



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2005

Personnes Adultes Handicapées

**ACCOMPAGNER À PARTIR DU DOMICILE LE PROJET
DE VIE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE
PSYCHIQUE OU INTELLECTUELLE**

Refonder le projet du Service d'Accompagnement Social à Domicile

Jean-Yves COIGNEC

Remerciements

J'adresse mes remerciements à ceux qui m'ont permis de réaliser cette formation.

Mr Jean-Claude Samson directeur- général de l'association Kan Ar Mor.

Mr Christophe Pouliquen directeur des ressources humaines et l'ensemble des salariés siégeant à la Commission de la formation permanente associative.

Merci à mes collègues directeurs pour les nombreux coups de main et soutiens, merci en particulier à Odile et Erick.

Je suis reconnaissant à Mme Claude Blond-Poupard, responsable CAFDES à L'IRTS de Rennes, pour son accompagnement.

Merci à celles et ceux qui ont laissé des cailloux blancs sur le chemin des stages ou des rencontres fortuites. En particulier :

Mme Françoise Degrand, directrice du SAVS « La Rencontre » à Versailles.

Mr Jean-Yves Broudic, conseiller technique au CREAI de Bretagne.

Mme Guergadi, responsable des dispositifs « habitat adapté » au CCAS de Quimper.

Kadhija secrétaire du MAIS à Lyon.

Mme Lydie Berger, responsable du SPAS « Espoir 35 » à Rennes.

Mr Jacques Carton, chef de service à la Direction de la santé et de l'autonomie de l'Isère.

Je tiens à exprimer ma gratitude à chacune et chacun des professionnels du SASD et du SAF pour leur attente bienveillante.

Je salue Yves Le Bihan, directeur en charge des projets de l'association Don Bosco.

Mes remerciements vont à Mr Jean-Claude Caroff président - délégué et aux bénévoles de l'Unafam 29.

A celles et ceux qui ont partagé ces années de formation avec leur lot de solidarités et de difficultés, particulièrement, Josselyne, Anne, Nathalie, André, j'adresse mille mercis.

A Jean-Pierre Redier, qui reste ma référence dans le métier de directeur.

Aux miens, Marie, Paul, Etienne, Rémi, si présents malgré mes absences,

A Eric, sans qui les choses auraient été difficiles.

Aux absents dont le souvenir m'a guidé.

Devenir plusieurs, braver l'extérieur, bifurquer ailleurs.

Voici les trois premières étrangetés, les trois variétés d'altérité, les trois premières façons de s'exposer. Car il n'y a pas d'apprentissage sans exposition, souvent dangereuse, à l'autre.

Michel Serres. *Le tiers-instruit.*

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 DE L'INTEGRATION PAR LE TRAVAIL AU PROJET DE VIE, LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.	5
1.1 L'approche sociale du handicap en lien avec le travail protégé: l'émergence d'un paradoxe pour le SASD.	5
1.1.1 En l'absence d'une définition, la capacité d'accès au travail mesure le handicap.....	5
1.1.2 La loi d'orientation de 1975 : la nécessité de protection au risque de la discrimination	8
1.2 Le SASD : une alternative en matière d'accompagnement qui reste réservée aux travailleurs handicapés.....	11
1.2.1 L'association Kan Ar Mor, une dynamique d'ouverture propice au partenariat. ...	11
1.2.2 Un dispositif d'accompagnement social dépendant du travail protégé.....	12
1.2.3 Les fondements du SASD.	15
1.2.4 La population du SASD : la remise en cause de l'homogénéité de la situation des adhérents au regard du travail.....	19
1.3 Le modèle participatif : l'activité, fondement de la citoyenneté des personnes en situation de handicap.	23
1.3.1 Des influences consacrent le principe de la participation.....	23
1.3.2 Le modèle participatif : un nouvel équilibre dans l'accompagnement social	27
2 LE SASD : DU CONSTAT AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION.....	31
2.1 Un diagnostic interne qui révèle une inadéquation avec l'évolution des besoins des adhérents.....	31
2.1.1 L'individualisation, fondement de l'accompagnement : un modèle insuffisamment questionné.....	31
2.1.2 Un pôle professionnel qualifié dont les spécialisations ne sont pas diversifiées..	33
2.1.3 Une absence de base réglementaire qui ne contribue pas à la légitimation du service.....	37
2.1.4 Un réseau conséquent qui relève d'une logique territoriale.	40
2.1.5 Un mode de financement du service peu adapté à la réalité des publics accompagnés.....	42

2.2	Les évolutions législatives traduisent et initient un mouvement d'ouverture, aux contours peu définis.....	43
2.2.1	Le projet de vie, socle du droit à la compensation du handicap.	43
2.2.2	La coopération du sanitaire et du social légiférée : un levier pour renforcer l'accompagnement des personnes.	44
2.3.1	L'expérience gestionnaire partagée entre l'Association Kan Ar Mor et le Centre Hospitalier Spécialisé E. Gourmelen : un contexte propice au développement de partenariats.....	45
2.3.2	Une planification du sanitaire et du social qui les rapproche pour unifier l'accompagnement des personnes.	46
2.3.3	La démarche de L'Unafam auprès de l'association Kan Ar Mor : de la reconnaissance d'une compétence à la complémentarité des expériences.....	47
2.4	Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale légitimés : un cadre pour une refondation.....	49
2.4.1	La notion de « service » rime avec diversification dans la loi du 2 janvier 2002..	49
2.4.2	Un acte fondateur pour les SAVS : le décret du 11mars 2005.	49
2.4.3	L'accompagnement social des personnes déficientes intellectuelles et psychiques axe prioritaire du schéma départemental.	53
3	LE PROJET DE VIE : UN REPERE POUR CONSTRUIRE UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT SOCIAL A PARTIR DU DOMICILE.....	56
3.1	Rappeler la philosophie du projet.	56
3.1.1	L'ancrage aux valeurs associatives.	56
3.1.2	Questionner « la part du domicile » au sein du projet de vie.	56
3.1.4	Le conventionnement des réseaux.	57
3.1.5	Le droit est inhérent à la dynamique des projets de vie.....	58
3.2	Structurer l'équipe du SASD : un préalable pour engager le changement..	58
3.2.1	Restaurer une entité de service à partir d'un accompagnement de proximité.....	58
3.2.2	Définir et professionnaliser le métier de l'accompagnement social.	62
3.3	Adapter les modalités de l'accompagnement social au projet de vie des adhérents.....	65
3.3.1	L'évaluation un levier pour situer l'accompagnement au plus près des adhérents.....	65
3.3.2	Instaurer un fonctionnement de service garant de la continuité de l'accompagnement.	67
3.3.3	Le droit des adhérents s'installe au cœur des pratiques d'accompagnement.	69
3.3.4	L'écriture du projet de SAVS : point de départ d'une nouvelle légitimité au service du projet de vie des adhérents.	72

3.3.5 Le réseau pour assurer la continuité de l'accompagnement.	74
3.3.6 Les perspectives d'évolution du SAVS à travers le 3 ^{ème} Schéma départemental.	76
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	I
LISTE DES ANNEXES.....	IV

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé.
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne.
ANCREAI	Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et L'Adolescence Inadaptée.
APL	Allocation Personnalisée au Logement.
ARTT	Aménagement lié à la Réduction du Temps de Travail.
CAFDES	Certificat d'Aptitude à la Fonction de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale.
CAT	Centre d'Aide par le Travail.
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale.
CDA	Commission des Droits et de l'Autonomie.
CDD	Contrat à Durée Déterminée.
CDES	Commission Départementale d'Education Spéciale.
CDI	Contrat à Durée Indéterminée.
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale.
CET	Compte Epargne Temps.
CHC	Centre Hospitalier de Cornouaille
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé.
CIH	Classification Internationale du Handicap.
CME	Commission Médicale d'Etablissement.
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens.
COTOREP	Commission Technique d'OrientatIon et de Reclassement Professionnel.
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée.
CRISMS	Commission Régionale des Institutions Sanitaires et Médico-Sociales.
CROSMS	Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale.
CROSS	Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale.
DEES	Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé.
DIA	Document Individuel d'Accompagnement ;
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge.
EA	Entreprise Adaptée.
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail.
ETP	Equivalent Temps Plein.

GIP	Groupement d'Intérêt Public.
IFSI	Institut de Formation et de Soins Infirmiers.
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale.
IME	Institut Médico – Educatif.
INPI	Institut National de la Propriété Industrielle.
IRTS	Institut Régional de Travail Social
MAIS	Mouvement pour l'Accompagnement et L'Insertion Sociale.
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées.
ME	Moniteur Educateur.
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé.
ONU	Organisation des Nations Unies.
PAUF	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds.
SAD	Service d'Aides à Domicile.
SASD	Service d'Accompagnement Social à Domicile.
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.
SCAP	Système Combiné d'Analyse de la Prestation.
SCAPH	Service Conseil en Autonomie pour Personnes Handicapées Physiques.
SNASEA	Syndicat national au service des associations du secteur social et médico – social
SPASAD	Service Polyvalent d'Aides et de Soins A Domicile.
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile.
SVA	Site pour la Vie Autonome.
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux.
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience.

INTRODUCTION

Pour être admise dans le service il faut...

- *que la personne bénéficie du statut de travailleur handicapé suite à une décision de la COTOREP.*

- *que la personne ait un emploi ou soit en passe d'en avoir un...*¹ Cet extrait du projet de service du SASD datant de 1995 et relatif aux critères d'admission, illustre le primat du travail dans le processus d'intégration des personnes en situation de handicap. Primat qui marque le SASD dans sa dimension conceptuelle, organisationnelle, mais également réglementaire. La « centralité »² du travail telle que la qualifie Robert Castel est cependant aujourd'hui questionnée dans nos sociétés occidentales. Le travail conserve indéniablement son caractère intégrateur, mais l'impact des facteurs économiques et culturels en relativise désormais la portée.

L'absence d'activité professionnelle pour un certain nombre d'adhérents³ du SASD, souligne une limite de notre dispositif d'accompagnement, étroitement relié au travail protégé. La continuité de l'accompagnement des personnes déficientes psychiques et intellectuelles n'accédant plus au travail, ne s'exerce que dans un cadre réglementaire dérogatoire, qui assimile l'accompagnement social à un régime d'exception. Aujourd'hui pour une capacité autorisée de 172 places, le SASD accompagne 22 personnes qui n'accéderont plus au travail en raison de leur retraite ou du fait des conséquences liées à leurs déficiences. Cette réalité recouvre des aspirations et besoins différents pour ces personnes. Elle pose au service la question du sens et de l'adaptation de l'accompagnement dont le domicile est la clef de voûte. La réponse apportée à cette

¹ *Le Service d'Accompagnement Social, Un carrefour d'insertion. Projet d'établissement.* Association Kan Ar Mor. Novembre 1995.

² CASTEL R. *Les métamorphoses de la Question Sociale. Une chronique du salariat.* 2^{ème} édition. Paris : Fayard, 2000.p.385 (474 p.)

³ Jusqu'en 1995 les personnes accompagnées par le SASD, contribuaient aux frais de séjour sous la forme d'une participation reversée à l'Aide Sociale. Cette contribution appelée « adhésion » a conduit à désigner les personnes sous le terme d'adhérents

question est de nature à bénéficier à l'ensemble des personnes accompagnées par le service et au vu des évolutions réglementaires en cours de permettre son ouverture à de nouveaux publics.

Au mois de février 2004 le directeur du service, par ailleurs directeur d'un CAT, est promu pour exercer la gérance de l'Atelier Protégé de l'association. Je suis alors nommé directeur-adjoint du SASD après en avoir exercé les fonctions de chef de service durant trois années. C'est à ce titre qu'aujourd'hui j'engage la dynamique d'évolution du service.

Dans la première partie du mémoire, je reviens à l'origine du SASD, pour en délimiter l'environnement. Se posant en alternative à l'hébergement collectif, le service développe l'accès au domicile comme vecteur de socialisation. Cette démarche repose sur le modèle intégratif, lui-même fondé sur la capacité d'accès des personnes handicapées au travail. A travers la présentation des fondements conceptuels du service et de la population accompagnée, émerge le caractère restrictif du dispositif d'accompagnement. Le contexte initial du service, se transforme sous l'action des institutions internationales ainsi que sous l'influence des politiques européennes et françaises. Aujourd'hui le modèle participatif renverse les logiques et reconnaît à la personne handicapée des droits sur son existence. La non-discrimination est érigée en principe conducteur des politiques publiques et la fonction sélective du travail s'en trouve relativisée. Logiquement, la notion de projet de vie introduite par la loi *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, confirme cette évolution. Pour la première fois, la loi définit le handicap et reconnaît le droit à la compensation de celui-ci. Tout en garantissant leur continuité, elle ouvre les dispositifs d'accompagnement à de nouveaux publics.

Dans la seconde partie du mémoire, je délimite les enjeux qui se présentent au SASD compte tenu des évolutions évoquées précédemment. L'absence d'activité professionnelle pour un certain nombre d'adhérents rompt une homogénéité dans la population accompagnée ; elle met en évidence une inadaptation du fonctionnement du service à l'évolution du mode de vie des personnes. Si l'absence de base réglementaire n'a pas empêché une autonomie du service sur un plan structurel, elle a cependant nui à une évaluation et à une planification de son activité. Je mets par ailleurs en évidence les leviers mobilisables pour inscrire le projet de vie des adhérents au coeur de la dynamique de changement. Ces leviers relèvent notamment des évolutions législatives qui instaurent le principe de la compensation du handicap. Dans le contexte d'ouverture que suscite le développement de la Santé Mentale, la démarche de rapprochement initiée par l'Unafam, en vue d'une ouverture spécifique du SASD aux personnes déficientes psychiques, trouve toute sa cohérence. Je conclus cette seconde partie, par la mise en perspective de l'« état

des lieux » avec le récent décret relatif aux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), opportunité pour donner forme au changement.

La troisième partie du mémoire débute par un rappel de la philosophie du projet, lequel s'appuie sur des valeurs associatives récemment réécrites. La structuration de l'activité de l'équipe passe par la prise en compte de la dimension territoriale du service. Cette structuration est un préalable à la mise en œuvre de l'adaptation de l'accompagnement qui garantit la continuité des projets de vie au-delà des aléas du quotidien. L'évaluation interne inscrite dans la dynamique du service, prépare l'évolution du projet. Aussi j'accompagne la remise en cause des pratiques que cette évolution génère ainsi que la mobilisation des professionnels à s'inscrire dans le partage de compétences que suscite le travail en réseau. Les perspectives d'évolution du service que trace le schéma départemental, clôtureront cette troisième partie.

1 DE L'INTEGRATION PAR LE TRAVAIL AU PROJET DE VIE, LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.

1.1 L'approche sociale du handicap en lien avec le travail protégé: l'émergence d'un paradoxe pour le SASD.

1.1.1 En l'absence d'une définition, la capacité d'accès au travail mesure le handicap.

A) Le handicap pour compenser la différence.

L'étymologie anglaise *hand in cap*⁴ renvoie l'origine du mot à l'univers des troqueurs du 18ème siècle pariant "la main dans le chapeau" sur le différentiel de valeur des produits échangés. Ainsi dès son premier usage le mot « handicap » se réfère à une appréciation problématique. Puis son acception s'élargit à l'univers des turfistes où l'arbitre sous le terme handicap fixe le poids ou la distance « à rendre » entre les chevaux afin d'égaliser les chances. Il est alors question d'une différence de valeurs (ou de chances) que le handicap a vocation à compenser.

B) De l'expérience de la réadaptation issue de la Grande Guerre à la construction sociale du handicap.

L'ampleur des traumatismes de la première guerre mondiale par leur nombre et par leur nature voit se conjuguer à la volonté de réparer, le perfectionnement des techniques prothétiques. L'influence du mouvement dit de la *réadaptation* contribuera progressivement à associer toutes les personnes diminuées aux blessés de la première guerre, fixant ainsi le « curseur » sur le modèle de la mutilation, en tant qu'insuffisance à « compenser »⁵. La compensation porte sur cette distance qui sépare les personnes du travail, l'idée qu'elles ne puissent subvenir à leurs besoins du seul fait de leur infirmité étant intolérable.

⁴ CHAPIREAU F. Evolution du Concept du handicap. Analyse critique de la notion du handicap. *Pratiques en santé mentale*, Février 2005, n° 1/05, p.8. (pp.7-21)

⁵ PIERRE J.M. Travail, Handicap, précarité. *Handicap*, janvier – mars 2001, n° 89, p.18. (pp. 1-22)

A travers la loi du 23 novembre 1957 *en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés*, l'usage du terme handicapé est officialisé pour la première fois ...*Est considérée comme travailleur handicapé [...] toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales.*⁶

Le terme *handicap* suggère que la réadaptation relève désormais d'une approche sociale c'est-à-dire qu'elle n'est plus limitée à la personne. A partir de l'émergence de la notion de handicap *L'affection n'est plus considérée comme un état définitif reposant sur une constatation purement médicale, mais une situation d'ensemble qui est évolutive.*⁷ Cependant *L'homologation de la notion de handicap*⁸ comme la désigne Serge Ebersold consacre la légitimité médicale sur cette lecture sociale, ainsi les structures d'accueil relèvent dans leur majorité du secteur hospitalier.

Mais désigner sous un seul terme provoque un effet globalisant et la diversité des situations individuelles se réduit alors à une logique de classification, de hiérarchisation devant correspondre à une norme sociale à atteindre. Le passage de la lecture médicale de l'infirmité à la globalisation sociale du handicap s'est opéré au risque d'effacer la part d'expérience humaine individuelle issue de la différence. De fait les dispositifs d'accompagnement futurs standardiseront les réponses, privilégiant en particulier la capacité pour les personnes en situation de handicap d'accéder ou non au travail

C) La relation Travail-Socialisation-Assistance.

Dans son livre *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Robert Castel affirme le rôle du travail en tant que ... *support privilégié d'inscription dans la structure sociale...*⁹ Il établit un lien entre les états de fragilité et le travail : la distinction des situations s'effectue selon que les individus sont reconnus par la collectivité comme en capacité ou non de travailler. Dans la seconde hypothèse pour peu que l'individu soit « dédouané de l'obligation du travail »¹⁰, sa prise en charge ne pose pas problème, voire

⁶DORIGUZZI P. *Mutations du travail : s'adapter ou s'inventer ?* [en ligne]

25 décembre 1996. Disponible sur Internet <http://pascaldoriguzzi.free.fr/apfunscsco.htm>

⁷ EBERSOLD S. L'invention du handicap, *La normalisation de l'infirme*. 2^{ème} édition. Paris : CTNERHI, 1997.p125. (300p.)

⁸ Idem., p127.

⁹ CASTEL R. *Les métamorphoses de ...*, op.cit., p.13.

¹⁰ CASTEL R. *Les métamorphoses de ...*, op.cit., p.29.

*elle ne met pas en cause l'organisation sociale...*¹¹. L'auteur nomme « handicapologie » ce processus de catégorisation à partir d'un *noyau de situations de dépendances reconnues, constitué autour de l'incapacité à entrer dans l'ordre du travail du fait de déficiences physiques ou psychiques manifestes, dues à l'âge [...], à l'infirmité, à la maladie et qui peuvent s'étendre à certaines situations familiales ou sociales désastreuses...*¹²

Selon Castel, deux axes fondent la cohésion d'une société : l'axe de la stabilité par rapport au travail et l'axe de proximité sociale.

Le recoupement de ces deux axes délimite trois zones « poreuses » :

- La zone d'intégration sociale caractérisée par la garantie d'un travail permanent et des supports relationnels solides.
- La zone de « désaffiliation »¹³ où se conjuguent travail et fragilité relationnelle
- La zone de vulnérabilité : à l'intersection des deux précédentes, elle recouvre une précarité liée au travail et une fragilité des supports relationnels.

L'assistance, qu'il appelle le *social-assistantiel* vient compenser les risques de la zone de vulnérabilité. Tout l'enjeu étant de réduire la possibilité de basculement vers la zone de désaffiliation Le SASD agit dans le champ du *social-assistantiel*, sa finalité consiste à faire bénéficier les personnes en situation de handicap de l'équilibre travail-relations sociales, pour tendre vers l'idéal (de la zone) de l'Intégration. Cependant lorsque l'activité liée au travail protégé vient à disparaître, le risque existe qu'à la vulnérabilité économique se surajoute la vulnérabilité sociale.

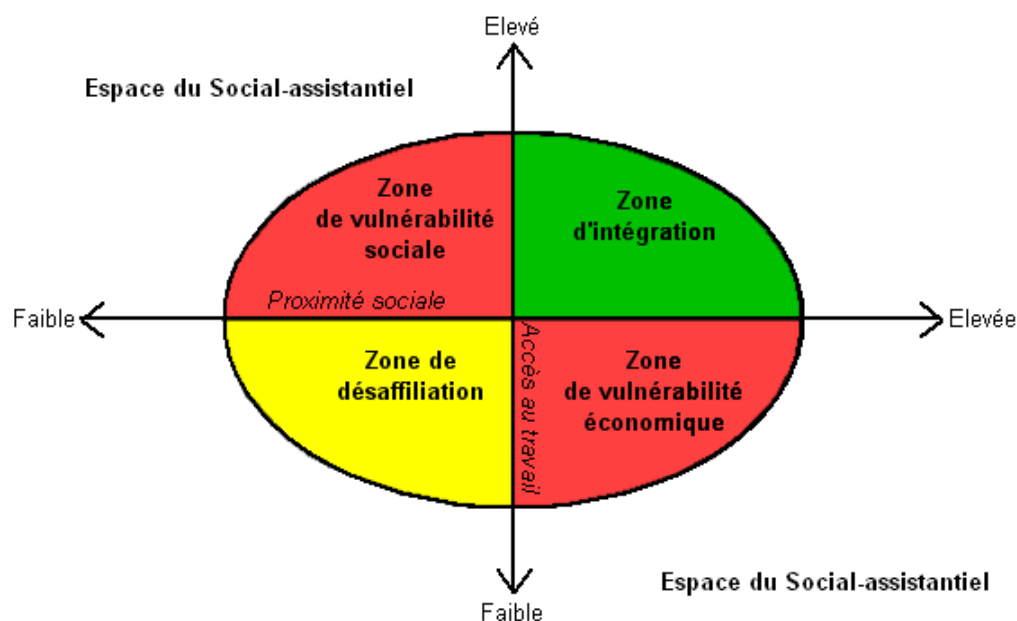
¹¹ Idem., p.30.

¹² Idem., p.29.

¹³ A l'inverse du concept d'exclusion qu'il juge statique, l'auteur préfère celui de la désaffiliation qui évoque la notion de processus, de parcours.

Figure n° 01 : Le Modèle de la désaffiliation selon Castel.

Adaptation d'après le schéma de l'équipe de recherche dirigée par P.Fougeyrollas. [en ligne] disponible sur Internet <http://www.fqrcs.gouv.qc.ca/recherche/pdf/irdqp-final.pdf>



1.1.2 La loi d'orientation de 1975 : la nécessité de protection au risque de la discrimination

- A) La loi d'orientation de 1975, une loi qui spécifie le handicap au regard de l'exclusion.

La loi d'orientation de 1975 est par définition une loi catégorielle. Elle a ceci de particulier, qu'elle distingue les dispositifs qui concernent le handicap des mesures qui s'adressent aux personnes exclues... *les handicapés ne sont pas dans les mêmes processus que ceux qui n'ont plus de liens sociaux parce que la parenté, le logement et le travail leur font défaut*¹⁴. Pour autant la frontière entre handicap et exclusion est « poreuse », ceci tient pour une part à l'influence de la Classification Internationale du Handicap (CIH)¹⁵ qui, dans sa version anglo-saxonne originale, définit le handicap en tant que conséquence sociale de la déficience. Confondant les populations en difficulté elle évite certes la catégorisation mais...*l'occultation opère en fait sur deux plans : d'une part, les*

¹⁴ VACHON J. Henri-Jacques Stiker, anthropologue et historien. Les handicapés, ni exclus ni inclus. *Actualités sociales hebdomadaires*, 10 janvier 1997, n° 2005, pp.25-26.

¹⁵ La Classification Internationale du Handicap conçue et publiée en 1980 par l'Organisation Mondiale de la Santé suite aux travaux de P. Wood, servira à partir de 1993 de référence au Guide Barème utilisé par les CDES et les COTOREP.

*mouvements de populations entre et à l'intérieur des dispositifs d'aide sont amenés à perdre de leur visibilité, d'autre part la dimension de l'individu comme sujet s'efface dans une catégorisation élargie.*¹⁶ Ce propos de Marcel Jaeger reprend une critique faite à la loi d'orientation de 1975 pointant les dérapages qui fragilisent le dispositif, liés à l'attribution « généreuse » de l' Allocation Adulte Handicapé (AAH, attribuée par les COTOREP), celle-ci devenant un *...minimum social accordé une fois sur 4 ou 5 en moyenne, à des personnes qui ne subissent pas un handicap au moins égale à 80% d'invalidité...*¹⁷

B) Une catégorisation du handicap en référence à l'accès au travail.

Paradoxalement, alors qu'elle fait du handicap une cause de « *solidarité nationale* », la loi d'orientation ... *est peut-être la seule qui ne définit pas comme tel son objet...*¹⁸ laissant cette responsabilité aux dispositifs qui régissent le handicap. En effet la part des commissions : la CDES ou la COTOREP, est prépondérante dans l'évaluation et l'orientation des situations de handicap, ce qui fait dire à François Chapiereau *...le handicap est le domaine où interviennent les commissions, ni plus, ni moins*¹⁹. Ainsi par un effet « ricochet » la loi d'orientation instaure la capacité d'accès au travail comme élément discriminant. Les COTOREP, elles-mêmes divisées en deux sections (la première étant en charge de la relation de la personne au travail, la seconde attribuant le droit à allocations, évaluant le taux d'incapacité et orientant vers les établissements spécialisés) catégorisent les personnes en fonction de leur aptitude ou inaptitude au travail. Cette évaluation hiérarchise les populations : des personnes aptes à travailler en milieu ordinaire aux personnes inaptes à toute activité, en passant par les personnes orientées vers le travail protégé. L'inaptitude totale au travail renvoie vers le régime allocataire (AAH, ACTP, pensions d'invalidité...), mais aussi éloigne les personnes des dispositifs d'accompagnement social. Le SASD en référence aux valeurs de solidarité de

¹⁶ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. p.85. (170p.)

¹⁷ ZRIBI G. SARFATY. J. *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*. Rennes : Editions ENSP, 2003. p.40. (128p.)

¹⁸ TOMKIEWICZ S. Des institutions qui respectent une intégration réaliste. *Cultures en mouvement*, avril 2002, n°46, p.27. (pp.26-29).

¹⁹ CHAPIREAU F. Evolution du concept de handicap, op.cit., p.8. L'article 13 de la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées précise *... la qualité du travailleur handicapé est reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel...*

l'association Kan Ar Mor a dépassé ce clivage institutionnel en obtenant pour les adhérents sans activité une continuité de son action.

C) La loi d'orientation, un modèle de discrimination positive.

La loi d'orientation traduit une volonté politique de protéger les personnes handicapées et, par son acception fraternelle de la différence, revêt une réelle dimension républicaine. Cette protection des personnes handicapées a en particulier permis l'accès au travail protégé (à travers les CAT ou les Ateliers Protégés) particulièrement à une période (1975) où l'emploi se fragilisait *...en période de crise économique, les dispositions spécifiques du handicap jouent un pouvoir d'amortisseur social, de filet de sécurité pour des personnes que la crise éloigne encore plus du travail*²⁰.

Mais cette protection repose cependant sur une ambiguïté : après avoir été classifié, mesuré, le handicap va devoir se fondre dans le collectif, se rapprocher de la norme. Tout le paradoxe réside dans ce mouvement normatif où le « pas pareil » reçoit l'injonction de devenir le « pareil au même ». Une ambiguïté que souligne Michel Chauvière *Désigner pour mieux s'intégrer, c'est le détour du social, [...]. Cette logique porte en elle-même sa contradiction. L'intégration implique d'accepter l'inégalité pour pouvoir la dépasser*²¹.

Je rejoins le point de vue de Gérard Zribi et de Jacques Sarfaty lorsqu'ils proposent concernant la discrimination positive une lecture mesurée de la gestion du handicap *...ne serait-il pas préférable de reconnaître en souplesse, une pluralité des modes d'intégration plutôt que de susciter des développements séparés ?*²²

²⁰ RISSELIN P. *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000, 20 ans de politiques sociales du handicap en France : bilan et perspectives*, Paris : ODAS éditeur, 1998, 166p. cité in VISINTAINER S. L'accès au logement pour les usagers de la psychiatrie. *Forum*, mars 2002, n° 99 p.37.

²¹ BARRAL C. CHAUVIERE M. STIKER H.J. *A-t-on renoncé à inclure ? Retour sur les lois de 1975 et leurs suites*. In STIKER H.J, (dir.), *Quelle place pour les personnes handicapées ?* Paris : Editions Esprit, 1999, p.10.

²² ZRIBI G. SARFATY. J. *Handicapés mentaux et psychiques...*op.cit.p.70.

1.2 Le SASD : une alternative en matière d'accompagnement qui reste réservée aux travailleurs handicapés.

1.2.1 L'association Kan Ar Mor, une dynamique d'ouverture propice au partenariat.

La publication au Journal Officiel du 7 juillet 1968 porte création à Douarnenez de l'association « Kan Ar Mor », le *Chant de la Mer*, dans un contexte idéologique agité mais créatif. Professionnels et parents, posant l'un des fondements de l'association, militent pour l'ouverture de l'institution vers la ville. Trente-sept années se sont écoulées. Le métier de l'association, tout en diversifiant les modalités d'accueil, s'est centré vers le public « adultes handicapés ». Au sein de l'association le secteur du travail protégé (CAT et Atelier Protégé) demeure le plus important du point de vue de sa capacité d'accueil confirmant les données sur un plan national (98566 places de CAT et 40607 places de foyer d'hébergement pour 34791 places de foyer occupationnel).²³ L'association accueille à travers son dispositif un total de 903 prises en charge relatives à 627 personnes en situation de handicap et à ce jour toutes qualifications confondues elle emploie 311 salariés en CDI et 60 salariés en CDD²⁴.

Ce dispositif comprend:

- 5 Centres d'Aide par le Travail (4 CAT incluant un atelier alterné) accueillant un total de 375 ouvriers.
- 1 Atelier Protégé accueillant 16 ouvriers.
- 4 Foyers d'Hébergement et Unités de Vie Extérieure accueillant 179 résidents.
- 1 Service d'Accueil Familial intervenant auprès de 36 personnes.

2 Services d'Accueils de Jour recevant 23 personnes.

3 Foyers de Vie et Foyers d'Accueil Médicalisés accueillant 119 résidents.

Le Service d'Accompagnement Social à Domicile est relié au secteur du travail protégé, et correspond principalement à ce titre avec les trois premiers types de structure.

L'association Kan Ar Mor a connu un essor important au cours des années 80 du fait notamment de l'incidence des lois de décentralisation²⁵. Elle reflète en ce sens la

²³ L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. *Etudes et Résultats*. DREES, n°419, 2005, pp.1-8.

²⁴ Extraits du rapport d'activité 2004 de l'association Kan Ar Mor.

²⁵ - La loi du 7 janvier 1983 qui pose et organise les principes des transferts, de compétence entre l'Etat et les départements.

- la loi du 22 juillet 1983 qui organise les transferts de compétence en matière d'aide sociale.

tendance observée dans le secteur de l'aide sociale départementale aux personnes adultes handicapées...*Depuis la décentralisation [...] pour répondre au vieillissement des populations [...], on est passé en ce qui concerne les établissements entre 1984 et 2002 de 39000 à plus de 80000 places*²⁶.

Si l'ancrage territorial fut pour l'association durant de nombreuses années un vecteur identitaire, son développement s'est traduit par un élargissement de son implantation géographique, ce notamment sous l'impulsion des schémas départementaux. L'association Kan Ar Mor (Voir organigramme Annexe 0) couvre à présent une partie du sud et du centre du département du Finistère.

Au fil des ans le partage des expériences et la mutualisation des moyens, s'est imposé comme une évidence à l'association, ainsi elle participe au collectif ARAMIS qui regroupe 6 associations du secteur social et médico-social du département. De même, s'est-elle rapprochée du secteur hospitalier en participant dès 1987 à la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Quimper.

1.2.2 Un dispositif d'accompagnement social dépendant du travail protégé.

A) Une absence de base réglementaire qui nécessite des adaptations.

