enfant sera facilitée par la création d'un dispositif réunissant des professionnels des deux secteurs au sein d'une même équipe. Les liens avec les IEM et les SESSAD du territoire seront ainsi renforcés.

Un partenariat avec un bailleur social sera formalisé pour qu'un logement accessible et adapté soit réservé aux usagers du dispositif et qu'ils puissent y effectuer des séjours d'une durée déterminée en autonomie. L'objectif sera de permettre au jeune adulte de découvrir et de s'exercer à la vie en dehors du domicile parental en expérimentant toutes les facettes de l'autonomie. Ce séjour sera également une opportunité pour expérimenter la décohabitation avec les parents, sans que celle-ci ne soit définitive au moment de l'expérimentation. Ainsi chacun, jeune ou parent, pourra tester le quotidien sans la présence de l'autre et se projeter dans d'éventuels nouveaux choix de vie. Pour le jeune adulte, cette vie autonome dans un logement pourra aussi lui permettre d'être confronté à un mode de vie parfois idéalisé, le logement autonome, alors que celui-ci peut également présenter un facteur de risque d'isolement et de perte de lien social.

## **3.2 Adopter un management stratégique**

### **3.2.1 Articuler le fonctionnement du dispositif 16-25 avec le SAVS SAMSAH**

La création du « Dispositif 16-25 » est une réponse aux besoins identifiés des jeunes adultes mais c'est aussi une réponse aux difficultés rencontrées dans les accompagnements de ce public par les professionnels du SAVS SAMSAH. En effet le passage complexe du secteur enfant vers le secteur adulte et les ruptures de parcours des jeunes ont une influence forte sur leur maturation et le développement de leur autonomie. Au moment de la création du dispositif, les salariés du SAVS SAMSAH, habituellement résistants au changement, pourront avoir le sentiment que l'on scinde le service (une partie des salariés partant vers le dispositif), mais aussi que l'on découpe l'activité par tranche d'âge ou que l'on augmente la charge de travail (celle des salariés dont l'activité sera à la fois sur le SAVS SAMSAH et sur le dispositif 16-25).

Aussi il sera très important de montrer aux salariés la plus-value du dispositif pour le public, mais surtout pour le SAVS SAMSAH. L'orientation des jeunes adultes vers le dispositif soulagera en effet ce service de ces accompagnements particulièrement longs et complexes. Le public du SAVS SAMSAH sera ainsi renouvelé plus régulièrement, avec une file active plus dynamique.

Afin que l'équipe initiale ne vive pas la création du dispositif 16-25 comme une scission du service imposée par la direction, un appel à candidature sera fait auprès de l'ensemble des salariés du SAVS SAMSAH pour intégrer l'équipe du dispositif et favoriser ainsi leur investissement dans ce nouveau service. Les entretiens professionnels seront de très bons supports pour évaluer au préalable les compétences et les motivations des salariés pour ce projet. La constitution de cette nouvelle équipe, à partir de la motivation des salariés et d'une évaluation précise du profil attendu par la direction, permettra de valoriser les professionnels choisis en fonction de leurs compétences. La qualité et la richesse de leur réseau informel sera un critère de sélection important à prendre en compte.

Dans la mise en place du dispositif, il faudra veiller aux liens existants avec le SAVS SAMSAH afin de ne pas opposer les deux services mais montrer que le dispositif est né de l'expérience du SAVS SAMSAH, qu'il va se nourrir de son expertise et qu'il correspond bien à une diversification de l'offre de service. Ainsi la nouvelle dynamique doit être commune.

Le management choisi sera collaboratif avec les salariés : la coopération, la convivialité et la confiance seront mis en avant dans le travail de construction du dispositif. La place de l'adjoint de direction en tant que pilote coordonnant la mise en place des actions et l'organisation des interventions sera valorisée.

L'organisation des locaux sera un outil en faveur de l'articulation entre le SAVS SAMSAH et le dispositif 16-25. Ce dernier occupera des bureaux situés dans les mêmes locaux. Ces bureaux seront situés en rez-de-chaussée du bâtiment pendant que ceux du SAVS SAMSAH sont à l'étage (il n'y a qu'un seul étage au bâtiment). En effet il est tout autant nécessaire que l'emplacement du service soit individualisé mais aussi qu'il conserve des liens fonctionnels avec le SAVS SAMSAH mais aussi l'accueil de jour, également situé en rez-de-chaussée et accueillant de nombreux jeunes adultes sortis des structures pour enfants. Pour le dispositif 16-25, deux bureaux seront nécessaires afin d'accueillir les sept intervenants du service. Il est important que les professionnels qui conservent une fonction au sein du SAVS SAMSAH (CESF, psychologue, animatrice sociale et médecin MPR) aient un autre bureau au sein du dispositif pour différencier leur temps de travail sur les deux services et partagent ainsi les espaces prévus pour le dispositif avec les autres professionnels. En effet une dynamique propre sera à trouver autour des accompagnements des 16-25 et de leurs spécificités. Un espace pour accueillir les jeunes au service sera créé dans un espace mitoyen des bureaux des intervenants. Cet espace servira pour les entretiens avec les jeunes et leurs familles. Il pourra également être un lieu pour les réunions de synthèse et les réunions d'équipe des professionnels.

Les expériences passées du SAVS SAMSAH serviront de base pour ne pas reproduire des erreurs vécues dans l'accompagnement des jeunes adultes. Ainsi les écueils rencontrés dans le cadre de la convention « Pass'âge » s'avéreront être des atouts pour améliorer les pratiques auprès des jeunes : communication, organisation, lien avec les familles, temps de réflexion et de maturation, relation de confiance, etc. Les expérimentations de ce même type de dispositif sur d'autres territoires, notamment celui du Rhône, seront aussi des ressources très précieuses. J'ai ainsi déjà contacté la direction de ce dispositif nommé « Défi Jeunes » avec lequel des échanges de pratique respectifs se mettront en place.

Enfin, l'ensemble des réseaux informels tissés par chacun des professionnels du dispositif, qu'il soit issu du SAVS SAMSAH ou du secteur enfant, sera à valoriser pour développer les pratiques de partenariat, favorables au suivi spécifique du public. Les liens qui pourront notamment être développés avec les partenaires du secteur enfant seront une richesse supplémentaire à ceux existant avec le secteur adulte.

### **3.2.2 Favoriser l'engagement des professionnels du dispositif par la valorisation des compétences**

Afin de constituer une équipe du dispositif équilibrée et dynamique, il est important de choisir des professionnels motivés par le projet et ayant le désir de faire évoluer leurs pratiques.

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) sera l'outil le plus adapté pour cette gestion des ressources humaines. La GPMC permet en effet une gestion dynamique et préventive des ressources humaines. A partir d'un état des lieux de l'existant, elle permet d'anticiper les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles et d'identifier les ajustements nécessaires. Ainsi la GPMC est une démarche permettant de faire correspondre les compétences qui existent dans une organisation professionnelle avec les compétences attendues face à l'évolution de l'organisation.

Dans le cadre du projet de création du dispositif, la GPMC pourra se décliner de la façon suivante :

- Un diagnostic de l'existant, c'est-à-dire de l'état des ressources humaines (ce diagnostic s'appuyant sur le bilan social fait annuellement) avec un inventaire des métiers, des emplois, des activités et des compétences : identifier au sein du SAVS SAMSAH les professionnels dont l'activité actuelle et les compétences seraient les plus adaptés pour le dispositif 16-25 ;
- Une anticipation des besoins au regard de la création du dispositif : écriture du projet de service et de fiches de poste en fonction des besoins du public 16-25 ;
- Une mesure des écarts entre les ressources existantes et les besoins identifiés ;
- Un plan d'actions : choix des salariés du SAVS SAMSAH intégrant le dispositif, sélection des professionnels en provenance du secteur enfant, identification des formations nécessaires pour accompagner l'équipe et chacun des professionnels.

Les entretiens individuels seront un des outils de cette GPMC. Réalisés par l'équipe de direction (directeur et/ou adjoint de direction), ils ont différentes formes en fonction de l'objectif à atteindre et des salariés concernés. Auprès des professionnels du SAVS SAMSAH, les entretiens individuels d'évaluation et les entretiens professionnels seront des supports pertinents pour le choix des salariés intégrant le dispositif. Les entretiens individuels d'évaluation sont réalisés annuellement au sein du service. Permettant de faire le bilan de l'année écoulée et de définir les objectifs pour celle à venir, ils ont également pour objectif d'aborder la performance et la motivation d'un collaborateur, en particulier pour de nouveaux projets dans lesquels il aimerait s'investir. L'entretien professionnel, quant à lui, a lieu obligatoirement au moins une fois tous les deux ans. Sa finalité est d'établir avec chaque salarié son projet professionnel, c'est à dire ses souhaits d'évolution dans le service et ses besoins en formation. Dans le contexte de la création du dispositif 16-25, ces deux types d'entretiens menés auprès des professionnels du SAVS SAMSAH auront un grand intérêt. Auprès des professionnels provenant du secteur enfant, le type d'entretien choisi sera celui de l'entretien d'embauche car j'aurai besoin d'apprendre à connaître ces salariés qui ne font pas partie de mon service. Quel que soit le type d'entretien, il sera primordial pour moi de le préparer (définir les objectifs, formaliser le déroulement, la durée et le lieu

de l'entretien, en informer le participant), de le mener en veillant à instaurer une relation de confiance et en m'assurant de l'accord du salarié durant l'échange, de chercher à atteindre les objectifs initialement définis puis de le conclure et d'en assurer le suivi.

