



Contrat d'Etudes Prospectives de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

RAPPORT

**Etude sur les gisements d'emplois dans la prise en charge à domicile
des personnes en situation de handicap, besoins en compétences et en qualification et
l'identification des freins au développement de cette activité**

Janvier 2013



Table des matières

OBJECTIFS ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	4
Présentation de l'étude.....	5
Contexte de l'étude.....	5
<i>La question du handicap.....</i>	<i>5</i>
<i>Les évolutions du public accompagné.....</i>	<i>6</i>
<i>Les évolutions législatives, conventionnelles et réglementaires.....</i>	<i>7</i>
<i>Les interrogations sur le financement de la dépendance.....</i>	<i>8</i>
<i>Les évolutions des ressources de compétences.....</i>	<i>8</i>
<i>Les enjeux de l'étude pour la Branche.....</i>	<i>8</i>
METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	10
Présentation de la méthode.....	11
<i>Etape 1 : le cadrage du projet.....</i>	<i>12</i>
<i>Etape 2 : la cartographie des acteurs et caractérisation de l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile.....</i>	<i>12</i>
<i>Etape 3 : le questionnaire.....</i>	<i>14</i>
<i>Etape 4 : les préconisations.....</i>	<i>14</i>
ELEMENTS D'ANALYSE	15
La cartographie des acteurs et services	16
Les éléments de synthèse issus du questionnaire	23
Les monographies	26
LES ENJEUX DE L'AIDE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP AU DOMICILE	27
Enjeux pour les personnes en situation de handicap et les aidants	28
Enjeux pour les services d'aide et d'accompagnement à Domicile.....	30
Enjeux pour les personnels des Services d'aide et d'accompagnement à domicile	32
Enjeux pour les établissements du champ du handicap.....	33
Enjeux en matière de politiques publiques.....	34
Mise en évidence des freins, leviers envisageables et préconisations.....	35
Les freins	36
Les besoins en termes de compétences et de qualification.....	36
Les leviers	37
Préconisations pour les structures de la Branche.....	39
<i>Préconisation n°1 : analyser son environnement et repérer des acteurs incontournables.....</i>	<i>40</i>
<i>Préconisation n°2 : interroger le portage politique au sein des associations.....</i>	<i>45</i>
<i>Préconisation n°3 : élaborer une stratégie adaptée à sa taille, son contexte et au territoire</i>	<i>47</i>
<i>Préconisation n°4 : mettre en place une organisation et un management adaptés</i>	<i>50</i>
<i>Préconisation n°5 : organiser un système de développement des compétences.....</i>	<i>53</i>
<i>Préconisation n°6 : construire un plan de communication en lien avec l'analyse du territoire et la stratégie de développement.....</i>	<i>58</i>
Préconisations pour la branche et les structures.....	60
CONCLUSION.....	62

ANNEXES	66
Annexe 1 : la grille d'interview.....	67
Annexe 2 : les monographies	68
<i>Département 62 : Pas de Calais.....</i>	<i>68</i>
<i>Département 75 : Paris</i>	<i>71</i>
<i>Département 65 : Hautes Pyrénées.....</i>	<i>76</i>
<i>Département 34 : Hérault.....</i>	<i>81</i>
<i>Département 35 : Ille et Vilaine.....</i>	<i>84</i>
Annexe 3 : le questionnaire	90
Annexe 4 : résultats du questionnaire	102
Annexe 5 : schéma système	144
Annexe 6 : glossaire du Handicap	146

OBJECTIFS ET CONTEXTE DE L'ETUDE

Présentation de l'étude

C'est dans le cadre d'un CEP¹ signé avec l'Etat, et en partenariat avec UNIFORMATION en tant qu'organisme relais et la DGEFP, que la branche professionnelle déploie une étude-action relative aux enjeux en matière de développement et de gisements d'emploi dans la prise en charge des personnes en situation de handicap et donc sur les besoins de compétences et de qualification inhérents.

Cette étude doit permettre à la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile de mieux cerner les enjeux et les besoins de l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap afin que les structures de la branche :

- s'approprient davantage le champ du handicap et ses acteurs,
- connaissent les pratiques existantes réussies,
- identifient les freins et les leviers de développement possibles,
- apportent des réponses cohérentes et complémentaires aux dispositifs déjà existants.

Ce travail doit permettre de dégager :

- une cartographie des acteurs du champ du maintien à domicile pour les personnes en situation de handicap,
- les enjeux repérés par les acteurs en termes de freins, de contraintes mais aussi d'opportunités,
- les leviers de développement possibles, en termes de services, de compétences, de qualification,
- des préconisations et leurs conditions de faisabilité.

Contexte de l'étude

L'étude pour être valide doit d'être resituée dans son contexte.

Ainsi, le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui face à de nouveaux enjeux, qui, s'ils ne lui sont pas spécifiques, sont particulièrement cruciaux dans certains de leurs aspects. Ces évolutions se manifestent à différents niveaux.

La question du handicap

Les personnes en situation de handicap et leurs familles revendiquent depuis longtemps le « droit de choisir leur vie ». Ce droit s'inscrit en 2005, la « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap ». Cette loi élargit également la définition du handicap (voir annexe 6).

¹ Contrat d'études prospectives

Choisir sa vie cela signifie, pour des milliers de personnes en situation de handicap, rester à domicile le plus longtemps possible, afin de maintenir une autonomie, une vie de famille, une vie sociale, une vie citoyenne, et ce, avec l'accompagnement adapté et les moyens de compensation qu'elle qu'en soit leur nature (aide humaine, aide technique, aide sociale, aménagement du domicile...).

Si la Prestation de Compensation du Handicap a apporté une réponse en termes de solvabilité à ces besoins d'aide pour le maintien d'une vie à domicile, la question des acteurs à même de rendre les services attendus était posée. « Accompagnement de l'autonomie de personnes en situation de handicap de tout âge », « accompagnement à un vie sociale et citoyenne », n'étaient pas les cibles d'interventions traditionnelles des structures d'aide à domicile et les associations du champ du handicap ne répondaient pas non plus précisément à la demande, notamment pour la partie importante de l'aide humaine à domicile, prescrite dans le plan de compensation.

Ainsi d'un côté des besoins émergeaient de plus en plus nombreux et de l'autre côté des acteurs étaient potentiellement présents mais apportaient des réponses qui ne semblaient pas toujours adaptées.

De plus dans un même mouvement à l'échelon européen, l'évolution des structures du champ du handicap (pour des raisons politiques, financières et culturelles) les menait depuis quelques années vers une « désinstitutionnalisation ». Elles ont donc eu un intérêt particulier pour certaines à créer leurs propres services de maintien à domicile, comme alternative à l'hébergement, et pour d'autres à chercher des réponses auprès du secteur de l'aide à domicile.

Les enjeux pour le secteur de l'aide à domicile sont devenus d'autant plus accrus que le secteur des services aux personnes se positionnait également sur ce champ, créant par la même une forte concurrence.

Progressivement certaines structures de l'aide à domicile ont réfléchi à la place à prendre dans le champ du handicap, seuls ou en complémentarité avec les structures et services existants sur un territoire donné, alors que d'autres exprimaient peu (ou pas) leur légitimité par rapport à ce public.

Les difficultés de stabilisation budgétaire et organisationnelle des structures depuis quelques années ont renforcé cette disparité de positionnement.

Toutefois la plupart (soutenues par les réseaux et par la branche et encouragées par les politiques publiques) ont enclenché, de manière plus ou moins accentuée, des plans de formation sur la thématique du handicap.

L'évolution du public accompagné

Les besoins d'accompagnement à domicile concernent un public diversifié : les personnes en situation de handicap (quel que soit leur âge), les personnes âgées, les publics fragiles, les enfants et les familles. La question de l'aide à domicile ne renvoie pas seulement à un volume d'heures d'intervention à solvabiliser mais sans doute aussi à une évolution des modalités d'intervention. L'aide aux aidants, les services de répit qui peuvent être proposés, sont également à prendre en compte en termes de réponse à de nouveaux besoins. Sans omettre, bien évidemment, la question des accompagnements dits « de confort ». Ceux-ci aussi viennent interroger les professionnels du secteur sur la question de leurs missions fondamentales et de leurs valeurs.

En synthèse, la complexité des réponses à apporter aux diverses demandes nécessite d'imaginer de nouveaux cadres d'intervention (mise en réseau, travail interinstitutionnel et interdisciplinaire, nouveaux modes d'accompagnement...) qui ont des répercussions sur les modalités de fonctionnement. Cela nécessite la construction de dispositifs plus « systémiques » qui questionnent évidemment les financements et qui, par ailleurs, impactent les organisations, les métiers et les compétences.

Les évolutions législatives, conventionnelles et réglementaires

Les lois (loi 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi du 18 janvier 2005 rénovant la loi de 75 sur la question du handicap, le plan de développement des services à la personne de 2005, et celui de 2009, la loi HPST² en 2009...) ont impacté l'ensemble des structures du médico-social.

Ces lois, en mettant au cœur des dispositifs la notion de projet des personnes fragilisées, conduisent les associations à structurer leurs fonctionnements, à questionner les impératifs de qualité, à s'engager dans la voie de la professionnalisation... Mais elles ont pu aussi générer pour certaines des difficultés à se mettre en conformité.

Par ailleurs, et le plus souvent issus de ces lois, de nombreux bouleversements viennent impacter le secteur.

- Le décret 2004-613 du 25 juin 2004 rénove l'organisation des services de soins, donne une dénomination officielle aux services d'aide à domicile, appelé désormais service d'aide et d'accompagnement à domicile et crée notamment les services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
- La création des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, instaure une lisibilité des outils de régulation de l'action sociale.
- La circulaire d'avril 2006 relative aux groupements de coopération va dans le sens de plus de transversalité et s'affiche comme une des voies de modernisation et de réponse aux exigences des publics, des financeurs, des partenaires, des associations.
- Le décret du 19 février 2007, relatif à la qualification des Directeurs et leurs délégations via la formalisation d'un document unique vient renforcer cette nécessité. Ces décrets ne sont pas sans incidence dans un contexte où, de plus en plus souvent, nous assistons à des coordinations inter-associatives sous forme de groupements ou encore de fusion.
- La création des ARS (réforme issue de la loi HPST) conduit au financement de projets essentiellement et moins à celui des dépenses de fonctionnement des structures. Ce financement, via les appels à projet, renforce la concurrence et incite au regroupement de structures.
- La possibilité de contractualiser des Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les autorités de tarification (ARS³ et Conseils Généraux) oriente les actions vers un meilleur service à l'utilisateur avec des objectifs ciblés, dans un souci de maîtrise des dépenses publiques.
- La création d'une convention collective unique de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile rendue applicable en 2012 impose une exigence d'harmonisation en termes de services rendus et d'organisation.

En synthèse, l'ensemble du dispositif législatif, conventionnel et réglementaire oblige les associations du secteur, à anticiper, pour mieux piloter leur action, les évolutions du secteur et leurs impacts sur les métiers et effectifs dans les organisations. Ces lois sont elles-mêmes en perpétuel mouvement, via les décrets d'application notamment et obligent ainsi les structures à accentuer leur veille.

² Hôpital Patients Santé et Territoires

³ Agence Régionale de Santé

Il est à noter enfin, que si la plupart des associations d'autres branches professionnelles du médico-social étaient structurées depuis longtemps, celles du secteur ont dû faire face à ces évolutions dans un temps extrêmement condensé (environ 10 ans).

Les interrogations sur le financement de la dépendance

En toile de fond de ces évolutions, la réduction des budgets des collectivités territoriales impacte, à la baisse, le soutien proposé aux publics fragiles en termes de nombre d'heures accordées dans le cadre des plans d'aide.

Plus largement, le débat national sur la prise en charge de la dépendance et sur « le cinquième risque » est intervenu sur fond de crise financière puis économique. La formule qui permettrait de continuer à répondre aux besoins de maintien à domicile et à l'inquiétude immédiate des départements n'est pas trouvée (CSG et/ou patrimoine, et/ou journée(s) de solidarité et/ou assurances et/ou rationalisation de l'offre...). Et la réforme annoncée est remise à... plus tard, malgré des groupes de travail nationaux qui se sont réunis sur ce sujet au premier semestre 2011.

Les évolutions des ressources de compétences

Plusieurs facteurs caractérisent ces évolutions :

La qualification des professionnels du secteur s'est accentuée depuis plusieurs années. Ce qui ne va pas sans poser de difficultés aux employeurs qui peuvent se trouver parfois en difficulté pour supporter le coût de la professionnalisation.

L'organisation du travail doit intégrer la complexité de la planification des interventions. Il s'agit bien évidemment, pour les associations et leurs collaborateurs, d'être en vigilance permanente. A quel salarié confier l'intervention ? Avec quelles compétences et quelle qualification ? Pour quels accompagnements ? Sur quel temps de travail ? Avec quel équilibre des interventions entre elles (pénibilité,...) ?

Bien que la sécurisation des parcours soit une préoccupation de la branche, il reste difficile dans le secteur de se projeter sur un parcours professionnel dans des métiers où, au-delà de l'accès à la qualification, les possibilités d'évolution de carrière dans la même filière restent à priori faibles.

Les enjeux de l'étude pour la branche

Dans ce contexte, la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile qui a jusqu'alors appuyé fortement la dynamique de structuration du secteur de l'aide à domicile, s'interroge :

- alors que les besoins des territoires, la demande des usagers et de leurs familles évoluent, pourquoi l'activité liée à l'accompagnement du handicap se développe peu et reste une part minimale dans l'activité des structures de la branche ?
- comment l'activité liée à l'accompagnement du handicap est-elle prise en compte dans les structures de la branche ?
- si cette activité ne se développe-t-elle pas plus, quels sont les freins ? Et quels sont les leviers à actionner ?

- la prise en charge du handicap nécessite-t-elle une organisation spécifique ? Si oui, laquelle et comment appuyer les structures pour les aider à développer ce service ?
- cette activité nécessite-t-elle de nouvelles compétences, des qualifications spécifiques ? Si oui, lesquelles ? Quels parcours de formation et de professionnalisation doit-on envisager ?
- quels sont les partenariats à mettre en place et selon quelles modalités ?

Sept ans après la parution de la Loi 2005, il était pertinent pour la branche d'observer le positionnement des structures sur ce thème à travers une étude sur les gisements d'emploi dans la prise en charge à domicile des personnes en situation de handicap, les besoins en compétences et qualification et l'identification des freins et des leviers pour développer cette activité.

En synthèse, l'enjeu clé pour les associations du secteur est donc de ne pas subir les évolutions de l'environnement mais d'anticiper en adoptant un positionnement stratégique.

Ces questions renvoient à la nécessité d'engager des plans de développement : sur les services à rendre, les missions, les fonctionnements ainsi que sur les qualifications et compétences nécessaires et, cela dans un contexte tendu en matière de financement.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Présentation de la méthode

Au vu du contexte, la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile a souhaité conduire une étude :

- de « terrain » et à l'échelon national,
- en y associant tous les acteurs de la branche,
- en s'appuyant sur une enquête auprès des structures de la branche,
- en élargissant l'observation à tous les acteurs intervenants sur ce thème.

L'étude est pilotée par un comité de pilotage composé de la DGEFP⁴, des membres de la CPNEFP⁵, et d'UNIFORMATION.

Les différentes phases de ce projet ont été menées en parallèle et se sont mutuellement alimentées tout au long de l'étude. La complexité du champ a nécessité de réaliser dès le départ des interviews d'acteurs et de les poursuivre au gré des investigations.

Il est possible de distinguer 4 phases dans la démarche engagée :

- une première phase de **lancement et de cadrage** durant laquelle des entretiens collectifs ont été réalisés avec des responsables des fédérations au niveau national et avec la CPNEFP.
- une deuxième phase **de repérage des acteurs** intervenant dans le champ de l'aide et l'accompagnement du handicap. Cette phase comprend une cartographie des acteurs et une caractérisation des services avec notamment la réalisation de monographies sur cinq départements.
- une troisième phase **d'élaboration d'un questionnaire** à destination de 300 structures de l'aide à domicile afin de recueillir leur positionnement sur différentes thématiques déterminées à partir des phases précédentes.
- le traitement de l'étude a permis de rédiger **des préconisations et des propositions d'actions** pour les structures de la Branche et pour la Branche elle même.

2012	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet/Aout	Septembre	Octobre
Pilotage	Lancement du projet							
		Entretiens instances nationales						
								Bilan du projet
Réalisation de l'étude	Cartographie des acteurs							
	Caractérisation des services							
					Positionnement des structures et actions mises en œuvre pour disposer des compétences et qualifications			
						Préconisations		
							Rencontre des CPREFP	
								Bilan du projet

⁴ Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle

⁵ Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Etape 1 : le cadrage du projet

La conduite d'entretiens auprès des instances nationales de la branche avait pour objectif de recueillir un premier état des lieux de la lecture de cette problématique auprès des partenaires sociaux membres de la CPNEFP.

L'étude a donc été initiée par une rencontre des collègues salariés et employeurs de la CPNEFP. Le questionnement a porté sur les freins, atouts, conditions de réalisation aujourd'hui d'un accompagnement du handicap par les associations de la branche. Les participants ont également formulé leur ambition pour le projet ainsi que leur avis sur les compétences et qualifications nécessaires à l'aide et l'accompagnement du handicap.

Etape 2 : la cartographie des acteurs et caractérisation de l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile

L'élaboration d'une cartographie des acteurs et la caractérisation des services, se donnait pour buts :

- de donner une lecture de l'ensemble des structures qui interviennent dans le champ du handicap,
- de préciser les rôles de chacun dans l'aide et l'accompagnement (financeurs, prescripteurs, coordinateurs ou prestataires de services).

Cette cartographie a permis de mettre en exergue à la fois la complexité du champ et des rôles et de fournir des points de repères dans ce paysage complexe.

En ce qui concerne les offres de services, des entretiens ont été menés afin de les caractériser et de s'assurer que l'étude couvre, sinon l'exhaustivité, du moins la grande majorité des services proposés. La finalité de cette étape est, là aussi, de rendre plus lisible ce qui relève du champ de l'aide et l'accompagnement du handicap au domicile, au-delà des acteurs et de leur rôle. Cette caractérisation a permis également de clarifier ce que recouvre le terme « d'accompagnement » qui semble parfois trop générique pour exprimer toute la variété des services rendus, et de dégager une typologie selon que les services soient rendus au domicile ou à partir du domicile.

L'étape de réalisation des monographies avait pour finalité d'envisager, dans un contexte donné, les leviers et freins au développement des services d'aide et d'accompagnement du handicap (voir la grille d'interview en annexe 1).

La prise en compte de l'environnement des structures a été importante et a permis de contextualiser les leviers et les freins. Dans ce cadre, pour chaque département identifié, les institutions telles Conseil Général, ARS, MDPH ont été sollicitées.

Cette étape nous a permis de pointer que la grande majorité des associations est aujourd'hui confrontée à l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile. Le plus souvent, toutes les associations réalisent ce service de façon plus ou moins importante. Certaines accompagnent le handicap, même s'il ne s'agit pas des objectifs premiers du plan d'aide défini, par exemple.

Pour réaliser ce travail, des recherches documentaires et des interviews ont été menées auprès d'une vingtaine d'acteurs :

- des responsables de structures ayant mis en place des services de prise en charge du handicap à domicile,
- des CCAS⁶,
- des associations d'usagers,
- des institutionnels.

Des monographies (annexe 2) ont ensuite été réalisées afin de caractériser les services rendus auprès des personnes en situation de handicap. Elles ont eu lieu sur les cinq départements suivants :

- Paris,
- l'Hérault,
- les Hautes Pyrénées,
- le Pas de Calais,
- l'Ille et Vilaine.

L'objectif était de cibler des territoires aux caractéristiques différentes : une grande ville, un département à forte attractivité touristique, un territoire à caractère montagneux, un département ayant subi une forte cessation d'activités industrielles et un autre où de nombreuses expérimentations sont menées. Dans chacun de ces départements, deux associations d'aide à domicile ont été retenues en tenant compte des caractéristiques de celles-ci, de l'accord et de la disponibilité de leurs acteurs.

Dans chaque structure ont été rencontrés :

- le responsable de la structure,
- le président /ou un membre du conseil d'administration,
- une personne en charge de la planification,
- des accompagnants (un agent à domicile, un employé à domicile et un auxiliaire de vie sociale),
- un ou des TISF⁷ si la structure en emploie.

Au-delà des associations d'aide à domicile, le contexte du département a été pris en compte avec la rencontre des institutions publiques présentes sur les territoires (Conseil Général, ARS, MDPH) et des associations locales œuvrant dans le champ des personnes en situation de handicap. Les interlocuteurs interviewés ont manifesté leur intérêt pour le sujet de l'étude en écho à des préoccupations d'actualité et à des projets de développement à l'échelon du territoire

Les monographies ont permis de mettre en évidence les divers positionnements sur l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap, d'analyser les évolutions entreprises en interne (organisation, planification, gestion des compétences), de repérer les contextes départementaux et les partenariats mis en place et enfin d'identifier des expérimentations et des actions réussies.

⁶ Centre Communaux d'action sociale

⁷ Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

Etape 3 : le questionnaire

Cette étape avait pour finalité de recueillir, de façon statistiquement pertinente, le positionnement des structures de la branche sur cette activité et les actions mises en œuvre visant à disposer des compétences et qualifications nécessaires.

Des entretiens ont été réalisés afin de recueillir l'information nécessaire à l'élaboration de questions pertinentes :

- des éléments de variables tels la taille des associations, les ETP, les qualifications et compétences disponibles, les services proposés, l'adhésion à un réseau, ...
- l'aide et l'accompagnement du handicap : en termes de services réalisés et de perception du service à réaliser
- les compétences et qualifications nécessaires
- les appuis au développement de ce service – souhaités par les structures
- le souhait de développer et/ou d'améliorer le service déjà réalisé

Sa construction a nécessité des validations auprès d'une dizaine de structures et auprès des responsables de fédérations afin de vérifier si celui-ci était valide et clair.

Le panel a été constitué sur la base de structures fédérées et non fédérées ; certaines accompagnent le handicap, d'autres non.

Le questionnaire (présenté en annexe 3) est composé de 60 items avec des questions à choix multiples ou unique et d'échelles (de 1 à 7).

Il permet d'identifier les caractéristiques des structures composant le panel de répondants. Les structures ont pu ainsi être questionnées sur l'aide et l'accompagnement du handicap, les compétences et qualifications requises pour leurs salariés ainsi que sur les besoins en matière de développement.

Etape 4 : les préconisations

Les préconisations ont été élaborées à partir d'une approche systémique sur les services à rendre pour répondre aux besoins d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de handicap ayant choisi de vivre à leur domicile.

Ces préconisations sont de plusieurs ordres :

- politiques
- stratégiques
- opérationnelles

Elles ont fait l'objet :

- d'une première présentation en Comité de Pilotage,
- d'un échange auprès des présidents et vices présidents des CPREFP⁸ de la branche.
- d'une présentation ajustée dans ce rapport final.

Ce mode de fonctionnement a permis de formaliser des préconisations réalistes.

⁸ Commission Paritaire Régionale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

ELEMENTS D'ANALYSE

La cartographie des acteurs et services

Cartographie des acteurs

Les entretiens avec les acteurs du secteur de l'aide domicile et ceux du champ du handicap, ainsi que l'analyse documentaire, font ressortir une cartographie selon 4 axes :

- les financeurs,
- les prescripteurs,
- les prestataires de service,
- les coordonnateurs.

Représentée sous forme de matrice, elle donne à voir comment certains acteurs sont à la croisée de différents positionnements.

L'étude permet un repérage qui n'est sans doute pas exhaustif mais qui reflète le paysage global dans lequel doit se mouvoir les responsables des structures d'aide à domicile. Il est ainsi compréhensible qu'il ne soit pas aisé de repérer « qui fait quoi ? », « qui finance quoi ? » et ce d'autant plus que les déclinaisons des positionnements sont variables d'un département à l'autre, que des dispositifs sont mobilisables à des niveaux divers (local, départemental, régional, national, européen...).

A cela s'ajoute un manque de lisibilité des stratégies pour certains partenaires, même si l'accès via Internet aux différentes sources d'information rend le repérage beaucoup plus aisé qu'il y a quelques années.

Cette cartographie élaborée à partir d'interviews, de recherches documentaires et des monographies sont très liés aux territoires observés. Selon le contexte de chaque contexte de territoire des acteurs peuvent être moins présents et d'autres s'y ajouter.

Cette cartographie doit être un outil afin que chaque acteur de la branche puisse exercer une veille et une analyse de son environnement, base indispensable à l'élaboration de toute stratégie.

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS	PRESCRIPTION, ORIENTATION	FINANCEMENT	PRESTATION	COORDINATION	PARTENARIAT
LES POUVOIRS PUBLICS, LES INSTANCES DE TUTELLES					
Conseils Généraux		Les Conseils Généraux financent la prestation de compensation du handicap (PCH), les SAVS, les SAMSAH (cofinancement avec la CPAM), l'APA (allocation personne âgée), l'Aide sociale. Les Conseils Généraux peuvent financer des aides aux structures via notamment des Contrats d'Objectifs et de Moyens. Les Conseils Généraux passent des conventions avec la CNSA pour mettre en œuvre des actions de modernisation pour les structures de l'aide à domicile.		Les Conseils Généraux participent à la coordination de l'offre de services à domicile sur le territoire, à l'écoute des besoins et difficultés des structures afin d'améliorer au mieux en lien avec l'ARS la qualité de l'offre d'aide et d'accompagnement sur le territoire.	Les Conseils Généraux encouragent les partenariats et mutualisations des structures du médico-social
Conseils Régionaux		Les Conseils Régionaux mettent en œuvre les actions de formation professionnelle dans leur Région. Ils financent les formations du secteur social, paramédical et de santé.			
MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées)	Les MDPH exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et auprès des personnes en situation de handicap et de leur famille. Via les CDAPH, les MDPH évaluent les plans d'aide pour les personnes en situation de handicap. et orientent vers les structures.			Les MDPH peuvent organiser l'orientation et la visibilité des structures du médico-social sur un département	

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS	PRESCRIPTION, ORIENTATION	FINANCEMENT	PRESTATION	COORDINATION	PARTENARIAT
LES POUVOIRS PUBLICS, LES INSTANCES DE TUTELLES					
ARS (Agence régionale de santé)	L'ARS régule l'offre de soin du médico-social	Des subventions sont accordées par l'ARS (pour la création de GEM par exemple... et des appels à projet)		L'ARS met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les conseils généraux et les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires.	
Education nationale	Le ministère de l'éducation nationale par convention-cadre signées avec des associations, autorise l'exercice des fonctions d'AVS (à déclinier)	Le ministère finance des missions d'accompagnement scolaire effectuées par des AVS			
DIRECCTE (Directions Régionales Des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation du Travail et de l'Emploi)	La DIRECCTE finance des Actions pour le Développement de l'Emploi et des Compétences en partenariat avec les OPCA				
Fonds européens		Le FSE contribue au montage de projets au bénéfice des structures accueillant des personnes en situation de handicap en tant que cofinancier,			

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS	PRESCRIPTION, ORIENTATION	FINANCEMENT	PRESTATION	COORDINATION	PARTENARIAT
LES AUTRES FINANCEURS					
CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) Mutuelles	La CPAM la CARSAT et les mutuelles peuvent prescrire des aides et conseiller les personnes en situation de handicap et leurs familles.	La CPAM verse la pension d'invalidité, des aides pour faciliter l'adaptation du logement, financer un appareillage, les places de SSIAD, les SAMSAH (co-financement Conseil Général). La CARSAT met en place et finance des appels à projets pour les structures d'aides aux personnes en situation de handicap Des mutuelles proposent des contrats adaptés aux types de handicap et des allocations de pertes d'autonomie. Elles peuvent également financer des aménagements du domicile ou du véhicule.			
CAF (Caisse d'Allocations Familiales)	La CAF peut prescrire des aides, orienter et conseiller les personnes en situation de handicap et leurs familles.	La CAF verse l'AAH, l'AEEH et la majoration pour la vie autonome Elle met en œuvre des actions de soutien à la parentalité.			LA CAF peut contribuer à des informations, des formations, pour les professionnels sur un territoire en matière de prévention
Fondations		Les fondations collectent et gèrent des fonds et orientent leur distribution vers des actions prioritaires, des projets innovants qui répondent aux besoins des personnes handicapées.			