A l'origine du SASD Il faut souligner l'absence de base réglementaire pour définir les dispositifs d'accompagnement social en milieu ordinaire destinés aux adultes handicapés. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées préconise... *le maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie...* à travers son article 1, la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales définit comme... *institutions sociales et médico-sociales [...] les organismes [...] qui [...] mènent [...] des actions [...] de « maintien à domicile »,* mais paradoxalement elle fait uniquement référence dans son 5°) aux... *Etablissements qui assurent l'hébergement des adultes handicapés...* et dans son 6°) aux ... *Etablissements d'aide par le travail*²⁷. Précisant cette catégorisation la loi opère

- la loi du 6 janvier 1986, dite loi particulière de décentralisation qui précise les pouvoirs des élus locaux, crée des droits pour les établissements et services et leurs bénéficiaires.

²⁶ *Dépendance et Handicap : La décentralisation au service de l'autonomie*. Rapport de l'Observatoire national De l' Action Sociale décentralisée, Paris : ODAS éditeur, 2003, 23p.

²⁷ Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dite « loi sociale ». L'article 3 énumère les catégories d'établissements concernés.

par la suite une distinction entre établissements²⁸ et services, Amédée Thévenet qualifie cette distinction de physique *...l'établissement accueille dans ses propres locaux et prend en charge sinon totalement la personne, du moins dans le cadre d'une fonction large ; [...] le service fournit ses prestations en dehors de ses propres locaux ou s'il fournit ses prestations dans ses propres locaux, celles-ci constituent une prise en charge ponctuelle et relativement délimitée dans sa fonction et dans le temps*²⁹. Progressivement, par la publication de décrets, la liste des services sera précisée. Elle concernera uniquement les services de soins au domicile des personnes âgées et les services concourant au maintien au domicile et à l'intégration scolaire des enfants handicapés.

La décentralisation notamment au travers de la loi particulière permet aux Conseils Généraux d'innover, et le dispositif du SASD est conforté par cette proximité entre le décideur et le service. Cependant sur un plan national ceci ne contribue pas à harmoniser le cadre des services d'accompagnement, cette imprécision étant par ailleurs renforcée par la diversité des publics concernés... *Ces lacunes ont été soulignées par le MAIS*³⁰ *depuis sa création [...] mais aussi reconnues par les Pouvoirs Publics puisqu'elles sont relevées dans l'argumentaire de la révision de la loi [75-535] du 30 juin 1975 [...] qui précise « la loi laisse au bord du chemin une foule de structures nouvelles qui n'ont pas de reconnaissance ni de statut précis, entre autres les services de suite et d'accompagnement. »*³¹.

Par conséquent devant ce vide réglementaire, la nécessité impose de se référer au cadre existant afin d'accueillir le dispositif d'accompagnement social pour adultes handicapés vivant à domicile. En ce qui concerne l'association Kan Ar Mor, le foyer d'hébergement du CAT offrira cette base réglementaire à l'accompagnement social au domicile, en l'intégrant dans son projet d'extension.

²⁸ Sont considérés comme établissements les installations aménagées pour l'hébergement collectif et permanent de personnes définies quelque soit leur nombre, sans les insérer dans une famille... Art. 12. Décret du 23 octobre 1972.

²⁹ THEVENET A. *L'aide sociale aujourd'hui, après la décentralisation*. 11ème édition. Paris : E.S.F, 1995. p.127. (422p.)

³⁰ Le Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (MAIS) auquel adhère le SASD, fondé en 1987 et animé par des professionnels il fédère de nombreux services d'accompagnement (voir annexe 8 bis)

³¹ *Le sens de l'accompagnement*. 11èmes Journées Nationales de Formation. 1997. Toulouse. MAIS, p.11. (245p.)

B) Le SASD relié au travail protégé s'adapte par dérogation à l'évolution des publics. C'est dans le cadre de la demande d'extension du foyer d'hébergement du CAT de Douarnenez qu'apparaît, lui étant reliée, la première mention du dispositif d'accompagnement social à domicile. Cette demande d'extension fait l'objet d'une présentation par le rapporteur représentant la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales du Finistère devant la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales (CRISMS)³² lors de sa séance du 5 novembre 1981³³. A l'issue de cette séance la CRISMS prononce un avis favorable à l'extension du foyer d'hébergement et par conséquent à la création du service d'accompagnement social.

Ainsi le Service d'Accompagnement Social à Domicile se réfère dès son origine du point de vue structurel, en tant que complément, ou en tant qu'alternative aux foyers d'hébergement des Centres d'Aide par le Travail (CAT).

Un arrêté de Mr le Président du Conseil Général du Finistère en date du 20 novembre 2001 clarifie le cadre du service³⁴. Cet arrêté précise que les adhérents du service doivent être titulaires d'une reconnaissance en qualité de travailleurs handicapés. Il confirme ainsi le lien entre l'accompagnement à domicile et le travail protégé. L'arrêté, constate l'absence d'activité professionnelle pour une part du public du service, aussi il permet un accompagnement par dérogation auprès de ces personnes. Cette dérogation est délimitée de la manière suivante :

- en capacité (10% de l'effectif global du service)
- pour ce qui concerne la définition des personnes bénéficiaires de cette dérogation, il est précisé :
 - *travailleurs de CAT cessant de travailler en raison de leur âge ou de leur handicap.*
 - *personnes ayant quitté le secteur du travail protégé pour être embauchées en milieu ordinaire sous un statut de travailleur handicapé.*
- dans sa durée qui, en tout état de cause, doit *conserver un caractère provisoire.*

³² La Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales (CRISMS), remplacée par le Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) du fait de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³³ Demande d'extension du Foyer Kan Ar Mor –Douarnenez à hauteur de 90 places. Rapport de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales du Finistère présenté à la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-sociales (section 2). Séance du 5 novembre 1981.

³⁴ Arrêté de Monsieur le Président du Conseil Général du Finistère en date du 20 novembre 2001, portant modification à l'arrêté du 31 octobre 2001 portant habilitation à l'Aide Sociale du Service d'Accompagnement et de Soutien à Domicile.

Cette dérogation a pour mérite de prendre en compte une évolution de la situation des adhérents en évitant une rupture dans l'accompagnement à domicile. Pour autant l'intervention reste cantonnée aux personnes ayant accédé au travail protégé. Elle ne s'ouvre pas à celles qui n'ont jamais exercé d'activité et qui vivent ou souhaitent vivre chez elles tout en étant accompagnées.

1.2.3 Les fondements du SASD.

A) Proposer une alternative complémentaire à l'hébergement collectif.

L'idée de départ du SASD consiste à proposer une alternative aux personnes relevant de l'hébergement collectif...*Il fallait inventer autre chose afin que les personnes handicapées puissent faire leurs expériences, décider de leur vie, afin qu'elles ne soient pas « assignées à résidence »*³⁵. Contrairement à de nombreux services d'accompagnement³⁶, le SASD accède rapidement dans son histoire au statut d'établissement autonome. Ce statut lui confère les qualités de souplesse requises pour assurer l'accompagnement en milieu ouvert. La démarche fondatrice du SASD s'inscrit dans le mouvement de désinstitutionalisation qui se développe au cours des années 70. On en retrouve le pendant au sein de l'institution hospitalière, animé par des pionniers tel que Lucien Bonnafé qui appelle à... *lutter contre une affection aussi répandue dans le monde pédagogique que dans le monde psy [...] la maladie des isolats*³⁷. La pertinence de l'hébergement collectif n'est pas ici en cause, il s'agit seulement de rompre avec une logique hyper protectrice. L'accompagnement dans le cadre du domicile se situe dans une complémentarité avec la collectivité, non dans une opposition voire dans une hiérarchisation. Il s'agit aussi de prendre conscience de la responsabilité des clichés que nous pouvons véhiculer et par lesquels nous pourrions établir une échelle de valeur où la vie à domicile se situerait au plus haut degré. A titre d'exemple, les travaux menés par une équipe de chercheurs de l'université de Montréal, portant sur l'interaction entre

³⁵ Interview de Mme TURBAN. Directrice de 1982 à 1996, du Service d'Accompagnement Social à Domicile, Association Kan Ar Mor, mai 2002.

³⁶ 54% des services d'accompagnement sont rattachés à une structure. Enquête nationale menée par le MAIS auprès de 293 services représentant 13856 personnes accompagnées.

DEGRAND F. *L'évolution des Services d'Accompagnement au regard des enquêtes du MAIS (de 1996 à 2003) et des nouveaux textes législatifs*. Lyon : Groupe de travail « Enquête » du MAIS. 2005. pp.1-13

³⁷ CHEVILLON B. *Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste*. Paris : L'Harmattan, 2005, p.146. (177p.)

l'habitat et l'identité illustrent l'impact des représentations véhiculées par les personnes en situation de handicap. Ces représentations renvoient à celles des professionnels. *Les personnes qui vivent en logement [individuel] comme celles qui vivent en hébergement [collectif] ont intégré une représentation hiérarchique des types d'habitation, représentation qui fait écho à celle de certains professionnels [...] et au concept de continuum résidentiel*³⁸.

B) Accompagner au risque de l'altérité.

*Accompagner c'est se joindre à quelqu'un pour aller là où il va, en même temps que lui...*³⁹. La traduction étymologique semble limitée dès lors que son sens est transposé dans le champ de l'action sociale. Accompagner suppose l'existence d'un Autre, « un différent ». L'accompagnement repose sur une logique de déséquilibre entre deux puissances, dont l'une est atteinte ou vulnérable. Accompagner suppose que la puissance de l'un ne se transforme pas en toute-puissance sur l'Autre : celle de l'accompagnateur qui substitue ses projections dans la réalité de l'accompagné, celle de l'accompagné qui s'identifie à ses fragilités pour tyranniser l'accompagnateur. L'accompagnement social suppose l'acceptation du déséquilibre, et cette acceptation fonde l'éthique de l'action. Ainsi de l'histoire de Mr C., jeune adulte présentant une déficience intellectuelle et dépendant de l'alcool : notre insistance l'a convaincu d'accepter un sevrage à hôpital, hôpital qu'il quittera 48 heures plus tard contre avis médical, son refus de soins est aujourd'hui le plus fort. Ne pas accepter le déséquilibre conduirait à une forme de complétude totalisante.

Aussi accompagner suppose de l'humilité *...l'accompagnement le plus propice d'un être blessé ne peut pas toujours se confondre avec le seul effort de rééducation destiné à faire revenir le sujet concerné à son état antérieur, ou à l'état valide, s'il ne l'a jamais été...*⁴⁰. Accompagner c'est ne pas avoir réponse à tout. Ainsi créer du vide, de l'inconnu, dans lequel l'Autre choisit, l'Autre prend des risques.

La gestion de l'accompagnement en milieu ordinaire par le SASD prend en compte cette notion de risque. Elle découle du droit au choix que nous reconnaissons à la personne en situation de handicap. La notion de risque est d'autant plus dynamique dans le processus

³⁸ ROBERT D. MORIN P. DORVIL H. Habitation, identité et relation sociales. L'expérience résidentielle d'usagers de services en déficience intellectuelle. *Handicap*, juillet-septembre 2002, n°96, p.12. (pp.1-19)

³⁹ Le sens de l'accompagnement.op.cit.p.12.

⁴⁰ MOYSE D. Prendre en considération la « qualité de vie pour favoriser un accompagnement de qualité ? *Handicap*, juillet-septembre 2003, n°99, p.7. (pp.1-15.)

identitaire des personnes, qu'elle rejoint leur aspiration à mettre leur « confort » à l'épreuve. Comme pour vérifier ou attester de leur vitalité, de leur singularité.

Limiter l'intervention du SASD aux seuls travailleurs handicapés fut pour l'association et le service un palier, sûrement nécessaire, dans la prise de risques. Il s'agit à présent de poursuivre ce cheminement.

Accompagner c'est (se) réfléchir, accompagner c'est un jeu de miroirs, jeu à risques pour les professionnels. Accueillir le désir, c'est aussi parfois refuser de le satisfaire sans pour autant rompre le lien et apprendre à l'Autre son pouvoir sur lui-même. Apprendre, ainsi donc l'accompagnement est une question d'apprentissage, une question de savoirs faire, en un mot ...un métier.

C) Le domicile : L'espace de l'accompagnement.

a) *Le domicile ou habiter le territoire.*

Habiter ne se limite pas à l'occupation physique d'un espace et la relation entre la personne et le lieu relève d'une interaction complexe. A lui seul, le terme habitation avec ses 62 synonymes⁴¹ reflète la complexité de cette réalité. De Radkowski dans une démarche anthropologique rapproche « habiter » de « localiser ». Il souligne que « localiser » est à la fois un verbe d'action (il s'agit de déterminer un lieu) et un verbe d'état (la personne « est localisée »). « Localiser » établit donc un rapport entre un sujet et un lieu. Dans le sens d'« être localisé » ce qui est en cause c'est la capacité de l'individu à soutenir ce rapport. Ainsi *...le lieu est dépourvu de toute consistance intrinsèque : sa réalité est purement fonctionnelle. Il constitue le champ de présence du sujet, c'est-à-dire un ensemble spatio-temporel informé et rempli par sa présence...*⁴². On peut en déduire que le lieu qu'il soit le logement, le quartier, le travail n'existe que par sa marque humaine, en soi il est vide, autrement dit *c'est parce que l'homme habite que son habitat devient habitation...*⁴³ ou par extension, ce n'est pas parce qu'une personne (se) loge qu'elle habite.

b) *Le domicile un espace constitutif de l'identité.*

⁴¹ CRISCO. *Le dictionnaire électronique des synonymes*, cahier n°17 [en ligne] juillet 2004. Disponible sur Internet : <http://elsap1.unicaen.fr>

⁴² DE RADKOWSKI G.H. *Anthropologie de l'habiter*, Paris : puf, 2002. p 29.

⁴³ PAQUOT A. Habitat, Habitation, Habiter. *Informations Sociales*, mai 2005, n°123, p.52. (pp.48-54.)

L'interaction dynamique « sujet-logement » pose la question de ses effets sur la construction identitaire. L'habitation module non seulement le rapport aux autres, mais aussi le contrôle sur sa vie. Nous pouvons aborder la question identitaire liée au logement selon qu'elle reflète ou non le « rapport au chez soi ». Le « rapport à soi » est de l'ordre de l'individu, de l'interne, l'habitation est le reflet de soi. Posséder un logement relève de la norme sociale, ainsi le logement est marqueur d'indépendance, de normalité, de différence.

La relation « sujet-logement » éclaire aussi ce qui est de l'ordre de l'externe. L'accès au logement signifie l'accès à un nouveau rôle social : celui de locataire qui suppose des apprentissages, de faire valoir ses droits, de respecter ses devoirs. « Le rapport au chez soi » passe bien entendu par la recherche, le choix du logement, acte important par la négociation qu'il nécessite et dont nous savons combien il est soumis à des contraintes. Enfin le logement espace de liberté voire d'affranchissement du contrôle familial, institutionnel devient espace d'apprentissage pour le contrôle de son temps, de son réseau social. Il en est ainsi des relations de voisinage, qui sont un indicateur d'aptitude à la gestion de son espace ...*Le « bon voisinage » est une obligation sociale et une valeur [...] il faut savoir voisiner [...] en gardant à l'esprit que le voisinage tout court est en première instance, une proximité spatiale non choisie*⁴⁴.

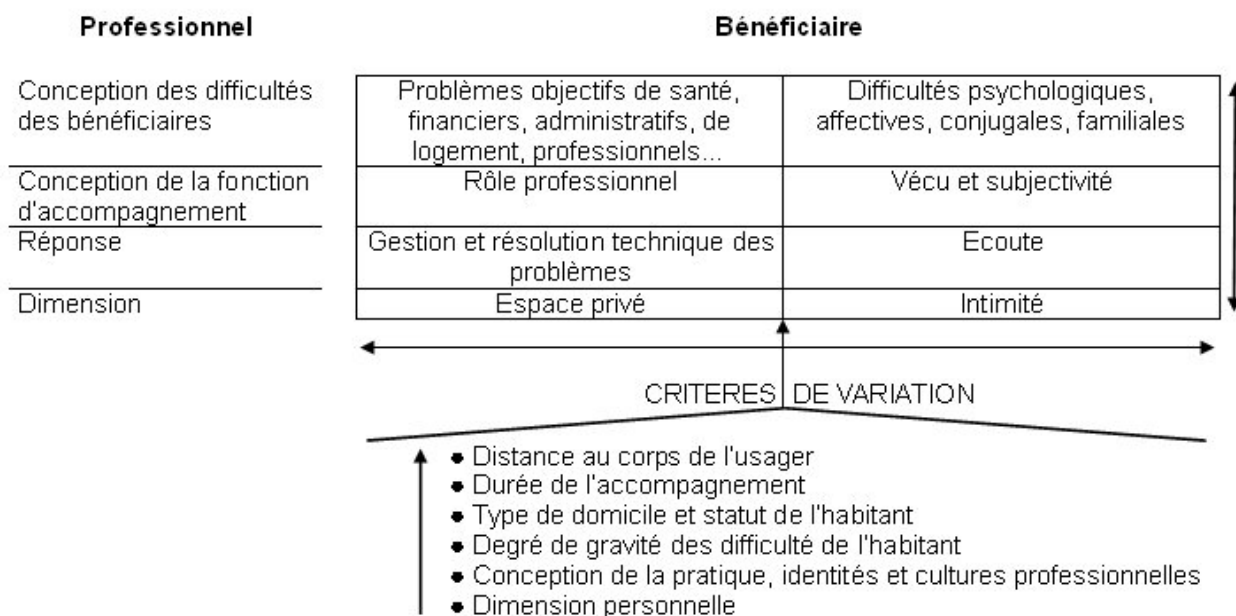
c) *L'accompagnement à domicile : à l'épreuve de l'intimité.*

Faire référence à l'accompagnement social de personnes dans le cadre de leur domicile conduit à s'interroger sur la nature a priori intrusive de la démarche. Le consentement de « l'habitant » est d'évidence une obligation, faute de quoi, l'intervention s'apparente à une effraction tout au moins symbolique. Pour autant ce consentement, que nous appelons dans le service « adhésion » ne suffit pas pour éviter que le domicile se transforme en « huis clos » entre le professionnel et l'adhérent. Le domicile est un espace où cohabitent deux dimensions qu'il est courant de voir confondues : l'espace (ou sphère) privé et l'intimité. Nos interventions se situent dans l'espace privé (« le rapport au chez soi » évoqué précédemment) ; car l'intimité (« le rapport à soi ») relève de l'identité et de compétences dont il est socialement admis qu'elles y accèdent (spécialistes du psychisme, soignants, religieux). Dans un essai de délimitation de ces deux zones, Elian Djaoui psychosociologue, propose une répartition qui en cerne les enjeux. Selon lui le déplacement, ou le maintien de la limite

⁴⁴ SERFATY-GARZON P. *Chez soi. Les territoires de l'intimité*. Paris : Armand Colin, 2003.p.152. (pp.255.)

entre espace privé et intimité s'opère sous l'influence de six critères de variation, eux-mêmes mobiles.

Figure 02 : Représentation de l'interaction espace Privé / Intimité dans le cadre de l'intervention au domicile, selon Elian Djaoui



Il n'existe pas en matière d'intervention au domicile d'approche « aseptisée », la recherche de la neutralité technicienne absolue est illusion, ainsi ...*la confrontation à l'intime est inévitable. Expression de la singularité la plus absolue du sujet, et donc de sa liberté, elle interroge les limites personnelles de l'intervenant [...], la définition des missions et des domaines de ses compétences et enfin son rapport à la loi.*⁴⁵

1.2.4 La population du SASD : la remise en cause de l'homogénéité de la situation des adhérents au regard du travail.

Au 1^{er} mars 2005, un total de 172 personnes adhèrent à un accompagnement dans le cadre du SASD (voir annexe 1). Pour la majorité d'entre elles ces personnes exercent une activité professionnelle au sein de structures de travail protégé. Par conséquent leur localisation géographique est en correspondance avec celle des CAT ou des Ateliers

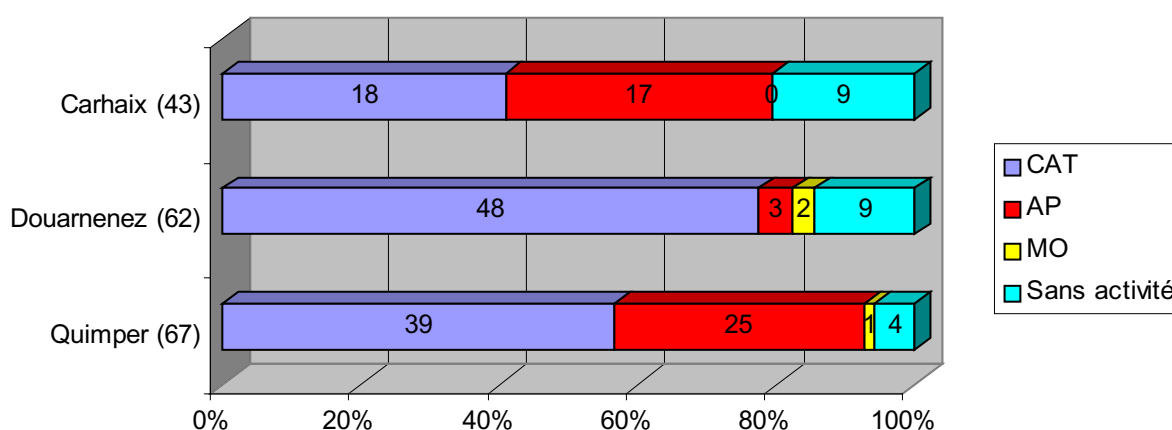
⁴⁵ DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : Editions ENSP, 2003.p.198. (227p.)

Protégés. La nature, le nombre, l'ancienneté, voire la situation géographique des structures, déterminent des caractéristiques de population.

Tous les adhérents du service, disposent d'un logement individuel dont ils sont pour la plupart locataires (93%), les revenus issus du travail, parfois complétés par des allocations (AAH, APL) permettent rarement aux personnes d'accéder à la propriété.

Reprenant les critères de conventionnement du SASD auprès de l'Aide Sociale, j'ai réparti les publics selon leur activité professionnelle : en CAT, en Atelier Protégé, dans le Milieu Ordinaire, enfin selon l'absence d'activité professionnelle. Le secteur des CAT englobe la majorité des adhérents du service, confirmant en cela, la filiation historique entre les deux dispositifs.

Figure 03 : Orientation professionnelle selon les secteurs géographiques



A) L'émergence de nouveaux besoins à travers l'absence d'activité professionnelle.

Au total 22 personnes, soit 12% de l'effectif global du service n'exercent plus d'activité professionnelle. Ce sont ces personnes qui constituent le groupe « dérogatoire » au sein du public du SASD. Cette dérogation, réponse d'exception, installe ces personnes dans un entre-deux, une situation provisoire. L'étude détaillée de ce groupe de population (voir annexe 2) permet de repérer qu'il est constitué de deux principaux sous-groupes : les personnes en retraite et les personnes en invalidité.

L'invalidité, qui est l'aboutissement d'une inaptitude prononcée par le médecin du travail traduit une fatigabilité, une difficulté de concentration liée à la déficience et aggravée par l'avancée en âge. Ainsi la répartition des personnes par tranches d'âge fait apparaître une concentration des situations d'invalidité aussi importante sur la tranche 50-60 ans que sur la tranche 30-50 ans pourtant plus étendue. Le début de reconnaissance au titre du régime de l'invalidité se situe autour de l'âge moyen de 46 ans.

J'ajoute qu'au sein du groupe « retraités » 2 personnes relevaient des dispositions liées à l'invalidité avant leur départ à la retraite. L'invalidité suit l'évolution du vieillissement des populations dans les structures de travail protégé. Les CAT sont particulièrement concernés par ce phénomène : la concordance de l'ancienneté des structures avec celle des travailleurs en situation de handicap explique l'accroissement de ces situations.

Population du SASD n'exerçant pas d'activité professionnelle (Situation au 1^{er} mars 2005) :

Tranches d'âge	Nombre	Invalidité	Retraite	Recherche d'emploi
30-50	5	3	0	2
51-55	4	4	0	0
56-60	1	0	0	1
61-65	10	0	10	0
+65	2	0	2	0
Total	22	7	12	3

B) L'évolution des publics n'exerçant pas d'activité à la hausse.

Figure 04 : Nombre d'adhérents du SASD sans activité professionnelle

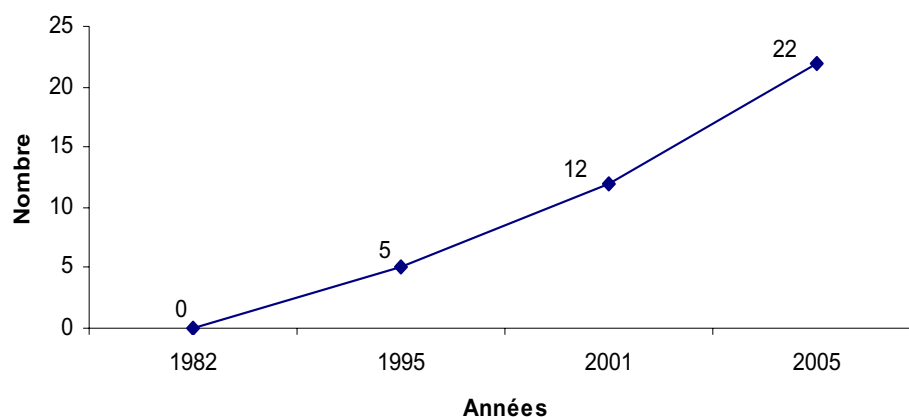
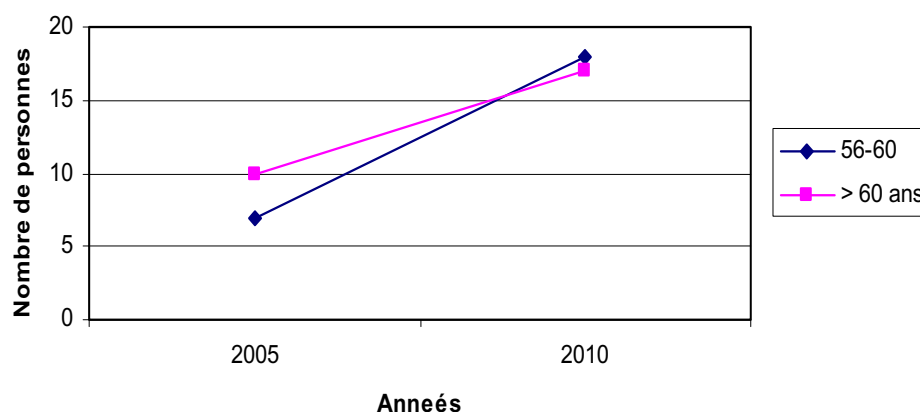


Figure 05 : Projection des tranches d'âge 50-55 ans et >60 ans sur 5 années



Pour réaliser une projection sur les 5 prochaines années, je suppose la stabilité des présences recensées au 1^{er} mars 2005. A l'actuelle tranche d'âge des 55 ans et plus, viendra s'ajouter en 2010 l'actuelle tranche des 50-55 ans, soit 18 personnes.

Par ailleurs l'âge de 55 ans peut être à l'avenir un indicateur pertinent de l'évolution d'activité du SASD. En effet suite au décret du 17 mars 2004, et sous certaines conditions, le départ anticipé à la retraite des travailleurs en situation de handicap devient légalement possible à cet âge⁴⁶. S'il est aujourd'hui difficile d'en mesurer concrètement les incidences, cette disposition doit cependant nous inciter à anticiper un renforcement de tendance. Ainsi progressivement s'installe une réalité qui tend à relativiser la place du travail pour une partie des adhérents du service.

C) Les caractéristiques de la population n'exerçant plus d'activité professionnelle à travers les demandes d'accompagnement à titre dérogatoire.

Chaque mesure d'accompagnement fait l'objet d'une demande de financement du prix de journée auprès de l'Aide Sociale. Cette demande se présente sous la forme d'une note synthétique rédigée par le professionnel qui exerce la mesure. J'adresse ensuite cette note à Mme la Directrice de l'Aide Sociale Départementale. Dans le cas des situations de personnes n'exerçant plus d'activité, ces notes s'inscrivent dans une procédure dérogatoire comme je l'ai précédemment évoqué. Elles témoignent par leurs descriptions de la réalité quotidienne des adhérents et à cet égard sont indicatives.

Récapitulatif des items motivant l'accompagnement social et leur fréquence (22 demandes de suivis à titre dérogatoire au 1^{er} mars 2005).

Il apparaît que la déficience psychique motive principalement les demandes d'accompagnement à « titre dérogatoire ».

Nature des motifs	Fréquence des motifs
Accompagnement social associé à un suivi psychiatrique	11
Hygiène corporelle et du logement défailante	8
Solitude	4
Alcoolisation	6
Déficience psychique	13
Déficience intellectuelle	8
Médiation	5

⁴⁶ Décret 2004-232 du 17 mars 2004 *fixant les conditions du départ à la retraite avant l'âge de 60ans des assurés handicapés.*

D) Paroles d'adhérents.

Afin de leur soumettre un questionnaire susceptible d'éclairer leur relation au service (voir annexe 3), j'ai rencontré des adhérents du SASD concernés par le dispositif dérogatoire (synthèse des entretiens en annexe 4). Il apparaît notamment que la solitude renforce leur vulnérabilité. Certaines de leurs paroles, lourdes de significations ou touchantes de simplicité confirment la nécessité que nous poursuivions le chemin avec eux. A l'écoute des parcours parfois douloureux, et au – delà des aspects discriminants, il est difficilement concevable de voir notre action se heurter au caractère d'exception des dispositifs dérogatoires.

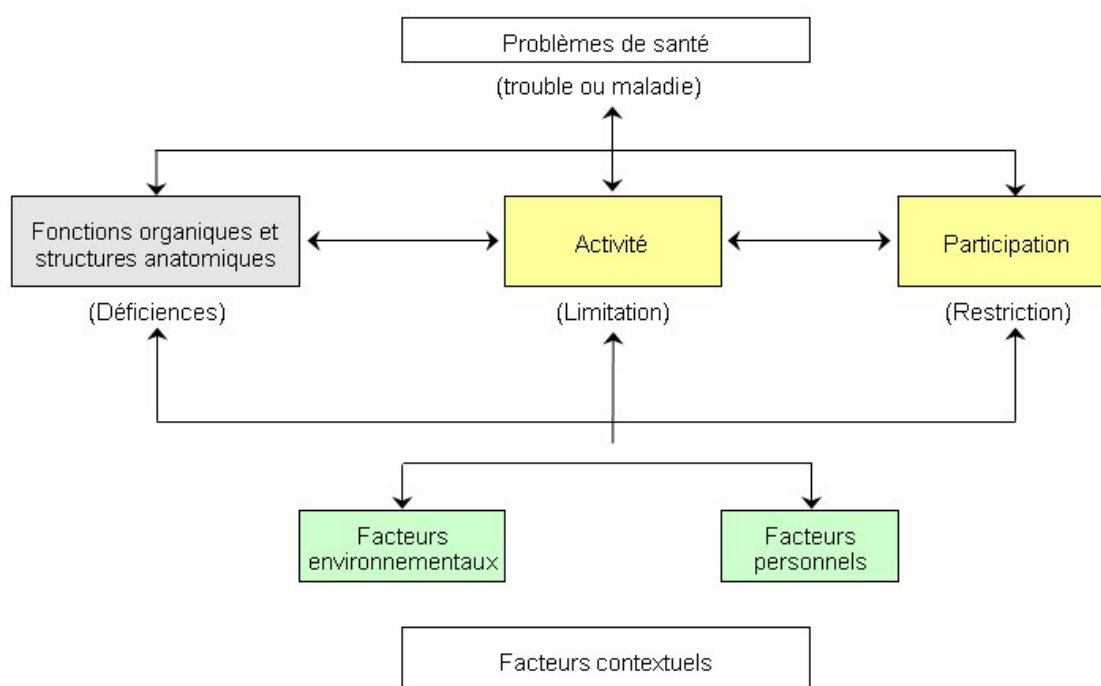
1.3 Le modèle participatif : l'activité, fondement de la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

1.3.1 Des influences consacrent le principe de la participation.

- A) La Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé : l'approche bio-psycho-sociale du handicap.

Adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mai 2001, la CIF apporte une évolution majeure par rapport à la précédente classification. La Classification Internationale du Handicap (CIH) créée en 1980 à l'issue des travaux de Philipp Wood, première classification du genre innovait par la mise en interaction dynamique de trois facteurs pour expliquer le handicap : une déficience qui entraîne une incapacité qui à son tour génère un désavantage. La CIF dans un mouvement universel considère que c'est le capital santé, commun à tout individu qui est atteint. Elle rompt avec la logique linéaire pour mettre l'accent sur la dimension situationnelle. C'est l'interaction entre l'individu et son environnement qui est en cause et qui produit une situation (de handicap) dont la personne est victime. La figure suivante illustre cette logique entre des facteurs contextuels d'une part et des éléments liés à la santé d'autre part.