Dans le cadre de la création du dispositif 16-25, et de manière générale dans le management choisi, la valorisation des compétences sera une priorité. Elle se fera pendant les entretiens avec les salariés, en les associant à la création du dispositif (groupes de travail pour l'écriture des fiches de poste et du projet de service, réflexion participative sur l'aménagement des locaux...) et en soutenant leur investissement par la formation.

L'accès à la formation sera en effet un axe prioritaire dans la mise en place de la GPMC pour la création du dispositif. La formation professionnelle, à l'initiative de l'employeur, a pour vocation de permettre à un salarié de mieux occuper son poste, mais aussi et surtout d'acquérir des compétences pour évoluer vers d'autres fonctions, c'est-à-dire de développer son employabilité. La GPMC va « permettre à l'établissement de mettre en place un plan de formation en rapport avec la stratégie d'emploi et les évolutions des métiers et des compétences. Ce plan de formation devra aussi tenir compte des informations remontées lors des entretiens d'évaluation »<sup>91</sup>.

Pour la création du dispositif 16-25, il sera pertinent de mettre en place de la formation individuelle comme de la formation collective. La formation individuelle répondra aux demandes et aux besoins propres de chaque professionnel du dispositif en fonction des compétences qu'il souhaite développer ou acquérir pour se sentir à l'aise et performant dans ses actions auprès des usagers. La formation collective aura également pour intérêt de favoriser la dynamique de ce nouveau groupe en créant des liens entre les professionnels qui ne se connaissent pas et en les fédérant autour d'une action de formation commune. Les offres de formation sont nombreuses et, en tant que directeur, je choisirai celles qui seront les plus adaptées pour les professionnels :

- En lien avec le fonctionnement et l'organisation du dispositif, par exemple « Élaborer et réviser son projet d'établissement ou de service » (4 à 8 jours proposés par l'UNAPEI), « Élaborer et accompagner les projets personnalisés dans le cadre des recommandations de l'ANESM » (3 à 5 jours en intra par APF Formation), « Les usagers, les professionnels : droits et devoirs de chacun » (2 à 4 jours en intra par APF Formation) ;
- En lien avec les besoins spécifiques du public, par exemple « Vie affective et sexuelle » (2 jours par l'UNAPEI) ;

---

<sup>91</sup> ANAP, 2011, Améliorer la gestion des ressources humaines : La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

- En lien avec le projet du dispositif, une formation collective telle que « Le passage d'une structure enfance à une structure adulte » (5 jours par APF Formation) serait tout à fait adaptée.

Enfin, afin de favoriser la communication et les échanges au sein de l'équipe, mais aussi de prévenir les risques psycho-sociaux, des groupes d'analyse de pratique animés par un intervenant extérieur au dispositif seront mis en place de façon régulière.

### **3.2.3 Programmer la mise en place du service**

Afin de pouvoir planifier la création du dispositif 16-25, il est indispensable que la date d'ouverture du service soit préalablement définie. Compte tenu de la signature du nouveau CPOM au deuxième semestre 2018, la Direction Régionale de l'association et la direction du SAVS SAMSAH ont programmé une ouverture du dispositif en 2019. Le mois de juin est celui qui a été retenu car il offre un délai suffisant pour communiquer sur la création du service auprès des réseaux et des partenaires et notamment auprès de la MDPH, afin que cette dernière puisse émettre les premières orientations vers le dispositif. Le mois de juin est aussi le dernier mois de l'année scolaire. Pour cette raison, il représente un bon moment pour quitter une structure pour enfant, sans qu'il y ait d'interruption dans la scolarité, que le jeune suive celle-ci en IEM ou en milieu ordinaire (avec un suivi SESSAD en complément).

La date d'ouverture étant déterminée, il est alors possible d'établir un rétro planning des actions à mener pour parvenir à la mise en place du dispositif. Pour cela, des priorités seront définies et les actions seront ordonnancées en cohérence avec l'objectif à atteindre, à savoir la création du dispositif 16-25. Un diagramme de Gantt sera utilisé pour mettre en forme ce rétro planning (*cf. Annexe 7*).

A court terme, c'est-à-dire dans les 3 à 6 mois prochains, les actions à mettre en œuvre seront de :

- Synthétiser et analyser les travaux réalisés par les différents groupes de travail sur le parcours des 16-25 ans, finaliser les fiches actions du CPOM ;
- Présenter le projet à la Direction Régionale de l'association ;
- Rencontrer les instances représentatives du personnel du SAVS SAMSAH pour les informer du projet ;
- Informer les salariés du projet et lancer un premier appel à candidature ;
- Développer des liens avec une structure pour enfants de l'association pour envisager la mutualisation de certaines de leurs places et de certains professionnels pour la création du projet ;
- S'assurer de l'information, de la validation et du soutien de la MDPH pour le projet ;

- Présenter le projet aux autorités de tarification (ARS et Conseil Départemental) avant puis dans le cadre de la signature du CPOM ;
- Réaffirmer la ligne hiérarchique en repositionnant la place de l'adjoint de direction dans l'équipe et son rôle dans le projet ;
- Mettre en place les entretiens professionnels, identifier les professionnels du SAVS SAMSAH motivés et compétents pour le projet, ainsi que leurs besoins de formation à partir des fiches de postes envisagées.

Les actions suivantes à mener sont corrélées à l'acceptation de la création du dispositif dans le cadre du CPOM. Ces actions seront alors à mettre en place dans les 6 mois précédant l'ouverture du service :

- Mettre en place le mode projet en associant les professionnels au changement (comités de pilotage, groupes de travail, référents) pour élaborer les fiches de poste et le projet du service ;
- Mettre en place une GPMC avec une réflexion sur les projets professionnels, les projections des postes, les leviers possibles en termes de mutualisation de certains salariés entre structures de l'association ;
- Constituer l'équipe du dispositif en s'appuyant sur des entretiens individuels ;
- Amorcer la réflexion sur la conception d'un plan de formation pluriannuel s'appuyant sur une logique de compétence ;
- Finaliser le projet de service, créer les outils de suivi des futurs usagers du dispositif (contrats de séjour, projets personnalisés, etc.), créer les outils de communication (plaquettes, site internet) ;
- Veiller au « recrutement » des usagers du service et à l'obtention de leurs orientations vers le service ;
- Préparer l'installation du service dans les locaux (mobilier, fournitures, ordinateurs, etc.).

Enfin, dès la création officielle du dispositif et son ouverture en juin 2019, les premières actions à mener seront de :

- Procéder à l'admission des usagers du service ;
- Formaliser les processus de management ;
- Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques ;
- Lancer, mettre en œuvre et suivre un plan d'actions d'amélioration de la démarche d'évaluation interne ;
- Développer des partenariats au sein des réseaux existants ou non ;
- Poursuivre la communication interne et externe.

La communication sera un facteur clé dans la réussite de ce projet. En effet, même si aujourd'hui tous les discours et tous les textes tendent vers la promotion de l'innovation, le bouleversement des pratiques et la création de dispositifs transversaux, il sera indispensable de communiquer stratégiquement, intelligemment et efficacement sur la nature et l'intérêt du dispositif 16-25 afin de s'assurer de l'adhésion des partenaires et du réseau à ce projet. Les représentations classiques et les habitudes de travail pourront représenter des freins à l'existence et à la pérennité de ce projet novateur, aussi il faudra utiliser la communication comme un outil servant à démontrer et à convaincre de l'intérêt d'une telle équipe d'accompagnement, mais aussi à combattre certains préjugés. Les mots de Winston CHURCHILL « C'est contre le vent, et non dans le sens du vent, que les cerfs-volants volent le plus haut » seront une inspiration pour engager, au niveau de la direction, une campagne de communication ambitieuse et persuasive.

### 3.3 Animer le dispositif et piloter l'amélioration continue de la qualité des prestations

#### 3.3.1 S'engager dans une campagne de communication permanente

##### a. Élaborer un plan de communication

Le plan de communication sera la traduction opérationnelle et structurée des actions de communication relatives au projet. Il constituera un cadre de référence pour mener la communication autour du projet. Ce plan devra être défini avant d'être mis en œuvre puis il suivra le rythme du projet en s'adaptant et en évoluant au gré des nécessités.