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS	PRESCRIPTION, ORIENTATION	FINANCEMENT	PRESTATION	COORDINATION	PARTENARIAT
LES AUTRES FINANCEURS					
MSA (la mutualité sociale agricole)	La MSA peut prescrire des aides, orienter et conseiller les personnes en situation de handicap et leurs familles.	La MSA verse l'AAH, l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (pour les personnes bénéficiant du Régime Agricole) et la majoration pour la vie autonome.			Elle peut soutenir la création et le partenariat de structures d'aide à domicile
Réseaux de santé/réseaux handicap	Ils organisent, orientent vers une prise en charge adaptée aux besoins, sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, des soins.	La loi du 4 mars 2002 définit les missions du réseau de santé et lui confère la possibilité d'attribution d'un financement public.		Ils rassemblent les acteurs du médico-social afin d'améliorer les prises en charge autour d'une pathologie ou d'un handicap.	Ces réseaux sont des appuis pour les professionnels ; ils facilitent la communication, la mutualisation et l'articulation entre eux.
LES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL ET DU SANITAIRE					
Fédérations et associations représentantes de personnes handicapées	Les fédérations et les associations représentantes de personnes en situation de handicap déclinent les orientations politiques pour les structures adhérentes à leur réseau.				Les fédérations et les associations représentantes de personnes en situation de handicap peuvent monter des partenariats avec d'autres associations, avec des acteurs publics ou privés, des fondations...
Etablissements, services d'associations représentantes de personnes handicapées	Ils accueillent les personnes et leur entourage, les écoutent et les aident, afin de promouvoir des réponses adaptées aux besoins, et de mettre en œuvre les moyens garantissant les droits.		Les établissements d'associations représentantes de personnes en situation de handicap proposent leurs propres services d'accompagnement à domicile		Des partenariats sont recherchés avec des structures d'aide à domicile pour améliorer et adapter l'accompagnement à domicile.
Fédérations et unions d'employeurs, d'accompagnement, de services et de soins à domicile	Les fédérations et unions d'employeurs de la branche déclinent les orientations politiques pour les structures adhérentes à leur réseau.				A travers la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et la Formation Professionnelle (CPNEFP et les déclinaisons régionales) qui met en œuvre la politique de l'emploi et de la formation.

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS	PRESCRIPTION, ORIENTATION	FINANCEMENT	PRESTATION	COORDINATION	PARTENARIAT
LES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL ET DU SANITAIRE					
Structures de l'aide, de l'accompagnement, des services et des soins à domicile			Les structures de l'aide, de l'accompagnement, des services et des soins à domicile peuvent être des associations à but non lucratif, des centres communaux d'action sociale, des entreprises privées à but lucratif. Elles proposent des prestations d'aide au domicile, à partir ou autour du domicile.	Des plateformes de coordinations, des groupements entre structures se créent sur les territoires.	Les structures de l'aide, de l'accompagnement, des services et des soins à domicile montent des partenariats auprès de structures et d'associations représentantes de personnes handicapées, d'autres structures d'aide et de services à domicile...
CCAS			Les CCAS ont développé leurs propres services d'aide à domicile.	Les CCAS, dans ses missions handicap, sont des lieux d'accueil personnalisés, d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap et leurs familles sur tous les problèmes de la vie quotidienne.	Les CCAS peuvent monter des partenariats avec de multiples acteurs comme les SAAD, les SSIAD, la CAF...
Services de soins rattachés à un hôpital, Hospitalisation à Domicile	L'admission est soumise à une prescription médicale.		Des soins médicaux et paramédicaux importants sont assurés au domicile du patient. Selon les besoins, ils peuvent être continus et fréquents.	Un médecin et/ou un infirmier coordonnent la prise en charge, entre l'hôpital, le médecin soignant, les SAAD, les SSIAD.	Des partenariats entre ces services de soins et les structures d'aide à domicile ou les établissements médico-sociaux existent.
Cabinets infirmiers	Les soins se font sous prescription médicale et selon l'évaluation du degré de dépendance et des besoins de la personne.		Les cabinets infirmiers réalisent principalement des soins infirmiers d'hygiène accompagnés ou non de soins techniques.		
Médecins généralistes et spécialistes	Les médecins généralistes et spécialistes prescrivent les soins		Ils coordonnent la prise en charge autour de leur patient.		

Caractérisation des services

Au fur et à mesure des entretiens, une cartographie relativement complète des services rendus par les structures peut donner des idées de perspectives de développement.

Services à domicile

- Aide à la vie quotidienne (repas...)
- Soins d'hygiène, toilettes, levés, habillage, couchés...
- Aide et d'accompagnement à l'éducation, aide aux devoirs
- Aide et d'accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation cognitive et sociale...
- Aide administrative : aide au logement, aux paiements des factures...
- Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique....
- Soins et nursing
- Education thérapeutique

Services à partir du domicile

- Loisirs : accompagnement à partir du domicile aux activités de loisirs organisées par d'autres structures (Ex. : bibliothèque, association sportive,...)
- Accompagnement à partir du domicile à des RDV médicaux,
- Accompagnement scolaire et universitaire
- Accompagnement à l'insertion professionnelle
- Aide aux enfants dans leurs lieux de vie
- Activités extérieures : centres de vacances, voyages et accompagnement aux vacances

Services en faveur et autour du projet de vie de la personne

- Mise en œuvre du plan de compensation, du plan d'aide, évaluation des besoins
- Aide à la formalisation du projet de vie
- Coordination du projet de la personne (SAMSAH, SAVS, SPASAD)
- Coordination des services autour de la personne
- Orientation et accompagnement du projet
- Aide aux aidants : accueil familial, accueil de jour, répit, accueil temporaire,

Les éléments de synthèse issus du questionnaire

Le questionnaire a recueilli **124 réponses**. Le détail des résultats de l'enquête est présent en annexe 4. Seuls le panel de répondants et quelques chiffres clés seront fournis ci-après.

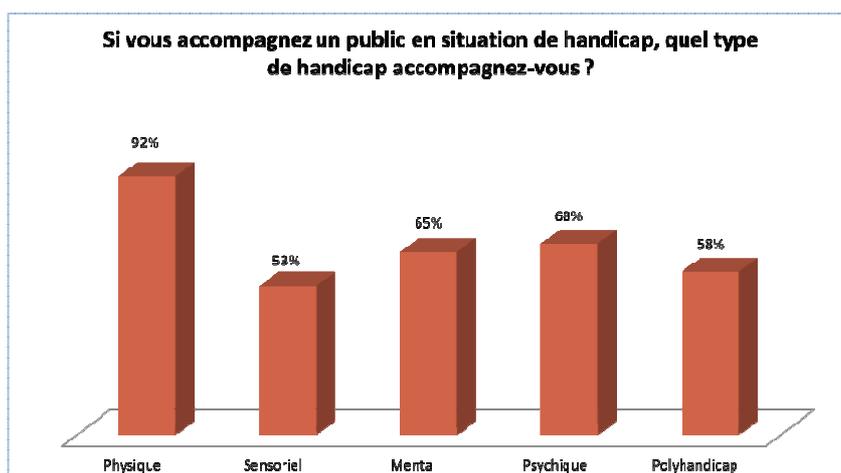
Il faut tenir compte des caractéristiques de ce panel qui viennent d'être exposées, dans l'interprétation des résultats car le nombre de répondants ne permet pas d'inférer des conclusions généralisables à l'ensemble des structures de la branche.

Quelques données clés

60 % des répondants agissent sur des territoires mixtes (où le rural, le péri-urbain et l'urbain coexistent), ce qui est un facteur de complexité pour l'organisation des interventions.

L'aide et l'accompagnement de personnes en situation de handicap représente, pour la majorité des répondants, 10 % de l'activité de leur structure. Ce public est composé principalement d'adultes ; très peu d'enfants en situation de handicap sont accompagnés.

Graph 1 : répartition des répondants selon le terrain d'intervention de leur structure



Pour les structures qui accompagnent un public en situation de handicap, la nature du handicap relève du handicap physique pour 92% d'entre elles, du handicap psychique pour 65% d'entre elles et du handicap mental pour 68% d'entre elles.

Ainsi pour une majorité des structures répondantes, l'accompagnement du public en situation de handicap représente une faible part de leur activité. Il exige une palette de connaissances diverses de la part des intervenants, pour s'adapter à la diversité des situations de handicaps.

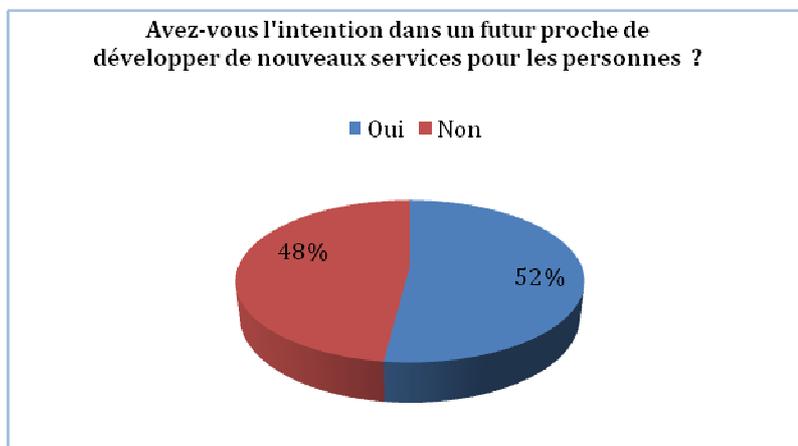
Plusieurs questions étaient posées pour connaître le ressenti des répondants sur l'aide et l'accompagnement du handicap au domicile. Il apparaît qu'une majorité de structures répondantes :

- **affirme sa capacité à accompagner le handicap,**
- **considère plutôt l'aide et l'accompagnement du handicap comme une opportunité de développement,**
- **estime que la concurrence n'est pas spécialement un frein pour se positionner dans l'aide et l'accompagnement de personnes en situation de handicap.**

D'après les réponses à l'enquête, il semblerait que les structures de l'aide à domicile, aujourd'hui, se sentent donc **légitimes** à aborder le champ du handicap.

Les projets de développement et d'amélioration sont d'ailleurs nombreux avec, en majorité, des délais de mise en œuvre de l'ordre de 6 à 12 mois :

52 % des structures répondantes sont en projet de développement de services et 81 % en projet d'amélioration des services.



Graph 3 : proportion de structures à avoir l'intention de développer de nouveaux services

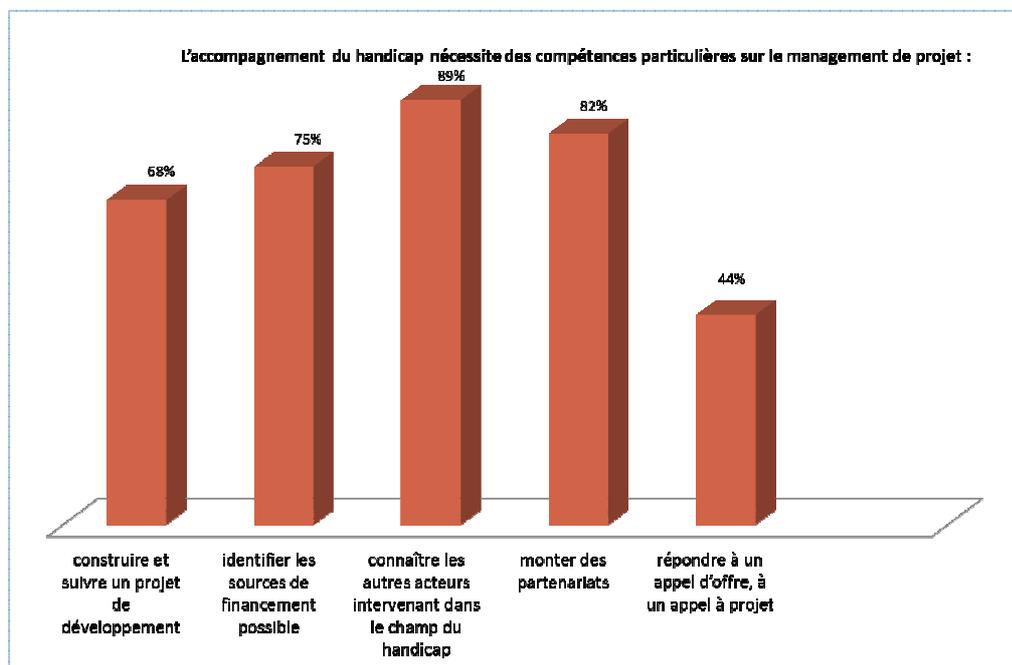
Les souhaits de développement ou d'amélioration de services concernent principalement **l'aide et l'accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de loisirs, l'aide pour tout ou partie des actes essentiels, l'aide et l'accompagnement d'éveil et de stimulation intellectuelle**. Les publics visés sont les adultes en très grande majorité et les personnes âgées mais l'aide et l'accompagnement d'enfants est cité également à 60 %.

Cependant, pour mettre en œuvre ses projets et accompagner le handicap au domicile, les répondants mettent en exergue plusieurs conditions :

- Pour les répondants, l'aide et l'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières pour le personnel intervenant au domicile, les responsables de secteur et les directeurs. **77 % des structures choisissent le développement des compétences des salariés comme un levier essentiel**. Un appui à la mise en place d'offres de formation plus adaptées paraît nécessaire.
- **98 % des structures répondantes estiment qu'un meilleur accompagnement passera par une meilleure coordination des services** et la plupart des structures (64 %) considèrent que c'est aux MDPH⁹ ou au SAMSAH (55 %) de coordonner les services.
- Un autre levier important pour les répondants réside dans le développement de partenariats avec les réseaux de santé (pour 56 % d'entre eux) et avec les associations d'usagers (pour 46 % d'entre eux).
Les compétences à développer sont : pour 89 % des répondants, la connaissance des autres acteurs intervenants dans le champ du handicap, **pour 82 % des répondants, savoir monter des partenariats**.

⁹ Maison départementale des personnes handicapées

- Il semble enfin exister une nécessité de développer une communication adaptée et un système de fléchage particulier pour orienter les personnes en situation de handicap vers les structures sur leur territoire.
- **76 % des structures, en particulier, n'ont pas mis en place de communication spécifique à destination des personnes en situation de handicap et des aidants et seules 19 % des structures répondantes indiquent qu'il existe un système d'orientation vers les structures**



Graph 4 : proportion de structures à avoir l'intention de développer de nouveaux services

Ces données nous renseignent sur les intentions des associations en termes de développement stratégique mais elles révèlent également les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces projets et de leur besoin d'un appui.

Les monographies

Les monographies (en annexe 2), sont le reflet de la diversité des situations rencontrées dans les différents départements mais également de la similitude des intérêts et des préoccupations, concernant l'aide et l'accompagnement du handicap, pour les structures de la branche.

Elles ont servi à alimenter la caractérisation des services et l'état des lieux des enjeux pour les acteurs concernés et à illustrer, par la richesse des expérimentations observées, la capacité du secteur à se saisir des leviers et des opportunités pour anticiper et s'adapter aux évolutions des besoins du public.

Ce que nous enseignent les 10 monographies, c'est tout d'abord l'ingéniosité démontrée par les structures pour répondre à ces situations de handicaps diverses, qui, corroborant les éléments de l'enquête, nécessitent un temps important d'organisation et de coordination et des compétences évolutives.

La part des temps d'accompagnement est en moyenne de 10 % du volume total, mais la mobilisation en termes de temps, de coordination, est supérieure à celle exigée pour les personnes âgées.

Les plus grosses structures ont stabilisé leur organisation mais atteignent une limite dans le sens où augmenter l'accueil du public en situation de handicap, exigerait de dépasser à une taille critique mettant en péril financier la structure.

Une structure « spécialisée handicap » démontre les perspectives de services qui peuvent être déployés :

- un « service d'assistance vitale »,
- un service spécifique à l'aide et l'accompagnement des étudiants en situation de handicap,
- un SAAD qui couvre une large plage horaire puisqu'il est ouvert de 7h à 1h du matin.

Chercher, innover, et jamais en solitaire, sont les « leitmotivs » de ces monographies, même si les premiers temps d'intervention dans le champ du handicap, au début si mal connu, ont requis un fort investissement auquel elles n'étaient pas toujours préparées.

Toutes, enfin, ont des projets de développement, s'appuyant sur le partenariat avec les autres acteurs des champs du médico-social et du sanitaire.

**LES ENJEUX DE L'AIDE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU
DOMICILE**

Enjeux pour les personnes en situation de handicap et les aidants

Faciliter le maintien à domicile pour les personnes en situation de handicap était une forte attente des associations représentantes des personnes en situation de handicap. Cela fût rendu possible par la Loi 2005 et la création de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

En effet, le droit à la compensation des conséquences du handicap, principe fondamental de la loi du 11 février 2005, implique que la personne, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, puisse bénéficier d'une réponse à ses besoins particuliers. La loi du 11 février 2005 prend mieux en compte les besoins, les attentes et les choix de vie de la personne en situation de handicap. Elle permet aux personnes en situation de handicap un choix de vie à domicile, la possibilité d'aménager une vie la plus autonome possible, le maintien d'une vie de couple et d'une vie de famille. Le plan d'aide de la personne en situation de handicap se définit à partir de son projet de vie, dans toutes ses dimensions (organisation et actes de la vie quotidienne, loisirs, sport, culture, travail, logement, transport, vie citoyenne...).

L'évolution de la posture des aidants est également notable, car ces derniers se tournent de plus en plus vers l'aide à domicile pour recevoir des réponses sur-mesure pour leurs proches mais également pour eux même, en bénéficiant par exemple de services de répit. C'est particulièrement le cas pour les aidants vieillissants qui ne peuvent plus assurer seuls l'aide à leurs proches en situation de handicap qui, eux aussi, vieillissent et requièrent des accompagnements plus conséquents.

Malgré tout, le maintien de la vie à domicile pour les personnes en situation de handicap peut être un souhait difficile à réaliser notamment pour les handicaps les plus lourds. En effet, la PCH¹⁰ ne couvre pas toujours tous les besoins (problématique de l'aide et l'accompagnement du soir et de la nuit). Par ailleurs, les incidences de certaines pathologies dans la vie quotidienne, jugées moins invalidantes, n'ouvrent pas le droit à la PCH (c'est notamment le cas pour certaines maladies psychiques).

Les personnes en situation de handicap et les aidants sont très sensibles à la connaissance que l'intervenant a du handicap et peuvent interrompre rapidement la prestation si :

- elle n'est pas jugée de qualité ;
- les attitudes relationnelles ne sont pas adaptées au handicap ;
- les intervenants changent trop fréquemment.

Cette attente peut mettre en difficulté des structures qui ont vu, depuis 2005, la demande des personnes en situation de handicap augmenter sans être toujours en mesure de répondre convenablement à leurs besoins.

Les interventions des structures d'aide à domicile concernent encore trop souvent les seuls actes essentiels de la vie courante et pas suffisamment l'aide et l'accompagnement vers l'extérieur ce qui ne permet pas de répondre suffisamment aux besoins des personnes en situation de handicap d'être accompagnées dans leur vie sociale et culturelle.

¹⁰ Prestation de Compensation du Handicap

L'aide et l'accompagnement des jeunes enfants donne lieu à peu de services spécifiques développés. C'est plutôt à travers l'aide aux familles que sont repérés les enfants en situation de handicap avec des parents qui s'« épuisent » à faire face aux contraintes d'une organisation à domicile compliquée sans avoir été orientés vers les services d'aide à domicile (la PCH est peu utilisée pour les enfants au profit de l'AEH¹¹).

¹¹ Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

Enjeux pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Des conditions de réalisation exigeantes...

Le secteur de l'aide à domicile a mis un certain temps, pour des raisons culturelles, historiques, techniques à se faire reconnaître comme compétent dans le champ du handicap. L'aide et l'accompagnement de ce public se fait, en effet, de manière différente par rapport à ceux réalisés –auprès des personnes âgées notamment par la mise en exergue du projet personnalisé de vie à plus moyen et long terme et par le désir d'autonomie très présent (qui ne doit pas se confondre avec le niveau de dépendance) ; les personnes veulent décider de leur vie, faire des choix et peuvent avoir, de ce fait, un fort niveau d'exigence concernant l'aide nécessaire pour compenser le handicap. En outre, les familles sont souvent très présentes et sont à prendre en compte dans les modalités de l'aide et l'accompagnement. Elles sont sensibles à la continuité de l'intervention, à l'adaptation permanente aux évolutions du handicap et à la stabilité des intervenants...

...avec des contraintes fortes

Les modes de financement sont complexes et peuvent être insuffisants pour une prise en charge adaptée d'autant plus qu'ils ne prennent pas en compte les temps longs d'ingénierie et de coordination en amont et au cours de l'intervention.

Si les plans d'aide lorsqu'ils sont conséquents, peuvent permettre de stabiliser les structures, l'arrêt d'un accompagnement peut, en revanche, avoir une conséquence grave pour la pérennité des emplois.

Le manque de coopération entre établissements du champ du handicap et ceux de l'aide à domicile, qui sont historiquement d'origine différente, a pu également freiner le développement des structures même si la mise en synergie des compétences devient de plus en plus évidente.

...qui pèsent sur les choix d'orientation des structures

Le manque de visibilité des structures et de leur offre de services tient, d'une part, au fait qu'il y a peu de structures qui peuvent afficher un service spécialisé auprès du public en situation de handicap et d'autre part, que les circuits de communication à destination des personnes en situation de handicap sont disparates d'un territoire à l'autre et peu organisés.

Les instances politiques s'orientent vers une meilleure coordination, répondant au besoin des structures de s'appuyer sur un système de coordination pour mieux mailler une répartition de services de qualité sur le territoire.

... bien qu'il existe une réelle opportunité de développement d'activité sur ce champ.

L'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap est une opportunité de développement pour les structures d'aide et d'accompagnement à domicile, les compétences de celles-ci étant complémentaires des compétences des associations du champ du handicap.

La reconnaissance d'une légitimité des structures à accompagner les personnes en situation de handicap est en progression et ce, notamment, par leur effort de professionnalisation, leur capacité de réactivité et de souplesse d'organisation.

Bien que les accompagnements souvent complexes questionnent la continuité de service et nécessitent une organisation interne spécifique (planning, soutien, gestion des aléas des rendez-vous médicaux, des hospitalisations, besoins de forte amplitude horaire...), ils favorisent au sein des structures un positionnement stratégique et le renforcement de leur légitimité dans le champ du médico-social.

Enjeux pour les personnels des services d'aide, d'accompagnement, de soins et de services à domicile

Un accompagnement valorisant...

Progressivement, dans les structures qui ont développé une organisation adaptée et des compétences pour accompagner un public en situation de handicap, les professionnels expriment un intérêt grandissant pour ce type d'intervention.

L'aide et l'accompagnement sont valorisant et procurent des satisfactions largement exprimées : du fait de l'intérêt d'accompagner un projet de vie à moyen et long terme, de favoriser des évolutions en termes d'autonomie, d'être en relation avec un public plus jeune et d'avoir à aborder des situations complexes qui remettent en question les pratiques.

... mais complexe

Malgré l'intérêt manifesté par les intervenants, les conditions sont souvent vécues comme difficiles tant d'un point de vue psychologique que physique. Le soutien des équipes est indispensable à plusieurs points de vue :

- technique (réfèrent sur le handicap, appartenance à une équipe, transfert et mutualisation des compétences),
- psychologique (disponibilité des coordinateurs en cas de problème, de doute, régulation des pratiques, écoute psychologique),
- ergonomique (gestes et postures, accessibilité et adaptation du domicile).

...qui nécessite des compétences spécifiques.

Les intervenants et responsables expriment combien l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap nécessite de développer des compétences transversales fines. Ces compétences s'acquièrent par l'expérience et s'appuient sur les besoins exprimés par les personnes elles-mêmes.

Les accompagnements sont le plus souvent confiés aux intervenants qualifiés DEAVS¹², ceux-ci dans certaines structures complétant leurs compétences par une VAE¹³ d'AMP¹⁴. Le risque étant pour les structures qu'une fois le diplôme d'AMP obtenu, les intervenants s'orientent vers des structures d'hébergement (EHPAD¹⁵, foyer de vie) plus sécurisantes.

L'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychiques est souligné comme étant particulier à aborder et nécessitant des connaissances spécifiques. Or, ce type de public exprime peu de besoins, ou ceux-ci sont mal définis, mal identifiés par les instances de tutelles. De plus, ces personnes sont au croisement des champs du médico-social et du sanitaire qui ont quelques difficultés à s'articuler.

Dans la mesure où émerge une forte demande de la part des familles, les structures ont donc tout intérêt à porter une attention particulière à l'acquisition de ce type de compétences.

¹² Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

¹³ Validation des Acquis de l'Expérience

¹⁴ Aide Médico-Psychologique

¹⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes

Enjeux pour les établissements du champ du handicap

Le maintien à domicile est une réelle alternative à l'admission en institution, dans une période où les places sont limitées, les sorties d'établissements problématiques et, où la demande des personnes en situation de handicap et de leurs aidants est de trouver des réponses plus adaptées au choix d'une vie la plus autonome possible, et la plus longtemps possible à domicile.

Le développement des SAVS¹⁶, SAMSAH¹⁷, souvent portés par les établissements du champ du handicap, peut être une réponse aux besoins d'orientation et de coordination des intervenants au domicile, même s'il y a encore souvent un manque d'articulation entre les différentes structures des deux champs.