Figure 06 : Processus du fonctionnement du handicap et de la santé selon la CIF⁴⁷.



La CIF n'échappe pas aux critiques qui soulignent notamment, son caractère culpabilisant à l'égard de la société, et son utilisation scientifique non avérée. Cependant elle rompt avec une lecture découpée, catégorisée du handicap. A travers les notions d'activité et de participation, la contribution d'un individu au fonctionnement de la société n'est plus réduite à sa seule activité salariée. Enfin la situation de handicap est pensée comme évolutive, à contrario des schémas antérieurs.

Au regard de la CIF, les déficiences psychiques et intellectuelles que présentent les adhérents du SASD sont la conséquence de l'atteinte de « *fonctions organiques* ». Une enquête interne au service réalisée en 2004 à partir de l'étude de 155 situations a déterminé l'étiologie suivante :

Nature des déficiences	Nombre de personnes
Déficiência intellectuelle	97
Déficiência psychique	27
Déficiência intellectuelle avec troubles de la personnalité	21
Traumatisme Crânien	10

⁴⁷ La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap, *handicap*. CTNERHI, n° 94-95, 2002., pp. 51-93

La déficience intellectuelle altère le système cognitif, ainsi les personnes éprouvent une lenteur de compréhension. La déficience intellectuelle entraîne également des perturbations affectives qui se traduisent notamment par la difficulté à établir des relations sociales adaptées. A la déficience intellectuelle viennent parfois s'ajouter des troubles du comportement et de la personnalité.

La déficience psychique est la conséquence des maladies mentales. Outre la CIF, d'autres classifications les ont répertoriées⁴⁸. Ces maladies sont classées en trois grandes rubriques : les psychoses, les névroses et les états limites. Les psychoses, dont la schizophrénie est une variante, caractérisent la forme la plus sévère de l'atteinte à la personnalité des individus. Leur rapport à la réalité est fortement perturbé et conduit nombre de personnes déficientes psychiques à une désinsertion. Les psychoses compromettent, par le caractère cyclique de leurs manifestations, l'investissement professionnel et personnel, ce que l'on désigne sous le terme d'apragmatisme. Ainsi le logement des personnes présentant une psychose, peut se révéler comme le réceptacle des désordres intérieurs au risque d'une dégradation de celui-ci, voire de la mise en danger des personnes...*Le schizophrène, [...] ne sait plus ni où loger ce corps ni où loger ses objets. Hors lien social, il erre dans un monde qui l'habite plus qu'il n'y habite.*⁴⁹ On parle de stabilisation de la maladie mentale, dès lors que ses manifestations (délires, comportements d'évitement...) sont régulées, pour autant les rechutes peuvent survenir.

B) Les politiques européennes relaient la notion de non-discrimination.

*... Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées sous l'étiquette de leur dépendance et de leur inaptitude au travail pour en venir à mettre l'accent sur leurs aptitudes et sur des politiques actives d'accompagnement ...*⁵⁰ Ainsi l'une des orientations proclamées en mars 2002 lors du Congrès européen des personnes handicapées à Madrid, reprend-elle la philosophie de la CIF. Dès 1993, l'Union européenne soutient les 22 règles de l'ONU pour l'égalisation des chances des personnes handicapées adoptées lors de la 48^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Ces dispositions préparent les mentalités à *l'évolution d'une logique de bien-être vers une logique de droits.*⁵¹ L'Année européenne des personnes handicapées en 2003 dynamisera l'engagement moral et politique des Etats membres de l'UE. Au nombre des principes qui vont traduire cet engagement figurent ceux de la non-discrimination et du droit à la compensation du handicap. Progressivement les

⁴⁸ La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies)-1993- / Le DSM IV (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) classification américaine datant de 1994.

⁴⁹ CONFALONIERIE P. Habiter, pour le schizophrène. *Rhizome*, décembre 2001, n°7, p.9.

effets discriminants des politiques antérieures s'effacent, y compris en ce qui concerne l'accès au travail. A l'échelon européen, la mobilisation d'organisations indépendantes issues de la société civile a été encouragée par des programmes officiels avec une efficacité certaine.⁵²

C) En France, le parcours de la psychiatrie à la santé mentale.

La psychiatrie française a entamé une évolution, notamment sous l'influence de la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. En 2001 le rapport des Drs. Piel et Røelandt *préconise une véritable politique de santé mentale fondée sur une sectorisation psychiatrique intégrée dans un bassin de santé ; la mise en place de réseaux en partenariat ; l'octroi d'une place centrale aux usagers*⁵³. Ce rapport fait débat, il lui est opposé de nombreux griefs du côté des soignants comme des professionnels du champ médico-social. La crainte liée à la dilution du soin dans des missions d'intervention sociale ; le risque d'asphyxie de la psychiatrie devant répondre aux diverses formes d'urgences sociales à l'extérieur de ses structures ; la banalisation du fait pathologique au profit du droit à la santé affirmé pour tous sont autant d'inquiétudes exprimées. N'y a-t-il pas risque de « sanitarisation » du social ? Les argumentaires développés contre le rapport sont aussi l'illustration du clivage persistant entre le sanitaire et le médico-social. A contrario, je pense que la dynamique de santé mentale ouvre la perspective d'une continuité entre le soin et l'accompagnement social pour les personnes accueillies. Le *plan de santé mentale 2005-2008*, reprend ces orientations, en confortant la légitimité du secteur psychiatrique comme base de l'organisation sanitaire⁵⁴. Reste que les moyens alloués à cette ambition sont à ce jour peu précis.

⁵⁰ GUBBELS A. Un changement de paradigme pour les politiques européennes relatives au handicap? *Handicap*, avril- septembre 2002, n°94-95, p.45. (pp.1-167)

⁵¹ *Conférence sur la personne handicapée organisée par la Commission européenne* [en ligne].2004.Sofia. Bulgarie.. Disponible sur Internet : http://europa.eu.int/comm/employment_social/disability/index_fr.html

⁵² « Aide aux organisations de personnes handicapées dans les 10 pays de l'adhésion » projet géré par le Forum européen des personnes handicapées de septembre 2002 à juin 2004.

⁵³ PIEL E. ROELANDT J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission [en ligne].2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/psy/7.htm>

⁵⁴ En 2003 le nombre de patients suivis par les 40 secteurs de psychiatrie générale en Bretagne est estimé à 79000 pour 25000 patients hospitalisés à temps complet. Source : *L'info Statistique*. DRASS. Bretagne, n°5, mars 2005.

D) Une évolution législative qui intègre le modèle participatif et définit le handicap.

Les dispositifs législatifs votés depuis trois années confirment le changement du point de vue de la société en ce qui concerne la question du handicap. La loi du 17 janvier 2002, dite loi de modernisation sociale affirme solennellement le droit pour chaque personne handicapée *...à la compensation des conséquences de son handicap quels que soit l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante.* Ainsi est posé le principe de la prestation de compensation que l'on retrouve inscrit dans la loi du 11 février 2005. Cette dernière dite *loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* est la déclinaison des influences internationales que nous venons d'évoquer. Le champ de ce droit [à la compensation] *recouvre à la fois la participation à la vie économique, sociale et culturelle d'un pays et l'ensemble des besoins individuels.*⁵⁵ Toutes les personnes dont le handicap est reconnu ouvrent droit à cette compensation, laquelle par une lecture situationnelle s'applique certes aux composantes individuelles mais également environnementales des individus.

La loi du 11 février 2005, dans son article 2, donne pour la première fois une définition légale du handicap, marquant en cela une rupture avec la logique « mécanique » initiée par la loi d'orientation du 30 juin 1975. Cette définition s'inspire de la logique initiée par la CIF *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.*

Je retiendrai de cette définition que la dimension psychique est accolée à celle du handicap. L'appellation « handicap psychique » relève d'une dimension politique, l'association Unafam ayant contribué à cette reconnaissance dans la loi... *Nommer [les] handicaps va à l'encontre du principe de non-stigmatisation. Mais si vous ne les nommez pas, ils n'existent pas et la compensation n'a plus de sens.*⁵⁶

1.3.2 Le modèle participatif : un nouvel équilibre dans l'accompagnement social

⁵⁵ ANDRE S. La prestation de compensation. *ASH*, n°2397, 2005, p21.

⁵⁶ CANNEVA J (président de l'Unafam). Le handicap psychique bientôt reconnu par la loi. *La Gazette Santé-Social*, 15 mars 2004, p21.

A) Le paradoxe de la participation.

Le modèle participatif, inspiré par la CIF repose sur une approche fondée sur les particularités. Il s'agit d'une lecture du handicap qui reconnaît et souligne les différences. Elle privilégie l'intérêt individualisé (celui de la personne en situation de handicap) plutôt que l'intérêt catégoriel (celui des handicapés). La logique du modèle participatif substitue à la solidarité de l'Etat, l'entraide, la coopération entre les membres de la société, supposant leur capacité à se retrouver, à se mobiliser. Le principe égalitaire (*à tous l'accès aux mêmes droits*) est remplacé par le principe d'équité (*à chacun l'accès à des services adéquats*). La CIF postule que la participation des personnes se fonde uniquement sur une implication individuelle. Par conséquent une responsabilité étant reconnue à la personne, elle est supposée pouvoir déterminer son niveau de besoins, sa capacité d'agir, le tout dans une relation qui se fonde sur une contractualisation. *De consommateur le bénéficiaire devient consommateur*⁵⁷. Il serait illusoire de croire que cette mutation s'opère magiquement. Par ailleurs, la logique de la participation poussée à son paroxysme s'apparente à un projet normatif : c'est la personne atteinte d'une déficience qui elle-même doit légitimer sa démarche en référence à un positionnement social (et non plus à des capacités ou incapacités).

B) Concevoir de nouveaux modèles d'intervention sociale.

Là où auparavant il s'agissait d'adapter, de réadapter par le biais de reclassement professionnel ou social, il s'agit désormais de pallier au manque de participation sociale (ou professionnelle), en permettant à la personne accompagnée de se prendre en main, de maîtriser les ressources qui favorisent sa participation. Il apparaît que l'accompagnement se doit d'être motivé par un projet commun entre les intéressés et les services. Démarche sans aucun doute plus incertaine ? Justement, la participation suppose que l'intervention sociale ait une capacité à gérer l'incertitude, le changement, à générer de l'innovation. La responsabilité professionnelle consiste dès lors à agir sur l'environnement, soit pour instaurer, restaurer, ou garantir les conditions pour la participation des personnes. Accompagner, suppose la capacité de tous les acteurs : l'intéressé, le professionnel, la famille... de s'inscrire dans une démarche commune. Du point de vue des professionnels il s'agit de dépasser les logiques institutionnelles, les corporatismes pour créer du lien, de l'interdépendance. Tout l'enjeu repose sur la capacité des services tels que le SASD à mettre les adhérents en position, en compétence d'acteurs. Cela suppose de reconnaître aux personnes une légitimité, de

⁵⁷ EBERSOLD S. Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale. *Handicap*, avril-septembre 2002, n°94-95, p158. (pp149-164)

considérer leurs savoirs, issus de leur expérience. Le modèle participatif est d'une grande exigence vis-à-vis des professionnels, car il impose d'accorder à l'Autre, à l'adhérent, une capacité d'expertise pour identifier ses potentialités et (co)construire son cheminement.

Conclusion de la première partie

L'évolution de la population conduit à inventer une nouvelle conception du SASD. Dans la première partie du mémoire, j'ai découvert combien la notion de handicap soumise aux fluctuations historiques est en fait une construction sociale. L'approche anthropologique de Robert Castel m'a apporté un éclairage à cet égard. Elle illustre la relativité qui caractérise les situations des individus selon qu'ils se trouvent ou non sur le bon versant de la cohésion sociale.

A sa création le SASD, porté par l'association Kan Ar Mor, s'est logiquement inscrit dans les dispositifs issus de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, ces dispositifs relevant d'une logique d'intégration à la fois protectrice et discriminante. Son objectif consistant à proposer une alternative à l'hébergement collectif pour des travailleurs handicapés a répondu rapidement à une attente. L'expérience a souligné l'importance du domicile et, par voie de conséquence, la nécessité de professionnalisation.

Puis sont apparus, par l'évolution de la situation des adhérents, les limites du dispositif initial. Le SASD, malgré son autonomie administrative, est pensé à partir du travail protégé et pour des travailleurs handicapés. Du fait de la retraite ou de l'inaptitude liée aux déficiences un nombre croissant de personnes n'accède plus au travail. Prolonger l'accompagnement nécessite un aménagement du cadre réglementaire du service et une adaptation à la réalité de nouveaux besoins. Double constat qui me conduit à noter la précarité de la base réglementaire des Services d'Accompagnement, ainsi que les faiblesses du fonctionnement du SASD.

Parallèlement le champ du handicap est traversé de diverses influences qui tendent à travers le modèle participatif à affirmer la primauté de la personne sur les structures et qui lui reconnaît le droit à la continuité de son parcours de vie, ainsi qu'au choix de celui-ci. Autant de paramètres qui renversent la logique initiale du service. Le moment est venu à travers la seconde partie du mémoire, de repérer ce qui à l'interne et dans son environnement, va se révéler levier ou obstacle pour engager cette nécessaire mutation.

2 LE SASD : DU CONSTAT AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION.

2.1 Un diagnostic interne qui révèle une inadéquation avec l'évolution des besoins des adhérents.

2.1.1 L'individualisation, fondement de l'accompagnement : un modèle insuffisamment questionné.

A) Une individualisation au risque de l'exclusive.

L'accompagnement social exercé par le SASD englobe des prestations diversifiées et personnalisées. L'individualisation de l'accompagnement instaure une relation duale entre le professionnel et la personne accompagnée. Cette approche s'est constituée en référence (voire en opposition) à l'approche collective des structures d'hébergement. L'individualisation s'est imposée aux professionnels comme l'assurance d'une démarche respectueuse... *la démarche d'accompagnement à domicile sous-entend à l'opposé d'une globalisation, la reconnaissance de la personne comme entité différenciée, individualisée et bien inscrite dans la société*⁵⁸. A partir de critères objectifs (nombre de suivis, géographie des interventions...) la désignation du professionnel auprès de la personne en situation de handicap s'effectue sur le mode de la référence. L'accompagnement se caractérise par le déplacement du professionnel au domicile de l'adhérent, ce à raison d'une rencontre hebdomadaire. Il n'existe pas de roulement systématisé des professionnels auprès des situations, ceci repose soit sur leur capacité à le solliciter, soit sur une intervention extérieure (notamment la mienne) dans l'hypothèse où une distanciation s'avère nécessaire. Cette conception de l'individualisation n'intègre pas la complexité de la relation d'accompagnement, ainsi que la définit Paul Fustier, entre « *l'échange salarial* » équilibré qui tend à résorber toute dette et « *l'échange par le don* »⁵⁹ qui génère, en l'absence de régulation, l'escalade d'un processus déstabilisant pour les deux acteurs impliqués dans la relation d'accompagnement. La désignation du « référent », le changement de celui-ci, restent du domaine du service. Il existe ici un déséquilibre dans la relation : l'avis de l'adhérent n'étant pas sollicité à ce propos.

⁵⁸ *Le Service d'Accompagnement Social, Un carrefour d'insertion. Projet d'établissement.* Novembre 1995.

⁵⁹ FUSTIER P. *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial.* Paris : Dunod, 2000. pp.84-85. (224 p.)

B) Un fonctionnement de service calqué sur le rythme du travail protégé.

L'activité est financée sous forme de prix de journée, le service fonctionnant en externat 5 jours par semaine. La période d'ouverture du SASD s'étale du lundi au vendredi, elle suit en cela le fonctionnement des CAT et des Ateliers Protégés. Il est juste de souligner que les résistances exprimées par les professionnels pour intervenir dans le cadre de week-ends n'ont pas contribué à une extension d'ouverture. J'ajoute que la prise en compte de la continuité des parcours des adhérents n'a pas fait l'objet d'une évaluation qualitative des besoins qui conduirait le service à dépasser le cadre actuel de son fonctionnement sur des périodes d'ouverture plus larges. Cette prise en compte me semble d'autant plus impérative que la population sans activité professionnelle ne bénéficie pas d'aménagements spécifiques, la fréquence des visites reste basée sur le rythme d'une fois par semaine. A contrario des travailleurs, celles-ci évoluent dans une socialité primaire⁶⁰ plus réduite. S'il y a bien individualisation de l'accompagnement elle trouve ici sa limite.

C) Le domicile : une lente évolution des représentations.

Le domicile reste associé à l'accession à un nouveau statut social. Il est marqueur d'autonomie et perçu comme constituant de l'individualité. D'une lecture raccourcie, la notion de domicile associe une personne à la réalité d'un logement indépendant. De ce fait, par exemple il subsiste des résistances de la part des professionnels pour prendre en compte la situation de personnes déficientes, vivant au domicile de leurs parents et aspirant à accéder à une indépendance.

L'émergence des personnes ne travaillant plus, tend à questionner le domicile en tant qu'unique vecteur de socialisation. Au CAT, à l'Atelier Protégé il existe une veille implicite qui quotidiennement peut alerter le SASD. En l'absence de travail, le domicile peut se révéler lieu d'enfermement et de souffrance. *On est dans une représentation du logement autonome comme logement idéal. Il faudrait revoir cet idéal. Parfois le logement le plus adapté pour certaines personnes en souffrance psychique, c'est le logement collectif.*⁶¹

Dans leur manière d'habiter, les adhérents du service indiquent parfois la voie qu'ils souhaitent suivre. Ainsi à Douarnenez cinq personnes accompagnées par le service entre

⁶⁰La sociabilité primaire définit les... systèmes de règles liant directement les membres d'un groupe sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail, et tissant des réseaux d'interdépendances sans la médiation d'institutions spécifiques. In CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale...*op.cit.p.34.

⁶¹ *Santé mentale et logement : sujets sensibles*. Synthèse des journées d'échanges. Lyon 2003, Grenoble 2004. Lyon: Editions Mario Mella, 2005. pp.7-62.

2003 et 2005 ont sollicité de l'office HLM la possibilité d'être logés non loin du foyer d'hébergement dont ils sont issus.

D) Une absence de représentativité des adhérents

Le Conseil de la Vie Sociale est élu sur le même modèle que celui des CAT. En raison de la dispersion géographique des secteurs, il est difficile pour les représentants des adhérents d'exercer leur mandat dans de bonnes conditions. Aussi, leur participation au Conseil de la Vie Sociale relaie peu l'expression collective.

2.1.2 Un pôle professionnel qualifié dont les spécialisations ne sont pas diversifiées.

A) L'homogénéité de l'équipe socio-éducative nécessite la recherche de complémentarités.

L'équipe actuelle du SASD est composée :

- D'un poste de directeur-adjoint à hauteur d'un ETP.
- D'un poste de secrétaire-comptable à hauteur de 0.55 ETP (titulaire d'un BTS de comptabilité).
- De 10.70 ETP postes socio-éducatif.
- D'un 0.20 ETP poste au titre des remplacements.
- D'un poste de psychologue à hauteur de 0.25 ETP.

Le ratio d'encadrement moyen pour les effectifs socio-éducatif se situe à un ETP pour 16 places, le plaçant en dessous du ratio moyen d'un ETP pour 12,3 places calculé à partir de l'enquête nationale menée par le MAIS⁶². Le faible ratio d'encadrement du SASD s'explique par le choix initialement effectué de ne s'adresser qu'à des personnes ayant un niveau d'autonomie suffisant. Ces personnes bénéficient par ailleurs d'un encadrement et d'une structuration de leur quotidien à travers un emploi protégé.

Régie par la convention collective du 15 mars 1966 et son annexe 10 relative aux personnels des établissements et services pour adultes handicapés, l'équipe professionnelle du SASD se caractérise par son niveau de qualification. Le personnel socio-éducatif est majoritairement composé de professionnels titulaires de diplômes de niveau III : éducateurs spécialisés et conseillères en économie sociale et familiale (CESF). Ces personnels sont considérés comme animateurs 1^{ère} catégorie au titre de l'annexe 10 de la convention collective.

⁶² DEGRAND F. *L'évolution des Services d'Accompagnement*. op. cit.

Une professionnelle, monitrice – éducatrice (ME), diplôme de niveau IV, est inscrite dans un parcours au titre de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)⁶³ en vue d'accéder au Diplôme d'Etat d'Educatrice Spécialisée (DEES). Sa demande se situe actuellement dans la « *phase de recevabilité* », première étape avant la « *phase de validation des acquis* » proprement dite.

- Le secteur socio-éducatif est composé de 11 professionnels pour un total de 10.70 Equivalent Temps Plein (ETP). La répartition des professionnels sur les secteurs géographiques dépend du nombre d'adhérents. Cette répartition plutôt stable n'a conduit en trois ans qu'au « glissement » d'un 0.50 ETP du secteur de Douarnenez vers celui de Quimper.

Tableau de la répartition des professionnels socio-éducatif par secteur géographique.

	DEES	CESF	ME
Carhaix	2	1	
Douarnenez	3		1
Quimper	3	1	

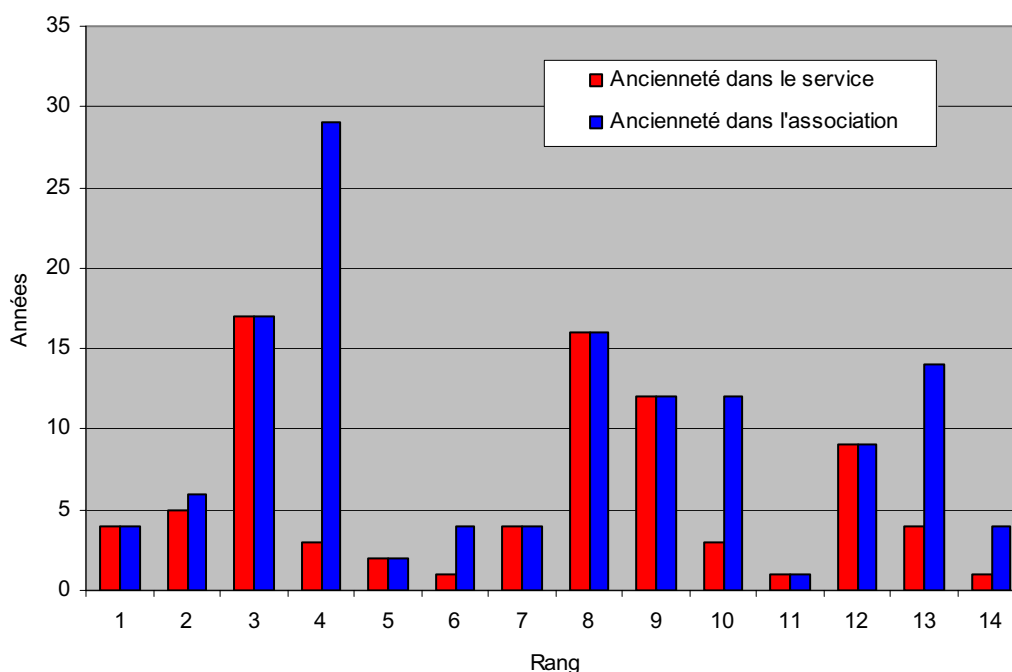
Il existe trois types de postes au sein de l'équipe socio-éducative du SASD : éducateurs spécialisés, monitrice – éducatrice, conseillères en économie sociale et familiale. Il est difficile de sérier la part de technicité, liée à ces qualifications et qui intervient dans l'exécution des tâches. Les techniques et cultures professionnelles initiales semblent s'effacer au profit d'une tendance à l'uniformisation. La nature de l'intervention, la capacité d'en analyser les ressorts et d'en retranscrire la teneur, l'aptitude à gérer une continuité de l'accompagnement, requiert des compétences proches de celles rencontrées dans les équipes soignantes. Cependant La physionomie de l'équipe socio-éducative reflète une absence de professionnels issus du secteur sanitaire. Ainsi l'évolution du public du SASD, par ses difficultés liées à la déficience psychique n'a-t-elle pas été prise en compte dans le cadre du recrutement des professionnels et conduit à une spécialisation du service qui nécessite la recherche de complémentarité avec d'autres qualifications à l'externe. Cette représentation importante de professionnels diplômés éducateurs spécialisés, est représentative des qualifications que l'on retrouve dans les services d'accompagnement.⁶⁴ : L'enquête MAIS auprès des SAVS fait

⁶³ La mise en oeuvre de la VAE concernant le Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé est précisée par la circulaire interministérielle DGAS/4A du 7 juillet 2004.

⁶⁴ DEGRAND F. *L'évolution des services d'accompagnement...*op.cit. p.9

apparaître les qualifications et les proportions suivantes : éducateurs spécialisés (58%), moniteur – éducateur (19%), CESF (18%).

Figure 07 : Ancienneté des salariés selon les qualifications, dans l'association Kan Ar Mor et au SASD



Toutes qualifications confondues, l'équipe du SASD possède une faible ancienneté dans le service. L'actualisation du projet de service datant de 1995 n'en est que plus fondée.

B) La formation professionnelle : un levier pour le changement peu évalué.

La formation continue est le gage de l'adaptation du service aux problématiques des personnes accueillies. Cependant dans le cadre du Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) de l'année 2005, n'apparaît qu'une seule formation en lien avec les pathologies mentales. Les formations sollicitées par les salariés ont toutes leur pertinence au regard de la spécificité du service, mais elles ne sont pas suffisamment reliées entre elles et ne font pas l'objet d'une évaluation conséquente. Celle-ci se limite à une restitution en trois points, transmise à la commission « formation permanente » de l'association et portant sur « 1°) les apports de la formation, 2°) le bilan global, 3°) les intérêts pour l'établissement et/ou pour l'association ».

Plan Annuel d'Utilisation des Fonds SASD- Kan Ar Mor	
2005	2004
Formations individuelles	
Méthodologie de la médiation	Champs de compétence : complémentarité de réseau. (2)
CAFERUIS	Endettement Argent
Maladie mentale et dispositif social	Alcoologie
VAE	Méthodologie systémique de l'entretien
Accompagner la parentalité	VAE
	Formation fonction de cadre
CAFDES	CAFDES
Formation collective	
Approche systémique	

Le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds du SASD ne prend pas suffisamment en compte le phénomène d'usure professionnelle. La relation d'accompagnement expose le professionnel au risque de déstabilisation. Au SASD ce risque est d'autant plus prégnant que l'exercice professionnel est un exercice solitaire. Les modes de régulation des pratiques sont de deux ordres. Tout d'abord de manière formelle à travers les réunions hebdomadaires de secteur, ces réunions sont complétées par les réunions de synthèse, qui se tiennent mensuellement sur chaque secteur géographique. De manière informelle : la disposition des bureaux permet l'installation des professionnels socio-éducatifs dans une pièce commune : l'expérience démontre qu'entre deux visites au domicile, cette disposition des lieux favorise à travers les échanges, une prise de distance. Mais ces modes de régulation se caractérisent par le fait qu'ils reposent sur la dynamique interne du service. Il n'existe pas d'instance neutre susceptible de recueillir la part d'affects que génère l'accompagnement social. Une analyse des pratiques dans le cadre d'une formation collective peut remplir cette fonction.

C) Une absence de stabilité des directions peu propice à la dynamique de projets.

Ma prise de fonction en qualité de directeur-adjoint est venue ponctuer la nomination de trois directeurs du SASD en quatre années, ceci à l'issue d'une mise en œuvre hésitante du nouvel organigramme associatif. Cette prise de fonction s'est effectuée dans un climat d'incertitude et de prudence des équipes à l'égard de la direction. Les tensions issues de cette situation se sont concentrées sur la qualité de la communication au sein du service. Car, il n'y a pas de paradoxe à souligner que le SASD malgré qu'il soit défini comme un service hors murs, nécessite une bonne structuration de sa communication interne.

Je suis confronté au constat de la dispersion géographique et symbolique du service. A l'exception d'une réunion générale mensuelle animée par le directeur du SASD, il n'existe

pas d'instance confortant une entité de service. Les professionnels expriment un sentiment d'isolement, parfois renforcé par le caractère excentré de la localisation comme c'est le cas pour le secteur de Carhaix.

2.1.3 Une absence de base réglementaire qui ne contribue pas à la légitimation du service.

A) Une structuration progressive du SASD qui lui confère une place originale.

Malgré l'absence de cadre réglementaire qui délimite le fonctionnement des services d'accompagnement, la convention qui le relie au département le caractérise à plusieurs titres : le service n'étant pas rattaché à un autre établissement possède sa propre entité administrative et son budget. Par ailleurs, Il entre dans l'organigramme associatif au côté des autres établissements et services de l'association Kan Ar Mor et ses locaux sont désormais distincts du siège de l'association, ou des Centres d'Aide par le Travail. Son développement s'est également traduit par une ouverture aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et exerçant dans des structures de travail protégé n'étant pas directement gérées par l'association Kan Ar Mor.⁶⁵ La négociation avec les autorités départementales a notamment permis d'étendre l'intervention du service aux personnes relevant d'une orientation vers les Ateliers Protégés. A l'origine sollicitée par les services tutélaires, cette transversalité se révèle être un atout pour garantir une continuité du parcours des personnes. Le SASD se retrouve à ce titre en position d'être médiateur inter – institutionnel. Enfin les dispositions dérogatoires que nous avons abordées et qui concernent les personnes hors du travail protégé, confortent la capacité adaptative du service.

B) Des points de fragilité consécutifs à l'absence de base réglementaire.

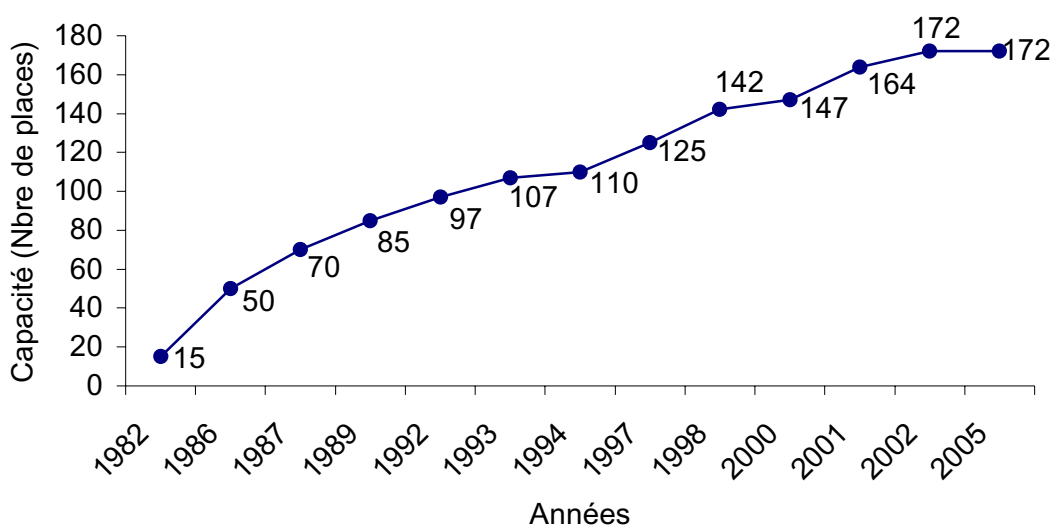
a) Une croissance peu anticipatrice des évolutions des publics.

Le SASD n'entrant pas dans la catégorie des établissements et services soumis à autorisation n'a pas fait en tant que tel, l'objet d'un dépôt de dossier auprès des instances régionales qu'ont été successivement la CRISMS, le CROSS et à présent le CROSMS. Cette procédure requise en cas d'extension où de création de places au sein de structures sanitaires, sociales, médico-sociales répond à la nécessité de leur planification.