Afin d'élaborer ce plan, sept étapes peuvent être repérées<sup>92</sup> (symbolisées dans la figure ci-contre) :

- 1. Identifier les éléments du contexte utiles à la communication ;
- 2. Analyser les différents groupes cibles ;
- 3. Déterminer les objectifs de communication, c'est-à-dire les résultats recherchés ;
- 4. Définir les messages en fonction des groupes cibles ;
- 5. Établir le plan d'actions (à quel moment et comment communiquer) ;
- 6. Faire le suivi et adapter ;
- 7. Évaluer le plan de communication.



<sup>92</sup> Fedweb, [En ligne], <https://fedweb.belgium.be/fr> (Page consultée le 07/08/18)

Pour le projet de création du dispositif 16-25, les éléments du contexte utiles à la communication correspondent à la plus-value de ce type de service, à la fois pour répondre aux besoins des jeunes mais aussi pour améliorer les pratiques.

Les différents groupes cibles de ce plan de communication sont nombreux : les autorités de tarification, la gouvernance associative, les partenaires de dispositif (en particulier la MDPH), les partenaires du réseau, notamment ceux du secteur enfant, les instances représentatives du personnel du SAVS SAMSAH, les membres de l'équipe, les usagers et les familles (via le CVS par exemple), mais aussi le grand public, voire les médias.

Pour chacun de ces groupes cibles, la communication devra être adaptée car, comme l'a très bien signifié le sociologue Dominique WOLTON, « dans la communication, le plus compliqué n'est ni le message, ni la technique, mais le récepteur ». C'est à ce récepteur qu'il va falloir adapter nos moyens de communication en fonction de ses spécificités et des objectifs que l'on souhaitera atteindre.

b. Présenter le projet aux autorités de tarification et aux partenaires

La communication autour du projet auprès des autorités de tarification a été amorcée dans le cadre de la réflexion et de la préparation du CPOM. Déjà entamée par des échanges au cours de rencontres informelles puis formelles avec des représentants des autorités de tarification, elle s'est appuyée ensuite sur des écrits présentant le projet et son intérêt au niveau du public et au niveau financier (pas de besoin supplémentaire, coût constant). Si la création du dispositif est validée lors de la signature du CPOM, très certainement dans le cadre d'une expérimentation comme a pu l'évoquer l'ARS, il sera nécessaire de continuer à communiquer régulièrement auprès des financeurs, en particulier par écrit (rapports d'activité, bilans annuels, indicateurs de satisfaction et d'atteinte des objectifs) sur l'évolution de la mise en place du dispositif et sur ses résultats. Des rencontres physiques seront également organisées à l'initiative du service, notamment lors de l'ouverture de celui-ci, avec une visite des locaux et une présentation de l'équipe et des outils d'accompagnement.

Quant aux partenaires, des courriers ainsi que des plaquettes leurs seront adressés pour les informer de l'ouverture du dispositif, puis des propositions de rencontre seront faites pour une présentation plus approfondie du dispositif et pour entamer une réflexion sur un partenariat formalisé. La MDPH sera contactée pour l'informer de l'existence et du fonctionnement du dispositif 16-25 afin qu'elle puisse orienter les personnes vers ce nouveau service. Cette information sera en priorité destinée aux membres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation et à la CDAPH, à laquelle je proposerai de venir présenter le dispositif car c'est elle qui accorde les orientations.

### c. Construire et avancer avec les professionnels

Afin d'associer et de maintenir l'adhésion des professionnels du SAVS SAMSAH au projet, il sera indispensable de maintenir un très bon niveau d'informations des salariés au fur et à mesure de la mise en place du projet. Les supports de cette communication seront des réunions générales et les réunions d'équipe régulières pour apporter de l'information descendante et répondre aux interrogations des professionnels, des groupes de travail pour réfléchir et construire ensemble le futur fonctionnement du dispositif et son articulation avec le SAVS SAMSAH, mais aussi les entretiens individuels. Mon objectif principal dans cette communication auprès des professionnels sera d'assurer de la cohérence et de la continuité.

Les instances représentatives du personnel seront également informées et consultées lors des réunions mensuelles et tout au long de la réflexion et de la mise en place du projet. Cela permettra de s'assurer de leur adhésion et de lever les inquiétudes liées aux changements au sein du SAVS SAMSAH et aux mouvements de personnel dans le cadre de la création du dispositif.

### d. Informier les usagers et leurs proches

Au niveau des usagers et des familles, l'objectif sera de convaincre de l'intérêt de ce nouveau dispositif et de les informer sur les nouvelles modalités d'accompagnement et les spécificités du dispositif. Le CVS sera bien évidemment tenu informé de l'évolution de la création de ce nouveau service. Les autres supports à cette communication seront des réunions générales, des courriers, des articles dans le journal associatif et sur le blog du service. En amont, puis en aval de la création du dispositif, des enquêtes de satisfaction représenteront un autre support de communication intéressant.

## **3.3.2 Définir des indicateurs d'évaluation de la qualité des prestations**

La création d'un service accompagnant des personnes dans la transition vers l'âge adulte est novatrice et expérimentale. Aussi, afin de mesurer la pertinence et l'efficacité des missions et des actions mises en œuvre, des points d'étape seront définis et des indicateurs identifiés. Ces indicateurs se déclineront sur trois niveaux :

- Un niveau politique pour vérifier que les objectifs énoncés du dispositif (amélioration de la transition secteur enfant / secteur adulte, développement de l'autonomie, autodétermination, citoyenneté, inclusion...) sont atteints ;
- Un niveau stratégique pour analyser la pertinence de la stratégie adoptée ;
- Un niveau technique pour étudier l'opportunité des outils choisis.

En tant que directeur je serai vigilant à un certain nombre de critères qui, régulièrement relevés et analysés, me permettront de constater la qualité du fonctionnement du dispositif et des prestations dispensées.

Sur le registre du changement de culture auquel seront confrontés les professionnels du dispositif (provenant du SAVS SAMSAH ou du secteur enfant), il me faudra évaluer leur adhésion aux nouveaux outils, mais aussi leur degré de satisfaction dans leurs nouvelles missions (en utilisant un questionnaire sur la qualité de vie au travail par exemple). En observant la capacité de l'équipe à mettre en place de nouvelles pratiques (nombre de groupes de travail et de comités de pilotage, suggestions et propositions apportées par les professionnels dans le cadre des réunions de service), je pourrai également évaluer l'implication des salariés dans la création du dispositif et leur investissement en mode projet.

D'autres indicateurs seront, eux, orientés vers les salariés du SAVS SAMSAH et du dispositif 16-25, ce sont des indicateurs sociaux qui permettront d'évaluer la qualité du climat social : l'ambiance au travail, l'absentéisme, le turn-over, le contenu des entretiens individuels et professionnels, la qualité et la pertinence des fiches de poste, l'adéquation entre offre de formation, évolution des métiers et besoins du public.

Au niveau des usagers et des familles, il sera indispensable de les interroger sur leur opinion au sujet de la qualité des prestations de l'équipe et du dispositif. Des questionnaires de satisfaction pourront être envoyés annuellement. La présence des usagers et des familles aux réunions proposées ainsi que les compte-rendus du CVS seront aussi d'excellents supports pour avoir leur avis sur les prestations offertes par le dispositif.

Enfin, au sujet de l'ouverture à l'environnement et de la qualité des partenariats, il faudra évaluer le nombre de partenaires existants, le nombre de conventions signées, le nombre de rencontres. Le chiffrage et l'analyse des orientations vers le dispositif, de la part de la MDPH mais aussi de la part du réseau, seront également des indicateurs intéressants sur la reconnaissance et la notoriété du dispositif. Les réorientations, elles, viendront pondérer ces informations.

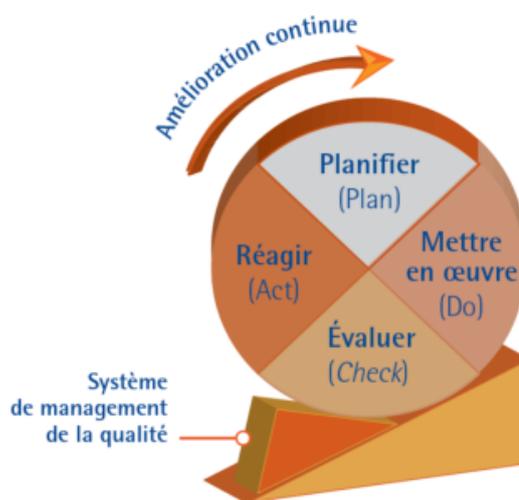
### **3.3.3 Mettre en place des évaluations internes et externes**

L'élaboration et l'analyse de ces critères seront des supports à la mise en place d'une dynamique continue d'évaluation des prestations et de la qualité des services rendus. L'évaluation permettra ainsi d'œuvrer à l'amélioration constante du dispositif.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité s'inscrira dans le modèle décrit par W. Edwards DEMING dans les années 60. Ce modèle, souvent appelé roue de DEMING

ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Évaluer, Améliorer (en anglais Plan, Do, Check et Act, d'où le modèle PDCA). Ces 4 étapes constituent la base d'une démarche qualité sur laquelle s'appuie la HAS<sup>93</sup> et sont figurées ci-dessous :

1. Planifier, programmer : définition des objectifs, spécification des missions et des responsabilités, organisation de l'activité ;
2. Faire, mettre en œuvre : exécution des tâches prévues, développement des solutions et enregistrement des données sur la pratique réalisée ;
3. Analyser, évaluer : utilisation des informations et des indicateurs pour évaluer la pratique, vérifications des résultats, comparaison avec les prédictions ;
4. Améliorer, réagir : c'est l'étape essentielle, au cours de laquelle des actions d'amélioration sont élaborées afin d'améliorer l'organisation du travail et les pratiques. L'impact en est évalué périodiquement grâce à un suivi d'indicateurs.