Il peut même y avoir un certain paradoxe dans les positionnements : certaines associations représentantes de personnes en situation de handicap souhaitant s'adresser à des structures spécialisées par type de handicap, signe pour eux d'une compétence dans l'accompagnement alors que les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour la plupart ne peuvent ou ne veulent pas se spécialiser par rapport à un type de handicap.

Malgré tout, beaucoup d'associations du champ du handicap ont compris les enjeux du développement de cette aide adaptée aux besoins du public en situation de handicap et mettent leurs savoirs à disposition des structures d'aide et d'accompagnement à domicile : appui technique, aide au diagnostic, mise en réseau, formations..., voire sont prêtes à s'organiser pour créer des plateformes d'orientation et de mutualisation de services.

¹⁶ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

¹⁷ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Enjeux en matière de politiques publiques

Le maintien à domicile est une des réponses adaptées aux besoins du public en situation de handicap en conformité avec la Loi de 2005.

Les structures d'aide et d'accompagnement à domicile entrent dans le champ du médico-social depuis la Loi du 2 janvier 2002 et ont acquis une légitimité au fil des ans : elles doivent se montrer prêtes à répondre aux appels à projets, conventionner des CPOM¹⁸, élaborer des réponses coordonnées avec les services du champ du handicap.

Face à la progression des services d'aide à domicile pour accompagner les personnes en situation de handicap, et en même temps du manque de lisibilité sur les territoires, les politiques publiques ont bien conscience d'un manque de coordination dû pour partie au peu de postes dédiés financés directement pour cette fonction. Même si celles-ci formulent des injonctions fortes en matière de qualification, de professionnalisation, de développement et de structuration, elles sont peu en mesure d'aider les structures à dépasser les difficultés de financement de la formation, notamment quant aux coûts d'organisation et de coordination et de reconnaissance salariale des qualifications. En revanche, elles encouragent les structures de l'ensemble du champ médico-social à se regrouper. Ainsi les fonds sont attribués principalement pour financer l'ingénierie et l'élaboration de projets innovants plutôt que les frais de fonctionnement de structures.

Nombre de Conseils Régionaux soutiennent de manière forte la politique de formation à l'échelon régional pour les structures de la Branche en lien avec les OPCA¹⁹.

Les financements d'études et d'ingénierie de formation sont également portés par les DIRECCTE²⁰ dans le cadre d'EDEC²¹.

Il est également repéré des projets départementaux ou régionaux autour de la domotique, concernant les personnes dépendantes (âgées et en situation de handicap) qui, indirectement, peuvent être de vrais soutiens au développement des services d'aide et d'accompagnement à domicile en termes de qualité et de sécurité.

¹⁸ Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

¹⁹ Organisme Paritaire Collecteur agréé

²⁰ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

²¹ Engagements pour le Développement de l'Emploi et des Compétences qui se composent de deux volets : les Contrats d'études prospectives (CEP) et les ADEC (Actions pour le Développement des Emplois et des Compétences)

**MISE EN EVIDENCE DES FREINS, LEVIERS ENVISAGEABLES ET
PRECONISATIONS**

Les freins

A la lumière des enjeux repérés, les freins essentiels pour les structures de la branche s'articulent autour des points suivants :

- **la coordination territoriale** : les instances de coordination (SAMSAH, SAVS) et le lien avec les institutionnels (MDPH, ARS) nécessaires à l'aide et l'accompagnement du handicap sont souvent jugées insuffisantes.
- **le positionnement vis à vis des acteurs** : il existe une difficulté à dépasser l'image d'une spécialité d'intervention gérontologique, un manque de visibilité sur les compétences des structures à accompagner la vie à domicile des personnes en situation de handicap ainsi qu'un manque de visibilité à la fois vis à vis des personnes en situation de handicap et des acteurs. La valeur ajoutée par rapport à la concurrence du gré-à-gré et des structures du secteur marchand n'est pas suffisamment mise en avant.
- **le financement** : les plans de financement sont adaptés aux personnes en situation de handicap lourd surtout avec des pathologies sensorielles, motrices, cognitives mais moins aux personnes en situation de handicap psychique et aux enfants (qui bénéficient davantage de l'AEEH). La baisse des fonds publics génère une inquiétude quant à la possibilité d'apporter davantage de moyens pour compenser les besoins des personnes quel que soit leur déficience.
- **l'organisation** : la gestion du planning est chronophage et requiert beaucoup de souplesse. La structure doit articuler une réponse aux besoins des personnes en situation de handicap (interventions avec un volume horaire conséquent nécessaires, disponibilité le week-end, en soirée, la nuit, les jours fériés, les vacances...) et les contraintes de gestion du personnel (maillage géographique, respect des obligations légales, compétences et motivations spécifiques, participation à de groupes de paroles réguliers, mise en place d'équipe référente, de binômes). En outre, les temps de coordination interne indispensables ne sont pas pris en compte dans les plans d'aide.
- **la gestion des ressources humaines** : les contraintes fortes entraînent des effets comme la pénibilité, l'absentéisme, un turn over conséquent, et une peine à fidéliser même après formation le personnel, des difficultés de recrutement (avec permis et véhicule, prérequis de base).
- **la formation** : des difficultés d'organisation et de financement dans certaines associations freinent la mise en place des formations spécifiques sur le handicap, et certaines insatisfactions sont exprimées quant aux contenus qui sont à adapter.

Les besoins en termes de compétences et de qualification

Les compétences pour les intervenants sont diverses car nécessitant une adaptation permanente au quotidien à domicile des personnes et ce en lien avec leur projet de vie. Cela s'appuie sur des savoirs comportementaux comme :

- savoir s'adapter, savoir ce qui est prioritaire
- savoir observer, prendre en compte tous les repères du domicile
- savoir prendre du recul, savoir se positionner
- savoir faire preuve d'une extrême rigueur
- savoir adapter sa communication

- savoir anticiper des besoins
- savoir alerter, savoir transmettre
- savoir travailler en binôme, en équipe pluridisciplinaire
- savoir être autonome

Selon les différentes sources d'analyse se dégagent des besoins à différents niveaux :

- **au niveau des compétences des intervenants :**
 - compétences transverses comportementales,
 - connaissances des différents types de handicap,
 - savoirs faire relationnels,
 - savoirs faire technique.
- **au niveau des compétences des responsables :**
 - connaissance des acteurs du champ du handicap,
 - compétences en coordination,
 - ingénierie de partenariat,
 - réponse d'appel à projet.
- **au niveau des compétences des administrateurs et dirigeants :**
 - histoire et politique du champ du handicap, repérage des acteurs, élaboration d'un projet de service adapté à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- **au niveau des qualifications :**
 - passerelles inter-diplôme, VAE,
 - tronc commun aux diplômes (DEAVS, AMP, AS, TISF...)

Les leviers

L'aide à domicile offre une palette complémentaire et large pour répondre à la possibilité d'aide pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne, des actes de la vie sociale, professionnelle, ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert en permettant le maintien du choix de vie à domicile.

Lever la méconnaissance du handicap et améliorer l'adaptation des services par rapport aux besoins doit passer par une meilleure analyse de l'environnement politique, partenarial, concurrentiel.

Une analyse fine de l'environnement doit permettre de faire des choix d'orientation pour la structure, en adaptant sa stratégie par rapport aux interactions entre les politiques publiques, les stratégies des autres acteurs, les spécificités des besoins repérés auprès des usagers et de leurs représentants.

Les plans de financement insuffisants nécessitent une gestion très tendue des organisations, et conduisent les structures à rechercher les partenariats possibles sur un territoire pour simplifier les processus d'accueil et d'orientation, compléter les offres et mutualiser les fonctions transversales.

Les plans de formation doivent se consolider en lien avec l'aide de la branche, des réseaux, des unions et du soutien des politiques publiques. Des formations spécifiques sont à monter avec l'appui des associations et des réseaux « experts » du champ du handicap. Sans créer de nouveaux métiers, les structures en lien avec la branche et les réseaux peuvent consolider des parcours professionnalisant créant des passerelles entre les différentes qualifications.

La visibilité des structures sur un territoire, peut être dépassée si les services rendus sont plus lisibles, la légitimité affirmée et qu'une vraie stratégie de communication soit conduite, et là encore en lien avec des partenaires.

Préconisations pour les structures de la branche d'aide, d'accompagnement, de soins et de services à domicile

Dans cette étude, pour réaliser des préconisations, l'approche systémique (annexe 5) a été utilisée comme grille de lecture afin de comprendre comment les évolutions de l'environnement et les attentes des acteurs déterminent les missions des structures se traduisant par des prestations exigeant une organisation adaptée et des ressources en adéquation.

A la lumière de cette approche, la réalisation d'une soixantaine d'entretiens, l'étude documentaire et l'analyse des pratiques, a permis de structurer un ensemble de préconisations auprès des structures selon les axes suivants :

- se doter d'une **meilleure analyse de l'environnement politique, partenarial, concurrentiel**, est un préalable nécessaire aux choix d'orientation pour la structure, pour adapter sa stratégie.
- **rechercher des partenariats sur un territoire** pour améliorer les processus d'accueil et d'orientation, compléter les offres et mutualiser les fonctions transversales peut constituer une réponse à la tension de la gestion des structures.
- **consolider les plans de formation** avec l'aide de la branche, des réseaux de la branche et le soutien des politiques publiques.
- **imaginer des formations spécifiques** avec l'appui des associations et des réseaux « experts » du champ du handicap.
- **consolider des parcours professionnalisant portant sur l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap**, créant des passerelles entre les différentes qualifications.
- **rendre les services plus lisibles**, affirmer sa légitimité et construire une stratégie de communication en lien avec des partenaires.

Les préconisations sont des cibles d'actions qui structurent des choix d'orientation des structures aux niveaux politique, stratégique, opérationnel :

Construire une politique d'intervention

1 - Définir des axes politiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap au domicile ou à partir du domicile. Et pour cela, il est nécessaire d'analyser son environnement et de repérer les acteurs incontournables

2 - Affirmer un positionnement politique associatif. Et pour cela, il est important d'interroger le portage politique au sein des associations.

Elaborer une stratégie de développement

3 - Elaborer une stratégie adaptée à la taille, au contexte et aux spécificités du territoire.

Et pour cela, il est important de tenir compte du choix d'orientation de la structure, de l'analyse de son environnement et de l'ensemble de ses atouts et de ses opportunités.

Mettre en place des plans d'actions opérationnels

4 - Déployer un fonctionnement opérationnel adapté à la politique arrêtée. Et pour cela, il est nécessaire de mettre en place une organisation et un management adaptés.

5 - Favoriser le développement continu et la professionnalisation des intervenants et de leur encadrement. Et pour cela, il est important d'organiser un système de développement des compétences.

6 - Donner plus de visibilité des structures, de leurs services, de leurs engagements et de leurs compétences. Et pour cela, il s'agit de construire un plan de communication en lien avec l'analyse du territoire et la stratégie.

Le chapitre ci-dessous décline les préconisations et les actions à mener.

Préconisation n°1 : analyser son environnement et repérer des acteurs incontournables

1) Objectifs

Repérer les opportunités présentes sur un territoire en termes d'activités potentielles, de financements, de reconnaissance possible, de partenariats ou coopérations éventuels.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Il est constaté :

- une méconnaissance du contenu des politiques publiques en direction des personnes en situation de handicap ;
- un manque de coopération entre les structures de l'aide à domicile et celles du champ du handicap sur le territoire ;
- une méconnaissance de l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire ;
- un manque d'analyse des besoins des personnes en situation de handicap sur un territoire.

Une analyse fine et actualisée de l'environnement (local, départemental, régional, national voire européen) et des stratégies des acteurs est indispensable à mettre en place.

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Qui pilote les missions au service des personnes en situation de handicap ?
- Quelles sont les politiques publiques développées sur le territoire ?
- Qui coordonne les intervenants sur le territoire ?
- Qui finance et quels types de financement existent ?
- Quels sont les besoins non couverts ?
- Quels sont tous les acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire qui interviennent sur le territoire auprès des personnes en situation de handicap ?

3-2) les actions à mener :

- a) analyser le positionnement des politiques publiques*
- b) repérer les acteurs du médico-social et du sanitaire sur leur territoire*
- c) repérer les divers financeurs possibles*

a) Analyser le positionnement des politiques publiques

- Connaître le schéma départemental médico-social du Conseil Général et les orientations du PRIAC²² pour identifier parmi les axes de développement en faveur des personnes en situation de handicap la place donnée à l'aide et l'accompagnement à domicile.

Certains Conseils Généraux mettent en avant une volonté de valoriser les services d'aide et d'accompagnement à domicile en faveur des personnes en situation de handicap prenant en compte leurs besoins, avec souvent des priorités pour ce qui concerne les jeunes, les personnes en situation de handicap psychique et les personnes vieillissantes en situation de handicap.

Pour la plupart des Conseils Généraux apparaît la volonté de mieux coordonner les interventions à domicile afin que s'articule la palette de services auprès des personnes en situation de handicap : aide humaine, aide-ménagère, orientation vers les soins ou dispensation de soins, avec des ambitions comme créer des plateformes territorialisées avec un référent du projet personnalisé de la vie à domicile de la personne en situation de handicap.

La création de places de SPASAD²³ apporte une réelle valeur ajoutée tant pour l'utilisateur que pour la structure, car en assurant par un même service les prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et les actes de soins infirmiers, elle optimise la coordination et l'organisation des activités.

Les ARS et les Conseils Généraux incitent les structures du médico-social, par la mise en appel à projet, à mutualiser leurs ressources et leurs ingénieries de réponse. La veille et le positionnement sur les appels à projet sont donc un préalable incontournable pour développer de nouveaux projets.

Ces institutions déterminent également les places de SAMSAH et de SAVS²⁴. Les structures devront s'attacher à renforcer leur complémentarité d'intervention avec ces services tout en veillant au respect des limites d'intervention de chacun.



Un Conseil Général dans son schéma affirme la nécessité pour les structures du médico-social de mettre en place des partenariats opérationnels :

- *en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées psychique (partenariat psychiatrie de secteur, associations œuvrant pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques)*
- *en matière de conseil et d'accompagnement (partenariat avec la MDPH)*
- *en matière d'accès aux sports et aux loisirs (« Mission Tourisme », associations de Sport adapté)*

²² Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

²³ Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

²⁴ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

➔ **Renforcer les relations avec la MDPH pour une connaissance mutuelle des missions et des besoins respectifs.**

Il semble pertinent :

- d'apporter à la MDPH des informations suffisantes sur les services afin de lui permettre de mieux définir les plans de compensation et d'échanger sur leur déroulement pour ajuster ceux-ci tout au long de l'accompagnement.
- de favoriser un climat collaboratif avec la MDPH afin que celle-ci puisse transmettre les informations éclairantes sur les plans d'aide

➔ **Connaître également la stratégie de la DIRECCTE notamment en matière d'appui à la GPEC²⁵**

Il s'agit d'étudier les EDEC²⁶ qui peuvent être déployées sur le département.

Ces actions pilotées par l'Etat permettent aux employeurs de faire face aux évolutions de l'emploi. Elles privilégient les approches collectives et incluent des actions de soutien au développement et à la validation des compétences.

➔ **Connaître la stratégie en matière de formation de la Branche, du Conseil Régional, du Conseil Général(via entre autre la section IV de la CNSA²⁷)**

Les Conseils régionaux, à travers les plans métiers, pilotent la formation des métiers du social et soutiennent des plans de formation auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

➔ **Connaître le positionnement des communes, des communautés de communes, des CCAS²⁸**

Dans certaines collectivités, un coordonnateur personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap peut également tenir une fonction de diagnostic et d'orientation.

Les CCAS ont le plus souvent développé des services d'aide et d'accompagnement à domicile ; néanmoins, certains ont fait le choix de ne pas développer cette activité. Ils sont alors des relais pour orienter vers les services d'aide et d'accompagnement à domicile, à partir du moment où ceux-ci sont repérés et identifiés pour leur qualité du service rendu et le professionnalisme des salariés.

b) Repérer les acteurs du secteur du médico-social et du secteur sanitaire sur le territoire

Les associations représentantes de personnes en situation de handicap expriment en priorité l'importance de donner aux personnes en situation de handicap, si possible, une palette de

²⁵ Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

²⁶ Engagement de Développement de l'Emploi et des Compétences qui regroupent CEP et ADEC

²⁷ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

²⁸ Centre Communal d'Action Sociale

choix de structures d'intervenants à domicile. Dans ce sens les structures ont un fort intérêt à mieux les connaître et à se faire connaître d'elles, à écouter leurs besoins et chercher des réponses complémentaires avec elles.

De plus en plus, les associations du champ du handicap sont prêtes à mettre en place des partenariats afin de proposer de l'aide à domicile aux parents handicapés qui élèvent de jeunes enfants, mais aussi des solutions de répit aux aidants familiaux et notamment les aidants familiaux vieillissants, et de l'aide pour les retours à domicile le week-end, de personnes handicapées en hébergement la semaine.

Il est également important de repérer les acteurs des structures sanitaires (sorties d'hospitalisation, Hospitalisation à Domicile, psychiatrie de secteur, médecine généraliste) pour se faire connaître et créer des partenariats.

Le besoin repéré auprès des structures accueillant un public handicapé psychique semble constituer un axe de développement stratégique, de part l'expansion de ce public (notamment en cas de proximité d'un EPSM).²⁹

Les réseaux de Santé (autisme, traumatisés crâniens, cancer, sclérose en plaque ...) et les Centres de Ressources Handicap (multi-handicap, handicaps rares...), souvent déclinés au niveau régional, sont également contributeurs en matière d'apports et d'appuis sur le handicap. Ces équipes pluridisciplinaires spécialisées mettent en œuvre des actions de diagnostic précoce, de recherche, d'aide, d'information, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels médico-sociaux et de santé.

c) Repérer les autres prescripteurs et financeurs possibles

Il s'agit de repérer les acteurs suivants :

- la CPAM, la CARSAT, la MSA,
- la CAF, les Caisses de retraite, les mutuelles
- Les fondations, les mécénats

²⁹ Etablissement Public de Santé Mentale

Préconisation n°2 : interroger le portage politique au sein des associations

1) Objectifs

Affirmer une volonté politique de la part des membres des conseils d'administrations des structures d'orienter une stratégie vers ce public.

Il semble essentiel que les politiques associatives acquièrent, développent ou renforcent selon les cas leur connaissance du handicap au sens large et au-delà de la simple législation et des financements.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Il est remarqué :

- un manque de lecture des politiques publiques sur le handicap
- une méconnaissance des besoins des personnes en situation de handicap
- une méconnaissance de la Loi 2005

Améliorer la connaissance du champ du handicap auprès des administrateurs semble être un préalable. Ce champ large et complexe articulé autour de la Loi 2005 peut paraître difficile à aborder ou au contraire très proche de celui du champ de la dépendance des personnes âgées, ce qui n'est pas le cas.

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Le Conseil d'Administration (CA), les membres du bureau, les bénévoles sont-ils motivés, intéressés, connaisseurs du sujet ?
- La structure est-elle en capacité de s'orienter vers un développement de l'accompagnement des personnes en situation de handicap ?
- Y a-t-il dans l'association des professionnels issus de ce secteur ? La structure a-t-elle repéré des besoins d'utilisateurs, de partenaires auxquels elle répond pas ou pas suffisamment ?

3-2) les actions à mener

a) Inclure dans le projet de l'association un axe stratégique portant sur l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap et le développer

b) Responsabiliser dans le Conseil d'Administration des Administrateurs sensibles au sujet

c) Améliorer la connaissance des membres du Conseil d'Administration sur le champ du handicap et de ses acteurs

a) Inclure dans le projet de l'association un axe stratégique portant sur l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap et le développer

- Intégrer dans les missions et les valeurs du projet associatif un axe fort sur l'aide et l'accompagnement du public en situation de handicap
- Définir un projet à moyen terme (3-5 ans) en fixant des étapes de développement réaliste

b) Responsabiliser dans le CA des administrateurs sensibles au sujet

- Repérer des bénévoles sensibles à ce sujet ou prêt à engager une démarche prospective sur le thème
- Faire entrer dans le CA des personnes "expertes" du champ du handicap

c) Améliorer la connaissance des membres du CA sur le champ du handicap et de ses acteurs

- Etudier les opportunités de rencontres informationnelles avec d'autres structures du médico-social sur la thématique du handicap pour les bénévoles, les administrateurs
- Associer à ces temps de formation des salariés de l'Association
- Participer aux événements sur le thème au niveau du territoire



La présidente d'un CA d'une structure et sa directrice ont une volonté forte de développer une stratégie auprès de ce public, en travaillant avec le Conseil Général sur territoire, en partenariat avec les structures et associations locales. La stratégie est d'établir des conventions avec des associations qui portent des SAMSAH.



Des administrateurs d'une structure sont très concernés par le handicap et ont intégré un éducateur spécialisé au CA. L'association a passé un conventionnement avec une association qui a des hébergements pour personnes handicapées sur le territoire, pour, par exemple, intervenir à domicile lorsque les personnes handicapées reviennent au domicile de la famille le week-end, les vacances.

Préconisation n°3 : élaborer une stratégie adaptée à sa taille, son contexte et au territoire

1) Objectifs

Bâtir une stratégie qui va tenir compte du choix d'orientation de la structure dans son projet associatif, des positions des politiques publiques du département et de la Région, des acteurs et des opportunités repérés ; et aussi de sa taille, son implantation, ses capacités, ses partenariats possibles, des besoins non pourvus exprimés par les usagers, les familles, les associations représentantes de personnes en situation de handicap.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Il est repéré que :

- les associations font preuve de réactivité mais peuvent manquer d'anticipation ;
- les structures ont un besoin de compétences en management de projet dans l'aide et l'accompagnement du handicap afin de répondre à un appel d'offre, ou un appel à projet ;
- la taille de l'association, son implantation urbaine, rurale, périurbaine et sa volonté de coopération sont d'emblée des facteurs déterminants pour élaborer une stratégie en faveur de l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Quelle taille critique faut-il avoir pour se positionner sur ce champ ?
- Quel est le positionnement des autres associations du médico-social accompagnant les personnes en situation de handicap sur le territoire ?
- Comment se situe la concurrence ?
- Quelles sont les délimitations historiques de territoires, les différences culturelles, les cloisonnements à dépasser ?
- Faut-il élaborer une stratégie en solitaire ou à plusieurs ?
- Quels sont les "experts" sur lesquels s'appuyer ?
- Les concurrents peuvent-ils devenir partenaires ?

3-2) Les pistes d'action

- a) se positionner sur les dispositifs des politiques publiques
- b) engager des partenariats, renforcer ses réseaux
- c) analyser la concurrence et faire jouer les complémentarités et la mutualisation des services

a) Se positionner sur les dispositifs des politiques publiques

Répondre aux appels à projets des ARS et des Conseils Généraux, négocier des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont des conduites incontournables aux structures du médico-social, qu'elles se positionnent seules ou en partenariat.

Cela suppose de bien comprendre les objectifs des différents schémas pour préparer des projets (schéma national, SROMS³⁰, PRIAC³¹, schémas départementaux.) et anticiper des réponses attendues sur un territoire en termes de besoins non couverts, de renforcement de la qualité d'un service, d'élaboration de réponses innovantes.

Le rapprochement auprès des MDPH peut permettre de co-construire des réponses ajustées pour les situations de handicap complexes.



Une association a conventionné un CPOM pour 5 ans avec un Conseil Général pour améliorer les moyens et l'organisation.

Elle a obtenu un financement pour un poste de référent handicap dans le cadre d'un CPOM.

b) Engager des partenariats, renforcer ses réseaux

En fonction des acteurs et des besoins repérés, les structures créent des partenariats qui seront plus ou moins formels, allant d'accords mutuels à des conventionnements, voire à des groupements coopératifs.

Il peut s'agir :

- de développer des services en complémentarité :
 - aide aux personnes en situation de handicap en logements semi-collectifs,
 - aide aux familles pendant les week end,
 - structure de répit pour les aidants
- de créer des plateformes inter-structures permettant de mutualiser des fonctions
- de s'appuyer sur une coordination médicale en complémentarité avec un SSIAD ou de s'engager dans une démarche de création d'un SSIAD, d'un SPASAD, de s'appuyer sur la coordination des services SAMSAH, SAVS



Une structure d'aide à domicile a créé des places atypiques en SSIAD. Trois places sont ouvertes pour les personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie psychique.

=> Une convention a été signée avec un Hôpital psychiatrique qui effectue le suivi des patients avec le SSIAD et assure la formation des soignants.



Sur un territoire urbain, l'accompagnement de nuit est pris en charge 24h/24h avec un fonctionnement partenarial entre 6 structures du médico-social.

³⁰ Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

³¹ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie

c) Analyser la concurrence et faire jouer les complémentarités et la mutualisation des services

Selon les offres des autres structures sur le territoire, il s'agit de développer des services complémentaires.

- Services auprès du public enfant (jeune enfant)
- Services d'accompagnement à la scolarisation d'enfants
- Services adaptés au handicap psychique
- Gardes itinérantes de nuit avec astreintes, tournées, (une intervention ponctuelle évite l'intervention de nuit)
- Soutien à la parentalité
- Accompagnement social vers les sorties culturelles, sportives (transports adaptés, souplesse et amplitude horaire)
- Remédiation cognitive



Un Conseil Général finance des structures pour des heures d'intervention à domicile auprès d'enfants qui ont des parents en situation de handicap dans le cadre d'une prestation de soutien à la parentalité



Une structure a créé un service « SAAD nuit » qui intervient auprès d'usagers dépendants ayant besoin d'une aide ponctuelle. Expérimental depuis juin 2006, le service a été autorisé en janvier 2010 par le Conseil Général.



Un service de répit pour accueillir les personnes en situation de handicap et les aidants a été créé avec un financement de l'ARS et du Conseil Général pour les aidants. Ce service permet de favoriser la polyvalence des intervenants par une diversification des lieux d'intervention.

Préconisation n°4 : mettre en place une organisation et un management adaptés

1) Objectifs

Déployer une organisation et un management adaptés à la spécificité de l'aide et l'accompagnement du handicap.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Il est remarqué que :

- l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap présente le plus souvent une complexité d'organisation à prendre en compte au regard des obligations d'employeurs ;
- l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap constitue pour les intervenants un levier de motivation fort mais nécessite une écoute et un soutien important.

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Les intervenants ont-ils une connaissance suffisante des problématiques liées au handicap pour s'adapter à la diversité des situations ?
- Par-delà les activités d'aide plus traditionnelles, les compétences déployées par les intervenants sont-elles adaptées aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, à leurs rythmes de vie, à leurs attentes en termes d'ouverture à la citoyenneté et à la culture ?
- En l'absence de la création d'un service dédié au handicap, les intervenants se voient-ils proposer dans l'année un nombre suffisant de missions pour capitaliser de l'expérience et développer leurs compétences ?
- L'organisation de la structure, la planification des missions et le management de proximité permettent-ils aux intervenants de trouver une écoute et un appui auprès de leurs collègues et de leurs cadres leur permettant de surmonter les difficultés inhérentes à ce type d'accompagnement ?