⁶⁵ Au 1^{er} juin 2005, 44 personnes exerçant dans des structures de travail protégé extérieures à l'association Kan Ar Mor bénéficient d'un accompagnement au titre du SASD , (38 travaillant en Ateliers Protégés, 6 en CAT)

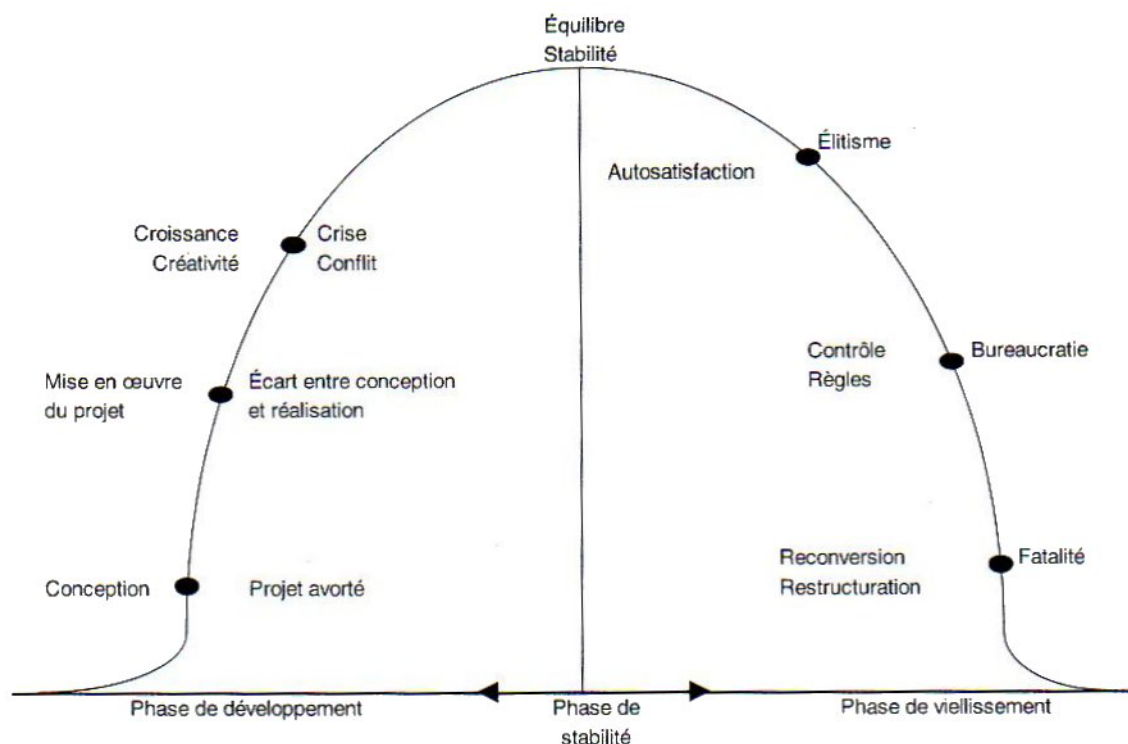
Si l'avis du CROSMS ne s'impose pas au financeur concerné, il confère cependant au projet une légitimité et permet au promoteur de se référer à des équivalents. Au-delà de son caractère réglementaire, la demande d'autorisation conduit le promoteur du projet à en définir les fondements et à l'étayer dans ses aspects opérationnels et budgétaires, J'ai reconstitué à travers les différents arrêtés du Conseil Général les phases d'extension du service.

Figure 08 : Evolution de la capacité d'accueil du SASD



Le développement du service est en constante croissance de 1982 à 2002. En l'absence de demande d'autorisation auprès du CROSMS la négociation directe auprès des responsables du département a eu pour effet de minimiser les moyens alloués au SASD. L'extension du service n'a pas fait l'objet d'une réelle étude prospective, et son moindre coût s'est révélé accélérateur de développement. Un développement caractérisé par un manque d'anticipation, ne prenant pas en compte l'évolution des publics, vers une diminution ou une perte d'activité professionnelle.

Figure 09 : Les cycles de vie des organisations sociales et médico-sociales. Schéma selon J.M. Miramon et F.O.Mordohay.



Tracer la courbe de l'activité du SASD c'est aussi situer le service dans une évolution chronologique. Les étapes de l'évolution peuvent être assimilées à des « époques ». Jean-Marie Miramon et François-Olivier Mordohay illustrent cette dimension dans leur ouvrage intitulé *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales* : ils découpent en cycles, les phases de vie de l'organisation. En fonction de cette représentation le SASD se situe aujourd'hui dans la phase de développement au niveau du point de croissance. Elle se caractérise notamment par une certaine stabilité du service et une adhésion des acteurs aux enjeux qui se présentent à lui. Point de vigilance, je retiens de cette phase qu'elle présente... *un risque de fuite en avant qui conduirait à négliger la gestion et les grands équilibres...* ⁶⁶

- b) *L'absence d'orientation au titre de la COTOREP pose la question de l'évaluation des demandes d'admission.*

⁶⁶ MIRAMON J.M. MORDOHAY F.O. *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2003.p.52. (152 p.)

La COTOREP du Finistère, ne notifie pas d'orientation spécifique à destination des services d'accompagnement, justifiant sa décision par leur absence de base réglementaire. Elle se distingue de ce point de vue de la plupart des autres départements, puisque l'enquête du MAIS révèle que 76 % des services concernés admettent les personnes à l'issue d'une orientation « Services d'Accompagnement » prononcée par les COTOREP⁶⁷. Ce positionnement de la COTOREP du Finistère a des conséquences en matière d'évaluation initiale des situations. En position unique, le SASD accueille et traite la demande d'accompagnement social qui lui est adressée. Il la transmet par la suite au Conseil Général, instance qui, à la fois « confirme l'orientation » et la finance. Ce processus, malgré le recours administratif qui reste possible à l'encontre de la décision du Conseil Général, me questionne quant à l'arbitraire qu'il oppose à la personne en situation de handicap. Cet arbitraire est d'autant plus renforcé que les décisions reposent sur des critères non prédéfinis.

c) La désignation du service : un processus qui n'est pas stabilisé.

Pour anecdotique qu'elle soit, la diversité dans l'appellation du Service est révélatrice des effets liés à la difficile légitimation des dispositifs d'accompagnement.

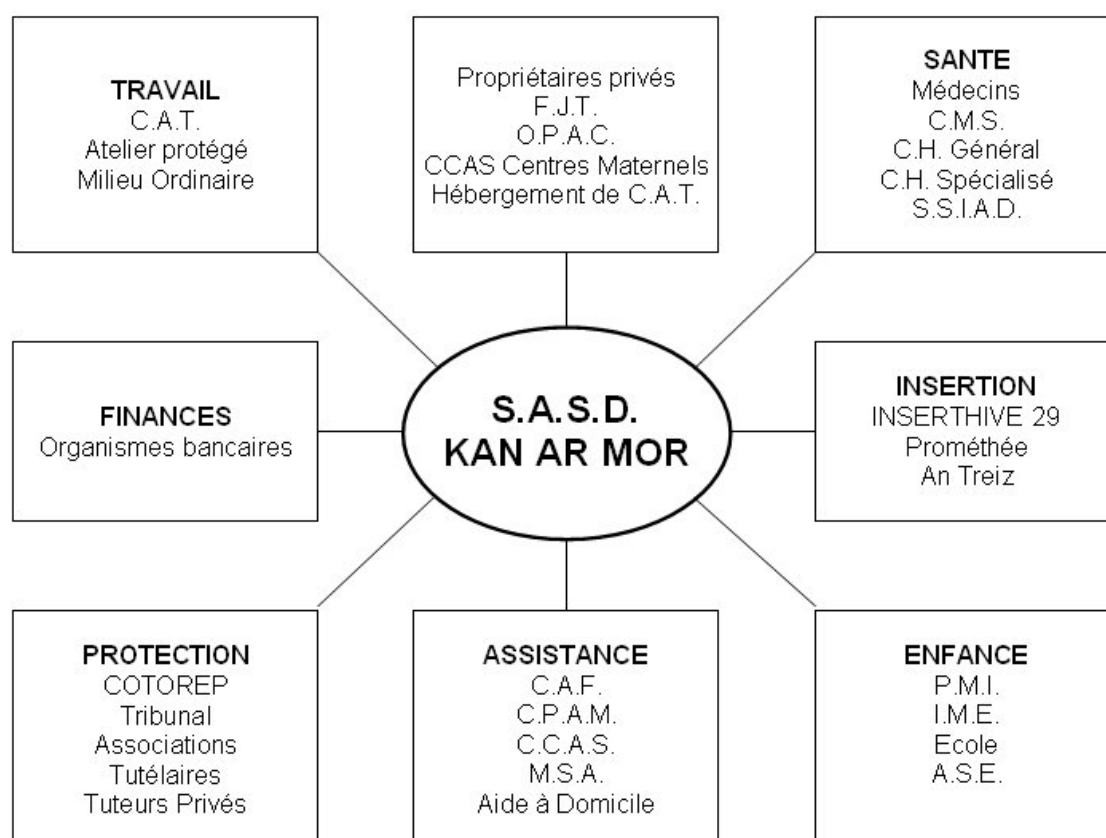
Service d'Accompagnement Social à Domicile (SASD) est l'actuel intitulé du service. Il se retrouve dans les documents officiels, les plaquettes de présentation. Selon les périodes et les lieux concernés, les acteurs impliqués, les conceptions sous-tendues, le service a connu des variations dans ses appellations : *Service d'Accompagnement (SA)*, *Service à Domicile (SAD)*, *Service d'Accompagnement Social (SAS)*, *Service d'Accompagnement et de Soutien à Domicile (SASD)*, sont les déclinaisons que j'ai pu repérer à travers les documents, mais aussi au détour des conversations. Si la diversité est un antidote pour la monotonie, ici dans le cadre de la désignation du service, elle tend à accentuer un sentiment de morcellement, d'empilement de dispositifs. La lisibilité n'est pas toujours acquise pour l'extérieur et à l'interne l'appartenance à l'entité de service ne trouve pas son ancrage nominatif.

2.1.4 Un réseau conséquent qui relève d'une logique territoriale.

Poser pour le SASD la question du travail en réseau, ramène aux finalités de l'accompagnement social. Dans la figure suivante, j'ai recensé sous les domaines d'intervention du service, les interlocuteurs que les professionnels du SASD rencontrent dans le cadre de leurs interventions.

⁶⁷ DEGRAND F. *L'évolution des services d'accompagnement...*op.cit. p.5

Figure 10 : Le SASD, un service au cœur d'un réseau



Devant la diversité des interlocuteurs et l'émiettement des dispositifs, la finalité de l'accompagnement est d'assurer la continuité des projets des personnes. Ainsi les professionnels du SASD sont en capacité d'enrichir une action dans un domaine par la connaissance issue d'un autre.

Ex. : Mme C. adhérente du service, présente une déficience psychique, elle travaille dans un CAT. Son fils de 12 ans confié à l'Aide Sociale à l'Enfance est scolarisé dans le cadre d'un IME de la région de Quimper. Le droit de visite de Mme C. à son fils est encadré par une décision de justice et à sa demande elle l'exerce accompagnée d'une professionnelle du SASD. La connaissance que peut avoir l'éducatrice de l'environnement professionnel de Mme C. pondère les tensions au moment des rencontres qui se déroulent dans le cadre de l'IME.

Sa position intermédiaire place le SASD dans une configuration où il relie les interlocuteurs. Mais cette activité pour valorisante qu'elle soit, se doit d'être analysée. Les notions de réseau et de territoire sont étroitement liées. Le réseau se définit notamment par son territoire d'action. Or le SASD, comme l'indique l'annexe 5, évolue dans des découpages territoriaux parfois peu cohérents. L'implantation du service à des échelons locaux, possède de nombreux avantages, le principal étant la réactivité, la capacité rapide de mobilisation des acteurs. Mais cette conception trouve aussi sa limite dans un

environnement qui peut s'avérer étroit au regard des enjeux et de la représentativité qu'elle requiert. La proximité des acteurs peut s'exercer au détriment de la mobilité des projets des personnes accompagnées et parallèlement cette proximité peut aussi immobiliser la dynamique critique des mêmes acteurs. La conception du travail en réseau au SASD ne peut être circonscrite à sa dimension territoriale, elle doit être définie au niveau de la globalité du service. Une définition du réseau qui tend certes vers une formalisation des complémentarités, mais qui intègre également la différence des approches et la remise en cause comme facteurs dynamiques. *L'essentiel est que les réseaux, quels que soient leur degré de formalisation, ne laissent pas place à de nouvelles constructions bureaucratiques qui privilégient l'unité à la diversité.*⁶⁸

2.1.5 Un mode de financement du service peu adapté à la réalité des publics accompagnés.

Le SASD est financé sur la base d'un prix de journée versé par le département du Finistère. Pour l'année 2005 celui-ci est fixé à 11,08 €.

Le prix de journée ne prend pas en compte la variation de l'activité qui peut être liée à la situation des personnes. Des événements, parfois imprévisibles, conduisent le service à intervenir plusieurs fois dans la semaine, voire dans la journée, auprès de l'adhérent. A l'inverse, d'autres situations ne justifient pas un passage hebdomadaire à leur domicile. Par ailleurs, la dispersion géographique du service rend complexe l'équilibre des flux d'entrées et de sorties, car le taux d'occupation se calcule bien entendu sur la globalité du SASD.

La particularité de nombreuses déficiences psychiques tient dans le caractère épisodique de leurs manifestations. Le service est alors confronté à des périodes où la personne sera dans l'évitement ou le refus de l'accompagnement. La nécessité de poursuivre cette intervention est alors en contradiction avec la déclaration effective de l'activité du service auprès du financeur. Autant de raisons qui incitent à la refonte du mode de financement du SASD, mais qui doivent au préalable conduire à une identification des prestations afin de permettre leur évaluation la plus juste.

⁶⁸ JAEGER M. Travail en réseau et logiques de territoire. *Les Cahiers de l'Actif*, n°324/325, 2003, pp.49-57.

2.2 Les évolutions législatives traduisent et initient un mouvement d'ouverture, aux contours peu définis.

2.2.1 Le projet de vie, socle du droit à la compensation du handicap.

La loi du 11 février 2005, instaure le principe du droit à la compensation du handicap. Ce droit situe le handicap dans le champ de la protection sociale, contrairement à la logique initiale où il relevait de l'assistance. Il demeure qu'à ce jour en l'absence de textes réglementaires, les conditions d'application de la loi sont imprécises. Le département du Finistère travaille à la mise en place de la Maison du Handicap devant intervenir au 1^{er} janvier 2006. Celle-ci, sous la forme juridique d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), sera le pivot des politiques en ce qui concerne le handicap au niveau du département. Je présenterai ma candidature au Directeur-Général de l'association Kan Ar Mor afin d'y siéger au titre de la représentation accordée au secteur associatif. La Maison du Handicap accueillera :

- Une équipe pluridisciplinaire, en charge d'évaluer les besoins de compensation, sur la base du document « projet de vie » que la personne en situation de handicap ou son représentant remettra. Les réponses à ces besoins seront inscrites dans un plan personnalisé de compensation du handicap.
- La Commission des Droits et de l'Autonomie qui regroupera les actuelles CDES et COTOREP, ainsi que le SVA, statuera en fonction des préconisations de l'équipe pluridisciplinaire, sur l'ensemble des droits relatifs à la personne, notamment sur l'attribution de la prestation de compensation du handicap.

La notion de projet de vie située au départ de la démarche sort renforcée du dispositif législatif. Fondée sur un principe non discriminant, elle confère la priorité au choix de vie des personnes. Mais accueillir l'expression individuelle des projets de vie et concilier la réponse à leur apporter se révèle complexe. Le rapport présenté par B. Roussille, membre de l'IGAS, cerne les enjeux relatifs à l'évaluation et à la mise en œuvre du droit à la compensation du handicap. La formation des équipes pluridisciplinaires est de ceux-là *...l'évaluation doit donner une place importante [...] au projet de vie de la personne. Cette exigence est nouvelle et stimulante. Elle suppose que les équipes soient formées et outillées pour faire émerger les désirs et les opinions des personnes concernées par une évaluation*⁶⁹. J'ajoute que la relation d'accompagnement doit être régie par une dimension

⁶⁹ *L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation.* Rapport présenté par B. ROUSSILLE. IGAS, Rapport n°2004/150, 2004, p.68. (111 p.)

contractuelle ; à défaut, le risque est important d'un déséquilibre qui finirait par dévaloriser la crédibilité du projet de vie

En théorie, il n'existe pas de restrictions à l'exercice de leurs droits pour les personnes en situation de handicap et les évolutions introduites par la loi seront intégrées dans les pratiques futures du SASD. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, accorde une reconnaissance aux aidants familiaux. De même les textes législatifs lèvent les restrictions relatives à l'âge des personnes, puisque la prestation de compensation pourra être versée sous certaines conditions aux personnes en situation de handicap au-delà de 60 ans.

2.2.2 La coopération du sanitaire et du social légiférée : un levier pour renforcer l'accompagnement des personnes.

Le cadre législatif vient inciter, au travers de deux textes importants, au rapprochement des secteurs qui oeuvrent dans l'accompagnement des personnes vulnérables, particulièrement les personnes en situation de handicap. Il s'agit de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la loi de santé publique du 9 août 2004. S'il ne s'agit pas ici de reprendre l'ensemble des dispositions, « l'appel d'air » que ces textes sont supposés générer afin de garantir la complémentarité et la continuité des accompagnements est notable. Dans son article 21, la loi du 2 janvier 2002 préconise la constitution de réseaux sociaux et médico-sociaux, pour atteindre cet objectif. Elle suggère que ces complémentarités fassent l'objet de conventionnement entre les services de même nature, mais également à destination d'établissements du secteur sanitaire. La loi de Santé publique du 9 août 2004, réorganise notamment la planification sanitaire en renforçant l'échelon régional. Ainsi le législateur place les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) dans la logique d'une proximité et d'une transversalité des compétences. Dans le cadre de ma formation au CAFDES j'ai choisi un lieu de stage, ayant intégré cette donnée dans son fonctionnement. Le CCAS de la Ville de Quimper gère un dispositif d'hébergement qui se caractérise par la variété et l'adaptation des réponses. Dans le cadre d'une convention reliant le CCAS au Centre Hospitalier Inter-Cornouaille (CHC) et au Conseil Général, deux infirmières du service des Urgences sont mises à disposition du CCAS pour trois types d'action à caractère préventif auprès de personnes en situation d'exclusion sociale :

- L'accueil selon des heures de permanence, dans le cadre d'un Point – Santé.
- La rencontre, tous les midis, « dans la rue ».
- Une intervention en soirée dans le cadre de l'Hôtel Social (structure de 18 places ayant une vocation d'accueil d'urgence).

Ces actions se caractérisent par leur souplesse, leur réactivité et leur adaptation à la réalité des personnes. Le bilan que le CCAS et le CHC tirent de cette expérience conclut

à la pertinence d'une complémentarité qui garantit un suivi médical rapproché et anticipe les pics de crise en amont de l'hôpital. Evoquant le clivage qui subsiste entre la psychiatrie et le secteur médico-social, M. Jaeger écrit *...De telles bipolarisations ne peuvent qu'être nuisibles à tous [...]. Elles ne sont qu'une forme d'incapacité à penser des réponses croisées à des difficultés polymorphes [...]. Or, même lorsque l'adéquation semble pertinente entre la personne aidée et le dispositif mis en place, la variété de ses besoins et de ses attentes, appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'action. Aussi il paraît préférable de penser les modes de prise en charge à partir de l'unité du sujet, plutôt que de procéder à l'inverse en partant des clivages institutionnels...*⁷⁰ Le SASD, à la fois par la diversité des publics qu'il touche et la multiplicité de ses partenaires occupe une position privilégiée pour développer cette dynamique d'ouverture au service du projet de vie des personnes.

2.3 L'inscription du SASD dans une politique de santé mentale de dimension locale.

2.3.1 L'expérience gestionnaire partagée entre l'Association Kan Ar Mor et le Centre Hospitalier Spécialisé E. Gourmelen : un contexte propice au développement de partenariats.

Depuis 1987, dans le cadre d'un GIP, l'Association Kan Ar Mor gère en partenariat avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Quimper, le CAT « Ty Hent Glaz »⁷¹ spécialisé dans l'accueil de personnes présentant une déficience psychique. Le GIP s'appuie sur un conseil d'administration de 9 membres :

- Cinq membres désignés par le conseil d'administration de l'hôpital.
- Quatre membres désignés par le conseil d'administration de l'association Kan Ar Mor.

L'activité du CAT, implanté au sein du Centre Hospitalier, relève de la gestion de l'association Kan Ar Mor, tandis que des places sont attribuées à parité aux deux entités du GIP. Au cœur du dispositif, la « commission mixte » à laquelle je participe est présidée par un médecin élu par la Commission Médicale d'Etablissement (CME). La « commission mixte », comme son intitulé l'indique, réunit des représentants du secteur sanitaire et du secteur social. Elle examine au rythme d'une séance mensuelle les demandes d'admission, les réorientations, les sorties, les situations de fragilité. Au-delà de la connaissance mutuelle entre partenaires, la « commission mixte » atteste de la faisabilité

⁷⁰ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social...*op.cit. p.19.

⁷¹ « La maison du chemin bleu »

d'une telle rencontre et participe à la redéfinition des cultures professionnelles. Ainsi J. BRIDIER, médecin, chef de service hospitalier, définit – il *...le soin [qui] doit être envisagé dans un cadre global, associant à la psychothérapie et à la chimiothérapie, les demandes à visée éducative, [...]. L'articulation entre ces démarches et entre les personnes qui s'engagent dans ces démarches, représente un soin institutionnel ; c'est-à-dire que l'institution est un ensemble humain, qu'il soit localisé ou non dans l'espace, qui fonctionne par un projet défini, selon un certain nombre de pratiques et d'idées partagées.*⁷² La « commission mixte » est une instance à travers laquelle sont évoquées notamment les situations des adhérents du SASD, travaillant par ailleurs au CAT, mais également d'être alerté quant aux besoins d'accompagnement repérés pour d'autres personnes.

Le CAT Ty Hent Glaz élabore un projet d'accueil dans le cadre d'un temps partiel pour les personnes déficientes psychiques. Cette option répond au double objectif de maintien du statut de travailleur pour les personnes accueillies ainsi que de l'adaptation des postes et du temps de travail. Le projet, construit en fonction des aptitudes individuelles, pondère la dimension discriminante du travail protégé et suppose que le SASD propose un accompagnement social en conséquence.

2.3.2 Une planification du sanitaire et du social qui les rapproche pour unifier l'accompagnement des personnes.

Le 3^{ème} schéma départemental des institutions et services en faveur des personnes handicapées mis en œuvre par le Conseil Général du Finistère, est entré dans sa phase d'élaboration technique à la fin de l'année 2004. L'un des axes de travail est intitulé « le développement de conventions entre les établissements sanitaires spécialisés et les établissements et services médico-sociaux ». Cet axe de travail prend acte de la recomposition des interventions que nécessite en particulier la fermeture de lits dans le secteur de la psychiatrie.⁷³ Le rapporteur du groupe de travail, souligne l'augmentation au sein de la population générale, des personnes souffrant de maladies psychiques, dans une proportion de 10 pour 1000 habitants. Le document définit ainsi cette population // *s'agit de personnes atteintes de maladie psychiatrique chronique, de gravité variable et*

⁷² BRIDIER F. Réfléchir aux transformations des professions. *Pluriels*, décembre 2004 – janvier 2005, n° 48 – 49, p.12. (pp.1-20)

⁷³ Parallèlement à une diminution de 49% du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein entre 1989 et 2000, la psychiatrie a développé une politique sectorielle, puisque les soins sont désormais réalisés à 85% en ambulatoire.

Source : Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *Etudes et Résultats*. DREES, n°342, pp1-12.

*fluctuante dans le temps, qui génère de grandes difficultés d'insertion professionnelle, sociale, familiale, conduisant à un grand isolement. Ces personnes requièrent un suivi médical très régulier et un accompagnement social adapté.*⁷⁴ Les orientations du schéma départemental font écho à la politique sanitaire définie par l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Bretagne (ARH). La préparation au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) dit « Schéma de 3^{ème} génération », préconise dans son volet relatif à la santé mentale et concernant les liens entre la psychiatrie et le secteur social *Ces liens doivent être davantage approfondis que dans le schéma précédent : services d'accompagnement à la vie sociale, actions sur le logement doivent être une priorité compte tenu de l'évolution des modes de prise en charge et de leur réorientation vers l'ambulatoire.*⁷⁵ Je constate une conjonction des volontés politiques qui contribue à une dynamique locale de santé mentale, ceci au-delà des clivages catégoriels. Cette conjonction est-elle une évolution au regard de ce constat posé par A. Lemoine-Pape ? *...s'attacher [...] à repérer et à analyser les facteurs d'incohérence entre les dispositifs plutôt que les moments de discontinuité subis par les personnes et la nature des disfonctionnements qu'ils traduisent, a abouti à concevoir des organisations et n'a pas permis de privilégier [...] la dimension fonctionnelle des systèmes et des réponses susceptibles d'être apportées*⁷⁶.

2.3.3 La démarche de L'Unafam auprès de l'association Kan Ar Mor : de la reconnaissance d'une compétence à la complémentarité des expériences.

Au mois de septembre 2003, le président-délégué de l'Unafam du Finistère, orienté par le Conseil Général, contacte le Collectif ARAMIS,⁷⁷ afin de concevoir un service d'accompagnement social, prenant en compte la population de personnes déficientes psychiques dont cette association représente les familles. Ce rapprochement reçoit l'aval du Conseil d'administration de l'association Kan Ar Mor, en date du 17 décembre 2003.

⁷⁴ 3^{ème} Schéma Départemental des Institutions et Services en faveur des personnes handicapées. Premières orientations. Rapport au Conseil Général du Finistère adopté en séance du 29 janvier 2004.

⁷⁵ MARQUIS F. *Bilan de la mise en œuvre du schéma régional de santé mentale. Travaux préparatoires au SROS 3^{ème} génération.* [en ligne]. ARH de Bretagne. 2004. Disponible sur Internet : <http://www.arh-bretagne.fr>

⁷⁶ LEMOINE-PAPE A. *Parcours de vie : continuités /discontinuités. Pratiques en santé mentale*, Février 2005, n° 1/05, p50. (pp1-93)

En perspective du schéma départemental, le collectif ARAMIS propose comme interlocuteur de l'Unafam les associations Don Bosco pour la partie nord du département et l'association Kan Ar Mor pour la partie sud, cette désignation s'effectuant sur la base des compétences reconnues dans le domaine de l'accompagnement social, aux dites associations. La répartition des rôles de chacun des interlocuteurs, fera l'objet d'une convention entre les trois associations Kan Ar Mor, Don Bosco et Unafam (voir annexe 6). Sans exercer la gestion d'un service, l'Unafam du Finistère souhaite relayer la réalité d'une population auprès des pouvoirs publics locaux et faire valoir les situations difficiles vécues par les familles entourant ces personnes. Une première enquête sommaire auprès de ses adhérents en mars 2005, indique les résultats suivants : sur 74 questionnaires retournés par les familles :

- 57 familles expriment le souhait d'un accompagnement social auprès de leur proche.

A propos des 57 personnes concernées :

- 40 vivent en logement indépendant
- 15 vivent en famille.
- 1 séjourne à l'hôpital, 1 est hébergée en Centre de réadaptation.

Au plan national, l'Unafam, nous l'avons déjà évoqué, a contribué à l'inscription du « handicap psychique » dans la loi du 11 février 2005. Association reconnue d'utilité publique, créée en 1963, elle décline trois orientations principales : l'aide aux familles, l'aide à la personne, l'action en direction de l'opinion publique afin de faire évoluer les représentations concernant la maladie mentale. A ce titre l'Unafam porte en 2001 le projet du *Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Cette contribution militante regroupant des associations d'usagers de la psychiatrie, des soignants, des « responsables du social dans la cité », vise notamment à rompre le silence autour du ...*drame de la psychose [qui] témoigne d'une part irréductible et invisible de l'homme.*⁷⁸

L'Unafam à travers ses associations départementales « Espoir », gère des structures. Pour ce qui concerne la délégation finistérienne, le choix de se reposer sur des associations telle que l'association Kan Ar Mor, répond au constat d'une absence d'expérience en matière de gestion de services. A ma prise de fonction, en février 2004 afin de travailler à une cohérence de propositions dans le cadre du schéma

⁷⁷ Voir en 1.2.1

⁷⁸ CANNEVA J. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Editions De Santé, 2001. p.11. (64 p.)

départemental , je suis désigné par l'association Kan Ar Mor comme interlocuteur auprès des représentants de l'Unafam, ainsi qu'auprès de mon homologue au sein de l'association Don Bosco.

2.4 Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale légitimés : un cadre pour une refondation.

2.4.1 La notion de « service » rime avec diversification dans la loi du 2 janvier 2002.

Pour chacune des catégories de personnes relevant de structures adaptées, la loi du 2 janvier 2002, a introduit la distinction entre établissements et services. Cette distinction posée, le législateur est volontairement resté dans une approche générique des structures... *de telle manière que les décrets d'application puissent organiser une large gamme de réponses aux besoins et la plus grande diversification possible des prises en charge et des accompagnements.*⁷⁹ Ainsi pour ce qui concerne les personnes (adultes) handicapées, de nombreux décrets ont donné un fondement aux services intervenant tant au domicile qu'en milieu ouvert. Ces décrets accordent à ces services un caractère transversal (Voir annexe 7).

Les services d'accompagnement sont par conséquent entrés dans l'ensemble des dispositions de la loi du 2 janvier 2002. Ces dispositions sont de deux ordres :

- Elles sont relatives à l'exercice et au respect des droits des usagers dans le cadre de leur accompagnement au sein des établissements et services.
- Elles portent sur l'organisation du secteur social et médico-social, le régime juridique des établissements et services, les règles budgétaires les concernant.

2.4.2 Un acte fondateur pour les SAVS : le décret du 11 mars 2005.

A) Entre SAVS et SAMSAH : une définition stratégique de l'accompagnement.

Le décret du 11 mars 2005 (voir annexe 8) concerne deux types de service : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). La question se pose du choix du cadre réglementaire pour le futur service. Deux raisons me conduisent à privilégier le statut de SAVS. La population accompagnée relève principalement en terme de soins, du suivi

⁷⁹ DESGOUTE I. COVIN LEROUX V. Questions à Jean- François Bauduret, Conseiller technique à la DGAS. *Perspectives Sanitaires et Sociales*, [en ligne] juillet 2004, n°174. Disponible sur Internet : www.fehap.fr/inc/art

psychiatrique. Inclure des prestations de cet ordre dans le cadre de l'intervention du service, c'est courir le risque d'une confusion chez les personnes accompagnées. Il est fréquent que notre intervention permette la reprise d'une thérapeutique interrompue, notre position distanciée par rapport à la psychiatrie y contribue. Vouloir englober l'ensemble des actes relatifs au « bien-être » de la personne relève sans aucun doute d'une logique d'efficacité indéniable. Une autre lecture peut conclure à une approche enfermante.

Par ailleurs, la mise en complémentarité avec le secteur sanitaire me paraît préférable à une attitude susceptible d'être perçue par lui, comme concurrentielle. En accord avec la direction générale de l'association Kan Ar Mor, je privilégie la complémentarité avec le secteur sanitaire, aussi le service conservera-t-il la dimension sociale de ses interventions, la dimension médicalisée faisant l'objet d'un conventionnement.

B) Le SAVS un support pour la continuité des parcours de vie.

Une lecture thématique du décret me permet ici de mettre en lumière les points centraux qui serviront de socle à la redéfinition du SASD. Le décret stipule que les services qui en dépendent se conformeront à ses dispositions sous un délai de trois ans.

a) *Un cadre d'intervention élargi.*

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, comme leur appellation l'indique ont vocation à intervenir dans un champ qui doit permettre l'évolution des projets des personnes. Le domicile est un élément de cet environnement au même titre que *...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*. La désignation actuelle du Service d'Accompagnement Social à Domicile présente un caractère restrictif au regard de cette évolution.

b) *Un service soumis à autorisation.*

Les SAVS sont définis dans la nomenclature des établissements et services de la loi du 2 janvier 2002 selon qu'ils s'adressent à des personnes qui relèvent des dispositions d'insertion sociale et professionnelle ou du handicap. Dans tous les cas les SAVS sont soumis à une autorisation de création, de transformation, d'extension. Celle-ci délivrée par le président du Conseil Général, lui permet de recevoir des personnes au titre de l'Aide Sociale Départementale. La loi précise qu'une convention peut lier le Conseil Général à l'organisme gestionnaire. Le SASD voit là l'opportunité de définir sa base réglementaire et d'accéder à une légitimation de son action.

c) *Autonomes ou rattachés les SAVS doivent être localisés.*

Le décret précise que les SAVS sont autonomes ou rattachés à des établissements ou des services précisés dans le décret. Par ailleurs il est écrit que *...tout service [...] autonome ou rattaché [...] doit disposer de locaux identifiés permettant d'assurer son fonctionnement, d'organiser les prestations et de favoriser la coordination des personnels*. Le SASD est à ce titre précurseur puisque son autonomie est effective depuis de nombreuses années. Afin de conserver le caractère évolutif aux projets de vie des personnes, de coordonner les partenaires, cette autonomie demeure selon moi une bonne configuration. La nécessité de bénéficier de locaux spécifiques est confortée par le fait qu'ils... *peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes* et accueillir les rencontres avec les adhérents.

d) *La délimitation du public accompagné.*

Le décret introduit une précision qui inverse la logique définissant la population du SASD. Sa formulation fait presque une exception des travailleurs handicapés... *Les [SAVS] 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 :*

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

L'actuel caractère dérogatoire des situations liées à l'absence d'activité, du fait de l'âge, du fait de la déficience est appelé à disparaître. De même la qualité de travailleur est distinguée de l'orientation vers le SAVS, que celui-ci exerce en milieu protégé ou ordinaire.

e) *Le pouvoir de la Commission des Droits et de l'Autonomie en matière d'orientation.*

La décision émise par la Commission des Droits et de l'Autonomie apparaît déterminante dans le processus d'orientation des personnes vers le SAVS. Le décret précise que cette prise en charge ou accompagnement peut être défini par la Commission *... de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel* ... Si la nécessité d'une évaluation première, externe au service est indiscutable, il convient cependant de s'interroger sur ce que sera le pouvoir de la dite Commission, pouvoir d'orientation ou décisionnel ? Par voie de conséquence, quelle sera la place accordée à la négociation entre le service et l'adhérent, pour l'élaboration de son projet personnalisé ?

f) *La participation des adhérents fondement de l'accompagnement.*

Le décret instaure la primauté du projet de vie. Celui-ci, défini par la personne en amont de la Commission des Droits et de l'Autonomie, fixe le cadre du projet individualisé futur. Le décret précise que l'accompagnement qui porte sur le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels se doit d'être ouvert ...à *l'ensemble des services offerts par la collectivité*. La parité est établie entre l'adhérent et le SAVS, pour ce qui concerne l'élaboration du projet le concernant ...*L'utilisateur [...] participe avec l'équipe pluridisciplinaire [...] à l'élaboration de son projet individualisé*. Une orientation qui modifie les pratiques actuelles du SASD, puisque à ce jour, le projet individualisé fait l'objet d'un temps d'élaboration à l'interne du service, hors présence de l'intéressé. Une fois encore, le décret laisse un flou quant aux préconisations de la Commission des Droits et de l'Autonomie dont le projet individualisé devra tenir compte.