On pourrait aussi dire que cette démarche correspond à : 1. Dire ce que l'on va faire, 2. Faire ce que l'on a dit, 3. Vérifier ce que l'on a fait, 4. Faire mieux.

Sur le schéma figure une cale pour éviter à la roue de revenir en arrière : il s'agit de la mise en place d'une démarche d'évaluation de la qualité (système de management de la qualité) qui sécurise ainsi la marche en avant du processus.

Si la mise en place d'une démarche qualité sera une de mes volontés dès la mise en route du dispositif 16-25, ce dernier devra immanquablement et de manière réglementaire, procéder, au même titre que tous les établissements sociaux et médico-sociaux, « à une évaluation de ses activités et de la qualité qu'il délivre au regard notamment de procédures, de références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>94</sup> ».

<sup>93</sup> HAS Groupe de travail, Mai 2008, Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles

<sup>94</sup> Article L311-8 du CASF

Cette évaluation devra être de deux types :

- Une évaluation interne : obligation d'évaluer la qualité des prestations délivrées, sur la base des recommandations de bonnes pratiques, et de communiquer, tous les 5 ans, les résultats de cette évaluation aux autorités compétentes ;
- Une évaluation externe : obligation légale de faire procéder, tous les 7 ans, à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par un organisme extérieur agréé par l'ANESM.

Ces deux évaluations concernent les mêmes champs (activités) et s'alimentent complètent mutuellement.

L'ANESM ayant publié une recommandation spécifique sur l'évaluation interne<sup>95</sup>, ce document sera un très bon support pour mener celle-ci au sein du dispositif. En termes de délai, j'envisage de la mettre en place à partir de juin 2020, après une année d'existence et de pratique du dispositif 16-25. Je définirai un calendrier de suivi sur plusieurs années au regard des particularités du dispositif avec une mise en œuvre progressive des outils nécessaires pour recueillir régulièrement les informations utiles (indicateurs définis). Je mettrai en place également un groupe projet qui sera l'instance chargée de piloter cet évaluation interne. Enfin, compte tenu de l'histoire du SAVS SAMSAH dont est issu le dispositif, je favoriserai une approche participative afin d'y impliquer, aussi bien les professionnels que les usagers du service, voire des partenaires. La communication sur l'évolution de cette évaluation continue (démarche, finalités et modalités) sera également une priorité.

Pour l'évaluation interne, en tant que telle, un référentiel sera créé avec les domaines qui doivent inévitablement être explorés :

- L'organisation et le fonctionnement du service avec une évaluation quantitative et qualitative : caractéristiques du public (sexe, âge, pathologie, mode de vie, prestations sociales, mesures de protection, etc.), potentiel humain du service (tableau des effectifs, pyramide des âges, glissement vieillissement technicité, qualification des professionnels, formations réalisées, climat social, etc.), nombres d'accompagnement, nature des projets, durée moyenne d'accompagnement, nombre de synthèses avec et autour des usagers...
- Le projet de service et ses modalités de mise en œuvre : procédure d'accueil et d'admission, durée et renouvellement des orientations, tenue des dossiers uniques de l'utilisateur, fiches de poste, réunions d'équipe et de service...

---

<sup>95</sup> ANESM, Juillet 2009, L'évaluation interne

- L'effectivité des droits des usagers : signature des contrats d'accompagnement, rédaction et actualisation des projets personnalisés, respect des délais, réunions du CVS...
- Le service dans son environnement : rencontres avec des partenaires, orientations des partenaires vers le dispositif, signature de conventions de partenariat...

Par ailleurs, une évaluation de la qualité perçue pourra également être mise en place avec, comme cela se fait tous les ans au SAVS SAMSAH en novembre, un envoi par le CVS de questionnaires de satisfaction à destination des usagers du dispositif et de leur entourage.

### Conclusion de la troisième partie :

« Il n'est point de vent favorable pour celui qui ne sait où il va » a dit le philosophe SENEQUE. Il appartient ainsi au directeur de définir clairement sa vision du projet, sa stratégie pour la mener et le plan d'action qu'il souhaite mettre en œuvre. Mais il lui faut également partager ces éléments avec tous les acteurs du projet, et en premier lieu les professionnels, afin d'assurer leur pleine participation. C'est de cette manière que je favoriserai l'atteinte des objectifs et la réussite du projet. Je choisirai donc un management collaboratif en soutenant la prise d'initiative des salariés et en les responsabilisant. En effet, le projet du dispositif 16-25 est né des besoins du public, mais aussi de ceux des professionnels du SAVS SAMSAH. Il est donc primordial de travailler avec eux la question du sens de ce nouveau service afin qu'ils puissent s'investir dans la dynamique du projet. Les professionnels intégrant le dispositif sont tous déjà riches d'un réseau et de compétences très spécifiques qui seront de réels atouts pour le dispositif : l'animatrice sociale est investie sur la question de l'image de soi et de l'intimité, la psychologue sur celle de la sexualité, l'ergothérapeute sur celle de la parentalité, la CESF sur la prise d'autonomie par le biais du logement, etc. Par la valorisation de leurs compétences, il sera possible de développer le bien-être de ces salariés au travail et leur épanouissement professionnel.

Je souhaite donc décliner les différents axes de travail présentés dans cette troisième partie en apportant une vigilance particulière et constante à la qualité de la communication. Si celle-ci sera prioritairement tournée vers les salariés, je l'utiliserai aussi pour ouvrir le dispositif à son environnement et développer les partenariats. Ceux-ci seront la source d'un enrichissement indéniable pour les accompagnements des usagers du dispositif car, pour reprendre les mots de Kofi ANNAN au cours d'une Assemblée Générale de l'ONU en 2001 : « La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat ».



## Conclusion

« Quand on affronte les problèmes de demain avec les organisations d'hier, on récolte les drames d'aujourd'hui » a dit Michel CROZIER. Cette citation est tout à fait adaptée à la problématique traitée dans ce mémoire, le passage à l'âge adulte et l'acquisition de l'autonomie des jeunes atteints d'une déficience motrice. En effet, depuis plusieurs décennies, l'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux français a conduit, dans le domaine du handicap, à un cloisonnement entre les secteurs enfant et adulte. Cette scission est responsable de nombreuses ruptures dans les parcours, fragilisant le développement psycho affectif des jeunes adultes et freinant leur accès à l'autonomie. Leur participation sociale et leur vie intime en sont également affectées.

Du côté du secteur enfant, il est difficile de permettre à un jeune d'acquérir son autonomie avant l'âge de 20 ans et sa sortie de l'établissement. Le maintien en structure après 20 ans grâce à l'amendement Creton pouvait paraître comme une solution à ce problème. Non seulement il n'en est pas une (il n'est d'ailleurs pas accordé pour cela), mais en plus, il favorise la présence au sein d'un même établissement d'usagers âgés de 6 à 25 ans, voire parfois plus, avec des préoccupations très différentes en fonction des âges. Cette hétérogénéité du public accueilli ne favorise pas le développement des plus âgés qui accèdent difficilement à une forme de maturité et tend à les éloigner de la vie d'adulte et des responsabilités.

Depuis quelques années, les politiques publiques ont évolué progressivement en mettant en avant l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et l'inclusion. Le principe de désinstitutionnalisation s'est également imposé, en favorisant le maintien à domicile et l'accompagnement au développement de l'autonomie par des services médico-sociaux. Dans cette dynamique, les SAVS et les SAMSAH ont pleinement trouvé leur place en assurant ces missions auprès des personnes adultes. Récemment la nouvelle nomenclature<sup>96</sup> des ESMS est venue favoriser le décroisement institutionnel et la souplesse dans les modalités d'accueil, tandis que la réforme de la tarification des établissements et services<sup>97</sup> (SERAFIN-PH cf. *Annexe 8*) a donné du sens en termes de parcours, de coordination et de logique de service pour la promotion de la personne.