3-2) Les actions à mener

- a) *Une évaluation préalable des besoins, au regard du projet de vie de la personne, de son environnement, des autres acteurs intervenants, par un professionnel compétent sur les problématiques du handicap.*
- b) *La présence d'un référent coordonnateur interne qui garantisse la qualité et la sécurité de l'accompagnement.*
- c) *Une organisation du travail compatible avec une spécialisation partielle des intervenants et la préservation d'interventions moins contraignantes.*
- d) *La mise en place dès le début de l'accompagnement d'un binôme d'intervenants formés et repérés pour assurer une continuité des interventions auprès de la personne tout en couvrant l'amplitude horaire.*
- e) *Mettre en place des groupes d'échanges de pratique inter-structures qui permettent de mutualiser les coûts*

a) Une évaluation préalable des besoins, au regard du projet de vie de la personne, de son environnement, des autres acteurs intervenants, par un professionnel compétent sur les problématiques du handicap.

L'évaluation des besoins déterminant largement les modalités de l'intervention et donc de l'organisation du travail des intervenants, il importe que celle-ci soit réalisée en tenant compte du type de handicap et de son évolution, de l'âge de la personne, de son cadre familial, des coopérations nécessaires avec les autres professionnels du secteur médical ou médico-social.

b) La présence d'un référent coordonnateur interne qui garantisse la qualité et la sécurité de l'accompagnement.

La taille des structures ne permettant pas toujours la mise en place d'un service dédié à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap, il est important qu'un responsable soit néanmoins désigné et bien identifié pour assurer un suivi régulier des interventions en portant attention aux difficultés que rencontrent les intervenants tant en ce qui concerne l'organisation que le déroulement de leurs activités. Ce responsable doit être en lien avec la direction de la structure afin que la problématique du handicap ne soit pas une activité périphérique mais soit intégrée de manière opérationnelle à la stratégie de la structure.

c) Une organisation du travail compatible avec une spécialisation partielle des intervenants et la préservation d'interventions moins contraignantes.

L'aide et l'accompagnement des personnes présentant des handicaps lourds exigent une accumulation de savoirs expérientiels spécifiques. Il est donc nécessaire que les intervenants puissent réaliser un nombre suffisant de temps de présence auprès de ce public. Il conviendra toutefois de veiller à que ces missions puissent alterner avec des interventions moins complexes.

d) La mise en place de binômes d'intervenants formés et repérés

Une intervention en binôme peut être envisagée dès le démarrage de l'intervention pour répondre à différentes situations complexes :

- deux professionnels repérés auprès d'une même personne, effectuant les mêmes tâches (aide ou soin) mais intervenant en alternance afin de permettre une continuité de présence (pour les accompagnements requérant les soirées, les WE mais aussi pour éviter les changements d'intervenants souvent mal perçus par les bénéficiaires lors des temps de congés des intervenants par exemple ...),
- deux professionnels repérés auprès d'une même personne permettant de coupler les interventions (aide et soin),
- deux professionnels effectuant les mêmes tâches (aide/soin) et intervenant en même temps auprès de la personne afin de dépasser une certaine pénibilité (transfert, risque d'agression...).

L'isolement des intervenants apparaissant comme un facteur important d'usure professionnelle, surtout face à des interventions complexes, tous les modes de coopération possible, sous la forme d'intervention en binôme, en équipe doivent être recherchés.

e) Mettre en place des groupes d'échange de pratiques inter-structures qui permettent de mutualiser les coûts.

Comme le confirment les résultats du questionnaire mais aussi les monographies, la mise en place de groupes d'échange de pratiques pour les salariés apparaît comme nécessaire. Toutefois, des expériences engagées dans ce sens par certaines associations se sont avérées décevantes. Il convient, avant d'initier ce type de rencontres, que l'association fixe les objectifs assignés à celle-ci, leur périodicité et les modalités de leur animation (intervenant extérieur, responsable de secteur...).



Une association réunit les intervenants qui travaillent auprès de personnes handicapées sous forme de réunions de coordination régulière.

Par ailleurs, compte tenu des contraintes matérielles qu'impose l'organisation de ce type de rencontre, il pourrait paraître opportun de mutualiser ces temps entre plusieurs associations du territoire.



Une structure gère deux services SAAD et SSIAD, cela crée une synergie et une complémentarité. Il peut y avoir des évaluations en commun SSIAD/ SAAD, si une personne présente un handicap complexe.



Une association s'est dotée des services d'un psychologue et d'un ergonome en soutien et appui aux intervenants, mais aussi pour les usagers et les aidants.

Préconisation n°5 : organiser un système de développement des compétences

1) Objectifs

Favoriser un développement continu des compétences, en s'appuyant sur une formation spécifique des intervenants et de leur encadrement aux problématiques du handicap mais également en favorisant une prise de recul réflexive sur leurs activités.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Même si la taille de la structure et le nombre de personnes en situation de handicap accompagnées ne justifient pas la création d'un service dédié, il nous semble néanmoins important qu'il y ait une responsabilisation d'un ou deux encadrant(s) sur la thématique du handicap et une affectation prioritaire de certains intervenants formés à l'aide et l'accompagnement de ce public.

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Les intervenants ont-ils suivi des formations sur les problématiques du handicap, et tout particulièrement du handicap psychique, leur permettant de dépasser des représentations inhibantes ?
- Compte tenu de la spécificité des compétences à développer, l'organisme de formation auquel s'adresse habituellement la structure dispose-t-il de l'expertise nécessaire ?
- Le planning des formations répond-il à une logique de progressivité des apprentissages et est-il cohérent avec les activités des intervenants ?
- Par-delà les formations suivies par les intervenants, l'encadrement intermédiaire utilise-t-il les moments d'échange (entretiens professionnels, réunions d'échange de pratiques...) pour analyser avec eux leurs expériences de travail significatives et leur permettre de capitaliser les acquis de ces dernières ?
- Au cours de ces rencontres, des objectifs de progression sont-ils définis ?
- Comment et avec quel mode d'évaluation ?

3-2) Les actions à mener

- a) Concevoir un plan de formation permettant de développer une compétence spécifique à l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile.
- b) Concevoir des actions de formation / informations territoriales
- c) A travers les équipes pluridisciplinaires, expérimenter des transferts de savoirs d'expérience
- d) S'appuyer sur les démarches d'évaluation afin de travailler sur les procédures et les outils

e) S'appuyer sur les partenaires du champ du handicap : transfert et mutualisation des compétences

a) Concevoir un plan de formation permettant de développer une compétence spécifique à l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile.

Des actions de formation spécifiques permettant de modulariser des parcours de formation individuels sont à envisager dans le cadre des plans de formation des structures (sensibilisation, approfondissement, actualisation...)

Des expérimentations sont également à envisager pour créer des modules de formation communs aux diplômés DEAMP et DEAVS.

Il semble important de créer des formations spécifiques pour les encadrants visant à renforcer leur niveau d'expertise et faciliter l'animation des équipes. Ces formations doivent conforter leur légitimité à devenir, selon leur position dans la structure, de référents, de coordinateurs, d'assistants techniques. Pour ce faire, des compétences particulières sont nécessaires :

- mettre en place un diagnostic et une évaluation autour du projet de vie
- coordonner les acteurs intervenants au domicile (procédures, outils)
- organiser et planifier des interventions face à la complexité et à l'ampleur des plans d'aide
- manager des équipes pluridisciplinaires
- développer une politique qualité

Une politique de formation répondant aux besoins en compétences spécifiques de l'aide et l'accompagnement de personnes en situation de handicap constitue, pour les structures, un investissement important en temps et sur le plan financier. Des partenariats entre plusieurs associations sont à développer afin de regrouper les demandes de formation et d'engager ensuite une négociation fructueuse avec les organismes de formation sur le contenu et les modalités pédagogiques des modules.

b) Concevoir des actions de formation/informations territoriales inter-structures afin de :

- partager une analyse de territoire (les stratégies politiques, les acteurs, les perspectives...);
- identifier les financeurs et repérer les sources de financement possible ;
- apprendre à monter des partenariats, des groupements, à répondre à des appels à projets, à négocier des dossiers CPOM³².

³² Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

c) A travers les équipes pluridisciplinaires, expérimenter des transferts de savoirs d'expérience

Il s'agit là d'une autre modalité de développement des compétences adaptée à l'aide et l'accompagnement du handicap.

Les transferts des savoirs expérientiels sont primordiaux et permettent de transformer les connaissances acquises en formation, en compétences.

Ce transfert se réalise dans l'échange entre professionnels, par la formation en situation de travail, par des études de cas, par l'analyse des pratiques...

Cela suppose de :

- formaliser un outil de positionnement sur la base d'un référentiel des compétences attendues avec des indicateurs de validation de ces compétences,
- permettre aux professionnels de se positionner sur cette base, afin d'en décliner les actions à engager et de les prioriser,
- enclencher un plan de développement de la compétence (en interne et en externe avec les professionnels des autres structures du champ du handicap),
- réaliser le suivi de l'évolution de cette compétence sur la base des indicateurs de validation identifiés.

d) S'appuyer sur les démarches d'évaluation afin de travailler sur les procédures et les outils

La stratégie de la structure, la qualité des services rendus, les compétences développées sont étroitement liées.

Les compétences doivent être suffisantes pour pouvoir mettre en œuvre le projet de développement d'un accompagnement du handicap au domicile.

Par ailleurs, les démarches qualité permettent de vérifier l'adéquation des compétences au projet global, au service à réaliser et surtout à la façon dont il doit l'être (notion de conformité).

En ce sens, les outils d'évaluation doivent intégrer cette dimension compétence afin de permettre un diagnostic précis de ce qui doit être développé et la façon de le renforcer :

- par la mesure de la satisfaction des différents acteurs (personne en situation de handicap, aidants, prescripteurs, financeurs) permet in fine d'affiner la stratégie de développement des services,
- par la recherche d'une mise en conformité des prestations au regard des attentes des bénéficiaires, des prescripteurs, des partenaires.

L'élaboration, la mise en œuvre et la pérennité d'une démarche de développement des compétences nécessitant une instrumentation adaptée, les ressources internes des structures ne sont pas toujours suffisantes pour le permettre. Dans cette hypothèse, un recours à des ressources externes peut s'avérer nécessaire et un financement de celui-ci peut être recherché auprès de l'OPCA de la branche, des DIRECCTE, et selon les régions, auprès des Conseils Régionaux.

e) S'appuyer sur les partenaires du champ du handicap : transfert et mutualisation des compétences

Les partenaires médico-sociaux et du sanitaire disposent d'une expertise dont certains aspects peuvent contribuer utilement à la professionnalisation des intervenants des structures de l'aide à domicile. Ces derniers peuvent en retour éclairer les autres professionnels sur l'utilisation du domicile comme un véritable outil d'accompagnement des personnes en situation de handicap. L'organisation de réunions d'échanges pluridisciplinaires peut donc être un puissant levier pour favoriser une mutualisation des compétences et l'émergence de compétences collectives.



Un Conseil Régional a créé un Plan Métier pour un regroupement de structures afin de monter un plan de formation inter-associatif, pour les aides à domicile, les aides-soignantes et les coordinateurs.



Une structure a développé des partenariats avec un Centre de Ressources Handicap, le Centre de Ressource Autisme afin de développer des plans de formation ajustés.

Préconisation n°6 : construire un plan de communication en lien avec l'analyse du territoire et la stratégie de développement

1) Objectifs

Accroître la visibilité des structures par rapport au champ du handicap et leur lisibilité quant aux services rendus, aux engagements et aux compétences des intervenants.

2) Pourquoi cette préconisation ?

Il est repéré que :

- les circuits de communication ne sont pas maîtrisés
- l'affichage des structures, de leurs services, de leur valeur ajoutée n'est pas suffisamment réalisé

3) Comment la mettre en œuvre ?

3-1) Les questions à se poser

- Quels sont les supports de communication existants sur le territoire sur la thématique de l'aide et l'accompagnement du handicap à destination des usagers ?
- Quels sont les besoins de communication de la structure ?
- A qui communiquer (politiques publiques, usagers, partenaires...?) quoi (quel contenu) ?
- De quelle façon (plaquette, site internet, action territoriale...) ?
- A quel rythme ?
- Quels sont les appuis pour mettre en œuvre une communication adaptée et réduire les coûts ?

3-2) Les actions à mener

- a) Réaliser un diagnostic
- b) Développer la visibilité des structures au niveau d'un territoire
- c) S'appuyer sur les plateformes existantes (d'orientation, d'information...).
- d) S'appuyer sur les Fédérations
- e) S'appuyer sur les institutions

a) **Réaliser un diagnostic** sur les supports de communication existants sur le territoire produits par les institutions publiques, les associations du champ du handicap, les réseaux médico-sociaux et sanitaires... (sites, annuaires, portails internet, référentiels...) et identifier les besoins en communication des politiques publiques, des usagers, des partenaires.

b) **Développer la visibilité des structures au niveau d'un territoire** en mettant en place des actions et/ou des supports de communication territoriaux qui permettraient que les structures soient mieux identifiées et repérées par les usagers, les acteurs, les politiques publiques.

c) **S'appuyer sur les plateformes existantes**, les regroupements de structures pour renforcer ou mettre en place une communication plus forte et plus lisible pour les usagers et les acteurs.

d) **S'appuyer sur les Fédérations, les réseaux, les unions ...**

En termes de stratégies et d'outils de communication (portails, sites, affiches...)

e) **S'appuyer sur les institutions publiques** (CONSEIL GÉNÉRAL, MDPH, ARS...) qui peuvent également être des soutiens en termes de supports de communication.



Des associations ont créé une plateforme afin notamment de pouvoir communiquer de manière unitaire auprès des institutionnels et de se rendre visible auprès du public.

L'affichage de la plateforme passe par un site web dédié.



Sur un département, une MDPH a réalisé des plaquettes pour informer le public sur l'offre de services des structures d'aide à domicile du département.



Une structure participe en partenariat à des projets de recherche en domotique pour améliorer la sécurité au domicile et présente ainsi sa valeur ajoutée aux usagers.

Préconisations pour la branche et les structures

Suite une séance de travail avec les présidents et vice-présidents des CPREFP, des préconisations émergent à deux niveaux : au niveau de la branche et au niveau des structures.

	Au niveau de la branche	Au niveau des structures
Préconisation 1 : L'analyse de son environnement et le repérage des acteurs incontournables	<p>Elaborer une grille de diagnostic pour un appui à une analyse de territoire</p> <p>Etudier comment améliorer la représentation des réseaux au niveau des CDCPH (conseil départemental consultatif des personnes en situation de handicap)</p> <p>Etudier la possibilité de mettre en place des référents aide à domicile dans les ARS</p> <p>Organiser des rencontres des acteurs du médico-social par territoire</p>	<p>Participer, réaliser des diagnostics de territoire partagés</p>
Préconisation 2 : Un portage politique fort au sein des associations	<p>Réaliser un guide permettant aux acteurs d'organiser des réunions d'information / formation auprès des administrateurs des structures</p> <p>Proposer des outils de communication à destination des salariés et des Institutions Représentatives du Personnel (IRP) dans les structures</p>	<p>Poser la question d'une stratégie sur le handicap dans les CA des structures</p>
Préconisation 3 : L'élaboration d'une stratégie adaptée à sa taille, son contexte et au territoire	<p>Etudier et répertorier toutes les sources de financements possibles notamment en ce qui concerne les appels à projets (y compris au niveau européen)</p> <p>Définir de priorités d'axes de formation et travail collaboratif avec les organismes de formation pour les formations des encadrants</p>	<p>Former l'encadrement (Direction, ...) à l'élaboration d'une stratégie, et d'une ingénierie de projet</p>
Préconisation 4 : Une organisation et un management adaptés	<p>Répertorier les bonnes pratiques et les outils existants sur les territoires</p>	<p>Formaliser et mutualiser les bonnes pratiques et les outils entre structures</p>

	Au niveau de la branche	Au niveau des structures
Préconisation 5 : Un système de développement des compétences	<p>Favoriser des parcours de formation transversaux aux différentes qualifications (DEAVS, AS, AMP, TISF...) Définir avec l'OPCA des priorités de formation « passerelle » entre les différentes qualifications</p> <p>Impulser des parcours de formation pour les responsables et les coordonateurs des structures</p> <p>Favoriser le maillage de compétences inter-structure sur le territoire</p>	Prévoir des plans de formation annuels à différents niveaux pour tout le personnel
Préconisation 6 : Un plan de communication en lien avec l'analyse du territoire et la stratégie de développement	Répertorier les portails d'information concernant l'aide et l'accompagnement au domicile des personnes en situation de handicap existants sur le territoire et étudier la possibilité de créer un portail commun aux structures de la branche	Bâtir une stratégie de communication et des outils sur un territoire avec les partenaires du secteur de l'aide à domicile et/ou du champ du handicap

CONCLUSION

L'étude présentée confirme les enjeux forts sous-jacents à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour les structures de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Enjeux forts, d'une part du fait d'un environnement qui ne cesse d'évoluer dans les secteurs du médico-social et du sanitaire et, d'autre part, du fait de la capacité avérée des professionnels des structures à s'adapter à un nouveau champ d'intervention.

Au cours des dernières années, l'aide à domicile est devenu un véritable levier des politiques publiques sociales et sanitaires. Le droit au choix de vie de la personne en situation de handicap est au centre de la Loi 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap », ce qui lui permet de mener la vie qu'elle souhaite avec les formes de protection et d'accompagnement nécessaires. Cette loi s'appuie sur la notion de compensation dans tous les actes de la vie y compris sociale et citoyenne.

C'est donc naturellement que les structures ont commencé à accompagner de plus en plus de personnes en situation de handicap mais sans y être vraiment préparées. Elles se sont appuyées sur leurs compétences acquises auprès des personnes âgées et sur leur expertise de l'aide au maintien à domicile comme moyen de compensation de la dépendance. Toutefois, il leur manquait la connaissance du public en situation de handicap, ou plutôt des publics en situation de handicap et aussi, la connaissance des acteurs de ce champ. Acteurs, souvent issus des associations représentantes de personnes en situation de handicap et de leurs familles, qui ont développés de l'expertise sur le handicap et affinés leurs attentes en matière de maintien à domicile.

Fortes de leurs capacités à s'adapter à chaque situation tant d'un point de vue technique qu'organisationnel, nombre de structures de l'aide à domicile, ont développé des savoir-faire pour accompagner ce public en situation de handicap, mais le plus souvent sans réelle stratégie.

Or, s'il apparaît significatif à l'issue de cette étude que l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap constitue une opportunité de développement pour les structures, elles doivent, pour proposer des services de qualité et acquérir une légitimité dans le champ du médico-social, s'attacher à exercer une veille sur les politiques publiques, à se rapprocher des autres acteurs du médico-social et du sanitaire et à bâtir une stratégie adaptée.

Pour chaque structure, la décision d'orienter tout ou partie de son activité vers l'aide et l'accompagnement du public en situation de handicap doit être portée politiquement par les membres du Conseil d'Administration de l'Association, à partir d'une connaissance éclairée du sujet et de ses enjeux.

La stratégie mise en place tiendra compte de l'environnement, des positions des autres acteurs, des stratégies communes éventuelles à mettre en place, des besoins des usagers repérés, de la capacité de la structure, en termes de place sur le territoire, de taille, de compétences.

Cette stratégie déclinera les services à améliorer ou à créer, l'organisation et la gestion des compétences à mettre en place, le management à adopter. La formation du personnel est un atout majeur tant pour les intervenants que pour les différents encadrants qui eux, se

doivent d'acquérir des compétences pointues en coordination, management, ingénierie de la qualité, ingénierie de développement.

Cette stratégie inclura une politique de communication en lien avec les supports déjà existants sur le territoire et avec l'appui des réseaux.

L'étude ne permet pas de conclure à une montée en puissance de création d'emplois à court terme mais—elle permet toutefois de démontrer que le secteur est à plus long terme potentiellement créateur d'emploi.

Il apparaît que, pour les structures, ces nouvelles formes d'activités constituent moins un gisement important d'emplois, qu'un levier déterminant de **modernisation** et de **stabilisation** intégrant la nécessaire **évolution des métiers** et des **parcours** dans le secteur l'aide à domicile et plaçant celui-ci dans une position d'**anticipation** au regard de l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

- **Modernisation**, tout d'abord, puisque la mise en œuvre d'activités sur le champ du handicap oblige les structures à investiguer leur stratégie à moyen et long terme, à anticiper sur leurs besoins en ressources nouvelles, à faire évoluer leurs modes d'organisation et de management et à prendre une véritable place vis-à-vis des autres acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire.
- **Evolution, création de nouveaux métiers** ensuite, dans les domaines de la coordination et du management des interventions, de l'ingénierie de la qualité et du développement, de l'accessibilité à la culture et aux nouvelles technologies, de la remédiation fonctionnelle et cognitive, du soutien à la parentalité et aussi, de l'éducation thérapeutique. Professionnalisation des intervenants et stabilisation des emplois dans la mesure où l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap requiert des compétences autres que celles mobilisées dans le cadre de la dépendance. L'aide auprès des personnes en situation de handicap, considérée par les intervenants comme une mission motivante, peut ainsi devenir pour ceux-ci une étape d'acquisition de compétences importante dans un parcours professionnel ou dans une évolution dans une filière de métier. Ce type de mission peut également constituer une passerelle pour évoluer vers d'autres métiers du secteur médico-social.
- **Anticipation** enfin, face aux évolutions épidémiologiques, notamment des maladies chroniques invalidantes (sclérose en plaque, cancers, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, maladies rares, troubles psychiques ...). Elles touchent 20 % de la population en France,³³ représentent une des causes majeures de handicap et sont le premier facteur de mortalité en Europe. Ces maladies, l'espérance de vie augmentant, continueront à progresser et sont donc au centre des préoccupations des politiques de santé à l'échelle européenne et mondiale.³⁴ Les approches des politiques publiques sur ce thème sont fondées sur la prévention et le soutien au bien-être pour toute la vie.

Aider les personnes en situation de handicap à maintenir une qualité de vie à domicile et à partir du domicile tout en les aidant à compenser le handicap, à maintenir ou développer leur autonomie, est le cœur du métier de l'aide à domicile. L'étude démontre que le

³³ Cf le plan 2007-2011 du ministère de la santé pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques – à noter le 8 octobre 2012 à Paris ont eu lieu les 1ers états généraux nationaux des personnes concernées par une maladie chronique.

³⁴ Cf le Plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles.

secteur, en se professionnalisant sur le champ du handicap est capable de répondre aux besoins complexes mais vitaux des personnes en situation de handicap.

La mise en œuvre d'actions de développement d'emplois et de compétences (ADEC) va permettre à la branche de soutenir cette évolution tant par la mise à disposition d'outils (guides, répertoires...), la proposition de parcours de formation, le renforcement des relais sur les territoires, la formalisation des bonnes pratiques...

Grâce à ces actions la branche continuera ainsi à participer aux grands chantiers sanitaires et médico-sociaux de demain.

ANNEXES

Annexe 1 : la grille d'interview

Date de l'interview

Structure/ Fédération :

Interlocuteur :

Services / public :

Selon vous, quelle lecture les associations de la branche ont-elles par rapport à la prise en charge du handicap au domicile ?	
Quels sont les enjeux, selon vous, de la prise en charge du handicap au domicile pour les services ?	
Les atouts	
Les obstacles	
Les contraintes	
Les opportunités	
Les enjeux pour la personne en situation de handicap ?	
Les enjeux pour les professionnels ?	
Quelle lecture avez-vous de la prise en charge du handicap au domicile ? Comment votre structure se positionne en termes de services rendus ? En termes d'organisation de ces services ? En termes de fonctionnement ? ...	
Quels sont selon vous, les impacts sur les métiers, les compétences, les qualifications, les formations, ?	
De quelles expériences, acteurs, experts, avez vous connaissance par rapport à cette thématique ?	
Quelles associations, structures, personnes ressources connaissez-vous dans d'autres départements	

Annexe 2 : les monographies

Département 62 : Pas de Calais

Association 1

- 99 salariés 1
- Pour le SAAD : P
 - Responsables de secteurs, une secrétaire, 4
 - 60 aides à domicile dont 111 AVS (80 % ont un niveau B et C). 1
- Pour les 2 SSIAD: P
 - infirmières coordinatrices, 3
 - 2 aide-soignantes et AMP, 3
 - 5 places pour personnes en situation de handicap sur 20 sont remplies, soit 4 ETP d'aide-soignants. 1

Association 2

- Pour le SSIAD 17 : 125 salariés (dont 14 aides-soignantes et 3 AMP) P
- Pour le SAAD : 115 auxiliaires de vie P
- L'Association porte aussi un service mandataire pour couvrir les besoins complémentaires. L

Positionnement des structures par rapport à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Association 1

L'association intervient en milieu rural, il est donc difficile de spécialiser le personnel, alors que les établissements représentant des familles demandent de la spécialisation.

La présidente de l'Association et la directrice ont une volonté forte de développer une stratégie auprès de ce public, en travaillant avec le Conseil Général sur le territoire, en partenariat avec les structures et associations locales. Sa stratégie est d'établir des conventions avec des associations qui portent des SAMSAH.

Association 2

Au global 3 % des heures sont réalisées à destination des personnes en situation de handicap sur 2011 (ce qui représente 8 personnes souffrant d'un handicap moteur ou mental).

Depuis l'arrivée de la PCH, l'Association s'attendait à avoir plus de personnes en situation de handicap à accompagner et a donc anticipé en mettant en place une sensibilisation aux différents handicaps, ce qui a servi également pour les personnes âgées. Le développement

des services auprès des personnes en situation de handicap est un enjeu fort pour la structure qui perd actuellement des heures auprès des personnes âgées et qui risque d'en perdre encore avec l'ouverture de plusieurs EPAHD sur le territoire. Les administrateurs sont très concernés par les personnes en situation de handicap et l'association a passé un conventionnement avec une autre association qui a des hébergements pour personnes en situation de handicap sur le territoire. Par exemple, ce partenariat permet d'intervenir à domicile lorsque ces personnes reviennent dans leur famille le week-end, ou pendant les vacances. La Direction estime que la montée des prises en charge des personnes en situation de handicap permet de pérenniser des emplois et renforcer l'attractivité pour le secteur de l'aide à domicile.

L'impact sur la planification et la coordination des interventions

Association 1

La période cruciale de l'accompagnement correspond au démarrage de l'intervention : la première demande intervient souvent lorsque le handicap s'aggrave, dans une sorte de « crise » où tous les repères sont remis en question.

Les plans d'accompagnement sont très liés aux habitudes de la personne, à la logistique du domicile, à l'environnement, à la famille ce qui nécessite un ajustement permanent.

L'association essaie de développer une équipe autour des personnes en situation de handicap, d'organiser des binômes pour qu'un professionnel apprenne à l'autre à se servir du matériel (lève-malade) ou pour des situations complexes.

Un cahier de transmission commun chez la personne pour tous les intervenants est mis en place au domicile : aide-soignante, aide à domicile, pédicure, infirmière, médecin, famille. Les familles peuvent aussi utiliser ce cahier.