- g) *La définition des prestations : de la phase d'évaluation à la diversité des réponses.*

Les prestations d'accompagnement définies dans le décret sont exhaustives. La phase initiale est détaillée lui conférant une réelle importance : [...] *évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ; [...] identification de l'aide à mettre en œuvre ; [...] suivi et coordination des actions des différents intervenants*. Cette dimension évaluative n'est pas objectivée dans le cadre du SASD. L'évaluation initiale sera formalisée au même titre que les autres prestations, dans le Document Individuel de Prise en Charge, instauré par la loi du 2 janvier 2002.

- h) *La nature de l'encadrement du SAVS : régi par un principe de variation et d'ouverture à l'externe.*

La notion de projet de service sous-tend la composition de l'équipe pluridisciplinaire. Régulièrement cette notion est rappelée à travers le décret, renvoyant le SAVS aux obligations de la loi du 2 janvier 2002. La qualification des professionnels est déclinée par le décret, situant le SASD dans ses critères. Cependant le décret ne précise pas de ratios d'encadrement, reliés à la nature du projet de service. Le service est cependant autorisé à faire appel aux professionnels extérieurs au SAVS, voire exerçant sous le régime libéral.

Dans le cadre d'une intervention sur les lieux de travail ou de formation des personnes accompagnées, le SAVS se doit d'établir une convention avec l'organisme concerné, stipulant les termes de celle-ci et associant la personne accompagnée.

2.4.3 L'accompagnement social des personnes déficientes intellectuelles et psychiques axe prioritaire du schéma départemental.

J'ai évoqué précédemment l'articulation du sanitaire et du médico-social comme étant un axe majeur du schéma départemental des institutions et services en faveur des personnes handicapées. Deux autres axes relèvent des priorités du département : « le vieillissement des personnes handicapées » et « l'accompagnement à domicile ». C'est au titre de cette orientation que je participe depuis le début de l'année 2005, au groupe technique réunissant les acteurs associatifs, publics qui interviennent dans ce domaine. Ce groupe de travail a pour finalité d'élaborer un cahier des charges concernant les services d'accompagnement. Ce document sera soumis au mois de juin 2005 aux élus, afin, en cas d'adoption de leur part, de servir de base à « un appel à projets ». Il s'agit d'une opportunité de nature à mobiliser les professionnels pour une refonte du projet initial du SASD, vers un projet de service qui réponde aux aspirations de nos contemporains en situation de handicap. Je fais cependant le constat d'une difficulté, pour ne pas dire impossibilité des services départementaux à évaluer de manière précise les besoins en terme d'accompagnement au domicile de personnes en situation de handicap. De ce fait la planification en est rendue complexe.

Conclusion de la deuxième partie.

Le Service d'Accompagnement Social à Domicile, s'est construit sur des idées à la fois simples et innovantes. L'une d'entre elles, l'individualisation de l'accompagnement, s'est révélée à l'origine du service comme créant une rupture avec les pratiques jusqu'alors connues. Dans la seconde partie du mémoire, je constate que l'idée l'individualisation, qui semble aujourd'hui une évidence, est le reflet d'une évolution de société. Elle présente un caractère séduisant parce qu'elle reconnaît et valorise mais, poussée à l'extrême, cette approche tend à l'exclusive dans la relation d'accompagnement et se détache de l'évolution des publics, avec le risque d'oublier la dimension collective.

Le SASD s'est-il vu reconnaître au fil du temps une position originale au sein de l'association comme sur le plan départemental.

Pourtant des points de fragilité apparaissent. La spécialisation de son équipe est un réel atout d'action et de conceptualisation mais il subsiste un manque de traduction des pratiques dans des documents qui les formalisent. L'absence de base réglementaire a durablement configuré le service dans un développement sans réelle prospective, et sans doute trouve-t-elle sa traduction dans la difficulté à désigner le service par une seule appellation. Le SASD est un service qui par la diversité de ses missions, s'expose dans le cadre du réseau où il évolue. Cette posture est d'autant plus périlleuse qu'elle ne repose

sur aucun conventionnement et qu'elle subit la logique des territoires dispersés où elle s'exerce.

Le SASD se situe dans une réalité en pleine évolution. Celle-ci est plus porteuse de perspectives que de freins. Entre les avancées réglementaires et les orientations du schéma départemental, je fixe le moment de ce mémoire au mois d'avril 2005.

Faire du projet de vie des adhérents, la pierre angulaire d'un service devenu SAVS résume mon projet de direction. La troisième partie du mémoire en sera la traduction opérationnelle.

3 LE PROJET DE VIE : UN REPERE POUR CONSTRUIRE UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT SOCIAL A PARTIR DU DOMICILE.

3.1 Rappeler la philosophie du projet.

3.1.1 L'ancrage aux valeurs associatives.

L'action du SASD se réfère aux valeurs énoncées par l'association Kan Ar Mor. La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 a été l'occasion d'une concertation au sein de l'association qui a abouti à une nouvelle écriture du projet associatif. Celui-ci décline notamment trois orientations dont le point commun est la proximité avec la réalité des personnes accueillies :

- *Adapter les moyens aux personnes en situation de handicap.*
- *Accroître le dispositif d'accueil en réponse aux besoins nouveaux.*
- *Créer des services innovants répondant par avance aux besoins pressentis⁸⁰.*

Le projet associatif oriente la dimension politique et donne des bases pour une éthique de l'accompagnement.

3.1.2 Questionner « la part du domicile » au sein du projet de vie.

J'ai abordé dans la seconde partie du mémoire, les enjeux concentrés autour du domicile. La tentation de contrôle social sur cet « espace privé » est grande. Comme le souligne de façon provocante, Marcel Autès, l'intervention au domicile repose sur un paradoxe : cette forme de contrôle social est présentée comme relevant de l'intérêt du bénéficiaire...*La relation au domicile de l'usager se donne avant tout comme une relation de confiance. Elle se veut une amélioration du service rendu. Le domicile a donc été conquis au nom du droit des personnes.*⁸¹. Questionner « la part du domicile » et notre manière de l'investir dans le cadre de l'accompagnement du projet de vie, tient donc de la nécessité. Ce questionnement conduira les professionnels à relativiser l'importance du domicile dans le processus de socialisation. L'accès à un logement indépendant ne doit plus être défini comme le modèle parfait de l'intégration sociale des personnes présentant une déficience psychique ou intellectuelle. Il appartient aux professionnels, de ne plus penser le

⁸⁰ Projet associatif « Association Kan Ar Mor », adoption en Conseil d'Administration du 17 février 2005.

logement comme une finalité et de concevoir qu'il revêt des formes différentes : logement indépendant, co-location, domicile familial. Une évolution dans nos représentations, afin d'éviter des situations d'isolement aux conséquences dramatiques.

Ainsi l'accompagnement social vise à inscrire l'adhérent dans la vie de la cité, non à le confiner à l'espace de son logement. Le domicile contribue à la socialisation, il n'est pas la socialisation.

Il devient par conséquent logique de parler d'un accompagnement « à partir du domicile » plutôt que d'un accompagnement « à domicile ».

3.1.3 L'évaluation garante de la démarche d'innovation.

Le projet d'accompagnement social des personnes déficientes psychiques ou intellectuelles, doit se fonder sur le principe de la participation et reconnaître le caractère évolutif des projets de vie. Cette orientation suppose une adaptation du dispositif d'accompagnement qui passe par une « mise à plat », une évaluation des pratiques professionnelles, et sous-tend des changements d'organisation et des mutations culturelles au sein des équipes. Des enjeux de nature à générer une instabilité qu'il me faudra accompagner par la mise en œuvre de réponses appropriées. L'évaluation du projet, lorsqu'elle est réduite à une dimension de contrôle suscite encore des résistances au sein des équipes. Certes, elle recouvre du fait de la loi du 2 janvier 2002 un caractère obligatoire. Il s'agit de transformer cette approche perçue comme contraignante. Conférer son caractère dynamique à l'évaluation, maintient la capacité et la qualité d'innovation du service.

3.1.4 Le conventionnement des réseaux.

La continuité des parcours de vie, tient notamment au décroisement des dispositifs. Il est de ma responsabilité d'inscrire le projet de service dans une ouverture à d'autres champs de compétences. Cette ouverture sur l'environnement passe par la mise en œuvre de conventionnements. Que ce soit à destination du médico-social ou du sanitaire, la formalisation des réseaux garantit leur évaluation et indirectement leur pérennité. La planification de l'activité sous forme de conventions avec le Conseil Général est à instaurer.

⁸¹ AUTES M. Le domicile de l'utilisateur, nouvel enjeu du travail social ? *ASH*, n°2149, 2000, p.22.

3.1.5 Le droit est inhérent à la dynamique des projets de vie.

Nous évoluons dans un Etat de droit où les rapports en société sont codifiés afin que soit garanti l'équilibre entre les libertés individuelles et l'intérêt général. Le projet de service n'échappe pas à cette dimension politique, il renvoie ses promoteurs à leur conception de l'Homme. Ainsi la réaffirmation des droits reconnus aux personnes en situation de handicap, vient en fait rééquilibrer un rapport qui pouvait jusque là être en leur défaveur. La concrétisation de ces droits passe par l'élaboration d'outils, tels que le livret d'accueil. Mais cette formalisation, peut produire des effets auxquels je suis attentif. Tout d'abord, l'excès de formalisation peut venir privilégier la forme sur le fond, l'outil n'a de sens que par la dynamique qui le sous-tend et réduire l'adhérent à la figure de « porteur de droits » est une manière de nier son rôle dans la cohésion sociale...*La dimension citoyenne vient traverser la particularité individuelle en la reliant à ce qu'il y a de commun entre les hommes, à ce qui fait sens dans une vie en société. Nous jouissons également d'une capacité créative collective. Refuser de chosifier l'usager par l'artifice de droits réducteurs, c'est faire le pari qu'il est possible de combiner l'individuel et le collectif c'est restaurer une dimension politique.*⁸² Rappeler que la dimension politique est l'essence de l'action sociale et médico-sociale, comme le font ici R. Janvier et Y.Matho me permet de souligner qu'elle participe de la fonction de direction, et qu'elle en fait l'intérêt.

3.2 Structurer l'équipe du SASD : un préalable pour engager le changement.

3.2.1 Restaurer une entité de service à partir d'un accompagnement de proximité.

A) Conforter le secteur géographique comme unité de base du service.

L'article L116-2 de la loi du 2 janvier 2002 définit les principes généraux qui doivent guider l'action des établissements et services de l'action sociale et médico-sociale. L'un d'entre eux concerne la *réponse adaptée aux besoins de chacun en garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* ...Comme le soulignent JF Bauduret et M Jaeger le législateur a retenu le terme *équitable* parce que *La notion d'égalité d'accès à un établissement ou à un service de proximité immédiate est trop souvent une notion introuvable, car irréalisable dans les faits et donc utopique*⁸³.

⁸² JANVIER R., MATHO Y. Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2002. p174. (207 p.)

⁸³ BAUDURET J F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Paris : Dunod, 2002, p.76. (322 p.)

L'action du SASD ne peut se concevoir que dans une proximité territoriale avec les adhérents et leur environnement. Que ce soit pour agir dans cette proximité ou à l'inverse être interpellé par les acteurs du réseau, le service n'existe que par l'autonomie de ses secteurs. Le secteur du SASD est la clef d'entrée pour bon nombre d'interlocuteurs, ainsi rares sont les demandes d'admission qui accèdent à la direction du service sans avoir transité par le secteur géographique dont elles relèvent.

B) La décentralisation de l'action du SASD s'appuie sur une coordination des secteurs.

L'efficacité du service tient pour une part non négligeable à la proximité que favorise la décentralisation du dispositif. L'intérêt premier étant celui de la qualité de l'accompagnement proposé *Plus les décisions sont prises à proximité de l'utilisateur, plus il y a de chances de voir ses intérêts respectés.*⁸⁴

Je propose la désignation, d'un professionnel ayant mission de coordination au sein de son équipe ceci, sur chacun des secteurs. Le financement de vingt points de sujétion mensuels est accepté par le Conseil Général. Cette mission prédéfinie par une fiche (voir annexe 9), ne confère pas de rôle hiérarchique à son détenteur. Elle se situe à deux niveaux :

- A l'échelon de l'équipe de secteur : Elle consiste alors en l'animation des réunions, la réception des demandes d'admission et leur premier traitement. Le premier accueil des stagiaires d'école.
- A l'échelon du service : la participation à l'instance de coordination que j'anime. Instance mensuelle qui réunit les trois coordonnateurs.

Afin d'engager le processus, je propose à trois professionnels sur des critères objectifs (Horaire temps plein, ancienneté) d'exercer cette mission. Cette proposition débattue au sein de chaque équipe de secteur et dans le cadre d'une réunion générale de service, est adoptée.

La mise en oeuvre de la coordination doit répondre aux nécessités suivantes:

- Installer un vecteur de communication entre les secteurs et la direction du service.
- Reconnaître aux secteurs une autonomie opérationnelle de proximité.
- Valoriser l'action des professionnels par la mise en œuvre de réponses adaptées à l'échelon local.
- Garantir une réactivité face aux questions qui ne mobilisent pas la compétence globale du service.
- Réduire le temps de traitement des demandes d'admission.

⁸⁴ JANVIER R., MATHO Y. Mettre en œuvre le droit des usagers ...op.cit. p.137.

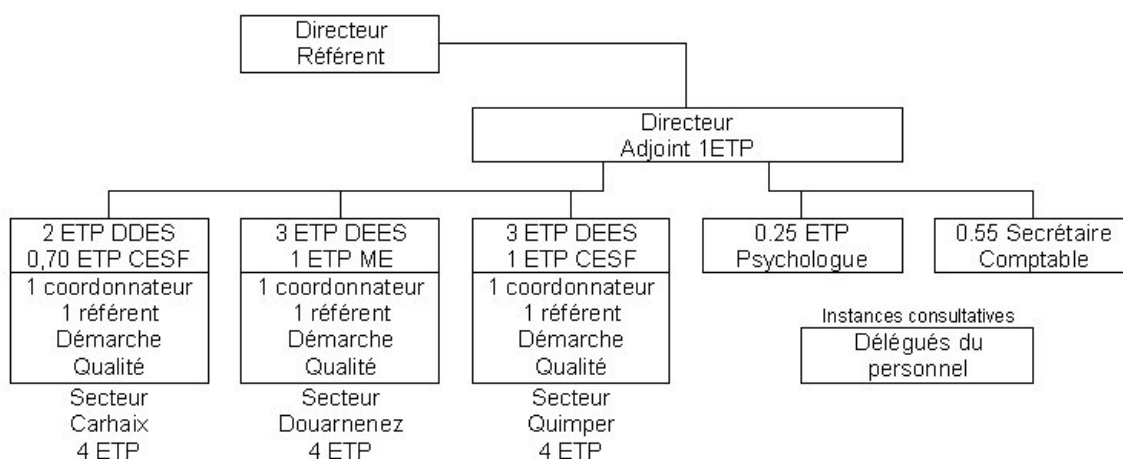
La première évaluation de la coordination des secteurs fait apparaître à la lecture des comptes-rendus de réunion, outre leur régularité, la densité des questions qui y sont abordées. Il s'agit d'une instance à la fois qui croise les éléments issus des secteurs et qui en retour se révèle propice à la conceptualisation et à l'innovation dans les pratiques. Ainsi le SASD confronté aux difficultés vécues par certains jeunes majeurs à leur entrée dans le monde du travail, a provoqué par le biais de l'instance de coordination une rencontre de présentation avec l'ensemble des services de suite des IME du département.

C) Baliser les espaces d'initiatives.

Plus l'espace de créativité est conséquent, plus celui-ci doit être contre – balancé par une définition du champ d'action des professionnels. Penser que la liberté d'initiative suffit à définir l'action est une erreur, en particulier lorsque celle-ci consiste en une intervention dans le milieu ouvert. La dynamique professionnelle nécessite la juxtaposition des dimensions qui à la fois autorisent et contraignent. Ainsi, l'organigramme du service contribue à repérer la construction de la structure,... *pièce indispensable du dispositif nécessaire à l'unicité, à l'ordre et à la légalité de l'institution...*,⁸⁵ il sert de point d'appui à l'expression des acteurs.

Je construis l'organigramme du service, que je sou mets pour avis à l'ensemble de l'équipe. Je le communiquerai également aux adhérents dans le cadre des instances d'expression les associant au fonctionnement du service.

Figure 10 : Organigramme du SASD au 1^{er} mars 2005.

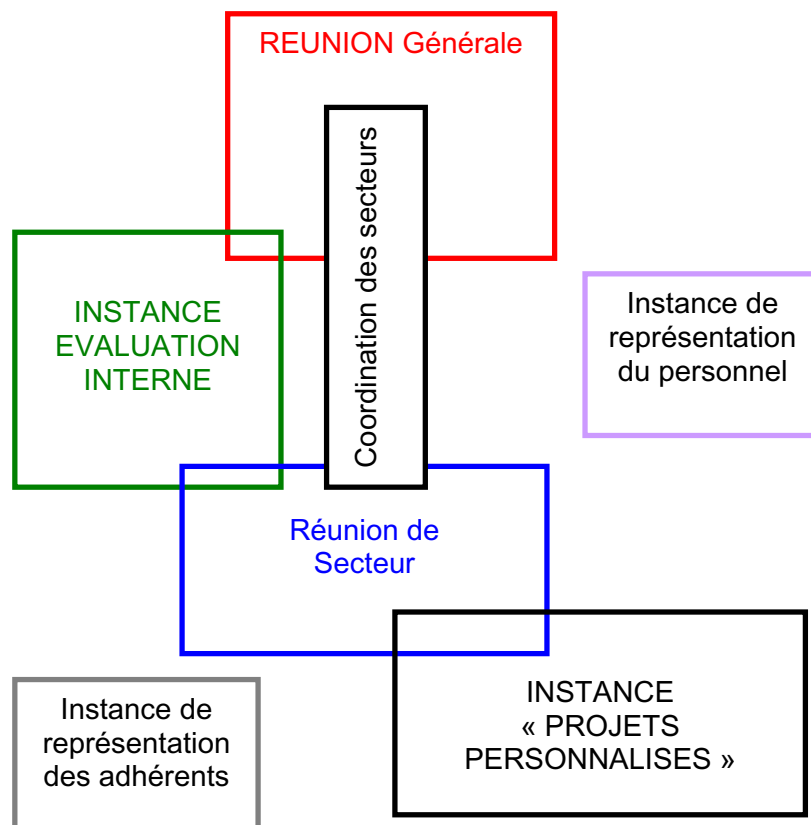


⁸⁵ VOGT C. *Grammaire des institutions*. Rennes : Editions ENSP, 1992. p78. (133p.)

Par lui-même l'organigramme, n'indique pas d'éléments quant aux espaces où se construit la dynamique du service. Il est par conséquent nécessaire de définir les instances où agissent les forces qui y contribuent. La définition de ces instances permet *...d'introduire les conditions de la diversité du désordre, et de la légitimité sans lesquelles tout service se sclérose, se coupe de l'évolution scientifique et sociale, et, finalement, ne répond plus à sa mission*⁸⁶. Je fais le choix de la spécialisation et de l'inter – dépendance des instances afin de ne pas confondre l'objet de chacune d'entre elles et d'instaurer une circulation permanente de la communication au sein du service. L'annexe 10 présente le détail de ces instances selon leur nature et les modalités de leur mise en oeuvre

Figure 11 : Schéma représentant les instances fonctionnelles du SASD.

Instances fonctionnelles du SASD (est-il nécessaire de préciser « Schéma représentant » ?...)



⁸⁶ VOGT C. *Grammaire des institutions*. Ibid.

3.2.2 Définir et professionnaliser le métier de l'accompagnement social.

A) Du socle commun à la spécificité des professions : construire la fiche de poste.

Les qualifications professionnelles au sein du service ont évolué vers une forme d'indifférenciation entre elles. Cette situation me questionne, car elle ne définit pas pour autant ce que serait le dénominateur commun de l'action des professionnels. L'élaboration d'une fiche de poste décrivant les compétences requises pour exercer l'accompagnement des personnes, permettra à la fois d'éclairer ce qui tient du socle commun et des spécificités liées aux formations initiales. A partir d'un document que je préparerai, je proposerai à l'équipe de se prononcer sur une fiche déclinant une base de compétences. Cette « entrée par les compétences » est théorisée par Guy Le Boterff qui suggère que *Les types de problèmes à résoudre déterminent- davantage que les activités à réaliser- les types de compétences [...] à construire et à mettre en œuvre.*⁸⁷

La fiche de compétences du professionnel de l'accompagnement social au SASD précisera la capacité :

- D'accueillir et d'évaluer les demandes d'accompagnement social émanant des personnes.
- De concevoir et faire évoluer le projet personnalisé à partir d'une phase diagnostic partagée avec l'adhérent.
- De coordonner les partenaires intervenant dans le cadre du projet personnalisé.
- De protéger les personnes dans les domaines de leur intégrité physique, morale et financière.
- De conseiller les adhérents dans les domaines de la gestion administrative et budgétaire, les questions en lien avec le logement.
- De réguler les relations rendues complexes du fait des conséquences de la déficience.

Cette fiche commune de compétences sera ensuite enrichie par le croisement avec les définitions spécifiques à chaque poste. La phase d'élaboration des fiches de poste s'appuiera sur un groupe de travail que j'animerai, groupe constitué par les professionnels représentant les différents postes, avec la participation du directeur des ressources humaines de l'association. Ce travail fera l'objet d'une concertation avec le délégué du

⁸⁷ LE BOTERFF G. *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les éditions d'Organisation, 1994. p.151. (175 p.)

personnel. L'élaboration des fiches de poste de la secrétaire – comptable et de la psychologue du service s'inscrit dans ce mouvement.

B) Mettre en œuvre les entretiens individuels.

La finalisation des fiches de poste me conduira à engager le cycle des entretiens individuels. Cette démarche est nouvelle au sein du service, elle peut générer des inquiétudes chez les salariés. Les entretiens programmés tous les deux ans reposent sur un outil élaboré par un groupe de cadres au niveau associatif. Le guide de la conduite d'entretien, qui me concerne, étayera mes premiers pas en la matière. Je remettrai à chaque salarié lors d'une réunion générale un exemplaire de cet outil afin de recueillir leurs réactions, j'inscrirai cette question à l'ordre du jour de la rencontre mensuelle avec le délégué du personnel. Je programmerai un échéancier (peu étalé dans le temps) pour ces entretiens en proposant aux salariés de s'inscrire dans un roulement. L'entretien individuel officialise un temps consacré au professionnel. Il s'agit du « temps de la reconnaissance » dans ses acceptions de repérage et de valorisation. L'entretien individuel revêt de l'intérêt parce qu'il inscrit les salariés dans une progression et trace les perspectives de formation au nom des écarts à combler. Il ne s'agit pas d'écarter le lien de subordination au motif d'un temps privilégié, mais l'entretien individuel est l'occasion par la liberté de ton que j'accorderai au salarié, de voir émerger des propositions de nature à enrichir la globalité du service.

C) La formation professionnelle un levier à optimiser.

a) *L'analyse de pratique une nécessité au regard des enjeux de l'accompagnement.*

L'adoption du PAUF relève de la compétence de la Commission Formation de l'association, consultée par la direction générale. A titre indicatif, pour le budget de fonctionnement 2005 du SASD, le taux de prélèvement fixé à 2.3% sur la masse salariale brute du service, transfère 9223.32 euros au PAUF associatif. Les entretiens individuels me permettent de définir les priorités de formation en ce qui concerne chaque salarié (à leur initiative ou à la mienne). Les orientations collectives relèvent quant à elles d'une concertation dans le cadre de la réunion générale. Ainsi après qu'il en ait été débattu, je propose d'inscrire au PAUF de l'année 2006 le financement d'une analyse des pratiques professionnelles. Le coût estimatif de cette action s'élève à 8500 euros pour 30 heures de séances. Cette démarche s'adresse aux professionnels du secteur socio-éducatif, cependant je réserve l'éventualité de pouvoir y être ponctuellement associé. L'enveloppe horaire me permet de construire la configuration suivante pour une année d'exercice.

Nombre de groupes	Professionnels/groupe	Séances/groupes	Durée/séances
2	5 à 6	7	2h30

L'intérêt de la démarche consiste à mixer les équipes au-delà de leur secteur de rattachement, afin de générer un brassage des expériences et de construire une appartenance à l'entité de service.

La démarche de formation ne nécessite pas obligatoirement de lourds engagements financiers. J'instaure le principe de la visite annuelle d'un établissement en lien avec le domaine d'intervention du service, afin de contribuer à une ouverture vers d'autres pratiques. En 2004 le Centre de réadaptation de Billiers dans le Morbihan a reçu l'équipe du SASD sur une journée. La structure qui accueille des personnes déficientes psychiques sur des parcours de plusieurs années dans le cadre d'une réadaptation professionnelle, s'appuie sur des services tels que le SASD pour étayer la socialisation au moment de la sortie de leur dispositif.

b) L'expérience de la transversalité des réseaux.

La continuité inhérente aux projets de vie, va conduire de plus en plus fréquemment les professionnels du service à croiser leurs pratiques avec celles d'autres professionnels relevant de champs différents. Cette transversalité suppose un « lexique partagé », il s'agit que les professionnels sans perdre de leur identité intègrent le langage utilisé par d'autres métiers. La circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux précise à ce sujet *...l'amélioration constante de la qualité des pratiques passe par l'organisation de formations complémentaires [...] mais aussi transprofessionnelles pour répondre aux nécessités du travail en réseau.*⁸⁸ Je réponds au conseil général dans le cadre du projet de charte de coopération sanitaire et médico-sociale. Celle-ci propose le montage conjoint de projets de formations entre le médico-social et le sanitaire et *l'ouverture de certaines formations aux collègues de l'autre secteur.*⁸⁹ Je sollicite pour les professionnels du service, l'accès aux modules de formation liés aux pathologies mentales dans le cadre des enseignements dispensés à l'IFSI de Quimper. Par ailleurs les recrutements futurs s'ouvriront aux personnes titulaires de diplômes infirmiers, lesquels conventionnellement sont également classés en qualité d'animateur « première catégorie ». Cette diversification des formations initiales contribue à enrichir les approches, mais aussi de manière pragmatique à « ouvrir des portes », à décoder des pratiques méconnues.

⁸⁸ Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N 99-648 du 25 novembre 1998.

⁸⁹ *Projet de charte de coopération sanitaire et médico-sociale.* 3^{ème} schéma départemental en faveur des personnes handicapées. Conseil Général du Finistère. Instance technique du 22 mars 2005.

3.3 Adapter les modalités de l'accompagnement social au projet de vie des adhérents.

3.3.1 L'évaluation un levier pour situer l'accompagnement au plus près des adhérents

- A) L'évaluation interne du SASD pour engager une démarche d'amélioration de la qualité.

La loi du 2 janvier 2002 fait obligation aux établissements et services de mettre en œuvre une évaluation interne tous les cinq ans et de répondre à une évaluation externe tous les sept ans. Placée sous l'égide du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale⁹⁰, cette démarche vise au-delà de son caractère formel à installer « un ensemble de bonnes pratiques » professionnelles. L'association Kan Ar Mor s'est appuyée dès la fin de l'année 2003 sur les doubles compétences de L'IRTS et du CREAI de Bretagne pour engager avec le premier l'opérationnalité de l'évaluation interne des établissements et services, avec le second l'élaboration des documents requis au titre de la loi du 2 janvier 2002.

- a) *L'évaluation interne selon le référentiel ANCREAI.*

La démarche que propose le CREAI de Bretagne s'appuie sur le référentiel élaboré par L'ANCREAI⁹¹. L'approche méthodologique est construite autour de trois dimensions : Le service rendu au bénéficiaire, les références légales et réglementaires, les ressources de la structure (voir annexe 11). Chacune de ces dimensions se déclinent selon des « plans » qui s'articulent entre eux. L'approche proposée se révèle dynamique puisque par exemple « l'association des usagers » qui relève de la dimension « service rendu », fait référence à « l'organisation du travail » qui relève de la dimension « ressources ». L'approche pluridimensionnelle est quasi – exhaustive, elle balaie l'ensemble des aspects du service, elle souligne les limites du dispositif. J'anime un groupe de travail transversal qui se réunit à raison de deux fois par mois, par rotation sur les secteurs. Entre chacune des rencontres, les référents en charge de l'évaluation complètent les rubriques dans chaque équipe de secteur. La synthèse d'un « plan » s'effectue à l'occasion de la réunion générale mensuelle où un temps spécifique est réservé à l'évaluation interne. Enfin à échéance régulière une « évaluation – formation » est assurée par un conseiller technique

⁹⁰ Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a été officiellement installé le 15 avril 2005.

⁹¹ CORBET E., GRECO J., VOLKMAR C. *Guide pour des interventions de qualité*. ANCREAI. 1999 et versions suivantes.

du CREAI, instance regroupant les structures par nature d'établissements ou de services. L'intérêt de cette démarche tient au caractère complet et externe du référentiel. Elle s'inscrit d'autant plus dans les pratiques du service que le référentiel est évolutif, contribuant ainsi à la mutation du SASD.

b) La démarche qualité ou l'état de veille du SASD.

La méthodologie à laquelle le CREAI initie le SASD, ne revêt d'intérêt que par la culture du questionnement permanent qu'elle instaure. J'ai vécu à l'occasion d'une autre expérience professionnelle une approche différente de la démarche qualité. Celle-ci se résumait en une course à la standardisation des pratiques, les référant à une norme. Les effets pervers du système conduisent alors à une absence de vigilance dans la durée, l'attention étant portée sur les résultats, non sur les processus qui les produisent. La recherche continue d'amélioration de la qualité, telle que la préconise la DGAS⁹² tient à une logique qui ne lisse pas les pratiques, qui accepte les aspérités et les défauts et installe les conditions pour les repérer et les traiter. La place accordée à la parole des acteurs, adhérents ou salariés est la meilleure garantie apportée à la recherche de qualité.

B) Construire un outil d'évaluation.

De l'admission de l'adhérent à sa sortie du SASD, plusieurs raisons conduisent à définir un outil d'évaluation reliant la prestation d'accompagnement social à la situation de handicap :

- Le droit des personnes d'accéder à la connaissance des prestations les concernant.
- L'individualisation des accompagnements qui conduit à leurs sensibles et rapides variations.
- La transparence en terme d'activité à l'égard du Conseil Général
- L'ajustement des moyens à la réalité de l'activité du service
- La notion de continuité qui interpelle les accompagnements « à durée indéterminée » ou à l'inverse segmentés par les dispositifs.
- L'intérêt professionnel de rattacher une intervention à une lecture objectivée et faite de technicité.

⁹² Note d'information DGAS/5B n°2004 – 96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

- La répartition des énergies de manière proportionnée.