Fort de mon expérience et des constats réalisés auprès des jeunes adultes accompagnés par le SAVS SAMSAH que je dirige, mais aussi des expériences déjà menées sur d'autres

---

<sup>96</sup> Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

<sup>97</sup> S'appuyant sur les recommandations du rapport de Laurent VACHEY (IGF) et Agnès JEANNET (IGAS) remis en octobre 2012

territoires, il m'est apparu comme évident que mon service pouvait être le porteur d'une nouvelle forme d'accompagnement pour faciliter l'entrée dans l'âge adulte des jeunes atteints d'une déficience motrice. Apporter de nouvelles réponses aux jeunes adultes en quête d'autonomie semble en effet indispensable, tant pour leur épanouissement et celui de leurs parents que pour répondre aux difficultés rencontrées par les établissements et services médico sociaux au regard de cette problématique (saturation des services, gestion de la liste d'attente, etc.).

En créant un dispositif spécifique d'accompagnement pour les 16-25 ans, je pense apporter une réponse adaptée aux difficultés de parcours des jeunes adultes et prévenir ainsi les ruptures de parcours néfastes au développement de l'autonomie.

Grâce à ce nouveau type de service, la notion d'autodétermination, qui est le fait « d'agir comme premier agent causal de sa vie, faire des choix et prendre des décisions en regardant sa qualité de vie, libre de toute influence externe »<sup>98</sup>, sera également considérablement développée. En rassurant les familles, ce dispositif permettra en effet aux jeunes adultes de se différencier de leur entourage en prenant leurs propres décisions dans le cadre de leur projet de vie. Il favorisera ainsi le déploiement d'une trajectoire de vie autonome et responsable. Par ailleurs, sa naissance à partir du SAVS SAMSAH l'inscrira dans la démarche permanente de bienveillance du public accueilli par ce service.

Je crois en ce projet qui me motive grandement et j'ai le désir de le construire avec les professionnels en les associant tout au long du processus. La création de ce dispositif innovant pour les 16-25 ans me permettra de mettre en œuvre les compétences attendues d'un directeur d'établissement titulaire du CAFDES<sup>99</sup>. En effet, à partir de mon expertise menée sur le territoire et d'une bonne gestion économique et logistique, je souhaite utiliser un management adapté et une gestion des ressources humaines efficiente pour élaborer et conduire de manière stratégique le projet de ce dispositif, ainsi que celui du SAVS SAMSAH.

Dans la même dynamique de continuité des parcours, un dispositif similaire pourrait être par la suite imaginé pour les personnes handicapées vieillissantes (PHV). En effet, l'espérance de vie des personnes en situation de handicap ayant tendance à s'allonger, le SAVS SAMSAH accompagne de plus en plus de personnes dans des projets de vie liés à l'avancée en âge : accueil en résidence autonomie, entrée en EHPAD, ouverture des droits à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), départ à la retraite, etc. Ici aussi une

---

<sup>98</sup> WEHMEYER M.L., SANDS D.J., 1996

<sup>99</sup> Décret n°2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles

barrière de l'âge s'impose, celle des 60 ans, avec une modification des droits et des prestations possibles. De nombreux partenariats sont également envisageables avec les CLIC et les MAIA notamment. Une équipe d'accompagnement spécifique pour cette avancée dans l'âge aurait alors tout son sens. En tant que directeur du SAVS SAMSAH, il m'appartiendra de mener cette réflexion et de piloter ce nouveau projet pour apporter des réponses adaptées aux besoins de ce public vieillissant et impulser une nouvelle dynamique au sein du service.



---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES :

- BRANDEHO D., 2017, *Usure dans l'institution*, Rennes : Presses de l'EHESP, 330 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Ed. du Seuil, 512 p.
- DELCEY M., 2002, *Déficiences motrices et situations de handicaps*, Paris : APF, 504 p.
- DREYER P., 2011, *Handicap et domicile - Interdépendance et négociations*, Lyon : Chronique Sociale, 143 p.
- DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *Conduire le changement en action sociale : mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, Issy Les Moulineaux : Éditions ESF, 240 p.
- DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N. et coll., 2015, *Travailler en réseau*, Paris : Dunod, 272 p.
- HERMANN F., 2015, *L'autonomie Clé du changement*, Lyon : Chronique Sociale, 300 p.
- LAPRIE B., MIÑANA B., 2010, *Engager une politique de bienveillance*, Paris : ESF Éditeur, 155 p.
- LAPRIE B., MIÑANA B., 2014, *Favoriser la participation des usagers en établissement médico-social*, Paris : ESF Éditeur, 123 p.
- MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2017, *Le métier de directeur Techniques et fictions*, Rennes : Presses de l'EHESP, 278 p.
- NUSS M., 2010, *L'identité de la personne handicapée*, Paris : Dunod, 224 p.
- PEROZ J.-D., 2015, *Les politiques sociales en France*, Paris : Dunod, 320 p.
- TERRAL D., 2013, *Accompagner la personne handicapée à domicile - Du SESSAD au SAMSAH*, Paris : Dunod, 224 p.

### ARTICLES :

- BODIN R., DOUAT É., 2015, « Un âge refusé. Le difficile accès au statut d'adulte des jeunes handicapés », *Agora débats/jeunesses*, n°71, pp. 99-110.
- BONNICHON D., 2016, « Penser le passage de la pédiatrie en service d'adultes à la lumière du processus adolescent », *Contraste*, n°44, pp. 201-214.
- CICCHELLI V., 2001, « Les jeunes adultes comme objet théorique », *Recherches et prévisions*, n°65, pp. 5-18.
- CORDAZZO P., EBERSOLD S., 2015, « Introduction : Handicap, passage à l'âge adulte et vulnérabilités », *Agora débats/jeunesses*, n°71, pp. 49 à 54

- DE BARBOT F., 2016, « Des adolescents racontent... », *Contraste*, n°44, pp. 215-228
- DELLANGNOL C., 2017, « Assistant au parcours de vie », *ASH*, n°3040, pp. 16-20
- DEJOUX V., 2015, « Les difficultés d'accès à l'environnement », *Agora débats/jeunesses*, n°71, pp. 69 à 82
- EBERSOLD S., CORDAZZO P., 2015, « Passage à l'âge adulte, handicap et configurations inclusives », *Agora débats/jeunesses*, n°71, pp. 55 à 67
- ÉCOTIÈRE M.-A., PIVRY S., SCHELLES R., 2016, « Grandir avec un handicap : la transition adolescente », *Contraste*, n°44, pp. 229-251
- HAELEWYCK M.-C., 2013, « Comment favoriser l'autodétermination des jeunes en situation de handicap afin de développer leur identité personnelle ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°63, pp. 207-217
- KHERDJEMIL S., 2018, « Entre systémisme et individualisme », *ASH*, n°3047, pp.10-11
- LHUILIER D., ROCHE P., 2009, « Introduction », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°7, p. 7-18
- MORDIER B., 2013, « Construire sa vie avec un handicap moteur », Document non publié, *Dossiers solidarité et santé DREES*, n°38, Paris
- PILLANT Y., 2012, « Les conditions de l'inclusion des personnes en situation de handicap », pp. 1-17
- PORTELA M., SAINT POL T., ALBEROLA E., 2014, « Ressources et parcours vers l'indépendance des jeunes adultes en France », *Dossiers solidarité et santé DREES*, n°51, pp. 3-46
- SEVESTRE A., 2016, « Faire la part des choses », *Faire face*, n°742, pp. 42-43
- SOPARNOT R., 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », *Recherches en Sciences de Gestion*, n°97, pp. 23-43
- VEILLEUX C., MOLGAT M., 2010, « Que signifie être jeune adulte aujourd'hui ? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale », *Reflets*, n°16, pp. 152-179. En ligne sur le site Web Érudit <http://id.erudit.org/iderudit/044446ar>, consulté le 14 octobre 2016

## ENQUÊTES :

- ANCREAI, 2017, « Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours ». Synthèse nationale des recensements régionaux conduits par les CREAI.
- CREAHI d'Aquitaine, 2014, « Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine ». Document non publié, CREAHI d'Aquitaine, Bordeaux.

- CREAL de Bretagne, 2012, « Étude et analyse des freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants ». Document non publié, CREAL de Bretagne, Rennes.
- CREAL Rhône Alpes, APF38, 2010, « Étude départementale relative aux besoins et attentes des jeunes de 16-25 ans avec handicap moteur au regard de l'offre spécialisée et de droit commun ». Document non publié, CREAL Rhône Alpes.
- DGCS, 2017, « Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour les personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants – Synthèse des résultats ».
- DREES, 2016, « Amendement Creton : 6000 jeunes adultes dans des établissements pour enfants handicapés ». Document non publié, DREES, Paris. En ligne sur le site Web de la DREES, <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er946.pdf>, consulté le 18 novembre 2016
- DREES, 2016, « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 ». Document non publié, DREES, Paris.
- DREES, 2017, « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux ». Les dossiers de la DREES, n°22, Paris.
- DREES Série Statistiques, 2013, « Les établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », n°180.
- OMS, Rapport mondial sur le handicap, 2011.
- PARCOURS HANDICAP 13, 2016, « Éléments de constats sur les 16-25 ans », Association Inter Parcours Handicap 13, Marseille.