Association 2

Récemment une garde de nuit itinérante a été mise en place pour couvrir les besoins de nuit. Ce sont des personnes qualifiées qui interviennent (DEAVS). Auparavant le service mandataire intervenait (donc, le plus souvent, un personnel ni formé, ni managé).

Pour la direction, il nécessite d'augmenter les amplitudes horaires : des réunions avec les encadrants sont mises en place pour préparer les salariés qui pourront travailler jusqu'à 22 heures.

La gestion des ressources et des compétences

Association 1

Les intervenants soulignent que le plus difficile avec ce public c'est de gérer le mal-être des personnes, qui n'acceptent pas leur handicap ou l'aggravation des troubles. Ils doivent également être très vigilants quant au respect de l'intimité, la pudeur, la dignité de la personne (exemple pour la toilette d'un jeune adulte : trouver avec lui une manière d'aider à faire la toilette qui respecte sa pudeur).

La responsabilité est forte et pèse d'autant plus que les intervenants sont la plupart du temps seuls au domicile et que chaque jour il faut évaluer et s'adapter à l'état de la personne, son humeur, son planning (des rendez-vous dans la journée)...

Deux difficultés majeures sont exprimées par les aides à domicile : la crainte de « faire mal à la personne » et celle de « se faire mal », notamment lorsque le matériel n'est pas adapté.

Certains handicaps comme le handicap psychique nécessitent une formation approfondie.

Les professionnels insistent sur l'importance d'avoir :

- es réunions concernant les pathologies complexes,
- ne analyse de pratique avec le psychologue,
- n fort soutien des responsables de service et coordinateurs.

d
u
u

Pour la direction, si il y a priorité à poursuivre la formation et le développement des compétences, la structure se heurte toutefois à des problèmes de financement de celle-ci. D'autre part, les contenus des formations dispensées ne sont pas toujours à la hauteur des exigences (trop généralistes notamment pour les aides-soignantes).

Les intervenants qui accompagnent le public handicapé soulignent leur intérêt et leur motivation pour réaliser des formations.

La DRH recrute des diplômés de DEAVS, mais a des difficultés à trouver des candidats. Souvent les jeunes recrutés pour des remplacements passent le diplôme d'aide-soignante pour travailler en structure d'hébergement.

Association 2

Pour l'instant, il n'y a pas de formation spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il n'y a pas non plus d'équipe dédiée pour ce public car il y a trop peu de demandes.

La directrice a choisi de recruter des AMP au SSIAD pour diversifier les compétences et être en mesure de mieux répondre aux personnes en situation de handicap.

Avec la responsable qualité, l'équipe de direction a mis en place des outils supports à la professionnalisation des salariés.

Elle élabore le référencement AFNOR, et prépare la labellisation HANDEO et l'évaluation interne. Elle a mis en place des instances de pilotage de la qualité.

L'évolution du SSIAD va vers la création d'un service spécialisé avec des aides-soignantes et des AMP pour renforcer les compétences de l'accompagnement. Ce service doit fonctionner avec une amplitude horaire plus grande afin qu'il y ait plus de souplesse pour s'adapter aux besoins des usagers.

Le développement du partenariat

Les stratégies développées pour les 2 structures sont de se rapprocher des associations représentantes de personnes en situation de handicap (APF, ADAPEI, UNAFAM, Papillons Blancs).

- Projet d'un développement de services d'aide à domicile pour des logements adaptés à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes.
- Aide à domicile pour les enfants en périscolaire, en partenariat avec les SESSAD.
- Relations de partenariat pour repérer les besoins complémentaires et développer des interventions à domicile, de répit.
- Relations avec le secteur psychiatrique (pour les retours d'hospitalisation par exemple).

Sous le pilotage du Conseil Général, l'élaboration d'une plate-forme d'aide aux aidants est lancée avec la constitution d'un guichet unique.

Pour les deux structures la nécessité est vitale d'être davantage visible par rapport aux prescripteurs (par exemple les médecins, le secteur hospitalier, le secteur psychiatrique) et de valoriser les compétences de la structure en matière de handicap.

Les relations avec les prescripteurs et financeurs

Le Conseil Général

Le Conseil Général du Pas-de-Calais a créé, dans son schéma médico-social en faveur des personnes en situation de handicap, des Comités Territoriaux de Handicap afin de permettre la prise en compte de la dimension territoriale dans l'élaboration et la mise en œuvre du schéma départemental. Sur chacun de ses 9 territoires, afin de gagner en cohérence et en lisibilité pour les publics, le Conseil Général exerce ainsi sa mission de coordination des structures du social et médico-social sur l'ensemble de la palette de services : Aide à domicile, Logement adapté, Répit, Hébergement temporaire, Hébergement complet. Le Conseil Général souhaite que les SAAD travaillent avec les établissements comme des relais sur tout le territoire. Le Conseil Général encourage le développement des SAVS et des SAMSAH polyvalents, qui doivent jouer un rôle de coordination. Une des associations fait partie de l'expérimentation pilotée par l'ADF (préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD ; dotation globale qui permet de lisser les heures annuellement et d'avoir plus de souplesse dans la gestion ; passation de CPOM pluriannuels). Un partenariat a été signé en Septembre 2011 et un comité de suivi créé en Février 2012.

Le Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais a créé un Plan Métier : un Regroupement d'employeurs pour monter un plan de formation inter-associatif, le coût pédagogique étant assuré par UNIFORMATION. Deux plans de formation ont vu le jour, en 2010 et en 2011, une session pour les coordinateurs, une pour les AS et les AD. Un partenariat inter-fédération est activé (UNA-ADMR-ADESSA) afin de mutualiser les formations avec l'appui du Conseil Régional (REA Domicile).

La MDPH

Le système d'autorisation fait entrer les SAAD dans le champ du médico-social. Le département est bien pourvu et bien maillé par les SAAD. Les services évaluateurs MDPH contactent les SAAD si il y a un handicap lourd. C'est un moyen pour mieux connaître les structures. Le problème qui est souvent évoqué comme source de mécontentement par les personnes en situation de handicap est celui de l'amplitude horaire. Même s'il y beaucoup d'améliorations, les structures doivent continuer de faire des progrès dans ce sens. La MDPH souhaite que la participation à la vie sociale soit plus développée dans les services rendus par les SAAD, et également que soit limité l'impact des problématiques rencontrées telles que celles liées aux assurances qui peuvent empêcher le transport et donc la mobilité des personnes en situation de handicap.

Département 75 : Paris

Association 1

Pour le SSIAD, un effectif de :

- 9,76 ETP d'aide - soignantes

- 16,18 ETP d'infirmières
- 3,28 ETP d'ergonome et de psychologue.
- 200 places.

Pour le SAAD, un effectif de :

- 88 ETP d'aide à domicile
- 5 ETP encadrements

Association 2

Un SAAD avec un effectif de 26,95 ETP d'aide à domicile et 1 chargé de coordination

Positionnement des structures par rapport à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Association 1

L'association exerce en tant que SPASAD et a la responsabilité d'un SAAD et d'un SSIAD. Elle porte également un service mandataire.

En 2011, elle accompagne un millier de personnes.

Il n'y a pas de service dédié aux personnes en situation de handicap. L'association considère que c'est un public « naturel » pour lequel l'activité s'est développée depuis la Loi 2005 et qui structure l'organisation.

Le service de soins à domicile a actuellement une capacité de 270 places dont 9 places pour les personnes de moins de 60 ans atteintes d'une pathologie lourde, chronique ou en situation de handicap.

Le SAAD réalise en 2011, 104 580 heures dont 8329 heures pour les personnes en situation de handicap.

Le public handicapé représente 6 % des personnes accompagnées. Le nombre de personnes en situation de handicap accompagnées par la structure est en augmentation, avec des pathologies diverses : non-voyants, maladies graves, jeunes autistes, hémiplésiques...

Association 2

En 2011, 3 bénéficiaires ont reçu un accompagnement ce qui représente 10 % des heures d'accompagnement de la structure.

A chaque fois qu'il y a une demande pour une personne en situation de handicap, une prise en charge est mobilisée. Pour autant, il n'y a pas de stratégie de développement particulière.

L'impact sur la planification et la coordination des interventions

Association 1

L'étape de l'accueil est cruciale : une évaluation est faite soit par un chargé d'évaluation et de suivi pour le SAAD, par l'infirmière coordinatrice pour le SSIAD.

Au SAAD les chargés d'évaluation et de suivi ont une qualification de TISF, de CESF, ou d'assistante sociale.

Il peut y avoir des évaluations en commun SSIAD/ SAAD, si une personne présente un handicap complexe. Le SAAD et le SSIAD ont les mêmes outils d'évaluation ce qui simplifie la transmission des informations, pour un même usager, et rend aisé les évaluations communes. Le projet est continuellement réévalué, car toujours en évolution. Si le professionnel arrive avec des réponses techniques toutes faites, cela peut générer un phénomène de rejet par la personne en situation de handicap.

Au SAAD, toute nouvelle prise en charge est présentée en réunion.

La personne référente est présentée lors d'une première rencontre auprès de la personne en situation de handicap, de sa famille. Dans les situations les plus complexes, une organisation spécifique (les clefs, le stock de matériel...) doit être mise en place.

Les personnes en situation de handicap expriment souvent le besoin de ne pas être couchées tôt. Pour l'instant, les équipes du soir n'existent pas et il est difficile de répondre à ces attentes. La direction projette un déploiement de l'amplitude horaire des interventions.

Association 2

Pour la direction, le choix de l'intervenant est primordial. En cas d'un accompagnement à forte amplitude horaire, il faut pouvoir créer un trinôme avec les mêmes intervenants (deux personnes se relaient la journée et une intervient le WE par exemple).

Pendant les périodes de congé, un intervenant, chez qui on décèle des capacités à accompagner une personne en situation de handicap, va assurer le remplacement de l'intervenant habituel, ce qui va permettre de diversifier ses compétences, de valider ou non la possibilité d'accompagner une personne en situation de handicap. L'intérêt pour l'association est de pouvoir continuer à étoffer une équipe plus amplement dédiée à l'accompagnement du handicap à domicile.

La gestion des ressources et des compétences

Association 1

Le SAAD a fait le choix de constituer une équipe d'intervenants relativement stable, pour assurer une continuité la semaine et le WE. Le SSIAD, quant à lui a mis en place une organisation avec un changement d'intervenants tous les mois. La coordonatrice du SSIAD estime ainsi prévenir l'usure des aides-soignantes et les protéger aussi d'une gestion émotionnelle parfois difficile, selon les situations.

En parallèle, le management interne est important : les postes tels que responsables de service, responsables infirmiers et chargés de suivi et d'évaluation sont indispensables pour l'organisation, l'encadrement, le contrôle et le soutien nécessaires aux équipes.

L'intérêt est démontré de mettre en place une équipe pluridisciplinaire notamment sur les plans psychologiques et ergonomiques.

Tant qu'il n'y a pas d'usure, l'aide à domicile peut accompagner très longtemps une personne. Des liens se créent mais aussi des tolérances, des habitudes qui s'installent et les coordonnateurs y sont vigilants.

Pour le SSIAD, toutes les semaines, chaque équipe de secteur se réunit 2 heures. Les situations posant problème sont analysées. Cela permet d'orienter les pratiques, de faire évoluer les compétences.

Pour le SSAD, il n'y a pas de financement d'heures de coordination ou de réunions d'équipe.

Les réunions sont organisées au cas par cas.

Des réunions de supervision sont proposées par les encadrants intermédiaires, les ergothérapeutes ou les psychologues.

Association 2

Pour la Directrice, le DEAVS correspond aux exigences en termes de compétences pour accompagner le handicap. En revanche, ce sont toujours les intervenantes ayant bénéficié de formations complémentaires (para-médical, psychologie) qui sont mobilisées en priorité pour gérer les accompagnements des personnes en situation de handicap.

La Direction met en place un accompagnement de soutien et d'écoute, surtout lors des périodes de crise, de forte dégradation de l'état de santé des personnes ou encore lorsque les intervenants doivent gérer des situations difficiles.

Elle encourage les intervenants à venir au siège pour échanger, et les appelle régulièrement pour faire le point sur les situations.

La directrice souhaite mettre en place des formations courtes mais plus fréquentes qu'actuellement, bien que ce soit difficile au vu de l'organisation très tendue.

Elle a émis l'idée d'organiser des groupes de parole inter-associations pour les intervenants auprès de personnes en situation de handicap.

Le développement du partenariat

La direction d'une des structures signale combien l'image « historique » de l'aide à domicile comme spécialiste d'intervention en gérontologie a été longtemps un frein pour développer l'accompagnement des situations de handicap au domicile, au regard des associations des établissements du médico-social « expertes » du handicap.

Aujourd'hui, les relations avec des associations, comme par exemple l'ADAPEI, l'APF, l'AFM se sont simplifiées et permettent un vrai partenariat.

Une collaboration se développe pour une structure avec le Centre de Ressources Multi Handicaps et le Centre de Ressource Autisme afin de développer des plans de formation ajustés.

Pour les structures, il est fondamental de continuer à travailler en réseau de manière à créer des mutualisations en termes de formations, d'interventions et aussi pour répondre aux appels à projet.

Les relations avec les prescripteurs, financeurs

Les relations des structures avec le Conseil Général sont jugées de bonne qualité. Avec la MDPH, elles ont évolué positivement, de par la valorisation des savoir-faire en matière d'accompagnement des situations de handicap.

Le nouveau schéma départemental est en cours d'élaboration.

Le Conseil Général identifie peu de services d'aide à domicile spécialisés auprès des personnes en situation de handicap.

La perspective est de pallier au problème de visibilité, pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants, afin de les aider à se repérer au sein des différents services et structures du Département.

D'autre part, face au manque d'une coordination des parcours, une organisation territoriale est mise en place. Cette coordination sur le territoire pourrait renforcer le rôle des SAMSAH.

Pour les représentants du Conseil Général, maintenir la vie à domicile est important pour tout citoyen quelle que soit sa situation. En revanche, cela expose aussi beaucoup à la solitude. Ainsi, des actions collectives sont probablement à mettre en place ou à développer. Les logements semi-collectifs, par exemple, peuvent être une réponse.

A titre d'illustration, la Ville de Paris a programmé 200 logements pour les personnes dépendantes qui souhaitent vivre à domicile.

Pour le Conseil Général, la formation des personnels qui accompagnent les situations de handicap à domicile est essentielle : Un projet de convention est en cours avec la CNSA, le Conseil Général, les associations de la branche pour concevoir un programme de formation ambitieux, à destination notamment des responsables de service.

Association 1

- créée en 1989, C
- 65 salariés (77 ETP) I
- siège unique à Tarbes mais intervient sur tout le département S
- n'adhère pas à une structure nationale n
- 5 personnes en situation de handicap accompagnées dans le cadre d'un PCH. I

Association 2

- association créée en 1952. A
- intervient sur l'ensemble du département et dispose de 5 antennes. I
- 600 salariés (600 ETP) 9
- le SAAD regroupe 80 % des effectifs. L
- 78 000 heures d'intervention en 2011 6
- création de 3 SSIAD et d'un EPAHD C
- CH: 34 000 Heures et ACTP (aide compensatrice pour la tierce personne) 24 000 heures. Adhérente à la FNAFP P

Positionnement des structures par rapport à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap**Association 1**

La prise en charge d'un public en situation de handicap apparaît comme un prolongement naturel de l'aide et l'accompagnement des personnes âgées. Son développement s'est fait progressivement au fil des demandes. Actuellement, 15 personnes bénéficiant de la prestation compensatrice du handicap sont suivies par l'association.

Les évaluations initiales du besoin destinées à élaborer le projet d'accompagnement sont réalisées par les agents de la MDPH ou de la CARSAT. Pour certaines situations complexes une responsable de secteur de l'association peut être sollicitée.

Les prestations les plus fréquentes réalisées auprès des personnes en situation de handicap sont l'aide à la toilette, l'habillage, les « soins » esthétiques, les aides au déplacement et au transfert, l'accompagnement de sorties (médecin, courses...) et aussi, la lecture et les jeux. Lorsque l'accompagnement concerne l'ensemble d'une famille (exemple d'une maman

myopathe) les intervenantes promènent les enfants, contribuent au maintien du climat relationnel avec le reste de la famille.

Association 2

C'est au sein du SAAD que se déploient les interventions auprès des personnes en situation de handicap bénéficiaires de la PCH. L'association n'a pas souhaité constituer un service dédié. Les salariés, essentiellement de catégorie C, interviennent indifféremment auprès de personnes âgées dépendantes et en situation de handicap. L'association, au delà des heures réalisées dans le cadre de la PCH et de l'ACTP, participe, pour 18 000 heures, à la gestion d'un service résidence accueil, faisant partie du SAAD et destiné à aider à l'autonomie de personnes présentant des troubles psychiques. Les personnes concernées vivent à 3 ou 4 en autonomie dans un appartement et bénéficient d'un dispositif d'accompagnement.

L'impact sur la planification et la coordination des interventions

Association 1

L'association essaye d'éviter les changements d'intervenantes auprès des personnes en situation de handicap. Les 2 Responsables de secteur construisent le programme des interventions et deux adjointes viennent en soutien pour la gestion des absences et des changements d'horaires. Les plans d'aide des personnes en situation de handicap sont plus conséquents que pour les personnes âgées (4 ou 5 heures par jour) les possibilités d'adaptation des horaires sont plus aisées.

Association 2

Compte tenu du volume horaire des interventions auprès des personnes en situation de handicap, la planification est difficile à organiser et mobilise une partie importante de l'activité des responsables de secteur. L'intervention est le plus souvent découpée en plusieurs moments (lever, repas du midi et coucher) assurée sur une journée par la même aide à domicile. Pour une intervention importante, 8 salariés peuvent se succéder tout au long de la semaine et le week-end. Les aléas et les congés ajoutent de la complexité à la planification. Il faut, de plus, gérer les aspects matériels de cette planification (clefs du domicile, transmission des consignes...)

La gestion des ressources et des compétences

Association 1

De façon générale, l'association ne rencontre pas de réelle difficulté de recrutement sauf durant la période estivale où elle fait appel à des remplaçantes étudiantes en école d'infirmière. Toutefois, l'association privilégie pour accompagner des personnes en situation de handicap les intervenantes titulaires d'un BP carrières sanitaires et sociales ou d'une MCAD (Mention Complémentaire d'Aide à Domicile). Elle ne dispose pas encore de suffisamment de personnel compétent pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Ainsi, pour accompagner une personne tétraplégique, l'association a dû procéder à un recrutement spécifique.

Dans la mesure du possible, les responsables de secteur s'attachent à ce que les aides à domicile interviennent dans un secteur proche de leur lieu d'habitation. Les conditions de circulation dans un département de montagne peuvent, en effet, être difficiles en hiver.

Un plan de prévention des risques professionnels a été mis en œuvre (formation sur les risques routiers, gestion des tâches répétitives, la distance professionnelle et les changements d'usagers).

Les conditions de travail au domicile des bénéficiaires sont parfois difficiles (habitat dégradé, manque de matériel médicalisé).

Les compétences attendues concernent la polyvalence, le maniement d'un matériel médicalisé, le signalement de la dégradation de l'état de santé et, également, la dimension relationnelle vis-à-vis des bénéficiaires et de leur famille. Il n'y a pas une volonté de spécialisation des intervenantes de la part de l'association.

Chaque année, 2 modules de formation (manutention des personnes, types de pathologie, Alzheimer...) sont proposés à chacune des intervenantes qui se positionnent en fonction de leurs besoins.

Des intervenantes ont pu obtenir, par la VAE, la MCAD (Mention Complémentaire Aide à Domicile).

Une réflexion est en cours pour permettre des échanges entre les intervenantes.

Association 2

Les aides à domicile intervenant auprès des personnes en situation de handicap sont essentiellement des catégories C ou de catégorie B avec formation qualifiante. Toutefois, l'association estime ne pas disposer de suffisamment de ressources pour répondre à une demande en augmentation. L'association peut donc être amenée à recruter des intervenants externes pour répondre à des demandes sur des handicaps complexes à accompagner. Les compétences spécifiques requises pour ce type d'accompagnement résident dans l'adaptation à des situations nouvelles et évolutives correspondant aux différents types de handicap et le maintien d'une bonne distance professionnelle.

La modulation des salaires existe depuis 2009 ainsi que la télégestion.

Les intervenantes rencontrent en réunion leur responsable de secteur une fois par mois afin d'évoquer leurs situations de travail.

Les formations concernent principalement : gestes et postures, utilisation de matériel médicalisé, soins corporels, accompagner au quotidien une personne en situation de handicap, troubles psychiques, Alzheimer. L'encadrement bénéficie également d'une formation sur le handicap. Il est à noter que la FNAFP, à laquelle adhère l'association, a créé dans le Sud-Ouest un parcours de formation spécifique aux Responsables de secteur sur deux années, composé de 7 modules.

Les intervenantes ont un réel intérêt pour les missions menées auprès de personnes en situation de handicap et considèrent celles-ci comme un enrichissement de leur travail. Si les réticences sont plus importantes vis-à-vis des personnes souffrant de troubles mentaux, les aides à domicile, dès lors que leur intervention est bien cadrée et qu'elles reçoivent un appui de leurs responsables de secteur, s'investissent dans leur accompagnement.

Les responsables de secteur ont donc un rôle essentiel de soutien auprès des intervenantes et, aussi, de régulation auprès des autres intervenants au domicile (personnel médical ou social) dans le cadre de plans d'accompagnement à forte dimension pluridisciplinaire.

Le développement du partenariat

Les 2 associations « travaillent en bonne intelligence » avec les autres organismes du secteur médical et médico-social .

Pour l'Association 1, lorsqu'il y a mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD), le personnel médical est présenté par la Responsable de secteur à l'équipe d'intervenante. L'association collabore avec le réseau ARCADE (médecin, kiné, infirmière...) qui accompagne les fins de vie. Des coopérations ont été créées avec l'association Bigorre Alzheimer afin de soulager les aidants. Un projet d'accompagnement spécifique d'enfants en situation de handicap dont les besoins ont été identifiés a été proposé à la CARSAT.

Les relations avec les autres associations du secteur de l'aide à la personne sont constructives et permettent des positionnements communs auprès des institutions publiques.

Les relations avec les prescripteurs et financeurs

Le Conseil Général

Le Conseil Général souhaite que les associations puissent former leur personnel aux compétences spécifiques de l'accompagnement du handicap à domicile mais, la raréfaction des ressources ne lui permet pas de financer le taux horaire que l'augmentation du taux de qualification implique.

Un manque d'information et de formation perdure tout particulièrement pour l'aide et l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques. Or, le Conseil Général et l'ARS constatent une croissance importante de la demande concernant l'aide et l'accompagnement à domicile de personnes souffrant de troubles psychiques.

La création de services dédiés au handicap pourrait favoriser cette professionnalisation mais la spécialisation des intervenants peut générer des problématiques d'usure professionnelle et de TMS. .

Les associations sont réactives et répondent aux sollicitations de prise en charge du fait même de la forte concurrence qui existe sur ce secteur. Des contraintes perdurent néanmoins sur la prise en charge durant les week-end ou les jours fériés ainsi que pour les fins de journée, les contraintes de ressources humaines ne permettent pas aux associations de s'adapter aux modes de vie des usagers, qui alors n'ont pas toujours le choix de l'horaire du lever ou du coucher par exemple.

Pour l'ARS, outre la professionnalisation des intervenantes, les besoins se situent dans la création de postes de coordination entre les SSIAD et les SAAD afin de construire et réguler des parcours de santé à domicile.

Les projets d'avenir ne concernent pas la couverture des besoins au niveau du département qui ne souffre pas de manque mais bien la médicalisation partielle de l'aide à domicile sous la forme de SAMSAH permettant une meilleure articulation entre médecine de ville et hospitalière et la médicalisation des services d'aide à la vie sociale. Les attentes en termes de professionnalisation concerneraient la réponse à des attentes des personnes en situation de handicap comme l'accès à la culture, l'aide et l'accompagnement dans les démarches administratives. Ces projets se mèneront dans le cadre du schéma régional et de sa déclinaison départementale sous forme d'appels à projets. Mais, le contexte financier risque de réduire l'ampleur de ces projets.

Le Conseil Général estime enfin qu'il devra progresser dans l'évaluation de la qualité des prestations.

La MDPH

La coordination entre la MDPH et les associations est perçue comme satisfaisante. La MDPH évalue l'enveloppe de la PCH et celle-ci est amenée à évoluer en concertation avec l'association si le besoin est exprimé. La MDPH travaille actuellement sur des outils qui

permettront une meilleure transmission des informations entre ses services, les bénéficiaires et les structures d'aide et l'accompagnement à domicile (missions, horaires...).

Association 1

- 1 salarié(e)s dont 2 responsables de secteur (13 ETP). 3
- 'association 1, créée en 1995, est présente sur le département de l'Hérault avec deux antennes : Montpellier et Béziers qui couvrent des zones essentiellement urbaines et périurbaines. L
- ans le cadre de l'agrément qualité le service dispense les activités suivantes : D
 - Aide aux personnes âgées, dépendantes et en situation de handicap
 - Aide aux adultes en situation de handicap
 - Garde d'enfant de moins de trois ans
 - Accompagnement d'enfants de moins de trois ans

Association 2

- 32 salariés (300 ETP) sont employés par l'association 4

Positionnement des structures par rapport à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap**Association 1**

En 2010, le nombre de personnes en situation de handicap accompagnées par l'association était de 10 auquel venaient s'ajouter 5 personnes souffrant de troubles de type Alzheimer. Les intervenants sont des titulaires du DEAVS ou AMP ou sont Assistantes de vie. Les pathologies des bénéficiaires sont diverses : Maladies orphelines, scléroses en plaque, cécité, myopathie, Alzheimer. Pour les cas les plus lourds, le plan d'aide peut aller jusqu'à 160 heures par mois avec la constitution d'une équipe de 3 intervenantes. Dans certains cas, les intervenants assurent une présence constante de 8h à 20h, leur présence étant vitale pour la personne. La stabilité et la qualité de l'équipe intervenante est primordiale pour ces personnes dont la vie quotidienne dépend en grande partie du service à domicile. Les compétences requises portent sur l'adaptabilité, la discrétion, l'écoute et la prise en charge d'une problématique globale où il conviendra de ne « pas faire à la place » de la personne en situation de handicap. La culture de l'aide à la famille, qui existe dans l'association depuis son origine, favorise un accompagnement élargi de la personne en situation de handicap. Ainsi une intervention auprès d'un jeune ayant un très lourd handicap se fait au domicile d'une assistante maternelle et inclut des activités ludiques, l'aide et l'accompagnement d'une scolarité séquentielle.

Association 2

L'association ayant centré ses activités sur l'aide à domicile des personnes bénéficiant de l'APA, le nombre de personnes en situation de handicap accompagnées par l'association dans le cadre de la PCH reste peu important.

La MDPH réalise une première évaluation de l'enveloppe horaire de l'accompagnement.