Le Système Combiné d'Analyse des Prestations auprès des Personnes Handicapées ⁹³

(SCAPH) est précurseur en matière d'évaluation. Il est la résultante de l'expérience du Service Conseil en Autonomie pour Personnes Handicapées physiques et sensorielles (SCAPH 38) géré par la Fondation Santé des Etudiants de France en Isère (voir annexe 12). Le SCAPH est un système d'évaluation de l'accompagnement médico-social qui au terme d'un processus de cotation, qualifie les interventions en *accompagnement* ou en *conseil*. Afin de constituer notre propre référentiel d'évaluation, je préparerai une information auprès des professionnels à partir d'une présentation du SCAPH et je constituerai ensuite un groupe de travail associant des représentants de SAVS, ainsi que des médecins du Conseil Général. Mon objectif premier est que les prestations soient individualisées et évaluables. Par ailleurs la création d'un référentiel commun aux services d'accompagnement participe à la lisibilité et à la reconnaissance de l'accompagnement social et donne des indicateurs d'activité à destination de la planification départementale.

3.3.2 Instaurer un fonctionnement de service garant de la continuité de l'accompagnement.

A) Elargir les périodes d'intervention du service.

Afin de répondre à la double nécessité d'une continuité de service et de présence en matière de sécurité, je projette la réorganisation des heures d'ouverture et d'amplitude d'intervention du service. Cette réorganisation interviendra consécutivement au recrutement d'un responsable de service, car l'élargissement de l'amplitude nécessitera l'astreinte d'un cadre hiérarchique à raison d'une semaine sur deux. Les modalités de cette réorganisation seront les suivantes :

Ouverture du service : du lundi au samedi de 9h00 à 19h30.

Astreinte téléphonique de semaine : du lundi soir au dimanche soir, assurée par un cadre hiérarchique.

Organisation du week-end sur chaque secteur :

- Samedi matin : permanence d'accueil physique et téléphonique.
- Samedi après-midi : Déplacements et consultation du répondeur téléphonique.
- Du samedi 19h30 au lundi 9h00 : astreinte téléphonique assurée par un professionnel sur chaque secteur géographique.

⁹³ Système Combiné d'Analyse des Prestations auprès des Personnes Handicapées – Enveloppe SOLEAU – Institut National de la Propriété Industrielle (INPI) 28 décembre 1998.

Le même professionnel interviendra sur la totalité du week-end. Cette rotation concernera au maximum chaque professionnel un week-end sur trois ou quatre selon les secteurs et les effectifs actuels de l'équipe. Elle fera l'objet d'une répartition différente de l'emploi du temps la semaine précédant l'intervention. Selon le code du travail l'astreinte n'est pas considérée comme temps de travail effectif. La législation européenne modifiera à terme la législation française, il s'agira donc d'anticiper ces évolutions sur un plan budgétaire⁹⁴. L'astreinte ouvre droit à une compensation soit en heures de récupération soit en rémunération. Je suis favorable à la formule de la rémunération, afin de ne pas générer d'absence consécutive aux récupérations. J'indexerai la rémunération sur l'équivalence en cours concernant les nuits de veille, soit trois heures rémunérées pour neuf heures effectives. Ainsi une astreinte de week-end couvrant 35 heures 30 effectives, sera – t – elle rémunérée à hauteur de 12 heures. En cas d'intervention les heures effectives seront rémunérées en heures supplémentaires, en ajoutant le cas échéant les indemnités de dimanches et de jours fériés. Les astreintes seront exercées par les professionnels à partir de leur domicile, de ce fait afin de pouvoir intervenir dans un délai acceptable ils conserveront le véhicule de service à leur domicile. Sur un plan technique, les astreintes téléphoniques fonctionneront par renvoi d'appels de la permanence du service vers le téléphone portable dont seront équipés les professionnels. Le cadre de permanence, moi-même ou le responsable de service sera joint pour information et éventuelle intervention. Afin que le professionnel et le cadre hiérarchique d'astreinte bénéficient des informations nécessaires à une éventuelle intervention, il sera élaboré une fiche signalétique par adhérent. Celle-ci entrera dans les dispositions relatives à la confidentialité des données.

Je présenterai tout d'abord cette orientation au délégué du personnel à l'occasion de notre rencontre mensuelle. Puis je communiquerai l'ensemble des détails au cours de la réunion générale qui regroupe la totalité des professionnels du service.

B) L'apport des technologies au service de la continuité des accompagnements.

Les conséquences d'Internet sont parfois caricaturées en ce sens que la technologie renforcerait l'individualisme. Pour Christian Thuderoz, l'émergence des nouvelles

⁹⁴ *La durée de la période de garde, y compris les « temps de garde inactifs », devrait être considérée comme temps de travail, sauf accord collectif contraire....un Etat [pourra] comptabiliser de manière différenciée [...] afin de rester en conformité avec la durée hebdomadaire maximale moyenne de travail.* Commission de l'emploi et des affaires sociales du Parlement Européen, vote du 19 avril 2005. ASH, 29 avril 2005, n° 2405, p.22.

technologies *n'évite pas que se reforment en permanence des liens de compréhension et d'échange mutuels dans [...] le service.... Cet individualisme sera donc dit coopératif, car il mêle étroitement le souci de l'individu de se réaliser lui – même [...] et sa volonté d'agir avec d'autres individus pour réaliser un projet.*⁹⁵ Je prends l'option d'équiper les secteurs du SASD en matériel informatique afin de les relier notamment au dispositif intra – net de l'association, et de les inscrire dans une logique de partage dont les adhérents seront les bénéficiaires.

3.3.3 Le droit des adhérents s'installe au cœur des pratiques d'accompagnement.

A) Accompagner c'est d'abord accueillir.

a) *Formaliser l'accueil pour donner le temps de l'élaboration du projet de vie.*

L'évaluation interne fait apparaître la nécessité, de construire une procédure d'accueil pour notamment veiller à la pertinence de la démarche des personnes ou de leur représentant. Le point crucial repose sur la volonté des personnes d'accepter l'intervention du service à leur domicile. Il s'agit d'une phase où implicitement des projections agissent de part et d'autre. Parfois il importe que nous « donnions du temps au temps » pour étayer une relation d'aide qui va se complexifier. A d'autres moments les circonstances nécessitent une réactivité plus immédiate. J'ai abordé précédemment l'absence d'outil d'évaluation, et le relatif arbitraire dans lequel l'adhérent est placé. Pour toutes ces raisons, je tiens au croisement et à la complémentarité des approches professionnelles au moment de l'accueil des personnes. L'annexe 13 illustre la procédure d'accueil telle qu'elle existe après que dans le cadre de l'évaluation interne, j'en ai proposé la révision.

Je rencontre les personnes à la fin de cette démarche : ma position distanciée consiste aussi à valoriser le rôle des professionnels lors de la phase d'accueil.

b) *Le livret d'accueil un trait – d'union entre l'adhérent et le SASD.*

Le livret d'accueil, préconisé par la loi du 2 janvier 2002, répond à la préoccupation d'accueillir l'adhérent en lui donnant des éléments de repère dans le service. Le groupe d'évaluation interne que j'anime vient de finaliser une maquette-texte, adoptée en réunion

⁹⁵ THUDEROZ C. *Développement d'un individualisme coopératif au travail*. In CUSSET P.Y. (dir.) *Individualisme et lien social*. Paris : La documentation Française, 2005, p.78. (pp5-114)

générale. Le groupe proposera prochainement d'y inclure des photos représentant les trois sites du service. Le livret d'accueil est conçu comme un support évolutif capable d'intégrer les changements de personnes et d'évolution du fonctionnement du service.

B) Accompagner à l'exercice de la citoyenneté : les espaces d'expression à inventer.

Le renouvellement des représentants au sein des Conseils de Vie Sociale se déroule au mois de septembre 2005. Cette échéance me donne l'opportunité de construire des instances de consultation adaptées à la nature du service. Dans le cadre de la réunion de coordination je fais part de mon souhait de privilégier une démarche plus directe et plus proche des personnes pour recueillir leur parole. L'un des coordinateurs suggère le principe d'une invitation à débattre à partir de la loi de janvier 2002. J'adresse un courrier à chaque adhérent en ce sens. A l'exception de Quimper où elle ne s'est pas encore tenue, ces deux réunions rassemblent près de la moitié de l'effectif global du service, ce qui traduit un intérêt pour ces espaces de paroles. L'expression est dense en particulier lors de la rencontre à la Mairie de Carhaix. Sur la base de ces expériences je suggérerai au dernier Conseil de la vie sociale qui se tiendra fin octobre 2005, la mise en place d'espaces de participation⁹⁶ sur le schéma suivant :

- Une instance réunissant des membres élus à l'échelle du service : 3 représentants des adhérents (un élu par secteur géographique), un représentant des salariés, un administrateur de l'association Kan Ar Mor, un élu municipal, le directeur – adjoint. A charge pour cette instance d'arrêter son fonctionnement.
- Une rencontre semestrielle par secteur entre les adhérents, l'équipe du secteur et le directeur – adjoint, co- animée par le représentant des adhérents et le directeur – adjoint.
- Une Enquête de satisfaction, élaborée dans le cadre du service et adressée à chaque adhérent. La construction de l'enquête de satisfaction est à l'ordre du jour de l'instance d'évaluation interne. Les aspects techniques de son élaboration ne posent pas de problèmes majeurs, le groupe de travail s'aide en cela du guide méthodologique que propose Jean-René Loubat⁹⁷. Mais son utilisation suscite des réserves au sein de l'équipe, réserves que je relie à la redéfinition du rapport adhérent-professionnel que suscite l'enquête de satisfaction. Au –delà de l'enquête de satisfaction, la représentation des adhérents aux divers niveaux du

⁹⁶ Décret n° 2004 – 287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation.

⁹⁷ LOUBAT J. R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002.pp.165-192.

SASD (le secteur, le service) les relie à une dimension collective susceptible de produire ses propres solidarités. Ceci motive mon choix de maintenir des instances diversifiées.

C) Le Document Individuel d'Accompagnement : instaurer la contractualisation.

L'instance d'évaluation interne va proposer en réunion générale, la validation du Document Individuel d'Accompagnement (DIA)⁹⁸. Nous l'avons désigné ainsi car dans l'esprit il s'agit d'un document qui contractualise et reconnaît à l'adhérent la capacité à être acteur dans la relation d'accompagnement. Le terme de « prise en charge » mentionné par le décret, n'est pas approprié à la conception des personnes en situation de handicap et à la nature des interventions du service. Le DIA sera remis à l'adhérent par le professionnel désigné pour exercer l'accompagnement, dans les deux semaines qui suivent son arrivée dans le service (voir Annexe 14). Au terme du premier mois d'admission, je signerai le document sur la base des prestations arrêtées entre le professionnel référent et l'adhérent. La première échéance semestrielle précisera le DIA par un avenant. De plus à cette occasion, le DIA sera complété par le projet personnalisé. Ce document comme son nom l'indique vient spécifier l'accompagnement « à la personne », il ne revêt pas de caractère réglementaire obligatoire, je le préconise parce qu'il atténue le caractère standardisé du DIA. Au terme d'une année, l'ensemble « DIA et projet personnalisé » fera l'objet d'une évaluation et d'un éventuel ajustement en concertation avec l'adhérent. Cette évaluation qui deviendra ensuite annuelle, sera formalisée sous forme d'avenants successifs. Cette procédure nécessite de par son caractère systématique et au regard de l'importance du service, un aménagement de l'actuel dispositif d'élaboration des projets personnalisés. Il s'agit de simplifier la circulation entre les différentes étapes de cette élaboration. Dans le cadre de la coordination des secteurs, j'élabore un calendrier qui harmonise les dates de révision des documents. Cette harmonisation du calendrier permet à la psychologue de recevoir à jour fixe les professionnels par secteurs. La souplesse et la réactivité requise par ce dispositif me conduit à limiter le nombre de professionnels à mobiliser pour élaborer les DIA et les projets personnalisés. Ma participation à cette rencontre, sera effective selon le degré d'engagement de la responsabilité institutionnelle. Le recrutement futur d'un responsable de service doit répondre à la double préoccupation de placer un tiers au sein de l'instance d'élaboration des projets personnalisés et d'y représenter l'autorité institutionnelle.

⁹⁸Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.

3.3.4 L'écriture du projet de SAVS : point de départ d'une nouvelle légitimité au service du projet de vie des adhérents.

A) L'évaluation interne préalable à l'écriture du projet.

Le projet de service est l'un des piliers institués par la loi du 2 janvier 2002. Son écriture nécessite une méthodologie qui recueille l'accord des acteurs qui y contribue. Ce préalable est nécessaire car il conditionne l'appropriation de la démarche, mais aussi du résultat lui-même. Le projet va porter une part de chacune des individualités qui constitue cet ensemble qu'est le service. Point délicat il sera aussi l'espace d'expression des divergences, des remises en question. Cette dimension interpelle ma responsabilité en tant que garant des équilibres au sein de la structure.

La mise en œuvre de l'évaluation interne constitue par son caractère permanent et la place qu'elle accorde aux besoins des adhérents, une base intéressante pour engager le travail d'écriture du projet de service. Je choisis de m'appuyer sur le potentiel de l'équipe plutôt que de faire appel à l'intervention d'un tiers pour guider l'élaboration du projet. Je propose à l'occasion d'une réunion générale que le groupe d'évaluation interne serve de structure de base pour guider la progression du projet. Afin d'éviter un risque de spécialisation de cette structure, je propose qu'elle associe d'autres professionnels du service selon les thématiques abordées. Comme pour l'élaboration des autres outils de la loi du 2 janvier 2002, ainsi que pour l'évaluation interne, la procédure articulera des « navettes » entre le groupe de l'évaluation interne, les équipes de secteur, et la réunion générale. Cette dernière sera la seule instance habilitée à valider les « étapes d'élaboration » du projet de service.

Je propose que la refondation du projet initial soit marquée par le changement d'appellation du service qui deviendra « SAVS de l'association Kan Ar Mor ». J'évoquerai cette perspective à l'occasion du Conseil d'Administration de l'association pour lequel je solliciterai une invitation à communiquer auprès du président.

Par ailleurs, j'intègre la notion de temps pour l'élaboration du projet, car la perspective d'un dépôt de dossier auprès du CROSMS au printemps 2006, fixe une échéance qui peut aussi produire un effet dynamisant sur sa rédaction.

Je remets lors de la réunion générale de juin 2005, un exemplaire du dernier projet qui remonte à 1995, à chaque professionnel. J'invite chacun à le lire de manière distanciée, afin de situer le service dans une évolution. A partir du mois d'octobre 2005 et jusque fin mars 2006, les réunions générales mensuelles seront consacrées à hauteur d'une demi-journée, à la validation des orientations élaborées dans le cadre des instances d'évaluation interne et des réunions de secteur. En parallèle, deux réunions avec les adhérents sur chaque secteur, leur présenteront l'avancée du projet et recueilleront leurs réactions.

Le document finalisé à la fin mars 2006 s'articulera autour des axes suivants :

- Une introduction autour du contexte du projet : Il pourra ici être question de l'évolution des besoins des personnes accompagnées au vu de l'absence d'activité professionnelle.
 - Une présentation du cadre général du service : qui situera en particulier son environnement réglementaire, ses modalités de financement.
 - Une définition des valeurs, de la philosophie fondant le projet : notamment la place centrale de la participation des adhérents à travers leur projet de vie.
 - Une clarification des principes d'intervention (éthiques, théoriques...) : se retrouvent ici toutes les approches respectueuses de l'intégrité des personnes, telles que la conception du domicile.
 - Une identification du public accompagné : à travers les conditions d'admissions, et une étude statistique des adhérents.
 - Une description des prestations : nous pourrons ici mentionner ce qui relève de nos interventions directes, mais également ce qui entre dans le champ du conventionnement avec les partenaires tels que les services d'aide à domicile.
 - Une projection sur les années à venir : il s'avère important de fixer des perspectives qui permettent soit d'anticiper des évolutions, soit de mesurer d'éventuels écarts à l'arrivée.
 - Les modalités d'évaluation mises en œuvre : le rôle du comité de pilotage du projet, la pertinence des critères évaluatifs, les résultats issus des évaluations et leur communication ont à figurer dans le projet de service.
- B) Par le projet, engager le SAVS dans une logique contractuelle qui transforme les rapports entre financeur et service.

a) *Planifier activité et financement : une orientation partagée.*

La difficulté de planification en matière d'accompagnement au domicile, rencontrée par le département (difficulté dont nous avons vu qu'elle tient pour une part à l'absence de notifications de la COTOREP) trouve un écho avec la difficulté du service d'ajuster ses interventions auprès des personnes du fait de l'évolution de leurs problématiques. J'ai évoqué dans le point 3.3.1 la perspective de construire un référentiel des prestations d'accompagnement en concertation avec le Conseil Général. D'une part, cette démarche quantifiera de manière fine la nature des prestations et leur degré variable d'intensité. D'autre part, elle permettra de mieux représenter à l'échelle du département la réalité d'une population. Cette conjonction pourra trouver son point de rencontre à travers une contractualisation entre le SAVS et le département. La loi du 2 janvier 2002, précise

*...des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et [...] les autorités chargées de l'autorisation [...] afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma [...] la mise en œuvre du projet [...] de service [...]. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans.*⁹⁹ Je soumettrai cette proposition à la Direction Générale de l'association Kan Ar Mor. En cas d'acceptation de sa part, j'intégrerai la proposition d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (COM), dans la réponse à l'appel à projets que je ferai au titre du schéma départemental.

b) Renégocier le mode de financement du service.

Le décret budgétaire autorise la transformation du mode de financement pour permettre de passer du prix de journée en dotation globale. Ce mode de financement sera plus proche de la réalité du fonctionnement du service, qui peut varier dans ses interventions auprès des personnes. Dans ce cas le service s'engagera à fournir au Conseil général un état de son activité établi à échéance régulière (trimestrielle). Cet aménagement sera en cohérence avec le COM tel que j'en parle dans le point précédent. Par ailleurs, la renégociation du cadre budgétaire du service rebasera le nombre de journées d'ouverture du SAVS. Je proposerai au Conseil Général un calcul qui prenne en compte l'ouverture effective du lundi au samedi et un calcul forfaitaire qui comptabilise le dimanche (astreinte téléphonique).

3.3.5 Le réseau pour assurer la continuité de l'accompagnement.

A) Entre partenariat et réseau le choix de l'opérationnalité.

Sa vocation de service de proximité ne destine pas le SAVS à s'inscrire principalement dans une logique partenariale. Le partenariat se situe à l'échelon politique, à l'échelon institutionnel, il relève souvent de la responsabilité des cadres hiérarchiques. Le réseau quant à lui est constitué par la réunion d'acteurs de terrain, dont l'opérationnalité fait le sens du rapprochement.

Le réseau malgré ou à cause de son caractère évolutif, requiert de la part des acteurs qui le constituent une rigueur et une constance dans le maintien des liens. Il ne résiste pas à des variations trop importantes. Reposant sur la volonté des personnes, il y trouve

⁹⁹Article 36 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

sa force, mais de fait ses limites. Ainsi réseau rime avec convention, association, mais surtout souplesse et individualisation. Je mets en œuvre au sein du SAVS une logique de réseau, interne au service, car réseau ne signifie pas forcément l'obligation d'externalisation des savoirs – faire. Les instances de transversalité sont formalisées, pour autant elles ne nuisent pas à la spontanéité des relations. De même chaque année dans le cadre d'actions de formation prioritaires développées par la région Bretagne d'UNIFAF un voire deux salariés participe à une formation intitulée « Champs de compétences, complémentarités de réseau »

B) Le réseau : une formalisation, un état d'esprit. Un programme de développement pour le SAVS.

Parce qu'il est construit sur les « complémentarités » des acteurs, le réseau est un réel espace d'apprentissage ...*C'est à une forme de renoncement de leurs pouvoirs que les professionnels doivent consentir pour rendre l'usager acteur [...] Le professionnel n'est plus omniscient. Il délègue à d'autres une part de sa responsabilité éducative*¹⁰⁰. Dans le cadre des groupes de travail du schéma départemental, l'une des propositions retenues pour constituer le futur cahier des charges des SAVS est rédigée ainsi ... *Le service devra coordonner l'intervention de l'ensemble des organismes intervenants dans la vie quotidienne de la personne.....*¹⁰¹ A ce titre j'ai accepté cette proposition à charge pour le Conseil Général d'allouer les moyens de cette coordination, et d'encadrer cette activité par une base réglementaire. En effet il me paraît hasardeux de rentrer dans la coordination du réseau sans légitimité. Le préalable à la formalisation des pratiques en réseau, me conduira à mener dans le cadre du service une évaluation des pratiques de réseau jusque là informelles. Cette évaluation passe par un recensement des réseaux informels actifs. Puis il s'agira de les répertorier en fonction de la nature et de la fréquence de leur activation. La responsabilité d'animation du réseau conférée au SAVS, par les orientations du département, me conduira à établir un protocole commun à l'ensemble des secteurs, protocole qui permette que les acteurs de terrain du SASD puissent le faire vivre cependant. A ce jour il est possible de caractériser cinq types de structures susceptibles de collaborer dans le cadre de réseaux dans l'environnement du domicile : les secteurs de psychiatrie, les services d'aide à domicile, les services de

¹⁰⁰ LECHAUX P. Le travail en réseau, culture du partage. *Direction(s)* octobre 2004, n°12, p.26.

¹⁰¹ 3^{ème} schéma départemental. Projet de cahier des charges pour l'accompagnement social pour adultes handicapés. 7 mars 2005.

soins infirmiers à domicile, les services tutélaires, les services de la PMI. J'ai connaissance de l'expérience d'un réseau médico-social initié par trois services tutélaires en Vendée : l'expérience exemplaire du réseau Radars a été récompensée par le grand prix national de la Fondation de France en 2002¹⁰². Je contacterai les promoteurs du projet afin de solliciter une communication à Quimper, que j'ouvrirai aux membres potentiels des réseaux du SAVS.

3.3.6 Les perspectives d'évolution du SAVS à travers le 3^{ème} Schéma départemental.

A) Le SAVS : une position centrale dans le dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Le cahier des charges concernant les services d'accompagnement confirme le rôle central qu'entend leur donner le Conseil Général du Finistère dans le dispositif d'intervention en milieu ordinaire. Cette « carte » du SAVS qui sera soumise au vote des élus au début du mois de juin 2005, l'inscrit dans l'actualité réglementaire, puisque l'appel à projets rappelle que le SAVS *aura pour mission de mettre en œuvre le plan d'aide individualisé prescrit par la commission des droits et de l'autonomie*. Les modalités d'intervention se voient également précisées : elles portent au-delà du domicile, puisqu'il est prévu des *entretiens* (dans les locaux des services), ainsi qu'un *accompagnement physique* dans les démarches. Le principe d'individualisation (*soutenir la démarche d'autonomie*), la *notion de contrat qui reconnaît à la personne un statut de citoyen*, confirme la primauté du modèle participatif. Définissant le pays comme l'entité territoriale de référence (voir annexe n°5) le cahier des charges ne mentionne pas la capacité du service, cette estimation étant laissée à l'évaluation du promoteur du projet. Dans ses orientations initiales le Conseil Général indique vouloir financer 150 places au titre des services d'accompagnement sur la durée du schéma (2006-2010). Dans le cadre d'une concertation avec les représentants de l'Unafam, j'ai proposé une extension à hauteur de 50 places pour le SAVS Kan Ar Mor. Cette extension fera l'objet d'une progression sur la durée du schéma. Je dépose un dossier auprès du CROSMS au titre d'une extension du service. J'ai supposé le calendrier à partir des dates de dépôt auprès du Conseil Général et des fenêtres CROSMS habituelles pour la population adulte en situation de handicap. Une première extension surviendra à l'automne 2006 à hauteur de 20 places.

¹⁰² CHARRIER F, COUTEAU J, GEOFFROY J.J. *Tutelles et réseaux, Changer les pratiques médico-sociales*. Ramonville Saint Agne. : Editions érès, 2005. (263p)

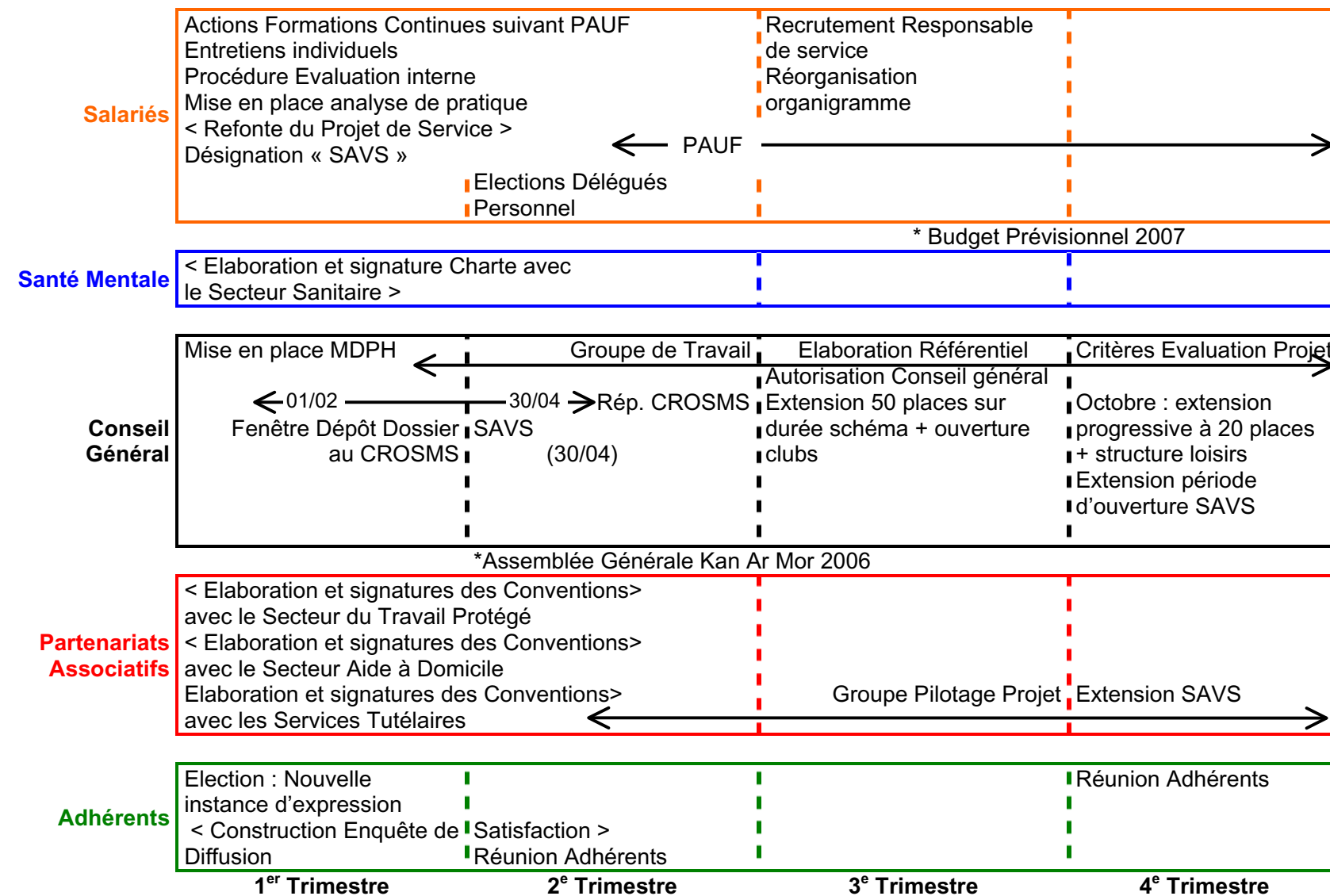
B) Un échéancier pour représenter le cheminement.

Le schéma départemental occupe une place centrale dans l'évolution du Service. Il permet à la fois de délimiter les étapes de sa transformation et les entités mobilisées pour y contribuer. Je représente cette réalité à travers un échéancier bâti sur les deux exercices de l'année 2005 et 2006. Cet échéancier se lit de façon horizontale, mais les interactions sont constantes entre les entités que je définis. Point de repère pour les acteurs impliqués, l'échéancier sera actualisé au gré de l'avancée du projet.

Echéancier 2005

Salariés	Mise en place instances fonctionnelles Coordination secteurs Evaluation interne Organigramme SASD	Information / débat (Schéma Départemental, et Décret SAVS, Loi du 11/02/2005) Préparation PAUF	Visite Centre Réadaptation	Groupe élaboration Fiches Poste Dépôt Dossiers de Demandes de Formation Lancement Rencontres Projet Service
	Rencontre mensuelle Délégué du Personnel		* Budget Prévisionnel 2006	
Santé Mentale	Rencontre Directeur CHS	Réunion avec le CHE du CHS + UNAFAM		Rencontre Projet avec une équipe médicale du CHS Quimper
Conseil Général	5 réunions techniques Préparation Schéma Départemental « Accompagnement à Domicile »	Juin : Délibération des élus pour Orientations du 3 ^{ème} Schéma Départemental	« Appel à Projets » pour SAVS : Dépôt des Dossiers en Octobre	Décembre : Réponses aux candidatures « Appel à Projets » par le Conseil Général
Partenariats Associatifs	Elaboration Convention Tri-partite KAN AR MOR – DON BOSCO – UNAFAM	Participation Semaine Santé Mentale / UNAFAM	- Présentation Projet SAVS aux familles UNAFAM - Concertation UNAFAM pour Schéma	Signature Convention Tri-partite
Adhérents	Elaboration des Supports aux Droits des adhérents : Livret d'accueil, DIA, Réunion Adhérents, Réunions Projet		* Clôture précédent conseil de la Vie Sociale	Réunion adhérents Instance d'Expression Règlement Fonctionnement présenté au Conseil d'Administration
	1 ^{er} Trimestre	2 ^e Trimestre	3 ^e Trimestre	4 ^e Trimestre

Echéancier 2006



CONCLUSION

Au terme de ce mémoire je n'ai pas le sentiment du vide que peut éprouver le lecteur lorsqu'il referme la dernière page du livre.

L'histoire du Service d'Accompagnement Social à Domicile est étroitement liée à celle du secteur médico-social de ces 30 dernières années. Une histoire traversée par les conceptions qui ont sous-tendu l'approche du handicap. Je sais que les acteurs qui ont fondé le concept de l'accompagnement des personnes handicapées en milieu ordinaire, ont par leur approche en rupture avec un contexte protecteur permis d'ouvrir un champ de possibles considérable.

Au cours des années 70, l'ancrage des dispositifs d'accompagnement avec le travail protégé a pour fondement la volonté d'intégrer les personnes dans la société par le produit de leur activité. Le SASD a accompagné cette réalité. Cependant dès l'origine ses concepteurs ont défendu l'idée que ses liens étroits avec le travail protégé, n'étaient pas incompatibles avec l'autonomie du service. Par là même, ils créaient les conditions pour exercer auprès des personnes en situation de handicap, un accompagnement immergé dans les réalités de la cité. Un accompagnement intégrant des notions aussi essentielles que l'apprentissage par le risque, ou la confrontation à laquelle renvoie le fait d'être différent.

Portant l'esprit d'ouverture du service, l'association Kan Ar Mor l'a développé au-delà de ses structures. Ainsi progressivement, le SASD s'est caractérisé par sa transversalité, sa proximité avec les personnes accompagnées. Ainsi progressivement il a illustré l'évolution des politiques publiques qui sous l'influence internationale ont instauré le concept de la participation pour les personnes en situation de handicap.

Le concept de la participation bouscule les représentations du handicap et les manières d'accompagner les personnes qui le subissent. Ce constat, le SASD le fait depuis quelques années face à l'émergence des besoins des adhérents qui n'accèdent plus au travail sous quelque forme que ce soit, dans le secteur protégé ou non.

La réalité de ces personnes en situation de handicap, interroge le SASD ancré dans des représentations et un fonctionnement lié à l'existence d'une activité professionnelle. La réalité de ces personnes en fin de compte, interroge un paradoxe à l'heure de la participation : le SASD n'est pas en mesure d'accompagner la continuité des parcours. Paradoxe questionnant, alors que la notion de projet de vie des personnes prime sur l'organisation des structures. Ce questionnement est d'autant plus aigu, que l'absence de

discrimination, ouvre les SAVS nouvellement légitimés, aux personnes présentant une déficience psychique ou intellectuelle sans que celles-ci aient à justifier d'une activité professionnelle.

Ces questions me conduisent à revisiter le fonctionnement et les modes d'organisation du SASD, mais aussi à repérer dans son environnement interne et externe ce qui peut contribuer à rendre son intervention plus pertinente et anticipatrice.