#### **CONFERENCES :**

- ANAP, *Comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé de nos territoires ?*, 2016, Lyon.
- CNSA, *Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA Aide à l'autonomie et parcours de vie*, 15 et 16 février 2012, Paris.
- GAUTHERON V., DE LATTRE C., TIFFREAU V. et coll., *Transition du jeune en situation de handicap moteur 15/25 ans : de la pédiatrie au monde des adultes, enjeux sanitaires et médico-sociaux*, 13 octobre 2010, Marseille.
- URIOPSS Centre/CREAI Centre-Val de Loire, *Des parcours de vie inclusifs*, 19 mars 2018, Orléans.

## **RAPPORTS :**

- JACOB P., 2013, Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement.
- PIVETEAU D., 2014, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome I.

## **TEXTES DE LOI :**

- Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

## **RECOMMANDATIONS :**

- ANESM, 2008, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- ANESM, 2009, L'évaluation interne
- ANESM, 2011, L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
- ANESM, 2018, Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b>	Questionnaire usagers adultes du SAVS SAMSAH sur leur parcours entre 16 et 25 ans	II
<b>Annexe 2</b>	Synthèse des résultats des questionnaires	IV
<b>Annexe 3</b>	Décret relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés	VIII
<b>Annexe 4</b>	Programme ON TRAC	XI
<b>Annexe 5</b>	Dessin réalisé par Francis CAMPAGNE, chef de service éducatif, éducateur spécialisé de formation, extrait de son ouvrage « Espèces d'éducateurs ! »	XII
<b>Annexe 6</b>	Diagramme causes effets : difficultés dans le parcours des 16-25 ans	XIII
<b>Annexe 7</b>	Gestion du projet de création du « Dispositif 16-25 » (Diagramme de Gantt)	XIV
<b>Annexe 8</b>	Nomenclatures SERAFIN-PH – Janvier 2016	XV

**Annexe 1 :**

Nom et prénom :

Date :

**PARCOURS 16-25**

**QUESTIONNAIRE USAGERS**

1. Vous êtes :

- une femme
- un homme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Êtes-vous suivi aujourd'hui par un service ou fréquentez-vous un établissement ? Lequel ?

- SAVS
- SAMSAH
- Accueil de jour
- Résidence service
- SAAD ou autre service d'aide humaine
- Autre : lequel ?

4. Quelles types de structures vous a accompagné(e) pendant votre enfance ?

5. Quelle était la dernière structure du « secteur enfance » qui vous a suivi ? À quel âge en êtes-vous sorti ?

6. Est-ce que votre sortie du secteur enfance et votre « entrée dans l'âge adulte » ont été préparées ? Par qui ? Comment ? A partir de quand ?

**Eric FORESTIER**

7. Pensez-vous avoir été « bien préparé » (informations, conseils, orientations, ouverture de droits, anticipation dans les démarches...) à la vie d'adulte ?

- Parfaitement
- Partiellement
- Pas du tout
- Ne sais pas

8. Sur quels aspects pensez-vous avoir été bien préparé ?

9. Quels sont les éléments qui vous ont manqué lors de votre passage dans le secteur adulte ?

10. Où vivez-vous aujourd'hui ?

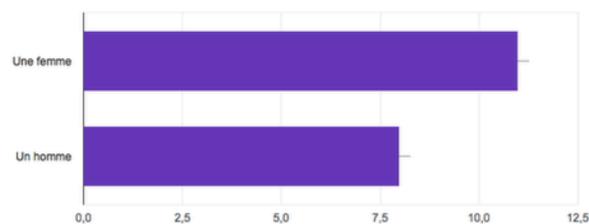
11. Quels sont vos projets pour les années à venir ?

**Eric FORESTIER**

## Annexe 2 :

	<b>PROJET D'AMELIORATION DES PARCOURS 16-25 ANS</b>	Page 1 / 4
	<b>RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES USAGERS ADULTES</b>	

- 19 personnes ont été interrogées entre le 19/01/18 et 15/03/18
- 11 femmes (57,9%) et 8 hommes (42,1%)



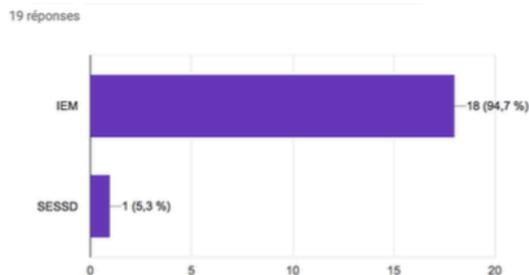
Âge des personnes interrogées	Nombre de personnes
20 à 25 ans	4
26 à 30 ans	7
30 à 35 ans	5
36 à 40 ans	3

- 100% des personnes interrogées sont encore suivies par un service

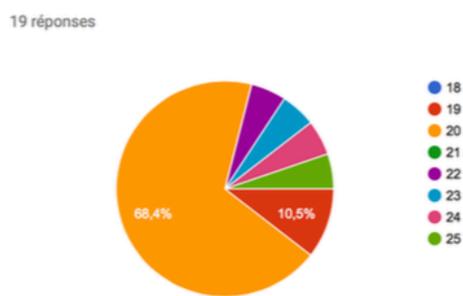
Suivi par un SAVS	13	68,4%
Suivi par un SAMSAH	2	10,5%
Accueilli en accueil de jour	12	63,2%
Vivant en résidence services	4	21,1%
Accompagné par un service d'aide humaine	15	78,9%
Travaillant en ESAT	2	10,5%

- 100% des personnes interrogées ont été suivies par un IEM  
1 personne a également bénéficié d'un accompagnement par un SESSD

- Dernière structure du « secteur enfance » ayant suivi :

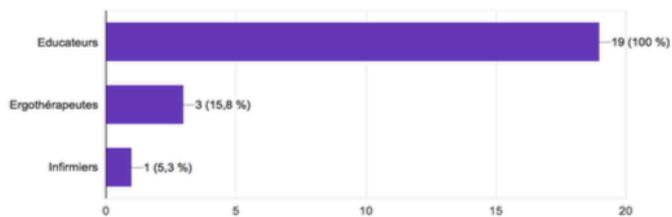


- Âge de sortie de l'établissement/service pour enfants :



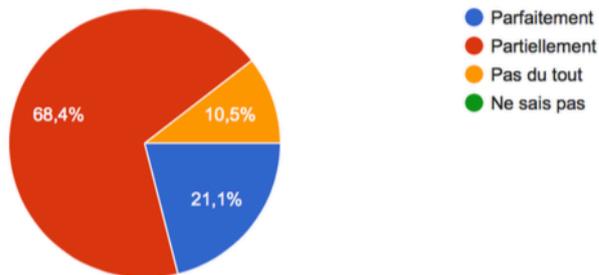
- Préparation de la sortie du secteur enfance et de « l'entrée dans l'âge adulte » :

Visites ou essais dans des structures d'hébergement (FAM, foyer de vie)	13	68,4%
Essais en accueil de jour	10	52,6%
Apprentissages des activités de la vie quotidienne	5	26,3%
Rencontre avec des pairs	4	21,1%
Essais en appartement thérapeutique	4	21,1%
Stages en ESAT	3	15,8%
Relais avec un service d'accompagnement pour adultes	1	5,3%



## Pensez-vous avoir été bien préparé à la vie d'adulte ?

19 réponses



- Aspects sur lesquels les personnes pensent avoir été bien préparées :

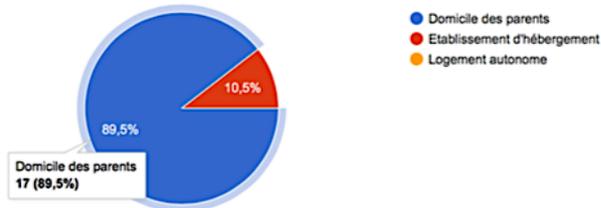
<b>Gestion des démarches administratives, budget</b>	7
<b>Renouvellement du matériel médical</b>	7
<b>Informations et orientations vers les structures pour adultes</b>	7
<b>Intimité, sexualité</b>	5
<b>Compréhension des droits et documents MDPH</b>	4
<b>Organisation dans un logement autonome</b>	4
<b>Communication</b>	4
<b>Déplacements</b>	4
<b>Mesures de protection</b>	1
<b>Suivi médical</b>	1

- Éléments qui ont manqué :

<b>Gestion des démarches administratives, budget</b>	7
<b>Renouvellement du matériel médical</b>	7
<b>Informations et orientations vers les structures pour adultes</b>	6
<b>Compréhension des droits et documents MDPH</b>	5
<b>Suivi médical</b>	3
<b>Intimité, sexualité</b>	2
<b>Mesures de protection</b>	1
<b>Communication</b>	1

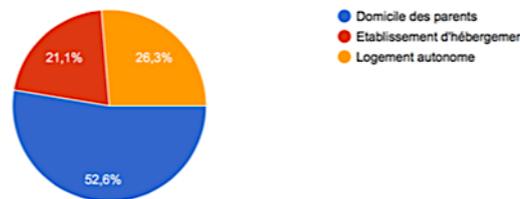
### Où avez-vous vécu lorsque vous avez quitté le secteur enfance ?