L'impact sur la planification et la coordination des interventions

Association 1

Le volume d'heures important que mobilise chaque plan d'aide dans le cadre de la PCH rend difficile la planification des interventions et nécessite que les secteurs puissent mettre à disposition (« se prêter ») du personnel. Les Responsables de secteur consacrent beaucoup de temps à élaborer les plannings. Lorsque la PCH est liée à la prise en charge d'une TISF, un lien est établi avec l'assistante sociale et/ou l'éducatrice. A noter également que les personnes en situation de handicap s'expriment sur le fait que la PCH prend en charge l'aide humaine, ce qui est déjà indispensable à leur vie quotidienne, mais l'absence de prise en charge d'heures de ménage est dommageable. Pour les bénéficiaires qui ont une prise en charge importante (personnes en situation de handicap) nécessitant des intervenants extérieurs à l'association, des réunions de coordination sont parfois mises en place. Cela est souvent très difficile à réaliser.

Sur des situations les plus « complexes », des réunions sont parfois mises en place entre la responsable de secteur et l'équipe intervenante pour une même personne.

Association 2

La MDPH réalise une première évaluation de l'enveloppe horaire de l'accompagnement.

La gestion des ressources et des compétences

Association 1

Le respect de la bonne distance professionnelle est une question essentielle du management des équipes. Afin d'éviter un attachement trop exclusif entre les intervenantes et les bénéficiaires, les responsables de secteur s'attachent à ce que les bénéficiaires puissent voir plusieurs intervenantes. Il est plus difficile de recruter, durant l'été, du personnel remplaçant. Beaucoup de besoins pour l'association et moins de candidats (concurrence de l'activité liée au tourisme). Compte tenu des déplacements à réaliser avec les bénéficiaires (courses, déplacements chez le médecin), il est nécessaire que la postulante ait le permis de conduire et un véhicule ; ce qui constitue parfois un obstacle.

Tous les trois mois, les responsables de secteur organisent une réunion avec leurs équipes afin d'évoquer les dossiers difficiles, recadrer éventuellement en rappelant les règles de fonctionnement, aborder des thèmes liés au handicap. En cas de conflit entre une intervenante et le bénéficiaire et/ou sa famille, la Responsable de secteur se rend au domicile pour clarifier les causes du conflit. 70% du temps de travail des responsables de secteur est mobilisé sur la situation des personnes en situation de handicap alors qu'elles ne représentent que 9% des bénéficiaires.

En moyenne, les intervenantes partent en formation une fois par an. En 2010, il y a eu une formation « Handicap et manutention des personnes à mobilité réduite » qui a concerné 9 aides à domicile.

Des temps d'analyse de pratique commencent à se mettre en place avec l'aide d'une psychologue car les intervenantes ont besoin d'être épaulées. Toutefois, ces temps d'échange ne sont pas reconnus et les tarifs horaires ne permettent pas leur financement.

Association 2

L'association cherche à confier les interventions chez des personnes en situation de handicap à des aides à domicile de catégorie C ou B. Cela n'est pas toujours possible compte tenu des contraintes de recrutement. Les recrutements s'avèrent difficiles en raison de la pénibilité du travail et des faibles salaires. Il n'y a pas encore de formation dédiée à la problématique du handicap.

Une étude sur l'usure professionnelle a été réalisée en 2012, révélant des difficultés en termes de charge de travail et de déplacements. Un plan de prévention de l'usure professionnelle est mis en œuvre.

Le développement du partenariat

Pour l'Association 1, dans les situations les plus complexes d'accompagnement de personnes en situation de handicap, les intervenants peuvent intervenir en parallèle d'autres intervenants paramédicaux. Le personnel étant celui qui est souvent le plus présent au domicile de la personne en nombre d'heures, il est aussi celui qui connaît le mieux l'ensemble des intervenants. Il a, de ce fait, un rôle facilitateur au niveau de la coordination et est à même d'alerter les autres intervenants d'un problème concernant l'état du bénéficiaire. Le rôle du personnel de l'association dans la coordination des différents acteurs est reconnu aussi bien par les intervenants que par les bénéficiaires. Ainsi, les réunions de coordination concernant l'aide et l'accompagnement des bénéficiaires sont le plus souvent instaurées à la demande de l'association.

Le service fait partie du réseau Pléiades Services.

Le service travaille en collaboration, entre autres, avec l'équipe EMS de l'antenne Lez-Salaison concernant l'intervention auprès de personnes en situation de handicap (notamment un enfant), et l'APF.

Les relations avec les prescripteurs et financeurs

Le Conseil Général

Organiser les interventions pour le maintien à domicile est une des cinq orientations retenues par le schéma départemental des adultes handicapés 2011-2015.

Un dispositif sur les soirées et les fins de nuit a été mis en place depuis 2005 pour pallier les absences des intervenantes par de l'emploi direct ou au titre d'un aidant familial. Il n'y a pas de pilotage de la coordination des différents professionnels intervenants pour des opérateurs ou dispositifs séparés.

Selon les rédacteurs du schéma départemental « la logique des « plateforme de service » exige un pilotage rigoureux des parcours de vie à domicile articulant plusieurs types de prestations et potentiellement d'opérateurs (SAAD, SSIAD, SAVS, SAMSAH, GEM, professionnels de santé notamment médecins libéraux et infirmières libérales). » L'ambition du CONSEIL GÉNÉRAL est de parvenir à la création d'un référent du projet de vie à domicile de la personne en situation de handicap chargé de la coordination des différentes interventions dans le respect de leurs spécificités. Le projet constitue le ciment garantissant la cohérence des interventions.

La formation des personnels des SAAD à la réalisation des gestes techniques pour les personnes en situation de handicap trachéotomisées vivant à domicile améliorerait grandement les conditions de vie de ces dernières. Toutefois, le peu de formations sur cette thématique proposées dans les écoles de soins infirmiers et le caractère minoritaire de cette catégorie d'intervention limitent les possibilités pour les associations de prendre en charge ce type de handicap. Les interventions concernent trop souvent les seuls actes essentiels de la vie courante et pas suffisamment l'accompagnement vers l'extérieur.

La MDPH

L'Association 1 souhaiterait avoir un référent à la MDPH afin d'obtenir plus d'informations concernant les besoins des personnes et anticiper l'élaboration des plans d'aide.

Département 35 : Ille et Vilaine

Association 1

L'association intervient aujourd'hui sur un territoire de 17 communes. Son objectif est d'apporter des réponses souples et adaptées aux besoins de toutes les personnes fragilisées par l'âge, le handicap, la maladie, aux familles en difficulté ou nécessitant une aide ponctuelle, aux personnes accompagnées dans le cadre d'actions préventives voire aux personnes souhaitant déléguer certaines tâches matérielles.

Au fur et à mesure des années, la structure a su croître et développer son activité en passant des conventions avec le CHU et en fusionnant ou reprenant l'activité d'autres structures (CCAS, autres associations d'aide à domicile...)

Un volume d'activités conséquent est pour la structure un véritable levier afin de réaliser des économies de gestion et une mise en commun de moyens. Les mutualisations sont vues comme un moyen de répondre mieux à l'ensemble des besoins des publics fragiles. Ces besoins concernent la continuité de services avec une souplesse des interventions 7j/7j et 24h/24h, la maîtrise des NTIC, la sécurisation du personnel...

Dans le cadre du programme de modernisation, l'association s'est engagée dans les 4 axes développés au niveau départemental à savoir :

- 'axe gestion- administration L
- a gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) L
- a mutualisation des moyens L

- a démarche qualité

En 2012, elle a d'ailleurs reçu la certification liée à la norme NF X 50-056 des services aux personnes.

Association 2

Cette association s'est structurée autour d'un besoin réel en termes d'accompagnement exprimé par les personnes en situation de handicap sur le territoire. Les évolutions de la structure se sont faites en fonction des demandes et des sollicitations.

La structure possède aujourd'hui deux antennes et plusieurs services dont :

- un « service d'assistance vitale » qui consiste à offrir un soutien au domicile en complément du service d'accompagnement social. Le cadre de l'intervention intègre le déroulement quotidien des personnes et correspond aux besoins des différents temps de vie quotidienne (transfert, aspiration endotrachéale, aide aux repas, aide aux actes essentiels de la vie quotidienne, aide à la prise de médicaments, surveillance médicale et prévention).
- un service spécifique à l'aide et l'accompagnement des étudiants en situation de handicap qui a été créé pour permettre aux usagers d'accéder à l'ensemble des facettes de la vie universitaire (les travaux pratiques, les manifestations, les sorties culturelles...), en étant à côté mais sans la suppléer.
- un SAAD qui couvre une large plage horaire puisqu'il est ouvert de 7h à 1h du matin. Cette disponibilité permet aux personnes en situation de handicap de veiller plus tard et de pouvoir profiter de leur soirée accompagnées par un auxiliaire de vie.

Au niveau du statut, un questionnement s'est posé sur le fait d'aller vers un SAMSAH, un SAVS, ou de l'aide à domicile. Le Conseil d'administration a plutôt incité à opter pour une convention aide à domicile qui permettait un accès à un plus large public. L'association s'orientait alors, après passage en CROSMS, vers une proposition SPASAD : SAAD et SSIAD.

Positionnement des structures par rapport à l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Association 1

En 2012, la structure est intervenue auprès de 3100 usagers et emploie au 31 décembre 380 salariés. Le nombre d'usagers est croissant depuis ces dernières années. Celui-ci est constitué d'un public âgé, en situation de handicap, mais également de familles. L'aide aux personnes âgées est majoritaire (1025 personnes accompagnées en 2010 par le SAAD) même si le nombre de personnes en situation de handicap est en augmentation. Pour la directrice, cette diversité de public constitue une richesse pour les intervenants et un moyen de sécuriser la structure en cas de baisse d'activité sur un public spécifique.

L'association propose une palette large de services pour couvrir les besoins des usagers (SPASAD, Centre de Soins Infirmiers, service de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F), un service « Visiteurs de nuit », des hébergements temporaires, des accueils de jour...)

La structure a été la première à mettre en place sur le département un service « SAAD nuit », qui intervient auprès d'usagers dépendants ayant besoin d'une aide ponctuelle d'une durée maximum de ½ heure. L'offre de ce service reste limitée car les usagers doivent

s'inscrire sur des créneaux fixes de passage et ne peuvent donc pas varier leur emploi du temps.

Le service TISF accompagne aujourd'hui 10 % d'enfants en situation de handicap environ dans le cadre d'un soutien à la famille. Les intervenants notent un manque de formation sur certains handicaps tels que l'autisme ou la schizophrénie. Cette limite dans l'intervention est d'autant plus importante que le nombre de prise en charge d'enfants autistes est en augmentation.

Association 2 :

Le nombre de personnes en situation de handicap accompagnées est en baisse. En 2012, c'est 118 usagers qui sont suivis par l'association.

Historiquement l'association travaille sur les handicaps moteur, visuel, pour tous âges. Néanmoins, la structure essaye de faire face à toute demande qui lui est faite pour l'ensemble des maladies chroniques, des handicaps évolutifs, auditifs, visuels, handicaps associés (traumatismes crâniens, suite d'AVC) avec problème de repérage, de comportements... de l'enfant jusqu'à l'adulte (même si l'aide et l'accompagnement d'enfants est encore faible)

Les valeurs de l'association - *Une aide humaine au quotidien. De la liberté en plus* - sont primordiales et ont un impact fort sur les services proposés. La structure apporte des réponses de type « 4x4 » selon son responsable : tout ce que ne peuvent pas faire les autres services, l'association le fait, et pour cela l'association part des besoins des personnes en tentant de faire reconnaître au maximum la notion de vie pleine et entière. L'idée est de pouvoir préserver l'approche la plus globale possible de la personne.

L'association assure ainsi par exemple des missions d'accompagnement pour des séjours de 24 heures engageant une nuit, ou d'une semaine (8 jours et 7 nuits) pour des vacances.

L'association a des difficultés à faire vivre un mode de fonctionnement en cohérence avec ses valeurs d'accompagnement global de la personne. Malgré la mise en place du SSIAD, la réponse n'est pas complète pour le responsable de l'association car l'association ne peut pas prévoir d'accompagnement itinérant en séjour avec un personnel médical, comme elle le souhaiterait apr exemple.

La question du financement est aujourd'hui un frein pour la structure. Elle souhaiterait avoir financement qui permet de financer pleinement la valeur ajoutée de la structure (parc de véhicules, temps de déplacements et d'intermissions).

La gestion des ressources et des compétences

Association 1 :

La pénibilité joue un véritable rôle dans les flux de personnel avec de nombreuses fins de contrats dès la première année, de la part de salariés qui ne s'étaient pas rendus compte des exigences et des contraintes du métier, et de part un taux d'absentéisme pour maladie élevé.

Des formations sont régulièrement organisées pour ses salariés. Pour exemple, 106 salariés sont partis en formation en 2010 sur 27 actions différentes. Les principaux thèmes abordés sont la maladie d'Alzheimer, la manutention, le handicap mental, les aspirations endotrachéales, la déontologie...

Association 2 :

Aujourd'hui, l'association compte 88 salariés. Le SSIAD (possédant 21 places pour les soins à domicile) est composé d'une infirmière coordinatrice, de quatre infirmières, de trois aides-soignantes, de quatre aides médico-psychologiques, d'une psychologue et d'une ergothérapeute. Des salariés sont communs aux SAAD et SSIAD, la psychologue intervient aussi sur le SAAD.

Le SAAD est composé d'une coordinatrice, de deux assistantes planning, d'auxiliaires de vie sociale et d'auxiliaires d'accompagnement, d'aides médico-psychologiques.

Le recrutement dans l'association est une phase importante. Au-delà de l'expérience ou des qualifications, le responsable est surtout attentif à ce que les salariés acceptent une souplesse dans leur temps de travail, tout en maintenant des jours de repos fixes. Des réunions sont prévues mais elles sont difficiles à maintenir en raison de la gestion des plannings et de leur ajustement. Les formations (manutention, aspirations endo-trachéale, handicap mental...) sont de véritables lieux d'échanges pour les intervenants.

En cas de difficulté, il existe toujours une astreinte téléphonique et une réactivité en cas de décès, avec un temps de parole permettant l'intervention d'un spécialiste.

L'impact sur la planification et la coordination des interventions

Association 1

Les responsables de secteur sont en majorité des travailleurs sociaux. Elles animent des réunions mensuelles avec une première partie informative et une seconde partie sur l'analyse de situations professionnelles. Les situations de handicap les plus complexes à accompagner sont toujours réalisées par des salariés expérimentés et formés. Une intervention en binôme peut être mise en place, si besoin.

Association 2

Le planning est fourni en avance aux intervenants mais il y a des modifications régulières en fonction des besoins des bénéficiaires. L'association vit au rythme de l'utilisateur. Celui-ci téléphone pour indiquer son besoin et l'association essaye de s'adapter. Les usagers sont obligés d'anticiper s'ils veulent être sûrs qu'un auxiliaire soit disponible. Les demandes sont de l'aide à la toilette, de l'accompagnement social, ou simplement un accompagnement à la mobilité (promenade, courses...). Les situations les plus complexes (comme l'accompagnement des personnes handicapées psychiques...) sont laissées aux personnes formées.

Le développement de partenariats

Association 1

L'ensemble des personnes interviewées constate la plus grande difficulté à gérer la maladie psychique. Les interventions pour un handicap psychique ne se programment pas de la même manière que pour un autre type de handicap. La continuité de l'intervention avec la présence du même intervenant est primordiale. Pour certaines maladies psychiques, l'association travaille donc directement en partenariat avec des associations spécialisées du champ du handicap pour gérer au mieux les accompagnements au domicile.

En outre, la structure mène depuis 2007 un ensemble de travaux expérimentaux en partenariat avec des réseaux spécialisés, pour le développement des NTIC dans le maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap. Elle dispose d'un service communication et d'un service développement. Ces projets permettent à l'association de développer les solutions technologiques en complément de l'aide humaine et, également, de communiquer sur ses actions.

Association 2

L'association a développé un fort partenariat et est reconnue pour assumer des services avec horaires tardifs que les autres structures ne peuvent pas assumer.

Les relations avec les prescripteurs et financeurs

Conseil Général

Le département possède, depuis 2010, un schéma départemental spécifique au maintien à domicile.

Le Conseil Général a de bonnes relations avec les services qui font remonter les difficultés et les besoins des usagers. Il travaille en partenariat avec les fédérations départementales. Le Conseil Général est attentif aux réflexions nationales notamment sur les questions de tarification. Il est conscient des difficultés des associations à gérer la souplesse nécessaire aux interventions, la gestion dans l'urgence...

Il y a un partenariat régional pour la mise en œuvre d'une charte de qualification sur les 4 départements bretons afin d'assurer la formation et la qualification du personnel. Les autorités de tarification ont conscience de la spécificité de l'aide et l'accompagnement du handicap à domicile et des besoins de compétences particuliers notamment sur la maladie psychique...

Le Conseil Général a pour objectif de faciliter la lisibilité de la tarification pour l'utilisateur en permettant une tarification directe, avec un règlement direct aux services. Cela permettra aussi de soulager les structures qui pour certaines ont de grandes difficultés financières.

Une prestation d'aide à la parentalité a été mise en place au titre extra légal. La MDPH évalue cette prestation dans le plan d'aide. Il s'agit d'une aide restreinte qui ne se substitue pas aux autres types d'aide.

MDPH

Pour la MDPH, la coordination des acteurs est cruciale : il faut que les acteurs de l'aide à domicile se concertent, se rencontrent... Il y a un travail à faire sur le département pour développer plus encore la coordination entre SAAD, SSIAD, HAD... Les dispositifs de financements sont différents, complexes, font intervenir plusieurs acteurs et nécessitent une coordination du système. Les usagers demandent plus de cohérence dans la prise en charge.

Annexe 3 : le questionnaire

Enquête sur l'accompagnement du handicap par le secteur de l'aide à domicile

Dans le cadre du Contrat d'études prospectives sur «les gisements en matière d'emploi dans la prise en charge à domicile des personnes en situation de handicap, les besoins en compétences et qualifications et l'identification des conditions de réussite pour développer cette activité », la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile a demandé au cabinet ALCANEA CONSEIL de réaliser ce questionnaire afin de mieux comprendre les freins, les leviers, les besoins des structures dans l'accompagnement du handicap. L'enquête suivante a donc pour objet d'obtenir votre ressenti sur cette thématique. Vos réponses sont importantes car elles permettront à la branche d'alimenter sa réflexion et d'orienter ses actions à votre égard.



Renseigner ce questionnaire prend en moyenne 20 minutes.



Pour certaines questions, plusieurs choix de réponses sont possibles.



Nous garantissons l'anonymat de vos réponses.



Il est important d'essayer de compléter toutes les questions. Un questionnaire incomplet ne peut être analysé statistiquement. Nous vous recommandons dans ce cadre de renseigner en une seule fois l'enquête.

Nous vous remercions par avance de votre confiance et de votre participation.

Votre structure

Votre structure intervient (plusieurs réponses possibles) :

- En milieu rural
- En ville
- En milieu semi-urbain

La taille de votre territoire par habitant ?

- Moins de 5000 Habitants
- Entre 5000 et 20 000 Habitants
- Entre 20 000 et 50 000 Habitants
- Plus de 50 000 Habitants

Appartenez-vous à une fédération nationale ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

- ADMR
- ADESSA A DOMICILE
- FNAAFP/CSF
- UNA
- Aucune

Avez-vous un label ?

- Oui.
- Non

Publics accompagnés par votre structure

Quel type de public accompagnez-vous ?	Quelle part cela représente dans votre activité totale ?
Personnes âgées	
Adultes en situation de handicap	
Personnes en situation de handicap vieillissantes	
Familles	
Enfants en situation de handicap	
Public tout venant	
Public fragile socialement (aide sociale à l'enfance...)	

Si vous accompagnez un public en situation de handicap : quel type handicap accompagnez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Physique,
- Sensoriel,
- Mental,
- Psychique,
- Polyhandicap,

Quelle offre de service proposez-vous ?

Aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne (lever, habillage, repas...)	
Soins d'hygiène, soins corporels	
Soins médicaux	
Soutien éducatif, aide aux devoirs	
Soutien à la parentalité	
Accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation sociale...	
Aide administrative : logement, paiements des factures, démarches administratives...	
Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique, utilisation de la domotique....	
Soutien des relations avec l'environnement familial	
Soutien des relations avec l'environnement social	
Accompagnement de la vie quotidienne (courses, ménage...)	
Accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de de loisirs soit en individuel (aller au cinéma), soit organisées par d'autres structures (Ex. : bibliothèque, association, sportive, ...)	
Accompagnement médical et para-médical (RDV médecins, kiné, orthophoniste ...)	
Accompagnement à la scolarité (scolaire et universitaire)	
Accompagnement à l'insertion professionnelle	

Avez-vous un ou des services dédiés à l'accompagnement du handicap ?

- Oui
 Non

Combien mobilisez-vous d'ETP pour l'accompagnement du handicap à domicile :

- 1 à 5
 5 à 10
 Plus de 10
 Aucun

Votre équipe est composée de :

- Agent(e) à domicile
 Employé(e) à domicile
 Auxiliaire de vie sociale
 Aide médicopsychologique
 Aide soignant(e)
 Auxiliaire de puériculture
 Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale
 Assistant(e) technique
 Infirmier(e)
 Chargé(e) d'évaluation et de suivi social
 Educateur(trice) de jeunes enfants
 Ergothérapeute
 Assistant(e) administrative
 Chargé(e) de développement
 Comptable
 Responsable de secteur
 Assistant de secteur

- Conseiller(e) technique
- Coordinateur(trice) de service de soins
- Responsable de service
- Psychologue
- Médecin

Pour les structures accompagnant des personnes en situation de handicap, avez-vous mis en place une communication spécifique à destination des Personnes en situation de handicap et des aidants ?

- Oui
- Non

Si oui laquelle ? (plaquette, site internet, référencement ...)

Sur votre territoire, y a-t-il un système de fléchage et d'information particulier pour les Personnes en situation de handicap qui oriente vers votre structure ?

- Oui
- Non

Si oui, lequel ?

L'accompagnement du handicap

Pour les questions qui suivent, vous devez vous positionner sur une échelle de 1 à 7, « 1 » signifiant que vous n'êtes « pas du tout d'accord » avec la proposition notée et « 7 » indiquant que vous êtes « tout à fait d'accord » avec cette proposition.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse : l'important est de donner votre avis le plus sincèrement possible.

L'accompagnement du handicap est une opportunité pour les structures de l'aide à domicile

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Les structures de l'aide à domicile ont les capacités à accompagner le handicap

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Les structures de l'aide à domicile se sont bien appropriées les éléments de la loi de 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Il n'y a pas de différence entre accompagner une personne en situation de handicap et accompagner une personne âgée

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

La concurrence est un frein pour se positionner dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Si oui, laquelle ? Celle :

- des autres associations de même statut
- des entreprises privées (à but lucratif),
- des organismes publics (CCAS...)
- des établissements spécialisés du médico-social (issus d'associations d'usagers ou de familles d'usagers)
- des personnels de gré à gré
- Autre. Dans ce cas précisez votre réponse :

Le partenariat entre les établissements du médico-social et l'aide à domicile est aisé.

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Des accompagnements financés dans le cadre de la Prestation Compensation du Handicap (PCH) sont une activité stable pour une structure.

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

L'accompagnement du handicap nécessite de créer une organisation d'équipe spécifique : avec des équipes dédiées

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

avec la création de binômes dans l'accompagnement des cas les plus complexes

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

avec la mise en place de groupes d'analyse de pratiques pour les salariés

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

avec la coordination des différents services aide à domicile/de soin

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

avec la mise en place d'une continuité de service 24h/24h, 7 jours/7

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Les financements permettent de couvrir les besoins des structures dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

La complexité des différents modes de tarification est un frein à l'accompagnement du handicap

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières :

pour les intervenant(e)s

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

pour les coordinateurs(trices)

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

pour les responsables de secteur

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

pour les directeurs(trices) de structures

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières :

Sur le handicap :

- connaissance sur la loi de 2005,
- connaissance des différents types de handicap,
- connaissance des approches (approche environnementale, approche globale de la personne...)
- connaissance des besoins des personnes en situation de handicap selon leur âge et leur handicap
- connaissance des notions éthiques dans l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap
- Autre- précisez votre réponse :

Sur le management de projet :

- construire et suivre un projet de développement
- identifier les sources de financement possible
- connaître les autres acteurs intervenant dans le champ du handicap
- monter des partenariats
- répondre à un appel d'offre, à un appel à projet
- Autre- précisez votre réponse :

Sur la prise en compte du projet de vie :

- co-construire un projet d'accompagnement adapté à la situation de la personne et de son environnement,
- coordonner et suivre un projet d'accompagnement,
- évaluer un projet d'accompagnement
- adapter son intervention aux changements qui surviennent dans le projet de vie
- Autre- précisez votre réponse :

Sur les savoir-faire techniques

- Connaissance des manipulations physiques
- Connaissance des matériels dédiés
- Connaissance des manipulations médicalisées
- Connaissance en prévention des risques médicaux et psychologiques
- Autre- précisez votre réponse :

Sur les savoir- faire comportementaux :

- Communiquer avec la personne en situation de handicap et les aidants
- Aider à l'expression des besoins,
- Réaliser de la médiation entre la personne en situation de handicap et son environnement
- Gérer ses émotions dans des situations difficiles
- Respecter les règles déontologiques dans l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap
- Autre- précisez votre réponse :

Des qualifications spécifiques sont nécessaires à l'accompagnement du handicap.

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

- Les MDPH
- Les Conseils Généraux
- Les ARS
- Autre :

Selon vous, lorsqu'une personne en situation de handicap choisi son service, quel critère est prédominant ?

- la proximité
- la qualité (autorisation, agrément, normes qualité, label)
- la qualification du personnel
- l'amplitude des horaires
- la pluridisciplinarité
- la connaissance du handicap
- la qualité de l'accueil
- la multiplicité des services

Vos besoins en matière de développement :

Quels sont les leviers de développement pour déployer, dans les associations, les services en faveur de la personne en situation de handicap?

- La mutualisation entre structures
- La création de plateformes d'accueil et d'orientation
- Le développement d'expérimentations
- Le partage des expérimentations
- Le développement de partenariats avec les associations de représentants d'utilisateurs
- Le développement de partenariats avec les réseaux de santé
- Le développement de partenariats avec les fondations et les mécènes
- Le développement de partenariats avec les organismes de formation
- La mutualisation de moyens de transports
- La signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- L'évolution de votre organisation
- La structuration d'une équipe de bénévoles
- L'amélioration de la communication externe
- La valorisation du métier du secteur de l'aide à domicile
- Un changement des modalités de tarification
- Autre(s)-. Dans ce cas indiquez le(s)quel ?

Avez-vous l'intention dans un futur proche de développer des services pour les personnes en situation de handicap ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne (lever, habillage, repas...)	
Soins d'hygiène, soins corporels	
Soins médicaux	
Soutien éducatif, aide aux devoirs	
Soutien à la parentalité	
Accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation sociale...	
Aide administrative : logement, paiements des factures, démarches administratives...	

Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique, utilisation de la domotique....	
Soutien des relations avec l'environnement familial	
Soutien des relations avec l'environnement social	
Accompagnement de la vie quotidienne (courses, ménage...)	
Accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de de loisirs soit en individuel (aller au cinéma), soit organisées par d'autres structures (Ex. : bibliothèque, association, sportive, ...)	
Accompagnement médical et para-médical (RDV médecins, kiné, orthophoniste ...)	
Accompagnement à la scolarité (scolaire et universitaire)	
Accompagnement à l'insertion professionnelle	

Pour quels publics ?

- Enfants
- Adultes
- Personnes âgées
- Famille

A quelles échéances ?

- Dans les 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- 2 à 3 ans
- 3 ans et +

Si non, pourquoi ?

- Manque de financement
- Absence de besoins ressentis
- Manque de personnel qualifié
- Difficultés de recrutement
- Difficultés d'organisation
- Difficultés de management
- Autre. Dans ce cas lequel ?

Avez-vous l'intention dans un futur proche d'améliorer les services rendus auprès des personnes en situation de handicap ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne (lever, habillage, repas...)	
Soins d'hygiène, soins corporels	
Soins médicaux	
Soutien éducatif, aide aux devoirs	
Soutien à la parentalité	
Accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation sociale...	
Aide administrative : logement, paiements des facture, démarches administratives...	
Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique, utilisation de la domotique....	

Soutien des relations avec l'environnement familial	
Soutien des relations avec l'environnement social	
Accompagnement dans la vie quotidienne (faire les courses, faire avec)	
Accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de de loisirs soit en individuel (aller au cinéma), soit organisées par d'autres structures (Ex. : bibliothèque, association sportive, ...)	
Accompagnement médical et para-médical (RDV médecins, kiné, orthophoniste...)	
Accompagnement à la scolarité (scolaire et universitaire)	
Accompagnement à l'insertion professionnelle	
Autres ? Si oui, lequel ?	

A quelle échéance ?

- Dans les 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- 2 à 3 ans
- 3 ans et +

Pour quels publics ?

- Enfants
- Adultes
- Personnes âgées
- Famille

Si non, pourquoi ?

- Manque de financement
- Absence de besoins ressentis
- Ne fait pas parti de la volonté stratégique
- Manque de personnel qualifié
- Difficultés de recrutement
- Difficultés d'organisation
- Difficultés de management d'un service d'accompagnement du handicap
- Difficultés de management des compétences pour un tel service (développement des compétences, ...)

Estimez-vous avoir besoin d'un appui au développement de votre structure ?

- Oui
- Non

Si oui, sur quoi ?

- La communication
- La visibilité
- Les prestations
- L'organisation
- Les compétences
- Le management
- Le recrutement
- Autre. Dans ce cas indiquez lequel :

Si oui, l'appui doit être :

- Financier
- Technique
- Autre. Dans ce cas indiquez lequel ?

Annexe 4 : résultats du questionnaire

Introduction

Le questionnaire

Un questionnaire en ligne :

- construit à partir des interviews et des problématiques relevées
- modifié après envoi à quelques structures pour un pré-test

- Il est composé de 60 items
- Pour certaines questions, plusieurs réponses sont possibles.
- Il permet d'identifier les caractéristiques des structures composant le panel de répondants...
- et d'interroger les structures sur l'accompagnement du handicap, les compétences et qualifications nécessaires ainsi que sur les besoins en matière de développement.

Le questionnaire

- Le questionnaire a été envoyé le 05/06 aux structures du panel identifié par le cabinet SEMIO (368 structures)
- Une trentaine de courriels n'ont pas été remis pour cause d'adresses non valides
- 31 personnes ont répondu dans un premier temps. Une première relance a été effectuée le 12/06, 34 structures supplémentaires ont alors renseigné le questionnaire dans les jours qui ont suivi. Une troisième relance a été réalisée le lundi 25/06. Enfin, suite au COPIL du 28 juin, chaque fédération a relancé une dernière fois les structures de la liste.
- Au final, l'enquête a recueilli 124 réponses.

Les analyses réalisées

- Une analyse statistique permettant **de décrire les caractéristiques de l'échantillon et les résultats aux items** de l'enquête (réalisation de fréquences, de pourcentages, de moyennes, de modes....)
- Une analyse inférentielle ayant pour objectif **de généraliser les résultats de l'échantillon à la population des structures de l'aide à domicile**. Cette analyse n'a pu être que très partiellement réalisée car l'échantillon était insuffisamment représentatif des différentes situations pouvant exister dans le secteur.

Ex : pour la variable « nombre d'habitants », il y a une disproportion entre la catégorie « plus de 50 000 habitants » composée de 59 répondants et la catégorie « entre « 20 000 et 50 000 habitants » composée de 15 structures.

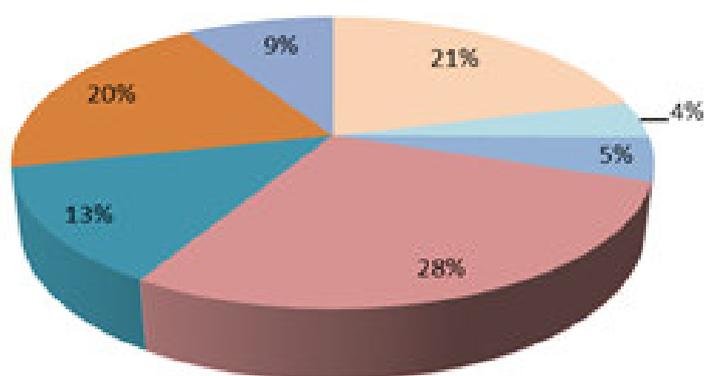
- Une limite qui est donc que les constats réalisés sont liés à l'échantillon et non à la population

Présentation des structures répondantes

Terrain d'intervention

Votre structure intervient :

- En milieu rural
- En milieu rural, En ville
- En milieu semi-urbain
- En ville, En milieu semi-urbain
- En milieu rural, En milieu semi-urbain
- En milieu rural, En ville, En milieu semi-urbain
- En ville

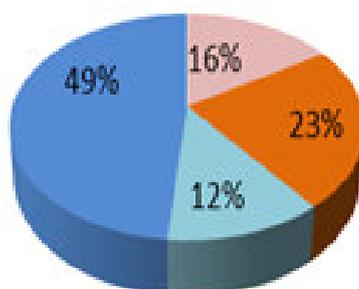


L'effectif le plus important de structures répondantes (28 %) intervient aussi bien en milieu rural qu'en semi-urbain ou en ville.

Taille du territoire par habitant

2. La taille de votre territoire par habitant

- Moins de 5000 Habitants
- Entre 5000 et 20 000 Habitants
- Entre 20 000 et 50 000 Habitants
- Plus de 50 000 Habitants



49 % des structures sont sur un territoire de plus de 50 000 habitants

Appartenance à une Fédération nationale et à un label

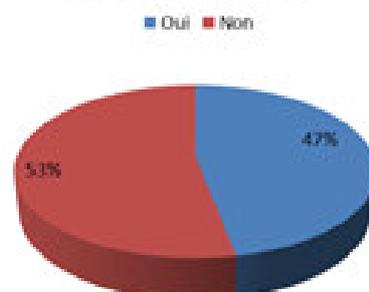
3. Appartenez-vous à une fédération nationale ?



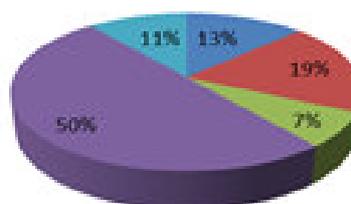
Seules 12% des structures répondantes n'appartiennent pas à une fédération nationale

La moitié des associations appartenant à une fédération font partie du réseau UNA. Il y a pratiquement autant de structures qui ont un label que de structures qui n'en ont pas.

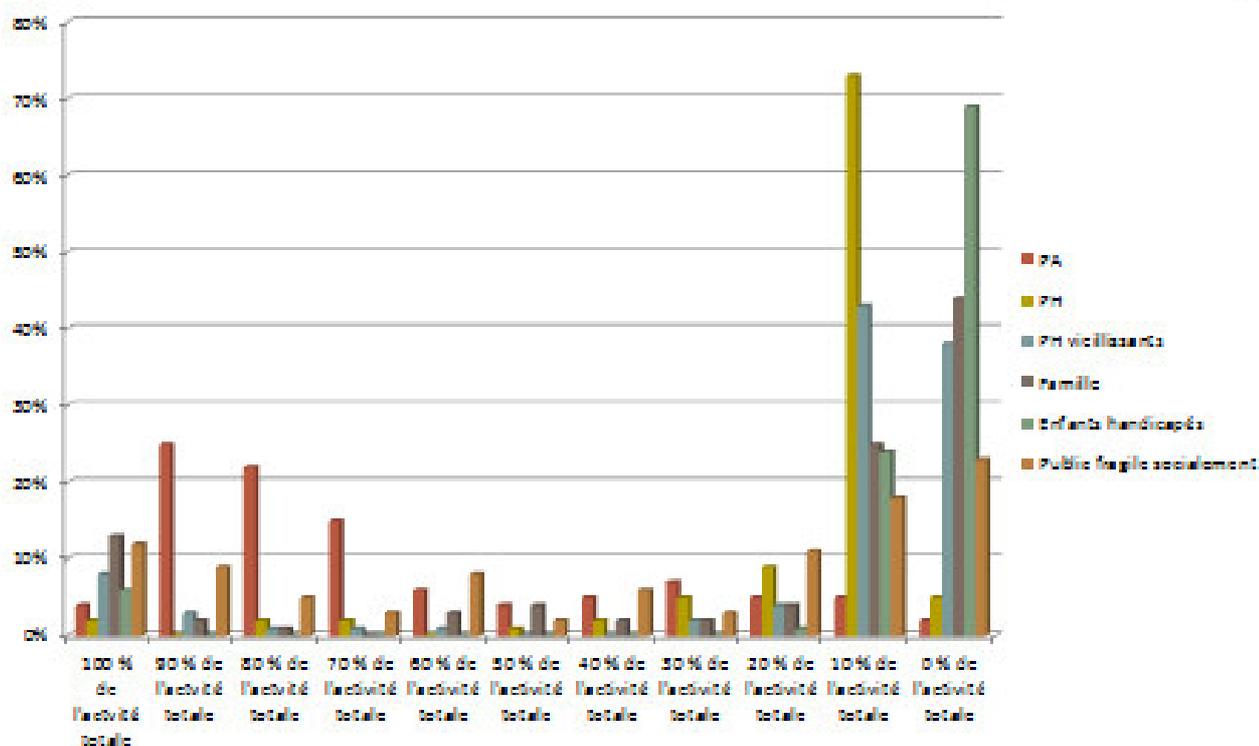
Avez-vous un label ?



A quelle fédération appartenez-vous ?



Quel type d'accompagnement ?



L'accompagnement porte principalement sur les PA. Les PH ne représentent souvent que 10 % de l'activité des structures. Ce diagramme montre un déficit dans l'accompagnement des enfants handicapés avec un nombre important de participants déclarant qu'ils représentent 0 % de leur activité.

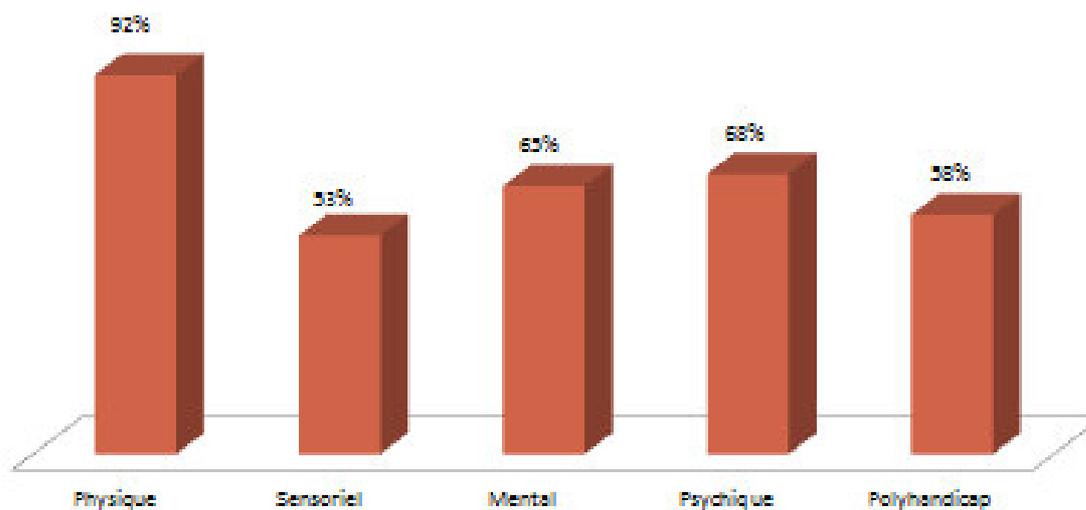
04/10/2012

ALCANEA CONSEIL

11

Type de handicap accompagné

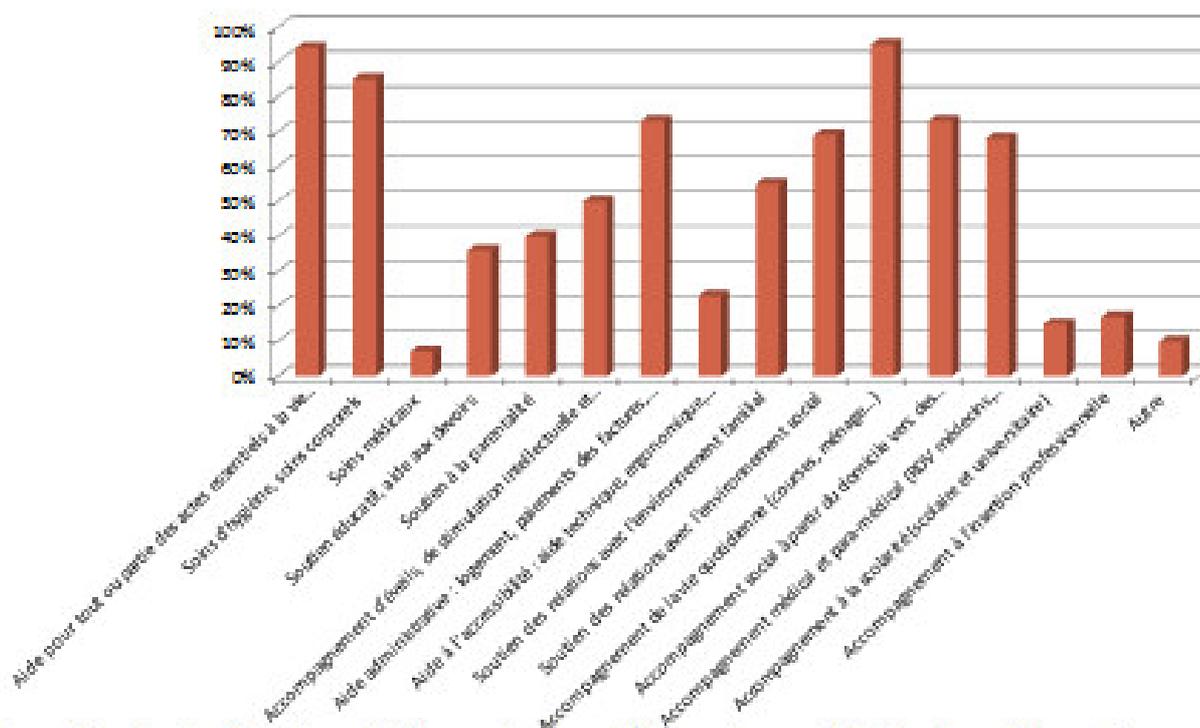
Si vous accompagnez un public en situation de handicap, quel type de handicap accompagnez-vous ?



Le handicap physique reste celui qui est le plus accompagné par les structures. Le handicap psychique et mental sont également aujourd'hui majoritairement accompagnés.

Les services proposés

Quelle offre de services proposez-vous ?



Les services les plus fréquents sont l'aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne et l'accompagnement à la vie quotidienne (cours, ménage...). L'accompagnement à la scolarité et à l'insertion professionnelle ainsi que le soutien éducatif sont très peu présents.

04/10/2012

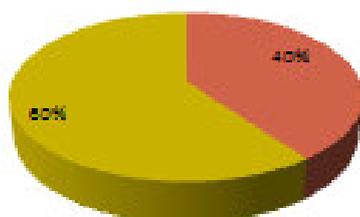
13

alcanéa

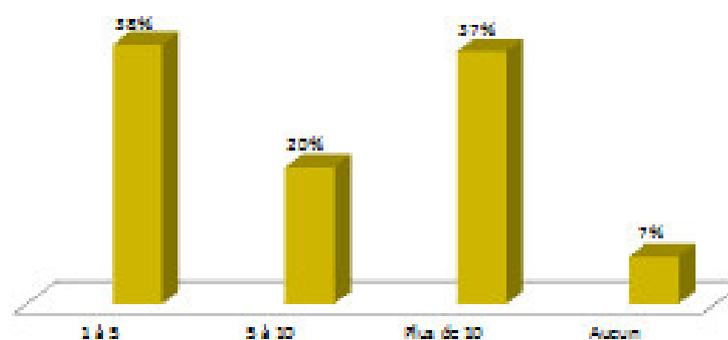
Services et ETP dédiés

Avez-vous un ou des services dédiés à l'accompagnement du handicap ?

■ Oui ■ Non



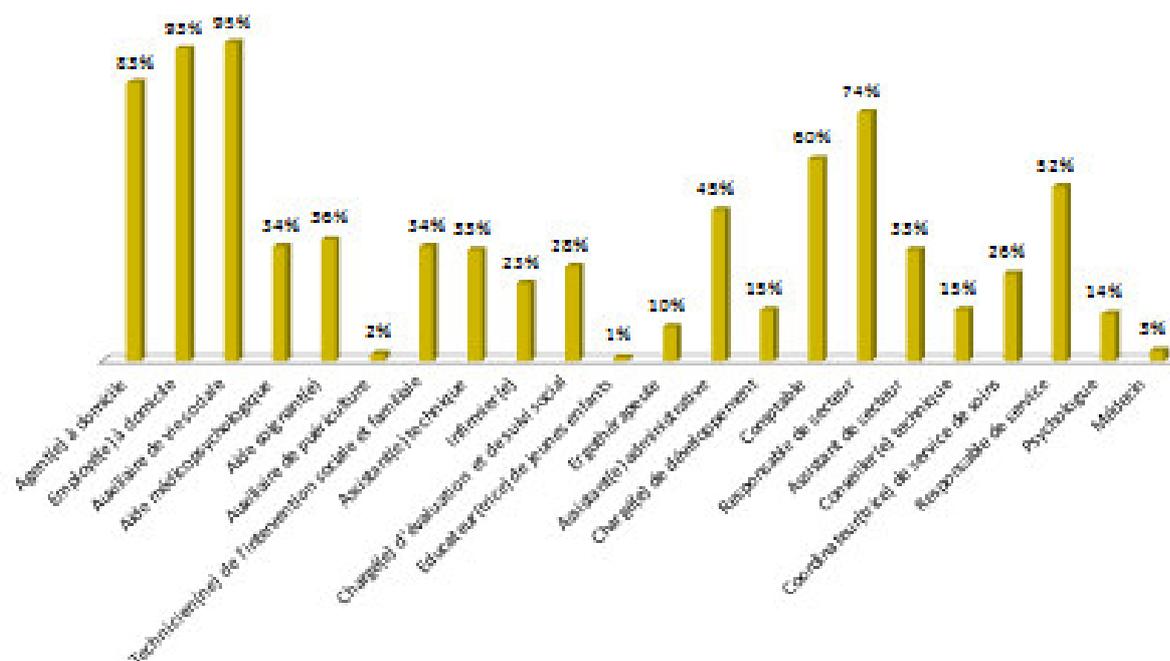
Combien mobilisez-vous d'ETP pour l'accompagnement du handicap à domicile ?



60 % des structures n'ont pas de services dédiés à l'accompagnement du handicap. Parmi les autres, 38 % ont 1 à 5 ETP et 37 % ont plus de 10 ETP pour l'accompagnement du handicap à domicile.

Composition de l'équipe

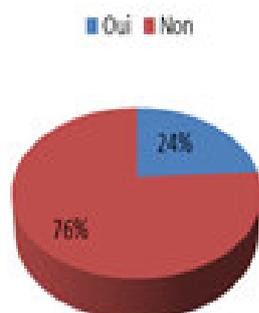
Votre équipe est composé de :



La plupart des intervenants sont ceux présents classiquement dans l'aide à domicile. On note 34% d'Aide médico-psychologique.

Communication

Pour les structures accompagnant des personnes handicapées, avez-vous mis en place une communication spécifique à destination des personnes handicapées et des aidants ?

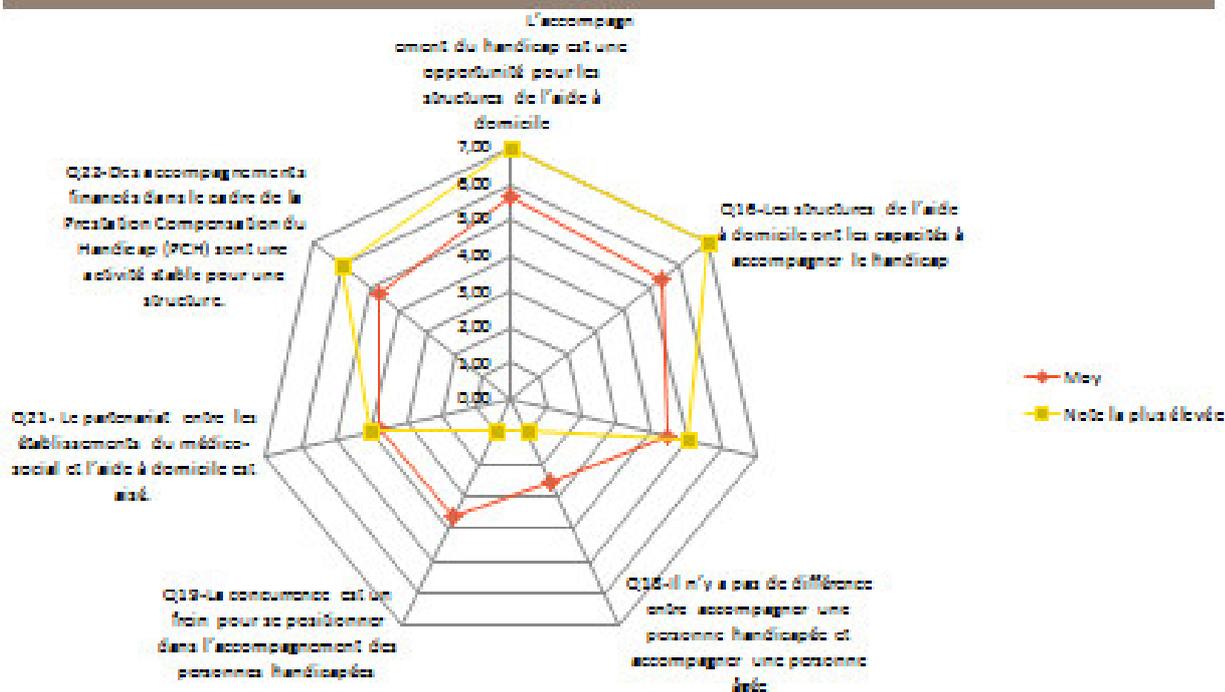


76 % des structures n'ont pas mis en place de communication spécifique à destination des personnes handicapées et des aidants. Pour les 24 % restantes, les plaquettes et le site internet sont les outils les plus fréquemment utilisés

Si oui, lesquels :	Nbre de fois cité
Plaquettes	19
Site internet	9
Livret d'accueil	1
Réunions informations	1
Supports de communication Handéo	2
Visites à domicile	1

Présentation des résultats de l'enquête L'accompagnement du handicap

L'accompagnement du handicap



Pour les structures répondantes, il y a une différence entre accompagner une PH et accompagner une PA. Les analyses différentielles nous indiquent que les associations qui ont un label estiment cette différence comme plus importante que les autres et ce résultat est significatif.

La concurrence n'est pas spécialement un frein pour se positionner dans l'accompagnement de PH. Le partenariat entre les établissements du médico-social et l'aide à domicile n'est en revanche pas considéré comme si aisé que cela.

04/10/2012

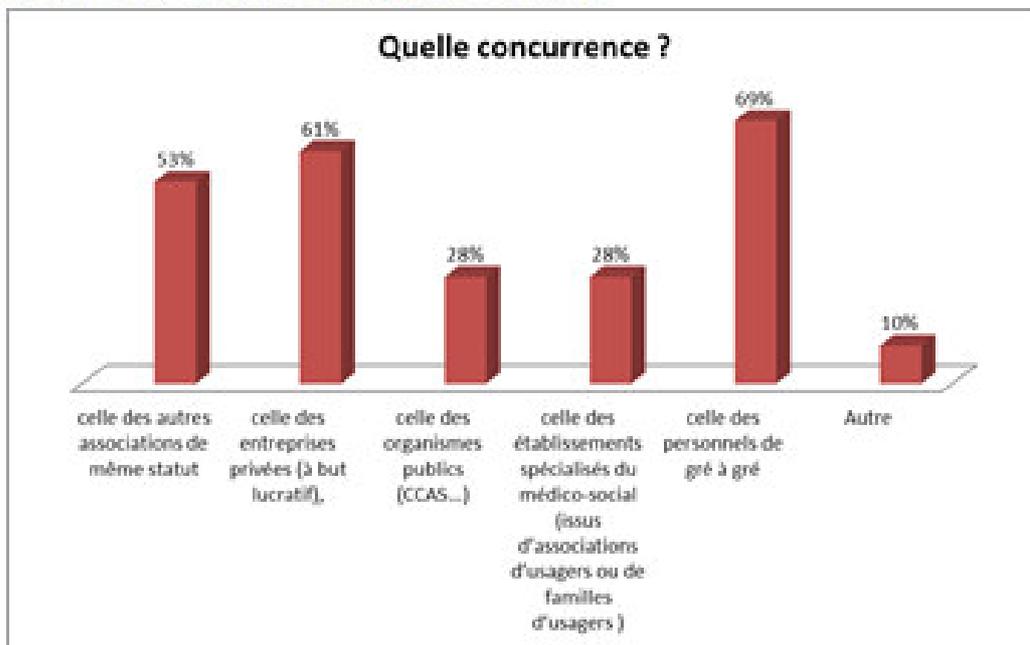
ALCANEA CONSEIL

19

alcanea

La concurrence est-elle un frein pour se positionner dans l'accompagnement des personnes handicapées ?

La moyenne à cette question est de 3,66. 69 % de ceux qui ont répondu positivement estiment que la concurrence provient des personnes de gré à gré et 61 % estiment que cela vient des entreprises privées. Les associations de même statuts sont citées à la troisième position.