Dans la troisième partie de mon mémoire, je développe les conditions pour engager l'évolution du service, que nous appellerons bientôt SAVS. Au premier rang de celles-ci, je situe la dynamique de participation : pour la place qu'elle consacre au projet de vie des personnes accompagnées et pour les perspectives qu'elle ouvre aux professionnels que je dirige.

Au terme de ce mémoire, j'ai l'appétit du lecteur qui ouvre le premier chapitre d'une nouvelle histoire.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

BAUDURET J F. JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation.* Paris : Dunod, 2002, 322 p.

CANNEVA J. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France.* Paris : Editions De Santé, 2001.64 p.

CASTEL R. *Les métamorphoses de la Question Sociale. Une chronique du salariat.* 2^{ème} édition. Paris : Fayard, 2000.474 p

CHARRIER F, COUTEAU J, GEOFFROY J – J. *Tutelles et réseaux, Changer les pratiques médico – sociales.* Ramonville Saint Agne. : Editions érès, 2005. 263p

CHEVILLON B. *Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste.* Paris : L'Harmattan, 2005.177p

CORBET E., GRECO J., VOLKMAR C. *Guide pour des interventions de qualité.* ANCREAL. 1999 et versions suivantes.

DJAOUI E. *Intervenir au domicile.* Rennes : Editions ENSP, 2003.227p

EBERSOLD S. *L'invention du handicap, La normalisation de l'infirm.* 2^{ème} édition. Paris : CTNERHI, 1997.300p

FUSTIER P. *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial.* Paris : DUNOD, 2000. 224p

JANVIER R. MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale.* 2^{ème}.Paris : Dunod, 2002. 207 p

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie.* Paris : Dunod, 2000. 170p

LE BOTERFF G. *De la compétence, essai sur un attracteur étrange.* Paris : Les éditions d'Organisation, 1994. 175 p

LOUBAT J. R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale.* Paris : Dunod, 2002.258 p.

MAIS, *Le sens de l'accompagnement.* 11^{èmes} Journées Nationales de Formation.1997.Toulouse. 245p.

MIRAMON J.M. MORDOHAY F.O. *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales.* Paris : Dunod, 2003.152 p.

SERFATY-GARZON P. *Chez soi. Les territoires de l'intimité.* Paris : Armand Colin, 2003.p.152.

THEVENET A. *L'aide sociale aujourd'hui, après la décentralisation.* 11^{ème} édition. Paris : E.S.F, 1995. 422p

VOGT C. *Grammaire des institutions.* Rennes : Editions ENSP, 1992.133p

ZRIBI G. SARFATY. J. *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits.* Rennes : Editions ENSP, 2003. 128p.

REVUES :

ANDRE S. La prestation de compensation. *ASH*, n°2397, 2005,

AUTES M. Le domicile de l'usager, nouvel enjeu du travail social ? *ASH*, n°2149,2000.

BRIDIER F. Réfléchir aux transformations des professions. *Pluriels*, décembre 2004 – janvier 2005, n° 48 – 49.

CANNEVA J (président de l'Unafam).Le handicap psychique bientôt reconnu par la loi. *La Gazette Santé-Social*, 15 mars 2004.

CHAPIREAU F. Evolution du Concept du handicap. Analyse critique de la notion du handicap. *Pratiques en santé mentale*, Février 2005, n° 1/05.

CONFALONIERIE P. Habiter, pour le schizophrène. *Rhizome*, décembre 2001, n°7.

DEGRAND F. L'évolution des Services d'Accompagnement au regard des enquêtes du MAIS (de 1996 à 2003) et des nouveaux textes législatifs. Lyon : Groupe de travail « Enquête » du MAIS. 2005.

DRASS. Bretagne L'info Statistique., n°5, mars 2005.

DREES L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. *Etudes et Résultats*., n°419, 2005.

DREES Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *Etudes et Résultats*., n°342.

EBERSOLD S. Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale. *Handicap*, avril-septembre 2002, n°94-9

GUBBELS A. Un changement de paradigme pour les politiques européennes relatives au handicap? *Handicap*, avril- septembre 2002, n°94-95

JAEGER M. Travail en réseau et logiques de territoire. *Les Cahiers de l'Actif*, n°324/325, 2003.

LECHAUX P. Le travail en réseau, culture du partage. *Direction(s)* octobre 2004, n°12.

LEMOINE-PAPE A. Parcours de vie : continuités /discontinuités. *Pratiques en santé mentale*, Février 2005, n° 1/05.

MOYSE D. Prendre en considération la « qualité de vie pour favoriser un accompagnement de qualité ? *Handicap*, juillet-septembre 2003, n°99.

ODAS *Dépendance et Handicap : La décentralisation au service de l'autonomie*. Rapport de l'Observatoire national De l' Action Sociale décentralisée, 2003, 23p.

PAQUOT A. Habitat, Habitation, Habiter. *Informations Sociales*, mai 2005, n°123.

PIERRE J.M. Travail, Handicap, précarité. *Handicap*, janvier – mars 2001, n° 89.

ROBERT D. MORIN P. DORVIL H. Habitation, identité et relation sociales. L'expérience résidentielle d'usagers de services en déficience intellectuelle. *Handicap*, juillet-septembre 2002, n°96.

Santé mentale et logement : sujets sensibles. Synthèse des journées d'échanges. Lyon 2003, Grenoble 2004. Lyon: Editions Mario Mella, 2005.

TOMKIEWICZ S. Des institutions qui respectent une intégration réaliste. *Cultures en mouvement*, avril 2002, n°46.

THUDEROZ C. *Développement d'un individualisme coopératif au travail*. In CUSSET P.Y.(dir) *Individualisme et lien social*. Paris : La documentation Française, 2005.

VACHON J. Henri-Jacques Stiker, anthropologue et historien. Les handicapés, ni exclus ni inclus. *Actualités sociales hebdomadaires*, 10 janvier 1997, n° 2005

VISINTAINER S. L'accès au logement pour les usagers de la psychiatrie. *Forum*, mars 2002, n° 99

TEXTES LEGISLATIFS et RAPPORTS :

Loi 75-534 du 30 juin 1975. Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi 75-535 du 30 juin 1975. Loi relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi 91-748 du 31 juillet 1991. Loi portant réforme hospitalière.

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi 2005-102 du 11 février 2005. Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation. Rapport présenté par B. ROUSSILLE. IGAS, Rapport n°2004/150, 2004 (111 p.)

SITES INTERNET :

Conférence sur la personne handicapée organisée par la Commission européenne [en ligne]. 2004. Sofia. Bulgarie. Disponible sur Internet : http://europa.eu.int/comm/employment_social/disability/index_fr.html

CRISCO. *Le dictionnaire électronique des synonymes*, cahier n°17 [en ligne] juillet 2004. Disponible sur Internet : <http://elsap1.unicaen.fr>

DESGOUTE I. COVIN LEROUX V. Questions à Jean- François Bauduret, Conseiller technique à la DGAS. *Perspectives Sanitaires et Sociales*, [en ligne] juillet 2004, n°174. Disponible sur Internet : www.fehap.fr/inc/art

DORIGUZZI P. *Mutations du travail : s'adapter ou s'inventer ?* [en ligne]
25 décembre 1996. Disponible sur Internet <http://.pascaldoriguzzi.free.fr/apfunco.htm>

PIEL E. ROELANDT J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission [en ligne]. 2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/psy/7.htm>

MARQUIS F. *Bilan de la mise en œuvre du schéma régional de santé mentale. Travaux préparatoires au SROS 3^{ème} génération*. [en ligne]. ARH de Bretagne. 2004. Disponible sur Internet : <http://www.arh-bretagne.fr>

Liste des annexes

Annexe n°0 : Organigramme Structurel de l' Association Kan Ar Mor.

Annexe n°1 : Graphiques Etude de population.

Annexe n°2 : Causes de l'absence d'activité professionnelle.

Annexe n°3 : Questionnaire aux adhérents en situation d'inactivité.

Annexe n°4 : Synthèse des entretiens accordés par les bénéficiaires.

Annexe n°5 : Cartographie du Finistère.

Annexe n°6 : Convention Tripartite Kan Ar Mor- Do Bosco – Unafam.

Annexe n°7 : Les prestations coordonnées hors hébergement.

Annexe n°8 : Extrait du Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux SAVS.

Annexe n°8 bis : Présentation du MAIS.

Annexe n°9 : Profil de mission/Coordinateur de secteur.

Annexe n°10 : Instances de fonctionnement du SASD.

Annexe n°11 : Méthode d'évaluation Interne/ANCREAI.

Annexe n°12 : Système SCAPH 38.

Annexe n°13 : Procédure d'admission.

Annexe n°14 : Document Individuel d'Accompagnement.

ANNEXE 0 :

Organigramme structurel de l'Association Kan Ar Mor

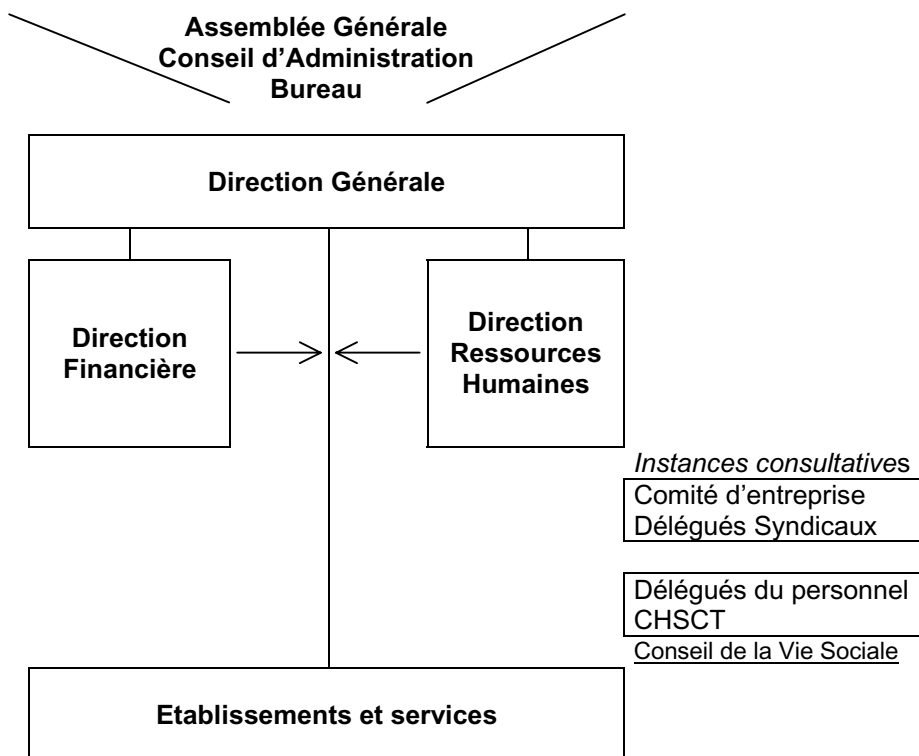
Niveau orientation politique

Niveau stratégique

Commissions Permanentes
- Pilotage Démarche Qualité
- Commission de régulation
- Commission éthique
- Formation Professionnelle
Commissions ponctuelles

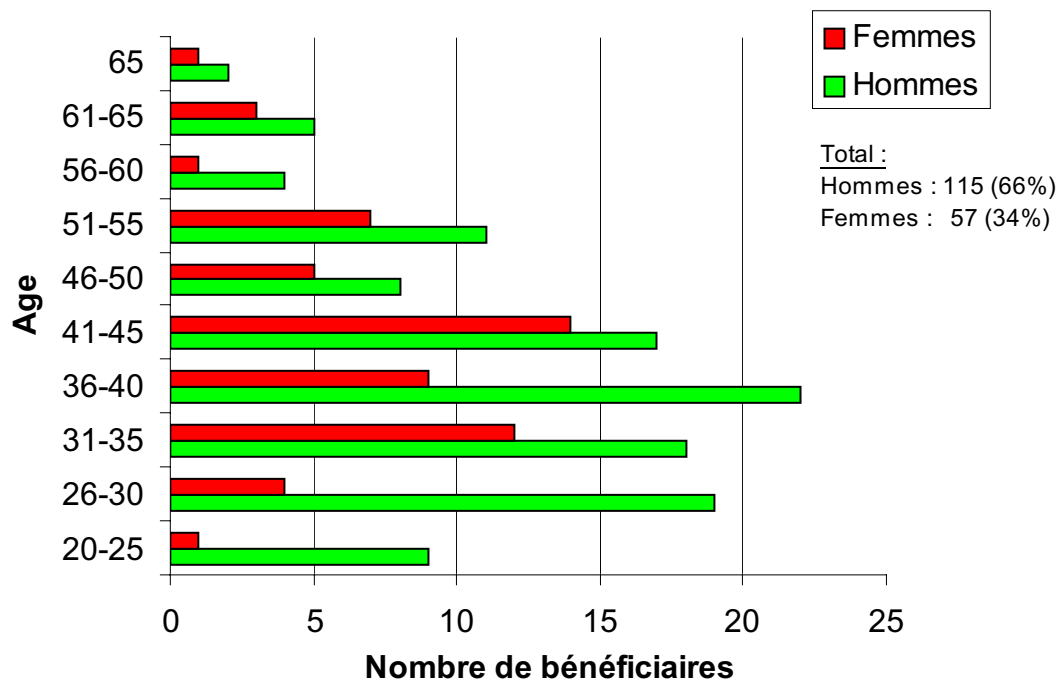
Expertise Avis

Niveau opérationnel

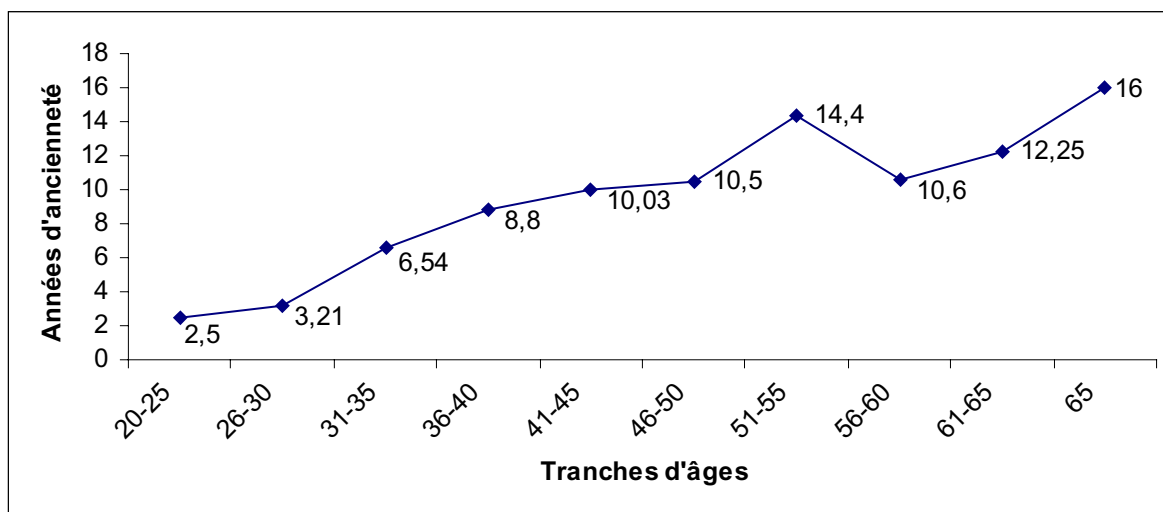


ANNEXE 1 :

Pyramide des Ages des bénéficiaires au 1^{er} mars 2005 :

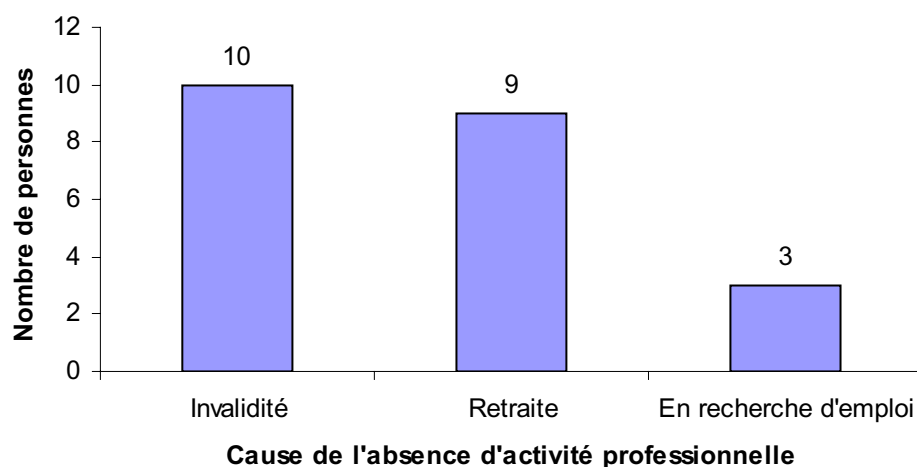


Répartition en fonction de l'ancienneté d'accompagnement au 1^{er} mars 2005 :



ANNEXE 2 :

Causes de l'absence d'activité professionnelle



L'analyse du contexte de fin d'activité professionnelle tend à démontrer que la retraite n'en est pas la seule explication. En effet, pour 10 personnes ce sont les conséquences de la déficience qui ont conduit au non - renouvellement de l'orientation professionnelle en cours. Dans ce cas les facteurs invalidants font l'objet d'une reconnaissance au titre de la Sécurité Sociale, dès lors les personnes bénéficient d'une pension d'invalidité au titre de la Sécurité Sociale éventuellement complétée de l'allocation supplémentaire du Fonds Spécial Invalidité (FSI)¹. Cette difficulté à soutenir l'activité professionnelle du fait des déficiences et du vieillissement est confirmée par l'âge moyen lors du passage sous le régime de l'invalidité, lequel est de 46 ans. J'ajoute qu'au sein du groupe « retraités » 2 personnes relevaient des dispositions liées à l'invalidité avant leur arrivée en retraite. Enfin trois personnes bénéficiant d'une orientation professionnelle ont choisi de ne pas travailler.

¹ L'allocation supplémentaire du Fonds Spécial Invalidité (FSI) est une prestation non contributive, sans contrepartie de cotisations. Elle est versée en complément d'une pension d'invalidité et se substitue prioritairement à l'Allocation Adultes Handicapés.

ANNEXE 3 :

(Mme, Mlle, Mr).....

Entrée au SASD le

Date de cessation d'activité professionnelle.....

Entretien réalisé le

QUESTIONS :

1°) Pourquoi le SASD est-il à vos côtés ?

2°) Avez-vous songé à demander l'arrêt de l'intervention du SASD au moment de votre arrêt d'activité professionnelle ?

Indiquez deux motifs au maintien de l'accompagnement social.

3°) Pouvez- vous nous indiquer ce qui est le plus agréable dans votre vie de tous les jours ?

4°) Pouvez- vous nous indiquer ce qui vous est le plus difficile dans votre vie de tous les jours ?

5°) (En lien avec le 4°) Y a-t-il un besoin que vous voudriez voir satisfait ?

6°) Comment celui-ci pourrait – il être satisfait ?

ANNEXE 4 :

Synthèse des entretiens accordés par les bénéficiaires.

J'ai mené ces entretiens semi-ouverts ont été menés auprès de 12 bénéficiaires du service d'accompagnement social à domicile en avril 2005.

Ces personnes ont pour point commun de vivre à domicile et de ne plus exercer d'activité professionnelle (ce groupe de population représente un total de 22 personnes)

Les entretiens encadrés par le questionnaire ci-joint se sont déroulés selon une progression identique pour chaque personne, le questionnaire respectant les éventuels silences et absences de réponses et faisant aussi place aux élargissements.

Cette « enquête » de par la faible représentation de l'échantillon a pour objet d'illustrer le propos relatif à la frange étudiée de la population du SASD, sans prétention à tirer des enseignements exhaustifs.

Question n°1.

Ce point concerne la motivation des personnes à **solliciter l'accompagnement par le service**.

Premier constat : toutes les personnes donnent un sens à l'intervention du service.

a) **L'aide pour « faire les papiers »** est avancée

- à 6 reprises avec un autre motif.
- à 3 reprises comme seul motif.

Cet argument est régulièrement avancé de par le caractère rassurant de sa matérialité.

Le service est perçu comme en mesure d'apporter une aide matérielle pour les « *papiers* », pour les courses, il est alors repéré par les personnes comme celui qui apporte une « *aide* », un « *appui* », voire un « *dépannage* ».

b) Le service est à 2 reprises cité comme « **soutien moral** » voire dans un témoignage comme permettant une « *relation amicale* ».

c) Pour une personne le service exerce un « **intermédiaire** ». Nous apparentons ceci à une médiation avec son enfant confiée à l'Aide Sociale à l'Enfance.

d) Le service est cité pour son accompagnement dans le cadre de **démarches médicales** par une personne.

e) La mise en œuvre, à l'initiative du service, d'**activités de loisirs** est mentionnée par une personne.

Question n°2.

A l'exception d'une personne, la réponse est négative lorsqu'il s'agit de vérifier si l'absence ou la fin d'activité professionnelle aurait pu interrompre l'accompagnement social.

Pour une personne la mise en place de l'accompagnement social est concomitante avec son départ à la retraite.

Pourquoi le maintien de l'accompagnement ?

Si le motif « **des papiers** » est cité de nouveau à 4 reprises, l'éventail des réponses s'enrichit cependant.

- Le service est celui qui **apporte au regard de la situation de handicap** : pour « *ne pas craquer* », pour « *suivre ma santé* », « *à cause de mes humeurs...* »
- Des **inquiétudes liées à l'avenir**, en particulier chez les plus anciens, justifie l'intervention du service : « *la vie est imprévue* ».
- Le recours au service s'explique compte tenu de la **solitude** éprouvée par quelques personnes : « *pour discuter...pour dialoguer...pour être écouté...* ». L'une des personnes assimile l'intervention à une relation amicale.
- Pour un couple dont les deux personnes sont bénéficiaires du service, celui-ci est présenté comme étant parfois **régulateur**.

Question n°3.

Suite à la question : « Pouvez-vous nous indiquer ce qui est **le plus agréable** dans votre vie ? »

Le sentiment d'**absence de contraintes** est de nature à rendre le quotidien agréable, notamment chez les anciens travailleurs. Ce sentiment s'exprime ainsi : « *Faire ce que l'on veut...ne plus*

- *travailler.... »*
- Il apparaît que la **marche, ou le vélo** sont pratiqués régulièrement : « *je me promène pour laisser tout derrière.* »
- Pour deux couples concernés par l'enquête le quotidien est agréable aussi puisqu'il se fonde sur la **vie de couple** : « *C'est le bonheur de ne pas être tous seuls* ».
- L'une des personnes interviewées cite aussi la jouissance de son **appartement** comme élément agréable de son quotidien, lequel appartement est inclut dans un foyer -logement pour personnes âgées.
- Les bénéfices de la **socialisation** sont soulignés pour parler du caractère agréable du quotidien. Ainsi une personne fait valoir son engagement dans la vie associative, une autre sa participation à des activités de loisirs organisée au sein d'une maison de retraite qu'elle intègre le temps des ateliers : « *Je vais retrouver mes copines...* ».

Question n°4.

Prolongeant la précédente question, nous abordons ici auprès des personnes « ...ce qui vous est **le plus difficile dans votre vie de tous les jours** ? ».

- La fragilité que génère la situation de **handicap** est mentionnée : « *le plus dur c'est de gérer la piquette (l'alcool), ça agit sur ma maladie.* » ou un autre témoignage : « *mon handicap, ça commence à être dur, dur.* ».
- La **solitude**, sera mentionnée à 6 reprises par les personnes interviewées comme pesant sur leur quotidien. Tel sexagénaire partageant pourtant le domicile familial avec sa fratrie déclare : « *Chez nous c'est... histoires sans paroles.* ». Telle femme vivant en couple exprime : « *On aurait aimé avoir des amis pour discuter.* », telle autre : « *des fois je m'ennuie, je trouve le temps long...* ».
- Une femme nous exprimera sa difficulté en l'**absence de travail**.
- La **vulnérabilité** devant les formulaires administratifs se révèle source d'anxiété pour deux personnes.

Il est à noter que 3 personnes n'ont pas exprimé vivre des difficultés particulières.

Question n° 5.

En lien avec le point précédent nous avons interrogé les personnes quant aux **besoins** qu'elles voudraient voir satisfaits. Les demandes sont à répertorier ainsi :

- La sollicitation de **conseils** : « *Pour m'aider à acheter des vêtements...* ».
- Pour 2 personnes l'**accès à un travail**. L'une d'elles réclamant par ailleurs dans le cadre d'activités de loisirs de pouvoir « *...faire des travaux manuels et d'apprendre.* »
- Le **besoin d'échanges** plus nombreux avec les professionnels du service est mentionné.
- **recherche de racines** : l'un des adhérents actuellement hébergé en foyer – logement exprime le souhait de rejoindre la région parisienne.

Question n°6.

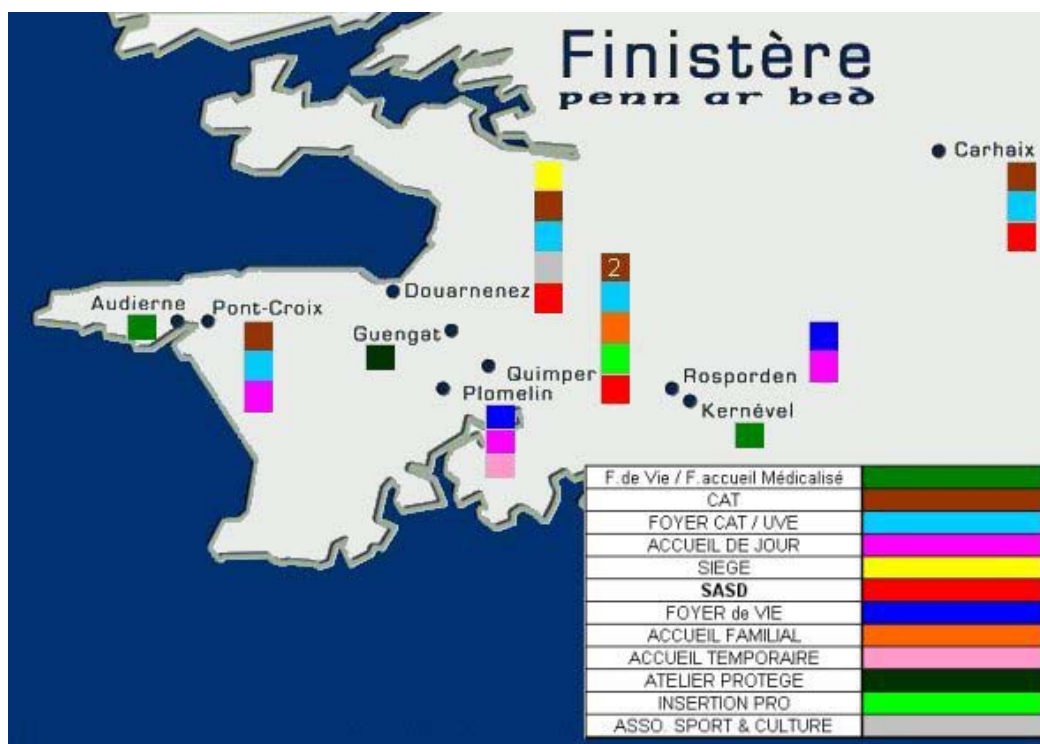
Comment répondre aux besoins ?

- Implicitement la **complémentarité du SASD avec d'autres services** est évoquée. Un adhérent nous déclare qu'à l'apparition des troubles psychiques il contacte l'infirmier - référent au Centre - Médico -Psychologique afin de rééquilibrer son traitement médicamenteux.
- Une adhérente sollicite la **mise en place d'activités de loisirs**.

Si la **fréquence actuelle de nos interventions** convient à une majorité d'interviewés elle est aussi interpellée, soit dans le sens d'un espacement (1fois/quinzaine), soit dans le sens d'un rapprochement des fréquences de visite (2 fois/semaine).

ANNEXE 5 :

Situation géographique des structures de l'association Kan Ar Mor :



Les centres départementaux d'action sociale et leurs antennes :



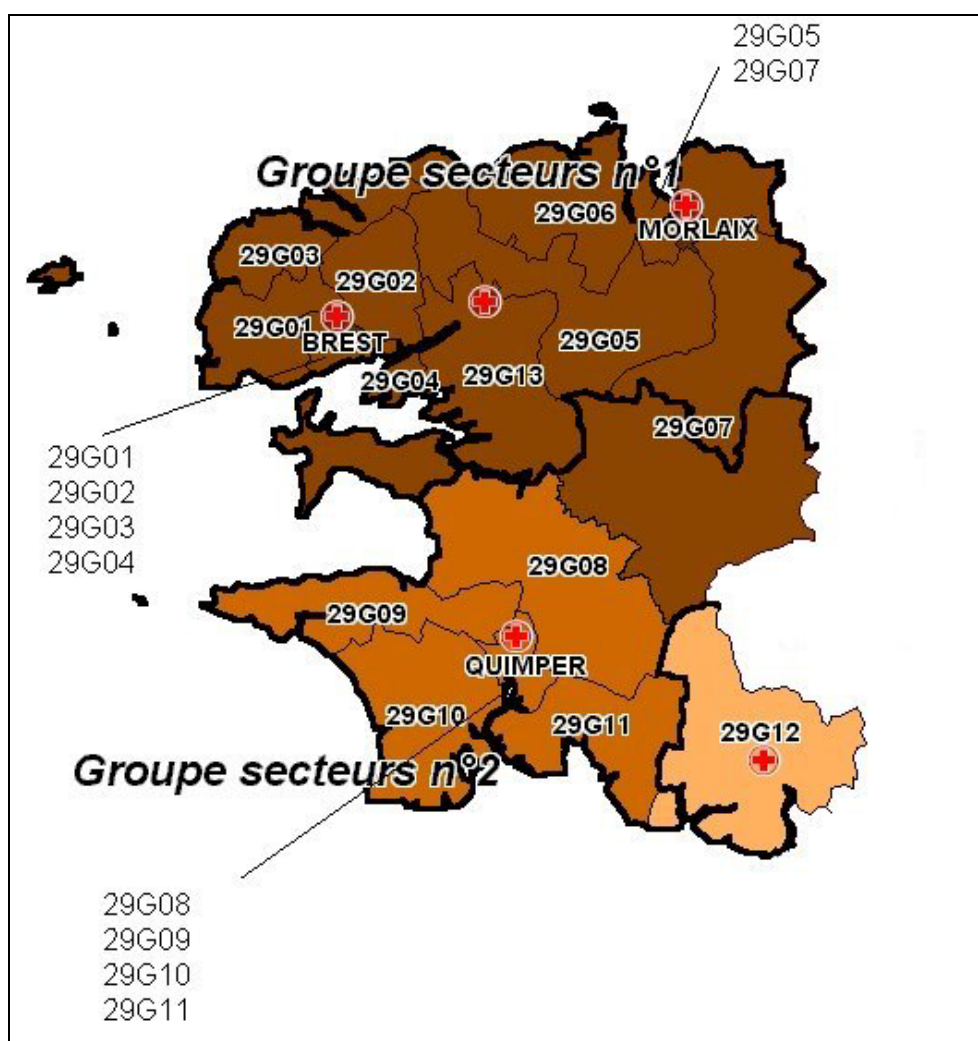
Source : Conseil Général du Finistère

Organisation par pays :



Source : Conseil Général du Finistère

Carte des secteurs de psychiatrie :



Source : Agence Régionale Hospitalisation de Bretagne

ANNEXE 6 :

Convention Tripartite entre l'Association UNAFAM 29, représentée par son Président-délégué, d'une part et l'Association Kan Ar Mor, d'autre part, représentée par son Président et enfin, l'Association Don Bosco, représentée par son Président
--

Il a été convenu :

DOCUMENT DE TRAVAIL

Article 1 : la mission et les partenaires

En vue d'aider au retour et au maintien à domicile de personnes adultes, handicapées psychiques du fait d'une maladie mentale, les associations Kan Ar Mor et Don Bosco gèrent et animent des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). La mise en place de ces services est subordonnée à un étroit partenariat avec les Centres Hospitaliers des secteurs dont relèvent les SAVS, formalisé par une convention.

D'une capacité autorisée par , ils disposent d'un soutien médical assuré par les Centres Hospitaliers selon les conditions décrites ci-après dans l'article 7, tandis que le département du Finistère financera le fonctionnement de ces services dans les conditions décrites ci-après à l'article 6.

Article 2 : population concernée

Ces services sont destinés à des adultes déficients psychiques en situation de handicap et bénéficiant d'une orientation au titre de la Commission des Droits et de l'Autonomie avec notification SAVS.