19 réponses



### Où vivez-vous aujourd'hui ?

19 réponses



- **Projets pour les années à venir :**
  - 7 personnes expriment le souhait de vivre dans un logement autonome
  - 4 personnes expriment le souhait de vivre en couple
- **Expression de certaines personnes interrogées :**
  - « Quand j'ai quitté le secteur enfance, je n'ai pas été soutenu dans mes demandes, on m'a mis dans une case »
  - « Avant mon passage dans le secteur adulte, tout était planifié, organisé »
  - « J'étais très cocooné à l'IEM », « J'ai très mal vécu mon passage dans le secteur adulte car mes parents étaient aussi très protecteurs »
  - « A l'IEM, ils ont tout fait à ma place »
  - « La transition a été violente », « J'étais très cocooné à l'IEM », « On me disait tout le temps : tu es sûre que tu ne veux pas aller aux toilettes ? », « Je n'ai pas été préparée mentalement »
  - « J'ai été très diminué dans les structures pour enfants, on m'a rabaissé, pas mis en confiance », « Mes parents m'ont beaucoup couvé »
  - « J'ai dû me battre pour aller en ESAT »
  - « On faisait tout à ma place », « Je me suis senti libre à la sortie de l'IEM »
- **Intérêt d'un accompagnement par un service pour adultes :**
  - « Le SAVS m'a permis d'accéder à mon autonomie, de passer mon permis, d'avoir des aides humaines, mon propre logement »

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

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

NOR : SANA0424257D

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,  
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 ;  
Vu le code de la santé publique ;  
Vu le code de la sécurité sociale ;  
Vu le code du travail ;  
Vu le code de l'éducation ;  
Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;  
Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 9 septembre 2004 ;  
Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 novembre 2004,

Décète :

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

*« Paragraphe 10*

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

*« Sous-paragraphe 1*

*« Services d'accompagnement à la vie sociale*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*« Sous-paragraphe 2*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*« Sous-paragraphe 3*

*« Dispositions communes*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à Paris, le 11 mars 2005.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

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

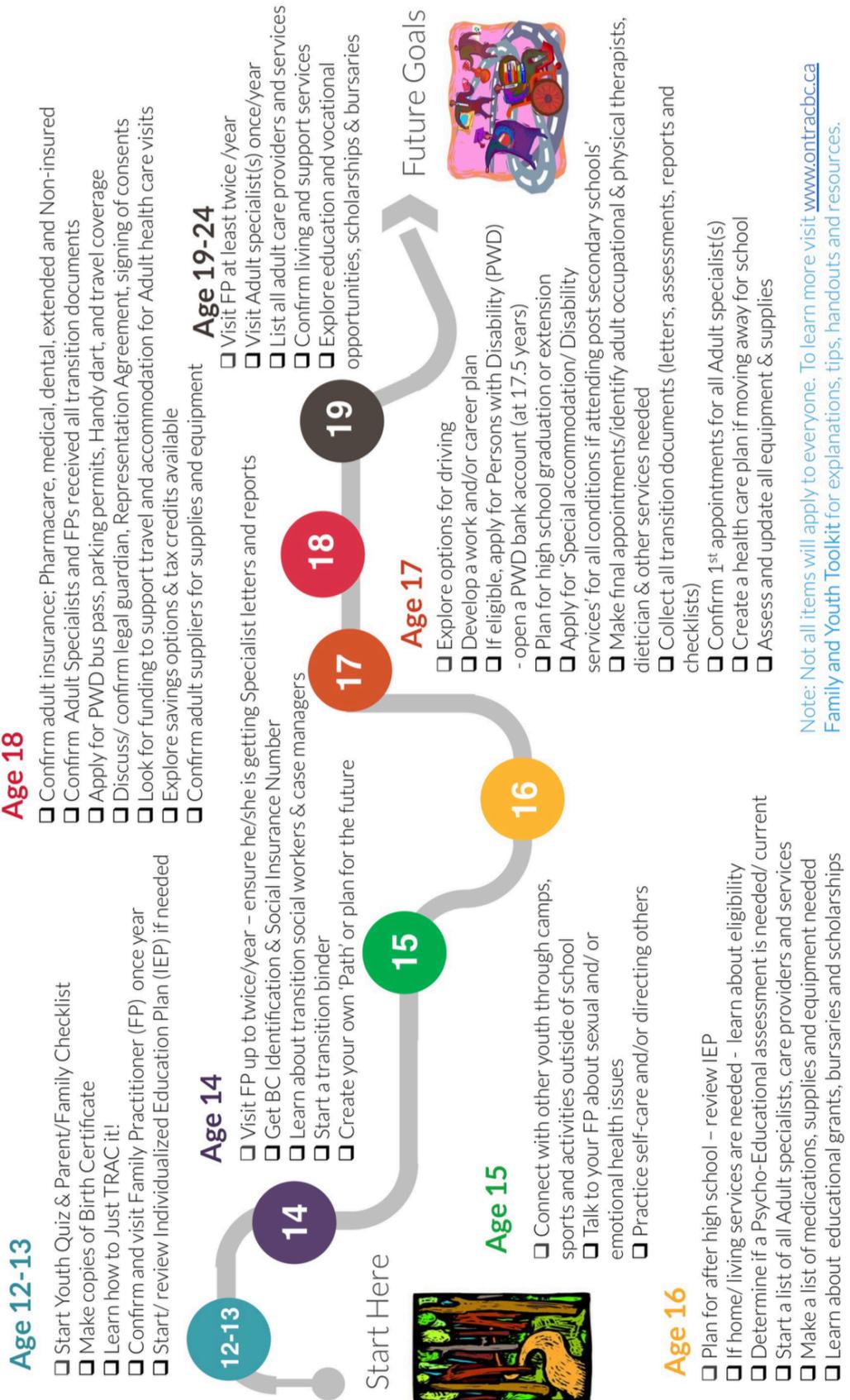
*Le ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur  
et de la recherche,*  
FRANÇOIS FILLON

# ON TRAC Transition to Adult Care Timeline



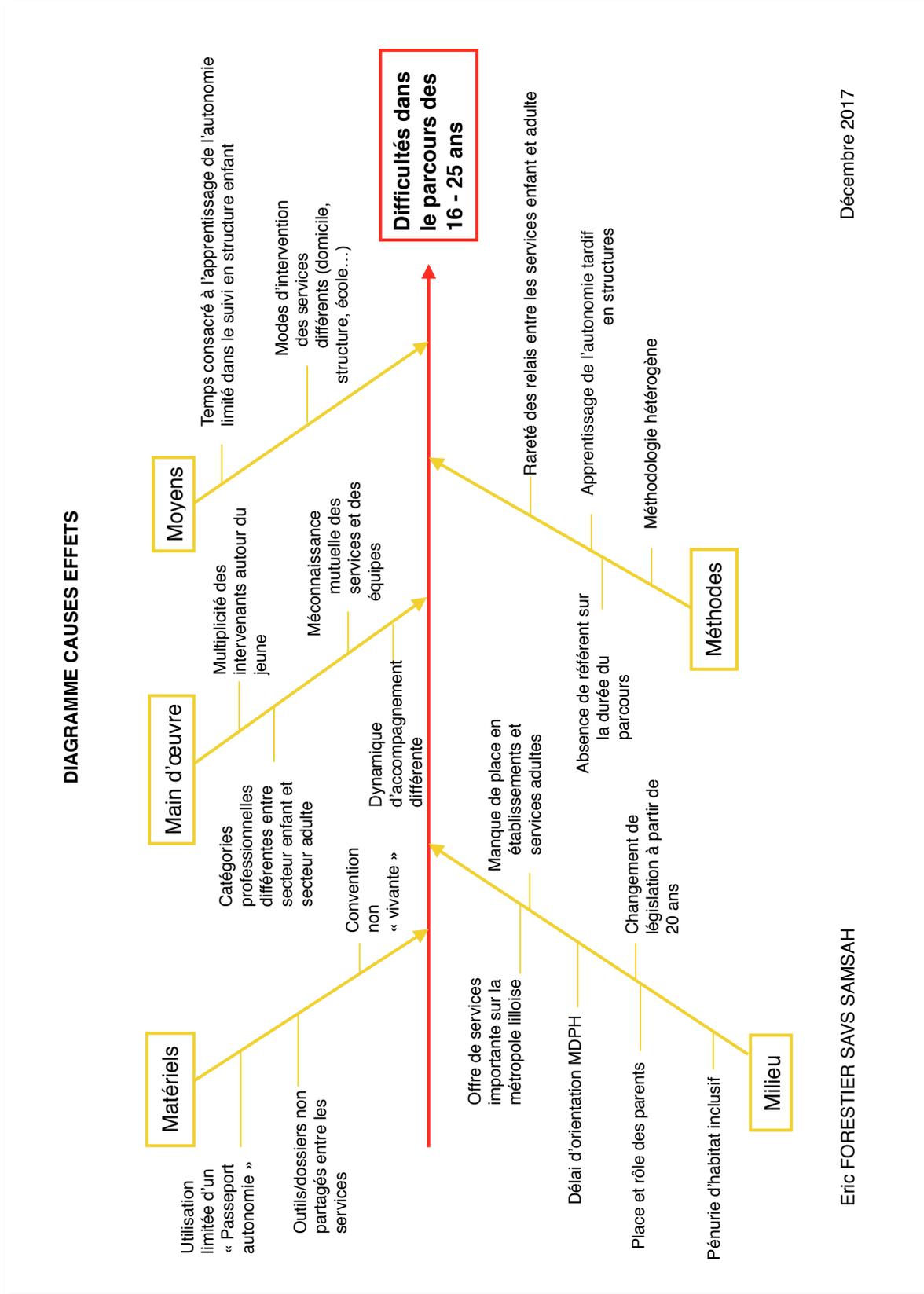


"Take it step by step, moment by moment - break it into small manageable pieces. Put yourself on the back for steps accomplished" ...a parent who has been there.



**Annexe 5 :**





Décembre 2017

Eric FORESTIER SAVS SAMSAH

**Annexe 7 :**

**Gestion du projet dispositif 16-25**

Eric FORESTIER

Nom de la tâche	Date de début	Date de fin	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1
			juil. août sept. oct. nov. déc. janv. févr. mars avr. mai juin juil. août sept. oct. nov. déc. janv. févr. mars										
1													
2	<b>03/09/17</b>	<b>18/07/18</b>											
<div style="background-color: #e1f5fe; padding: 2px;"> <b>Grupos de travail 16-25</b> </div>													
3	03/09/17	30/03/18											
Réflexion entamée avec le siège associatif													
4	01/04/18	29/06/18											
Participation et organisation des groupes de travail													
5	02/07/18	17/07/18											
Synthèse des travaux													
6	18/07/18	18/07/18											
Rencontre avec la Direction Régionale pour validation													
7	<b>01/01/18</b>	<b>28/06/19</b>											
<div style="background-color: #e1f5fe; padding: 2px;"> <b>Négociation CPOM</b> </div>													
8	01/01/18	26/10/18											
Ecriture des fiches action													
9	29/10/18	31/10/18											
Présentation à l'ARS et au CD													
10	01/11/18	07/11/18											
Validation du projet par la MDPH													
11	21/12/18	21/12/18											
Signature CPOM													
12	<b>02/09/18</b>	<b>28/06/19</b>											
<div style="background-color: #e1f5fe; padding: 2px;"> <b>Création du dispositif 16-25</b> </div>													
13	02/09/18	14/09/18											
Rencontre avec les IRP													
14	16/09/18	21/09/18											
Présentation aux salariés													
15	23/09/18	28/06/19											
Construire le projet avec les professionnels / CPMC													
16	23/09/18	26/10/18											
Entretiens professionnels													
17	26/10/18	30/11/18											
Constitution de l'équipe													
18	30/11/18	28/06/19											
Comités de pilotage, groupes de travail													
19	01/01/19	28/06/19											
Ecriture fiches de poste et projet de service													
20	01/01/19	28/06/19											
Débuter "recrutement" des usagers													
21	30/06/19	30/06/19											
Ouverture du dispositif 16-25													

## Annexe 8 :

### Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de <b>santé somatique et psychique</b>	1.3 - Besoins pour la <b>participation sociale</b>
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et de système nerveux	1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	1.3.3 – Besoins pour l’insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix et la parole et aux dents	1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hémato-poïétique, immunitaire et respiratoire	1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l’emploi
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne	1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d’apprentissages
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaire et reproductive	1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale
<b>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d’autonomie</b>	1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport
1.2.1.1 - Besoins en lien avec l’entretien personnel	1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité	
1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	

## Nomenclature des prestations - Prestations directes / Soins et accompagnement

2.3 - Prestations pour la <b>participation sociale</b>			2.1 - Prestations de <b>soins</b> , de maintien et de développement des <b>capacités fonctionnelles</b>
<p><b>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</b></p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p>	<p><b>2.3.2 – Accompagnements au logement</b></p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p>	<p><b>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</b></p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève et d'étudiant</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jours spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements à la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	
<p><b>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</b></p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie dans les déplacements</p> <p>2.3.4.4 – Accompagnements après la sortie de l'ESMS</p>	<p><b>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</b></p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>		
2.3 et 2.3.1 - Prestations en matière d' <b>autonomie</b>			
<p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes essentiels</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel pour mettre en œuvre une prestation en matière d'autonomie</p> <p>2.2.1.4 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptés et pour la sécurité</p>	<p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communications et les relations avec autrui</p>		
			<p><b>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</b></p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative ou palliative</p> <p>2.1.1.2 - Soins des infirmiers, des aides soignants et auxiliaires de puériculture à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.3 - Prestations des psychologues y compris à destination des fratries et des aidants</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p> <p><b>2.1.2 - Soins de rééducation et réadaptation fonctionnelle</b></p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistés</p> <p>2.1.2.2 - Prestations des superviseurs non psychologues</p>

## Nomenclature des prestations – Prestations indirectes / Pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions <b>gérer, manager, coopérer</b>	3.2 - Fonctions <b>logistiques</b>
<p>3.1.1.1 - Pilotage et direction</p> <p>3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines</p> <p>3.1.1.3 - GPEC, formation professionnelle continue, conditions de travail et dialogue social</p> <p>3.1.1 - Gestion des ressources humaines et du dialogue social</p> <p>3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p>3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressources et soutien au personnel</p> <p>3.1.4 - Qualité et sécurité</p> <p>3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et de droit commun</p> <p>3.1.5 - Relations avec le territoire</p>	<p>3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir</p> <p>3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger</p> <p>3.2.1.2 - Locaux et autres ressources pour accueillir le jour</p> <p>3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour prodiguer les soins, le maintien et le développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer</p> <p>3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité incendie, espaces extérieurs</p> <p>3.2.3 - Entretien le linge</p> <p>3.2.3.1 - Matériels de blanchissage</p> <p>3.2.3.2 - Traitement du linge</p>
<p>3.1.2.1 – Gestion budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.2.2 – Gestion administrative</p> <p>3.1.2.3 - Transports liés à gérer, manager, coopérer</p> <p>3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2</p> <p>3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies</p> <p>3.1.3.3 - Système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED</p> <p>3.1.3 – Information et communication</p> <p>3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels</p>	<p>3.2.2 - Fournir des repas</p> <p>3.2.2.1 - Matériels de cuisine</p> <p>3.2.2.2 - Production de repas</p> <p>3.2.2.3 - Mise à disposition des repas : du service à table jusqu'au service à domicile</p> <p>3.2.2.4 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et l'entretien du linge</p> <p>3.2.4 - Transports liés au projet individuel</p> <p>3.2.4.1 - Transports liés à accueillir</p> <p>3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie</p> <p>3.2.4.4 - Transports liés à la participation sociale</p>

**FORESTIER**

**Éric**

**Novembre 2018**

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale  
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts-de-France**

**Diversifier l'offre de service d'un SAVS SAMSAH pour améliorer le passage à  
l'âge adulte des jeunes atteints de déficience motrice**

***Résumé :***

Les jeunes adultes atteints de déficience motrice et accompagnés par le SAVS SAMSAH dont je suis le directeur ont pour la plupart tous vécu une période de transition difficile entre le secteur enfant et le secteur adulte. Ce passage à l'âge adulte, compliqué pour le jeune comme pour son entourage sur de nombreux points, perturbe le développement et l'accès à l'autonomie de ce public fragilisé. De ce fait, les accompagnements auprès de ces jeunes adultes par le SAVS SAMSAH sont longs et complexes. Ils mettent régulièrement en difficulté les professionnels.

La création d'un service d'accompagnement spécialisé pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans apparaît comme un moyen pour supprimer le cloisonnement existant entre les secteurs enfant et adulte. Le « Dispositif 16-25 » assurera une continuité dans le suivi des jeunes, sécurisera leur parcours en prévenant les ruptures et favorisera l'inclusion. Initié par le SAVS SAMSAH, ce dispositif s'appuie sur l'expérience des services et établissements pour enfants et sur l'expertise de l'accompagnement à domicile du SAVS SAMSAH.

Pour construire et mettre en place ce projet innovant, la qualité du management et de la gestion des ressources humaines sera essentielle afin de s'assurer de la participation des salariés. Mais la stratégie managériale sera également orientée vers le développement de partenariats pour inscrire ce nouveau dispositif sur le territoire et apporter ainsi une réponse adaptée aux besoins du public.

***Mots clés :***

Parcours, jeunes adultes, handicap, déficience motrice, autonomie, SAVS SAMSAH, dispositif, accompagnement, inclusion, secteur enfant, secteur adulte, passage, transition, résistance au changement, partenariat, innovation, décloisonnement.

*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.*