Cette notification répond au projet de vie des personnes, à charge pour les services de mettre en œuvre selon les dispositions réglementaires, le plan personnalisé de compensation élaboré en prenant en considération les besoins et les aspirations de la personne en situation de handicap. Les personnes concernées par ce dispositif sont engagées dans un mouvement d'insertion et de réinsertion dans l'environnement ordinaire au plan de l'habitat, de la vie domestique et des échanges sociaux.

Cependant, elles ne sont pas toujours à même de se procurer, par leur propre initiative, les conseils et soins médicaux que leur fragilité rend nécessaires.

Article 3 : les prestations assurées

Celles-ci feront l'objet d'une formalisation et d'une actualisation à travers la rédaction d'un document individuel de prise en charge (DIPC) complété d'un projet personnalisé à l'élaboration duquel est associée la personne conformément aux obligations fixées par la loi du 2 janvier 2002.

La mise en service du document individuel de prise en charge ainsi que du projet personnalisé se fait à travers plusieurs types d'actions selon un rythme adapté à chaque personne suivie.

- L'Accompagnement à la vie quotidienne pour favoriser l'autonomie (faire avec et non pas à la place) :
 - les visites à domicile.
 - l'accompagnement extérieur (courses, obligations administratives)
 - l'intervention sur les lieux de travail et/ou de formation. Ces interventions feront l'objet d'un conventionnement entre la personne concernée et les lieux concernés.
 - les rencontres au local du SAVS
 - l'accompagnement dans les démarches.
 - les interventions des services d'aide à domicile, des services de soins infirmiers à domicile...celles-ci faisant l'objet d'un conventionnement avec les SAVS.
- Des actions à caractère collectif pourront être mises en œuvre ponctuellement.

Un lien entre les clubs existants, en particulier ceux animés par l'UNAFAM et le SAVS est souhaité et souhaitable

Article 4 : moyens en personnel

Pour un bon fonctionnement, l'équipe pluridisciplinaire composée d'éducateurs, de psychologues, de postes administratifs et d'encadrement, correspond à un ratio d'encadrement de 1 E.T.P. pour 8 personnes accueillies.

Les SAVS gérés par les Associations Kan Ar Mor et Don Bosco, leurs personnels à part entière seront placés sous le régime appliqué dans celles-ci (C.C.66 – Comité d'Entreprise – Représentants du personnel ...).

Article 5 : moyens matériels

Le SAVS est implanté dans un endroit facile d'accès (notamment desservi par les transports.)

Article 6 : contribution du Département

Le Département assure le financement des frais de fonctionnement des SAVS sur la base d'une dotation couvrant, outre les frais de rémunération des personnels, les charges générales du service qui fonctionne toute l'année selon un horaire incluant week-ends et jours fériés.

La dite dotation est réévaluée chaque année dans les limites d'un pourcentage fixé par la Collectivité Départementale, compte tenu de l'évolution générale des prix et des salaires. Elle est mandatée par douzièmes mensuels.

Article 7 : contribution des Centres Hospitaliers

Cette contribution fera l'objet d'une négociation spécifique entre les associations Kan Ar Mor, Don Bosco et les Centres Hospitaliers dont dépendent leurs services. Cette contribution telle une mise à disposition de personnels pourrait s'inscrire dans le cadre du plan régional de santé publique encadré par la loi de Santé Publique du 9 Août 2004.

Article 8 : travail en partenariat

Le Département et le Centre Hospitalier apportent leur concours à la conception, l'organisation et le contrôle du fonctionnement du SAVS ainsi qu'aux décisions d'admission et de sortie de ses adhérents,

Article 9 : instances de fonctionnement

Par secteur géographique, une réunion trimestrielle aura lieu entre l'Association UNAFAM et les SAVS afin de suivre l'activité de ceux-ci.

Le Directeur du SAVS est chargé de la préparation de cette rencontre avec le Président délégué de l'UNAFAM et le médecin référent du secteur.

L'objet de cette réunion :

- information sur les flux
- bilan d'activité
- point financier
- lien entre les Clubs UNAFAM ou autres et le SAVS.

Une Assemblée Générale annuelle associera l'UNAFAM 29, les Association Kan Ar Mor et Don Bosco ainsi que les Centres Hospitaliers.

Article 10 : contribution de l'UNAFAM

L'Association UNAFAM apportera outre les contributions précitées, une formation spécifique au personnel du SAVS, en lien avec la formation que pourrait dispenser les I.F.S.I.

L'association UNAFAM situe son rôle de représentation des familles à l'interface entre les familles des bénéficiaires et les SAVS.

Elle participe au comité de suivi dont la finalité est précisée à l'article 9. Elle se situe en tant que pôle de ressources. Et participe à l'animation des clubs.

Article 11 : conditions d'admission dans les SAVS

L'admission dans les SAVS est conditionnée à la notification fixée par la Commission des Droits et de l'Autonomie

La demande d'admission est adressée par la personne ou son représentant légal. au directeur du SAVS.

Les conditions d'admissions au SAVS sont présentées dans le projet de service et doivent être réunies en préalable à toute admission.

La décision d'admission définitive est notifiée au demandeur par le directeur du SAVS

Article 12 : dispositions organisationnelles

Le Directeur du SASV est garant de l'accomplissement de la mission décrite dans la convention.

Il est chargé de l'exécution du budget et rend compte de sa mission à l'occasion des instances citées dans l'article 9.

Concernant les personnels relevant des Centres Hospitaliers , il est chargé de faire le lien avec la direction de ceux-ci.

Article 13 : assurances

Les association Kan Ar Mor et Don Bosco assureront la couverture au titre de la responsabilité civile et administrative de l'ensemble des activités que les services organisent à l'intérieur ou à l'extérieur de leurs locaux quel que soit le statut de la personne qui participe à leur animation.

Article 14 : mission

Les SAVS exercent leur missions suivant les règlements de fonctionnement des services agréés par les Conseil d'Administration des association Kan Ar Mor et Don Bosco et dans le respect du règlement intérieur des associations.

Article 15 : dispositions conventionnelles

La Convention s'appuie sur le projet de service établi par les Associations Kan Ar Mor et Don Bosco et présentés à l'UNAFAM .La présente convention qualifiée de générale fixe les principes d'articulation entre les partenaires, lesquels déclineront à l'échelon de leur zone d'intervention, des conventions opérationnelles.

Les SAVS sont tenus de respecter les dispositions prévues par la loi du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui impose la confidentialité à toutes les situations.

Le non-respect de l'une des clauses de la présente convention, la dénonciation par l'un des signataires de tout ou partie de la convention entraînera, au minimum la suspension de son effectivité, voire la révocation totale de celle-ci.

Toute modification éventuelle à la présente convention sera soumise à l'accord des signataires et consignées dans un avenant.

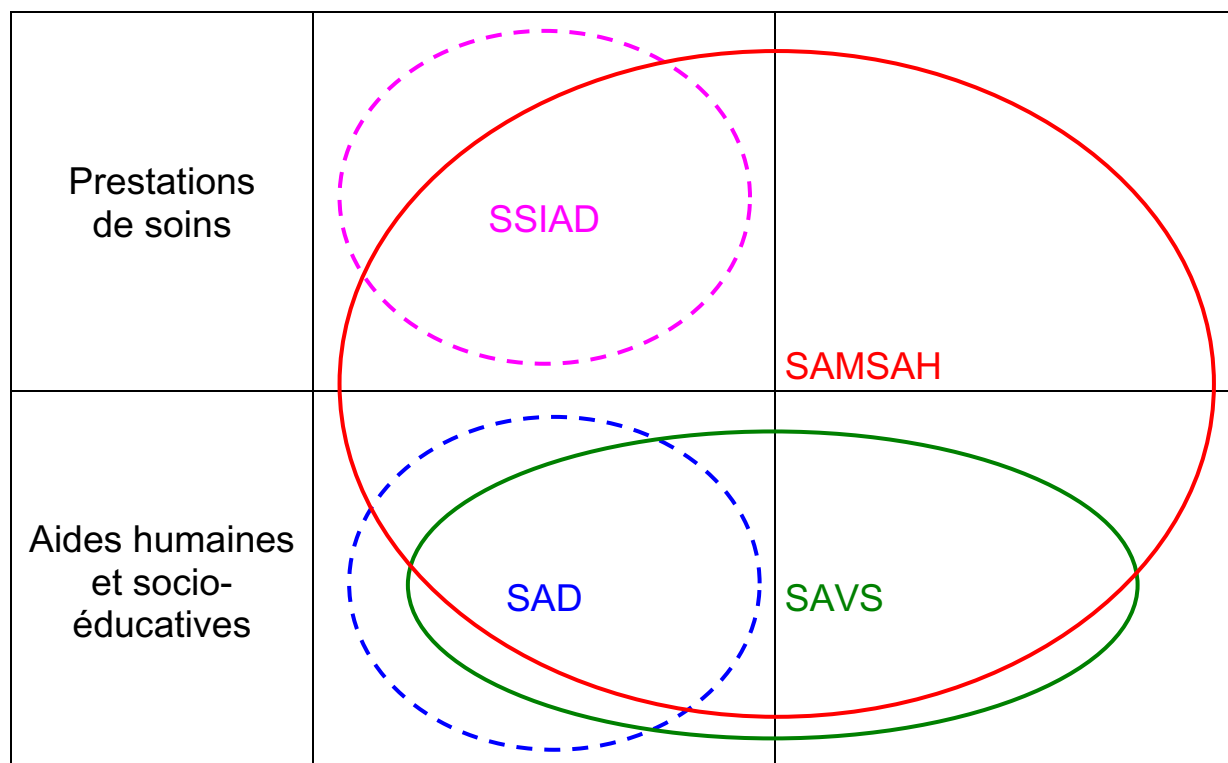
Le Président Délégué
de l'UNAFAM du Finistère

Le Président
de l'Association Don Bosco

Le Président
de l'Association Kan
Ar Mor

ANNEXE 7 :

Les prestations coordonnées hors hébergement en faveur des personnes adultes en situation de handicap (décrets consécutifs à la loi du 2002.2 du 2 janvier 2002).



SSIAD (Service Soins Infirmiers à Domicile): Une équipe para-médicale, coordonnée par une infirmière, intervenant exclusivement à domicile et délivrant des soins de base et relationnels.

SAD (Service A Domicile) :

Une ou plusieurs aides à domicile délivrant des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne (non médicalisées) pour les activités ordinaires de la vie.

SPASAD (Service Polyvalent d'Aides et de Soins A Domicile) :

SPASAD = SSIAD + SAD

SAVS (Service d'Accompagnement à la vie Sociale) :

Une équipe socio-éducative pluridisciplinaire réalisant un accompagnement (non médicalisé) tant à domicile qu'en milieu ouvert, incluant le cas échéant l'aide à l'intégration scolaire, universitaire et professionnelle.

SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico - Social pour Adultes Handicapés)= **SAVS**
+ **soins ambulatoires**

Une équipe pluridisciplinaire unique à la fois médicale, paramédicale et socio-éducative, non nécessairement coordonnée par un agent soignant réalisant un accompagnement thérapeutique et un accompagnement social, tant à domicile qu'en milieu ouvert.

ANNEXE 8 :

Extrait 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

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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 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. »

[...]

ANNEXE 8 bis :

PRESENTATION DU M.A.I.S.

Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale

Le M.A.I.S. est un mouvement ayant pour mission de favoriser et développer les liens entre les acteurs de l'accompagnement social, tant dans le champ du handicap que dans celui de l'exclusion sociale.

Association loi 1901, regroupant les professionnels intervenant dans les Services d'Accompagnement sur l'ensemble du territoire national, le M.A.I.S. s'est donné pour objectifs :

- ❑ de favoriser la mise en réseau des acteurs de l'accompagnement,
- ❑ de promouvoir la réflexion, la formation et l'expression des intervenants sociaux à l'échelon local et national,
- ❑ de développer la recherche et l'élaboration de projets,
- ❑ de participer à l'évolution de la réglementation en étant force de proposition auprès des ministères concernés et des collectivités territoriales.

Pour atteindre ces objectifs, des actions sont mises en place tant au niveau national que régional :

- ❑ organisation d'une manifestation nationale (Journées Nationales de Formation), chaque année dans une région différente :

sociale	Lyon	2001	<i>La responsabilité en question</i>
	Vesoul	2002	<i>Qualité de vie et accompagnement social</i>
	Pau	2003	<i>Les acteurs de l'accompagnement au rendez-vous de la loi</i>
	Colmar	2004	<i>Accompagnement et reconnaissance sociale</i>
	Clermont-Ferrand	2005	<i>Milieu ordinaire et lieux d'être</i>

- ❑ développement de sessions de formation au siège de l'Association ou sur site, en réponse aux besoins spécifiques des structures.

sujets traités :

*information, création et développement d'un Service d'Accompagnement,
démarche de qualité sociale,
accompagnement culturel...*

- ❑ réalisation d'études, de travaux de recherche, ou d'enquêtes au niveau national,
- ❑ publications d'ouvrages : annuaire national des Services d'Accompagnement, actes des journées nationales et régionales de formation,
- ❑ participation à des groupes de travail ou à des manifestations au niveau local, régional ou national.

M.A.I.S.
42, rue de Marseille – 69007 LYON
Téléphone : 04 72 71 96 99 – Fax : 04 72 73 09 02
<http://www.mais.asso.fr> - courriel : mais@mais.asso.fr

Extrait de l'annuaire des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale des Yvelines – Edition 2005

ANNEXE 9 :

Profil de mission Coordinateur de secteur

Service d'Accompagnement Social à Domicile Association Kan Ar Mor
--

Le coordinateur de secteur exerce sa mission par désignation et délégation du Directeur Adjoint du Service d'Accompagnement Social à Domicile.

Cette mission opérationnelle, en lien avec la mission du service, ne place pas le coordinateur en position hiérarchique.

Cette mission s'exerce à deux niveaux :

1. Dans le cadre de l'équipe de secteur, composée des professionnels d'accompagnement, intervenant soit à Carhaix, soit à Douarnenez, soit à Quimper.
2. Dans le cadre du groupe de coordination composé de 3 coordinateurs de secteur réunis sous l'autorité et la responsabilité du Directeur Adjoint.

A l'échelon du secteur

- Le coordinateur est en charge de l'animation de la réunion de suivi hebdomadaire et en tient l'ordre du jour et en établit le compte rendu.
Ce temps de concertation permet de dégager les aspects susceptibles de faire évoluer la dynamique de service.
- En « veille » par rapport à l'environnement, il relaie auprès du Directeur Adjoint les informations susceptibles d'orienter les actions notamment en terme de partenariat.
- Les démarches susceptibles d'engager la responsabilité (morale, juridique et financière) du service vis-à-vis des partenaires resteront à l'initiative et de la responsabilité de la Direction.
- En concertation avec l'équipe de secteur, il propose au Directeur-Adjoint une planification de congés pour les salariés du service. La validation des éléments concernant les statuts, les conditions et les contrats de travail (congés, horaires, rémunération, arrêt maladie ...) sont à l'initiative et de la seule responsabilité du Directeur-Adjoint.
- Le coordinateur instruit les demandes d'admission et de sortie des adhérents dans le cadre des procédures en vigueur. La validation de ces mouvements incombe au Directeur-Adjoint.
- Le coordinateur participe au suivi et à la régularisation administrative des mesures d'accompagnement.

- En lien avec le psychologue chargé de leur animation, le coordinateur veille à la planification des réunions « projet individualisés » des adhérents.
- Le coordinateur contribue à l'accueil des stagiaires d'école et veille à la rédaction des rapports de stage.

A l'échelon du service

- Le coordinateur participe à la réunion des coordinateurs invités par le Directeur-Adjoint et sous la responsabilité de ce dernier. La fréquence en est mensuelle.

Modalités pratiques

Cette mission sera effective et affectée par le Directeur-Adjoint à trois salariés (un par secteur géographique) pour une durée déterminée d'un an.

Cette durée pourra être reconduite annuellement si les parties en conviennent entre elles. Cette durée pourra être réduite soit par décision du Directeur-Adjoint, soit à la demande du coordinateur. Dans ces deux premiers cas, la cessation de la mission s'effectuera moyennant un préavis d'un mois.

Il est alloué à ce jour une prime mensuelle de coordination fixée à 20 points. Cette prime est attachée à la présente mission. La prime cessera donc d'être versée lorsque la mission n'existera plus ou sera confiée à un autre professionnel.

Le Directeur - adjoint du S.A.S.D.

Le Directeur des Ressources Humaines

Instance de fonctionnement	Objet	Personnes concernées	Fréquence	Durée
Réunion Générale	Informations à caractère général : (Associatives, Environnement du Service, Points évoqués en coordination, Budgets) ----- Synthèse – Validation liée à Evaluation interne – Outils Loi 2002.2	Tous les personnels Animation : Directeur-adjoint ----- Co-animation avec référents Evaluation interne	Mensuelle	½ à 1 journée
Réunion de Secteur	▪ Veille – Transmission informations relatives aux adhérents ▪ Fonctionnement du service	Personnels socio-éducatifs du secteur Animation : coordinateur	Hebdomadaire	2 ³⁰ (x4)
	▪ Evaluation interne Outils Loi 2002.2	Référent évaluation interne Personnels socio-éducatifs du secteur	Mensuelle	2 ⁰⁰
Réunion de Coordination	▪ Points de fonctionnement ▪ Orientations du Service ▪ Questions spécifiques partenariat ▪ Mouvement effectifs	Coordinateurs de secteurs (3) Animation : Directeur-adjoint	Mensuelle	3 ⁰⁰
Instance Evaluation Interne	▪ Harmonisation du plan d'évaluation interne ▪ Pré-remplissage du plan à soumettre aux équipes de secteurs	Référents évaluation interne (3) Animation : Directeur-adjoint	Bi-mensuelle	3 ⁰⁰ (x2)
Instance Projets Personnalisés	Définitions des propositions d'accompagnement à destination de l'adhérent	Tous les professionnels socio- éducatifs du secteur Animation : Psychologue	Mensuelle (par secteur)	4 ⁰⁰
Instance de Représentation des adhérents	Espace d'information, d'expression et de consultation des adhérents sur le fonctionnement du service.	Représentants adhérents (3) Représentant personnel (1) Représentant de l'association (1) Elu municipal (1) Directeur-adjoint	A définir	A définir
Instance Délégués du personnel	Questions à la direction relatives aux conditions de travail	Directeur-adjoint Délégué du personnel	Mensuelle	1 ⁰⁰

ANNEXE 11 :

Méthode d'évaluation Interne à l'usage des Etablissements et services sociaux & médicaux-sociaux

PLANS DU SERVICE		PLANS DES RESSOURCES
RENDU A L'UTILISATEUR	PROJETS ET DROITS	RESSOURCES HUMAINES ▪ organisation du travail ▪ gestion des ressources humaines ▪ conditions de travail ▪ relations sociales
DIMENSIONS		RESSOURCES MATERIELLES ▪ implantation de l'établissement ou service ▪ architecture des bâtiments et aménagement de l'espace ▪ équipement matériel et mobilier ▪ fonctions hôtelières ▪ investissement et maintenance
DES INTERVENTIONS ▪ dimension individuelle ▪ dimension collective		
ASSOCIATION DES USAGERS AUX PROJETS LES ONCERNANT ▪ association de l'utilisateur au projet le concernant ▪ association des parents au projet concernant leur enfant		
REGISTRE DES INTERVENTIONS ▪ registre éducatif et social ▪ registre pédagogique et formatif ▪ registre du travail ▪ registre thérapeutique ▪ aide et/ou assistance aux actes usuels	DROITS DES USAGERS ▪ connaissance des droits ▪ respect des droits ▪ promotion des personnes Par l'accès aux droits	RESSOURCES DE L'ENVIRONNEMENT ▪ l'environnement et le réseau de compétences ▪ l'environnement comme réseau Economique, social et culturel
INTERVENTIONS D'ETAYAGE et/ou DE SUPPLEANCE ▪ à des fonctions parentales ▪ à l'entourage immédiat ▪ à l'environnement social des usagers	LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE ▪ au regard des missions confiées à l'établissement ou service ▪ au regard des besoins des populations ▪ au regard des dispositifs territoriaux ▪ au regard de la politique de l'organisme gestionnaire ▪ rôle de référence du projet	
CONTINUITE ET COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS	GARANTIES ET RESPONSABILITES ▪ professionnelles de l'intervenant ▪ de la direction ▪ de l'organisme gestionnaire	

ANNEXE 12 :**PRESTATIONS****NOM :****Récapitulatif activité :****Intervenants :**

Source : Système combiné d'analyse de la prestation
 Outil d'évaluation de l'accompagnement médico-social
 auprès des personnes handicapées physiques ou sensorielles
 en milieu de vie ordinaire.
 Conseil Général de l'Isère
 SCAPH 38
 Juillet 2000

Prestations en nombre et en type

	ADM	FIN	JUR	ACC	MAT	INT	MED	PRO	OCC	LOG	TRP	OVQ	PLA	LSF
	01	21	02	03	04	05	06	07	08	09	10	22	12	20
A INFOS														
B1														
B2														
B3														
TOTAL														

N°	DESCRIPTIF PRESTATION	N°	DESCRIPTIF PRESTATION

PARTICIPATION : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐**DEFICIENCE :** 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐**TYPE ACCOMPAGNEMENT RELATIONNEL :** 1 ☐ 2 ☐

Le SCAPH est un système d'évaluation de l'accompagnement médico-social qui part des interlocuteurs : la personne en situation de handicap et les professionnels.

La personne en situation de handicap est abordée selon deux caractéristiques : son niveau de **participation** et son niveau de **déficience**. Le niveau de la participation est , du plus élevé au plus faible, gradué du niveau 1 au niveau 3. Le niveau de déficience est, du plus léger au plus sévère, gradué du niveau 1 au niveau 4.

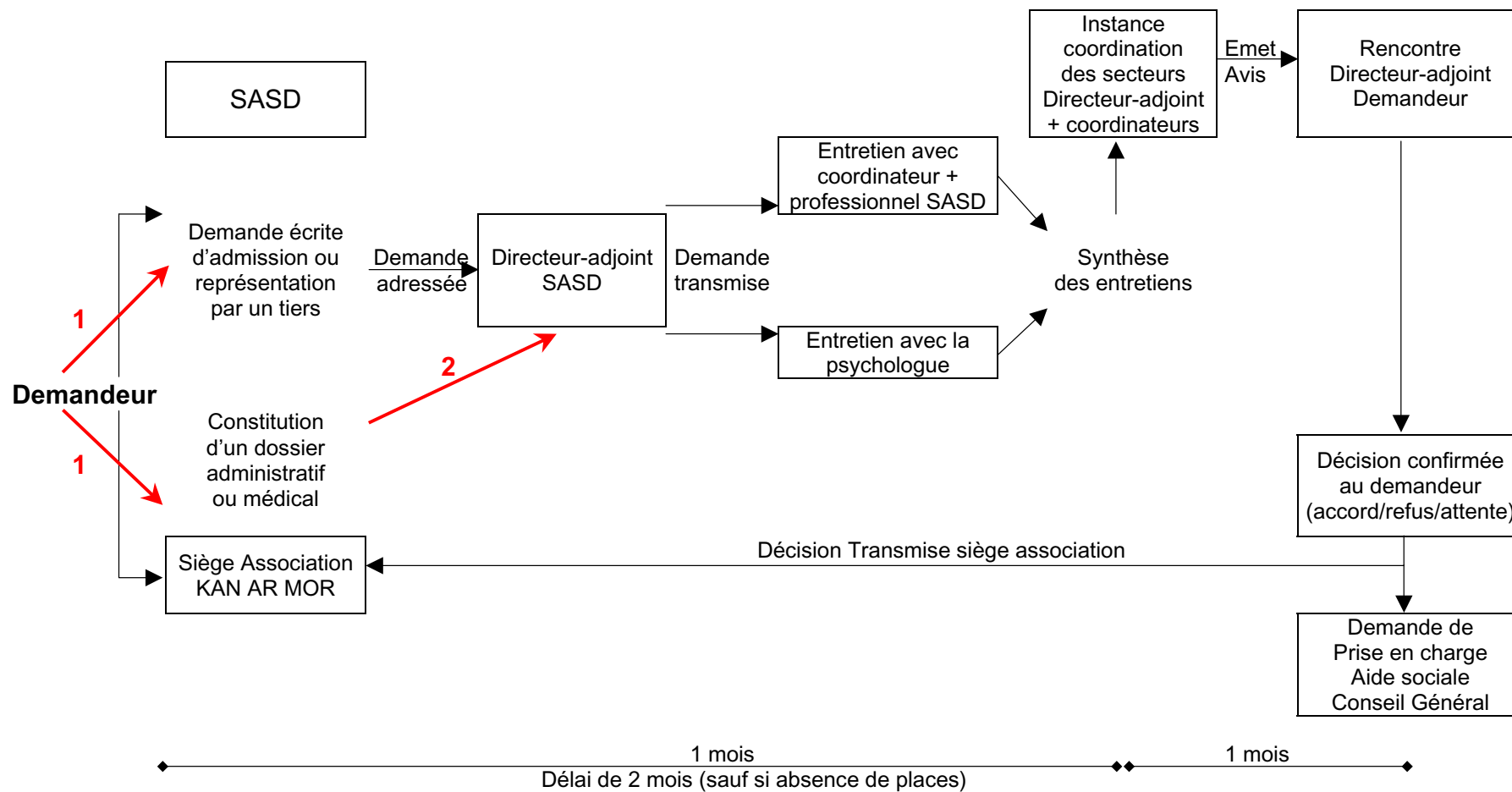
Les professionnels sont définis en fonction de leurs prestations. Celles-ci sont de deux ordres : des prestations techniques et un **accompagnement relationnel**. L'accompagnement relationnel est à son tour subdivisé. L'accompagnement relationnel de « **suivi social** » (1) est présenté comme *une relation dont la qualité va rendre possible la mise en place d'un plan d'aide permettant la résolution des difficultés*. Par contre l'accompagnement relationnel de « **soutien** » (2) est présenté comme *une relation d'aide plus approfondie auprès de la personne handicapée et / ou de son entourage*. Puis les **prestations techniques** individualisées couvrent les domaines qui reflètent les problématiques principales rencontrées par les personnes en situation de handicap dans la mise en œuvre de leur projet : quatorze domaines d'intervention ont été identifiés. Leur renseignement par deux professionnels en présence des intéressés, fournit la base du projet de vie.

En fonction de la situation de la personne chacun des domaines peut faire l'objet d'un ou plusieurs **objectifs fonctionnels**. Par exemple « l'accès aux alternatives à la vie à domicile », se traduit par la recherche d'un accueil en foyer – logement. La nature et l'intensité des prestations pour atteindre ces objectifs fait l'objet d'une **cotation**, de **stade1 (B1)** à **stade 3 (B3)** selon un niveau croissant d'intensité. La cotation « **A** », indique une simple information aux personnes. Les évolutions qui surviennent font l'objet d'un ajustement par année civile selon des critères pré – définis.

Le nombre de prestations par type de stade, ainsi que la nature de l'accompagnement relationnel définissent l'action en **Accompagnement** ou en **Conseil**.

Qualifications des interventions	Accompagnement Relationnel ...	Fréquence des prestations/ type de stade	
Accompagnement	De soutien	Et / ou au moins deux prestations de stade 2 dans deux domaines	Ou au moins une prestation de stade 3.
Conseil	De suivi social	Et/ ou une ou plusieurs prestations de stade 1 ou une prestation de stade 2.	Ou une prestation de stade 2.

Sigles	Code	Prestations techniques
ADM	01	ACCES AUX DROITS ADMINISTRATIFS
FIN	21	ACCES AUX MOYENS DE FINANCEMENT
JUR	02	ACCES AUX PROCEDURES JURIDIQUES
ACC	03	ACCES A L'AMENAGEMENT DE DOMICILE ET / OU DE L'ENVIRONNEMENT
MAT	04	ACCES AUX AIDES TECHNIQUES
INT	05	ACCES AU DISPOSITIF D AIDE HUMAINE
MED	06	ACCES AU SUIVI MEDICAL ET PARA – MEDICAL SPECIALISE
PRO	07	ACCES A LA FORMATION ET A L'EMPLOI
OCC	08	ACCES AUX LOISIRS
LOG	09	ACCES AU LOGEMENT
TRP	10	ACCES AUX TRANSPORTS
OVQ	22	ACCES A L'ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE
PLA	12	ACCES AUX ALTERNATIVES A LA VIE A DOMICILE
LSF	20	ACCES A L' INTERPRETARIAT EN LANGUE DES SIGNES FRANCAISE



ANNEXE 14 :

Service d'Accompagnement Social à Domicile Association Kan Ar Mor

DOCUMENT INDIVIDUEL D'ACCOMPAGNEMENT (DIA)

En application des dispositions de la loi n°2002-2 du 02/01/02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le service est soumis aux dispositions du décret du 12 novembre 2004 relatif au document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Chaque DIA fait l'objet d'un exemplaire remis à la personne accompagnée, à son représentant légal et au directeur du service.

Le présent DIA est élaboré par :

Le SASD de l'association Kan Ar Mor
Représenté par
Agissant en qualité de

Avec la participation de :
M. ou Mme
Né (e) le
Demeurant

Il est signé par le Directeur et contresigné par

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Le présent document est élaboré pour une année à compter de la date de sa signature.

Il sera révisé annuellement et pourra faire l'objet d'avenants.

Article 1 – Objectifs de l'accompagnement

Afin d'assurer un accompagnement optimal, le service se fixe comme objectif, par l'écoute et les conseils de vous aider à :

- ▶ mener au mieux votre projet de vie,
- ▶ vivre de manière indépendante,
- ▶ veiller à votre bien être physique et moral.

Article 2 – prestations et actions

Afin de répondre à vos besoins, le service vous propose un ensemble de prestations.

Il peut :

- ☐ vous aider à trouver et à gérer un logement en milieu ordinaire (emménagement, décoration, utilisation des équipements...)
- ☐ vous conseiller dans vos choix de consommation (conseil dans vos achats, loisirs, budget...),
- ☐ vous soutenir dans vos démarches administratives,
- ☐ vous proposer un soutien relationnel et psychologique (gestion de la solitude...),
- ☐ vous proposer une médiation avec votre entourage (famille, travail, voisins...),
- ☐ vous assurer une vigilance en matière de sécurité et de santé,
- ☐ vous informer de vos droits et devoirs.

Article 3-Conditions d'intervention à domicile

Compte tenu de votre orientation décidée par la Commission des Droits et de l'Autonomie, le SASD met à votre disposition les services adaptés à votre accompagnement en référence aux prestations mentionnées à l'article 2 du présent document.

Cette intervention s'effectuera sur la base d'une visite hebdomadaire. Tout aménagement de cette fréquence fera l'objet d'un avenant au DIA.

La durée de la visite sera variable selon les nécessités rencontrées.

Les interventions peuvent être complétées par des rendez-vous dans les locaux du SASD.

Cette intervention à domicile sera exercée par un professionnel qui, pourra être accompagné d'autres professionnels (délégué de tutelle, stagiaire...)

Article 4 – Conditions d'intervention sur le lieu de travail et/ou de formation

Conformément au décret régissant les SASD, toute intervention sur les lieux de travail et/ou de formation fera l'objet d'une convention engageant l'adhérent, le SASD et le lieu concerné.

Article 5- Conditions de participation financière de l'adhérent.

-Les frais de séjour font l'objet d'une prise en charge au titre de l'aide sociale du Conseil Général.

-Une participation financière vous sera demandée pour les activités organisées par le SASD (repas, sorties...).

Article 6- Conditions de modification du DIA

Les changements des termes initiaux du DIA doivent faire l'objet d'avenants ou de modifications conclus ou élaborés dans les mêmes conditions que pour sa première élaboration, à savoir :

- ▶ Elaboration du DIA et de ses avenants avec vous et éventuellement votre représentant légal,
- ▶ Mention de toutes les personnes présentes lors de cette révision,
- ▶ la validité du DIA demeure en l'absence de votre signature ou de celle de votre représentant légal.

Article 7- Conditions de résiliation du DIA

Le document individuel d'accompagnement prend fin :

- ▶ à échéance de la notification de prise en charge au titre de l'aide sociale,
- ▶ à l'initiative du service, de l'adhérent
- ▶ ou en raison d'évènements de nature à modifier la prise en charge initiale.

Article 8- Clauses de révision du DIA

A raison d'une fois par an, mais aussi à la demande des parties, ces dernières s'engagent mutuellement à réviser le document individuel d'accompagnement.

Article 9- Clauses d'engagement

Le service s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour répondre le mieux possible aux objectifs fixés par le présent document, dans le respect de la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie. Ce présent document ne s'applique que dans l'hypothèse où toutes les informations nécessaires à votre accompagnement ont bien été explicitées.

Signature du directeur du service

Signature de l'adhérent et/ou de son
représentant légal

Lu et approuvé
Fait à le

Lu et approuvé
Fait à le