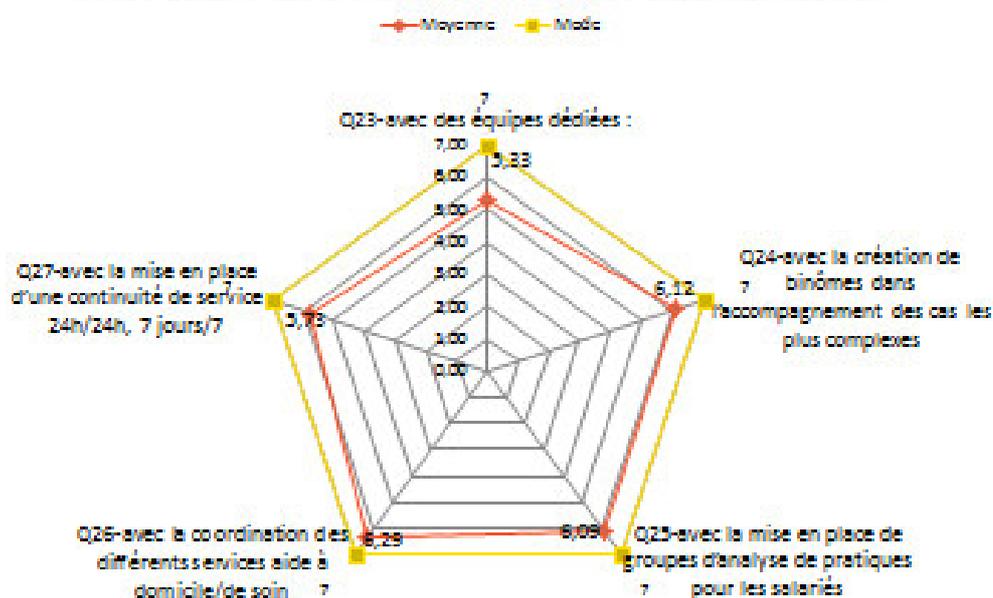
04/10/2012

20

Présentation des résultats de l'enquête Les compétences et qualifications nécessaires

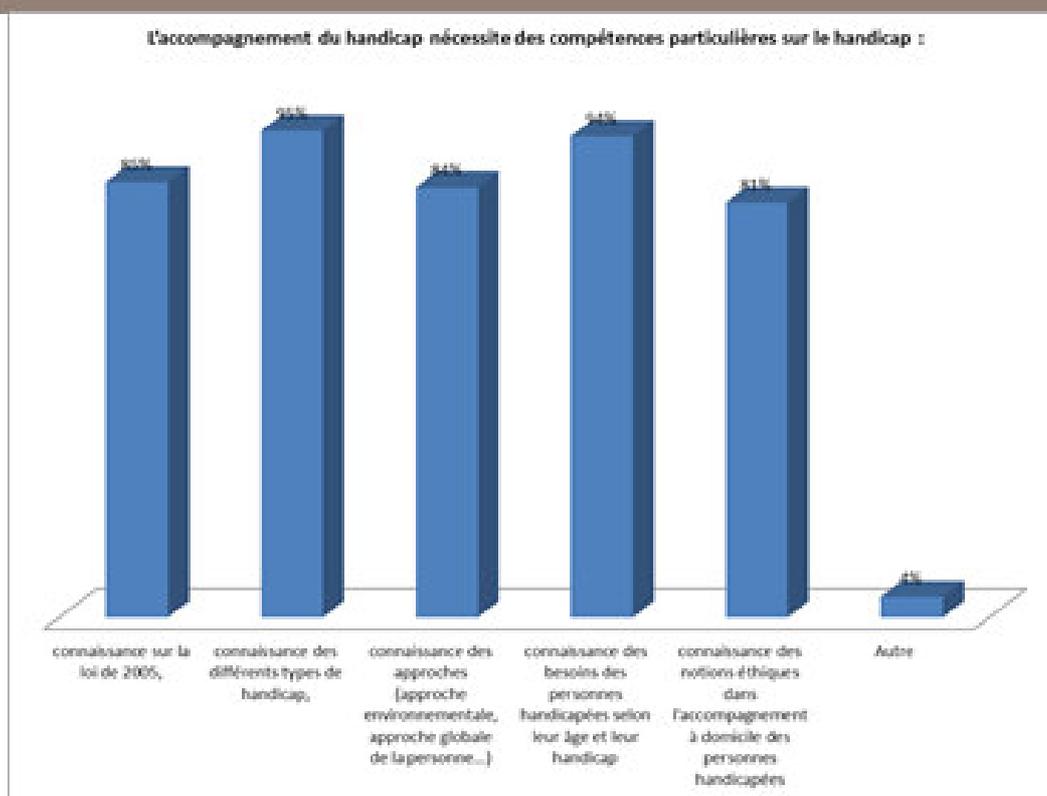
Compétences nécessaires :

L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières :



La mise en place de groupes d'analyse de pratiques pour les salariés, la création de binômes dans l'accompagnement des cas les plus complexes, la coordination des différents services d'aide à domicile/de soin et la mise en continuité de services aide à domicile/de soin sont des éléments qui paraissent primordiaux. La mise en place d'équipes dédiées est considérée également comme importante bien que un peu moins bien repérée.

Compétences sur le handicap



L'ensemble des éléments cités paraissent importants d'après les réponses des répondants. Deux réponses ont été ajoutées à celles proposées : « place et regard du handicap dans la vie d'une personne, d'une famille , d'une société » et « le périmètre de l'accompagnement ».

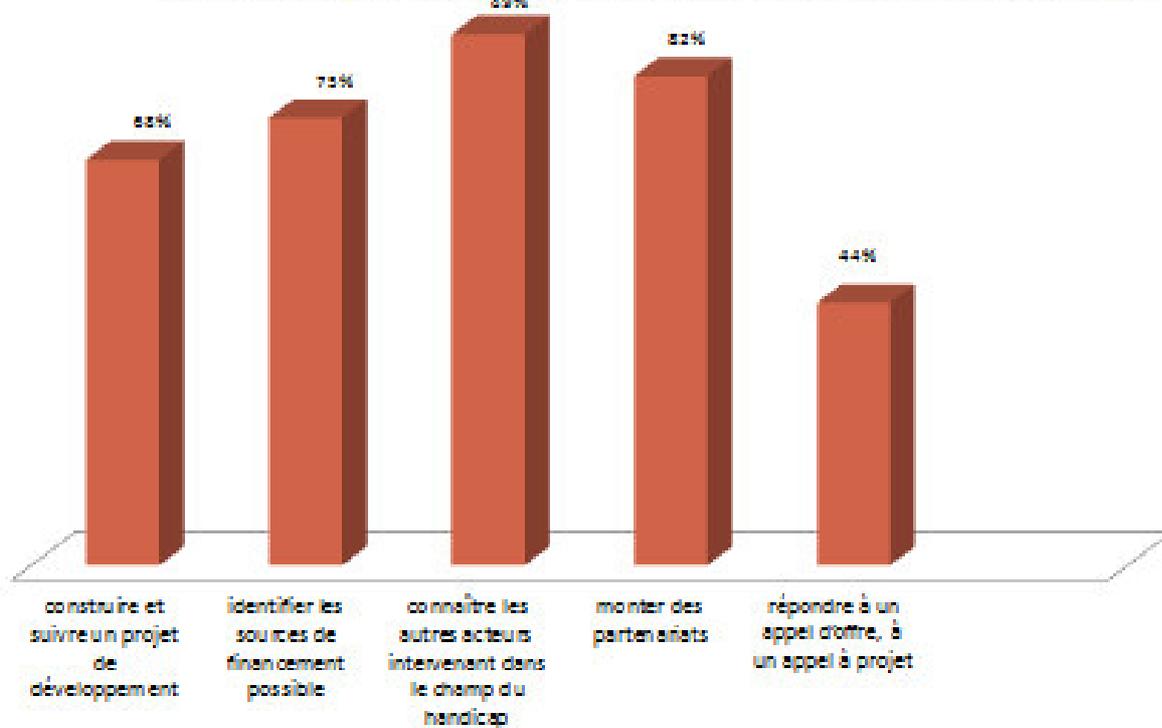
ALCANÉA CONSEIL

23

alcanéa

Compétences sur le management de projet

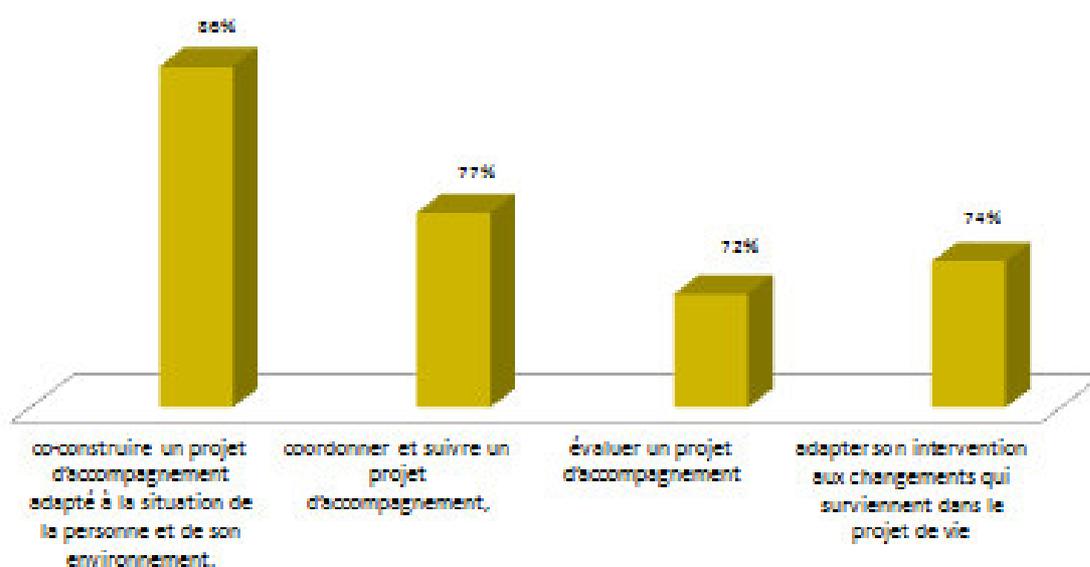
L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières sur le management de projet :



La réponse à un appel d'offre est moins indiquée que les autres réponses.

Compétences sur la prise en compte du projet de vie

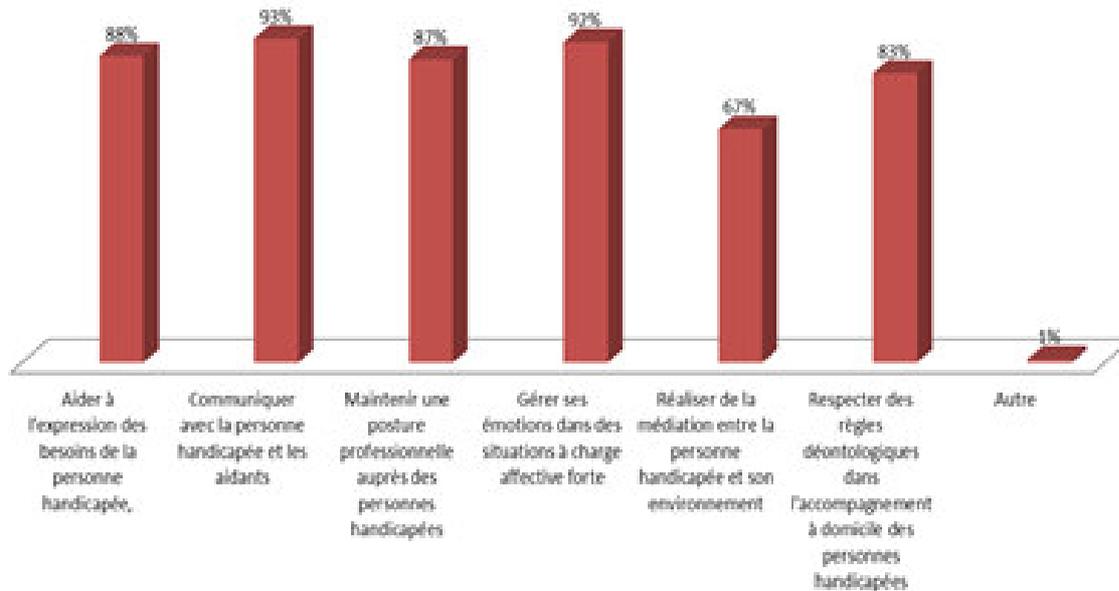
L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières sur la prise en compte du projet de vie :



L'ensemble des éléments cités paraissent importants d'après les réponses des répondants

Compétences sur les savoir-faire comportementaux

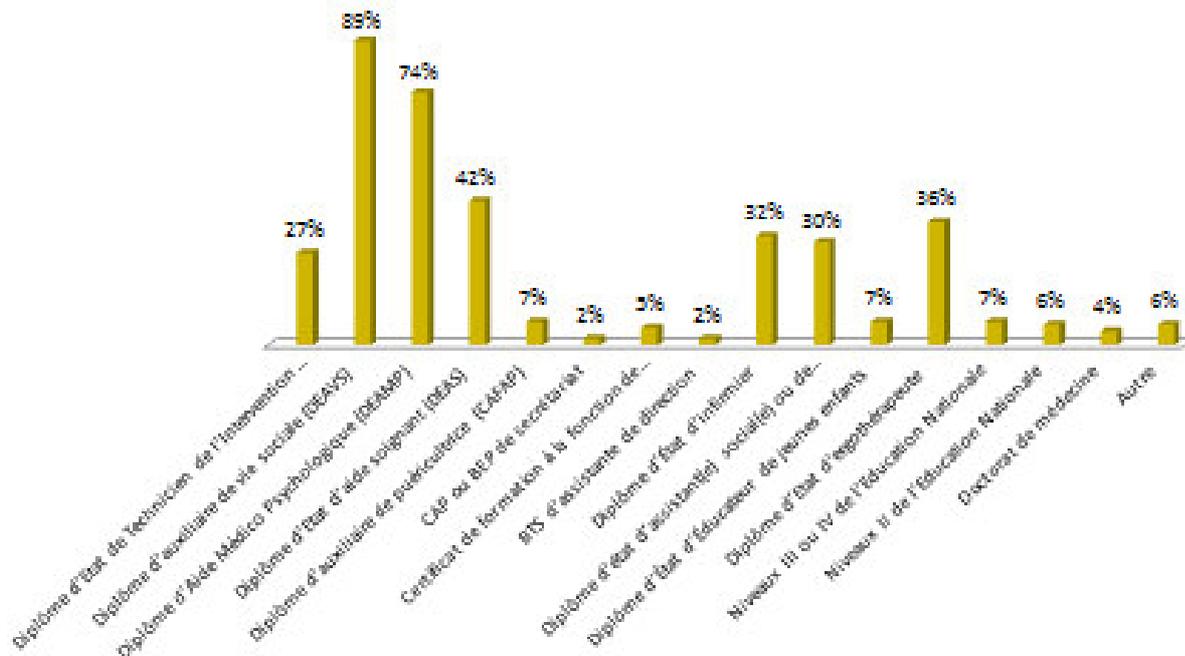
L'accompagnement du handicap nécessite des compétences particulières sur les savoir-faire comportementaux:



L'ensemble des propositions sont validées par les répondants. La réalisation d'une médiation entre la Personne Handicapée et son environnement fait un peu moins l'unanimité.

Qualifications nécessaires à l'accompagnement du handicap ?

Quelles qualifications sont nécessaires à l'accompagnement du handicap ?



Les qualifications nécessaires citées sont en premier lieu le DEAVS et le DEAMP. Les diplômes d'aide soignant, d'infirmier, d'ergothérapeute et d'assistante sociale viennent ensuite.

04/10/2012

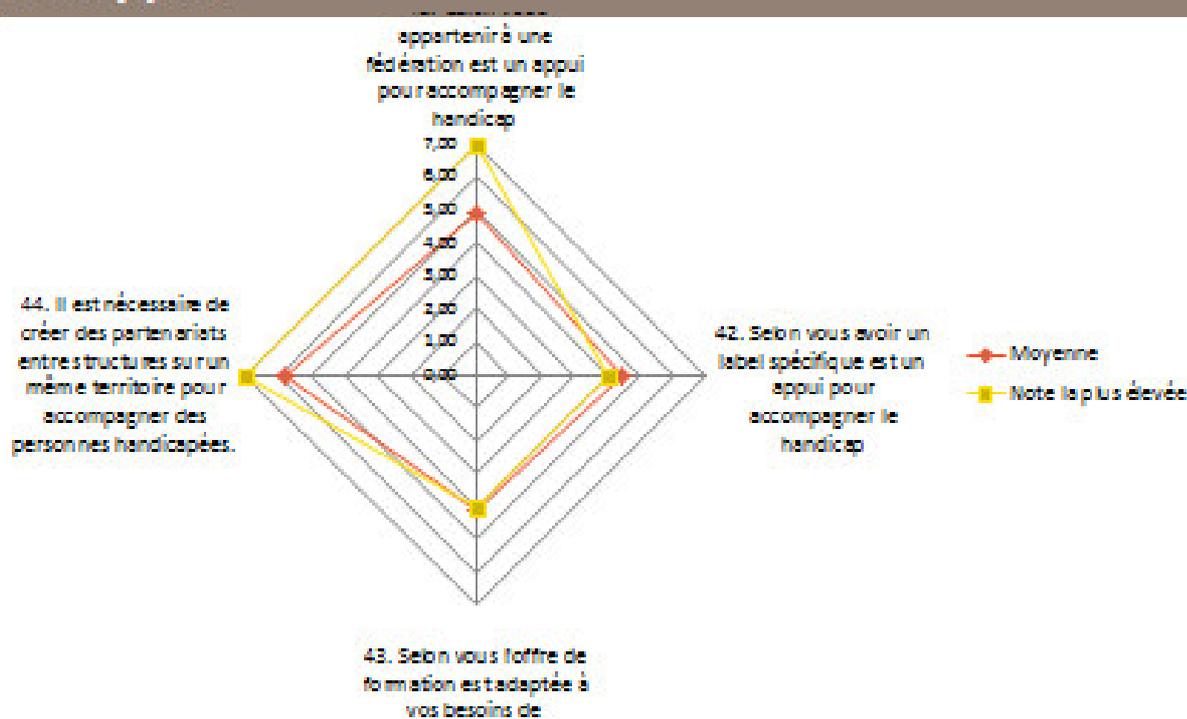
ALCANEA CONSEIL

27

alcanea

Présentation des résultats de l'enquête Les appuis au développement

Les appuis



La création de partenariats est estimée importante dans l'accompagnement des personnes handicapées. L'appartenance à une fédération est également plutôt perçue comme un appui. On note une différence significative dans la réponse à cet item entre ceux qui appartiennent à une fédération et ceux qui n'y appartiennent pas. La question de l'offre de formation et de l'appartenance à un label spécifique donne des réponses plus mitigées.

04/10/2012

ALCANEA CONSEIL

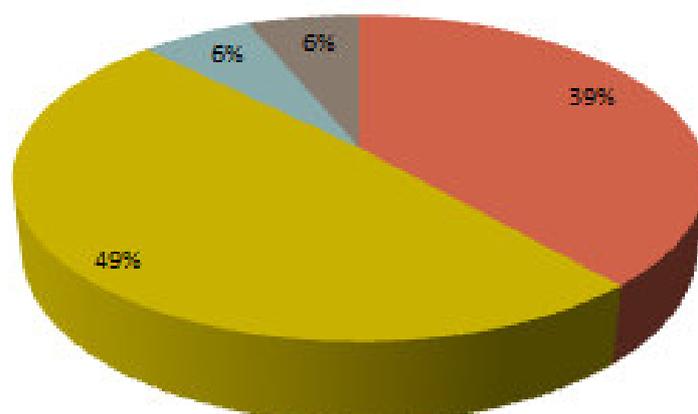
29

alcanéa

Partenariat

Si oui, le partenariat doit se faire au niveau :

■ Intercommunal ■ Départemental ■ Régional ■ National

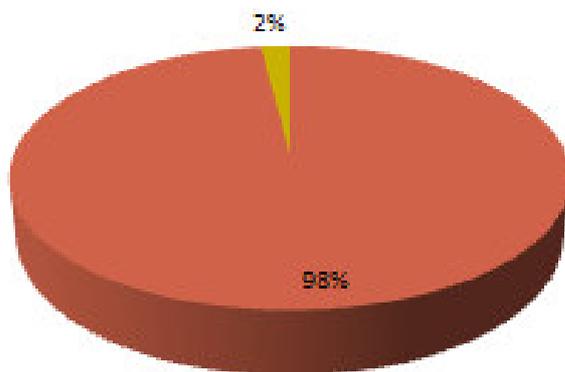


49 % des structures souhaitent que le partenariat se fasse au niveau départemental et 39 % au niveau intercommunal.

Coordination des services

Selon vous un meilleur accompagnement passera par une meilleure coordination des services autour de la personne handicapée ?

■ Oui ■ Non



98 % des structures estiment qu'un meilleur accompagnement passera par une meilleure coordination des services.

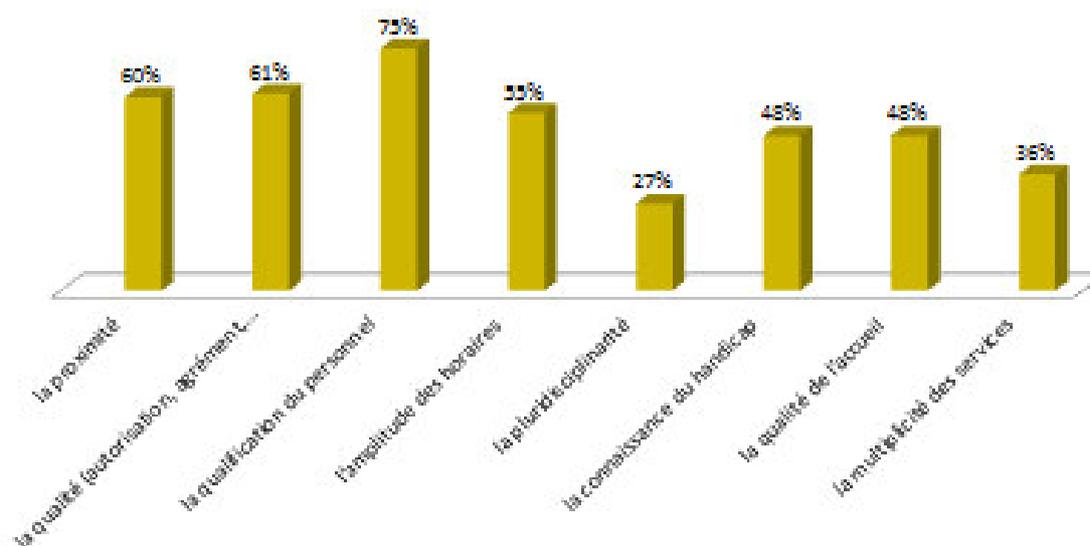
Coordination des services

64 % des structures estiment que c'est aux MDPH de coordonner les services, 55 % estiment que cela doit passer par les SAMSAH, 41% par les SAVS.

Les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	55%
Les SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)	41%
Les SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile)	33%
Les communes, les communautés de communes	9%
Les SSIAD	23%
Les MDPH	64%
Les Conseils Généraux	23%
Les ARS	19%
Autre :	3%

Les critères prédominants pour l'usager

Selon vous, lorsqu'une personne handicapée choisit son service, quel critère est prédominant :



Les critères prédominants pour la personne handicapée sont selon les répondants la qualification du personnel, la qualité et la proximité des services, ainsi que l'amplitude des horaires.

Leviers de développement

La mutualisation entre structures d'aide à domicile	33%
La création de plateformes d'accueil et d'orientation	13%
Le développement d'expérimentations	31%
Le partage des expérimentations	36%
Le développement de partenariats avec les associations de représentants d'utilisateurs	46%
Le développement de partenariats avec les réseaux de santé	56%
Le développement de partenariats avec les fondations et les mécènes	18%
Le développement de partenariats avec des organismes de formation	29%
La mutualisation de moyens de transports	13%
La signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens	23%
L'évolution de votre organisation	40%
Le développement des compétences des salariés	77%
L'évolution du management	19%
La structuration d'une équipe de bénévoles	9%
L'amélioration de la communication externe	37%
La valorisation des métiers du secteur de l'aide à domicile	58%
Un changement des modalités de tarification	44%
Autre	2%

Pour 77 % des répondants, le développement des compétences des salariés est un levier important, la valorisation des métiers de l'aide à domicile vient ensuite (58 % des réponses) ainsi que le développement des partenariats avec les réseaux de santé (56% des réponses)

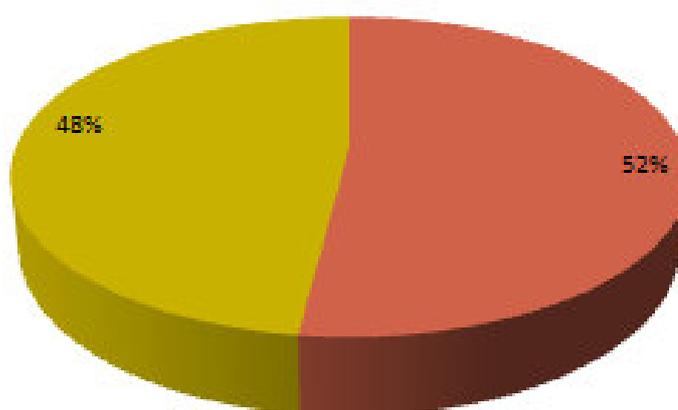
Présentation des résultats de l'enquête

Le développement et l'amélioration des services

Développement de nouveaux services

Avez-vous l'intention dans un futur proche de développer de nouveaux services pour les personnes ?

■ Oui ■ Non



Seule un peu plus de la moitié des structures disent avoir l'intention de développer de nouveaux services pour les personnes handicapées.

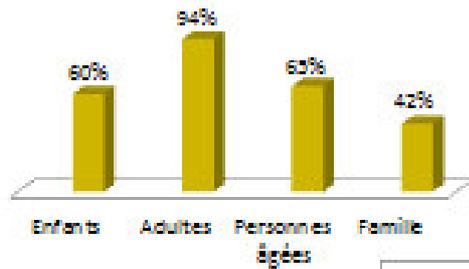
Quels services ?

Aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne (lever, habillage, repas...)	52%
Soins d'hygiène, soins corporels	32%
Soins médicaux	13%
Soutien éducatif, aide aux devoirs	26%
Soutien à la parentalité	29%
Accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation sociale...	40%
Aide administrative : logement, paiements des factures, démarches administratives...	35%
Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique, utilisation de la domotique....	16%
Soutien des relations avec l'environnement familial	29%
Soutien des relations avec l'environnement social	34%
Accompagnement de la vie quotidienne (courses, ménage...)	39%
Accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de de loisirs soit en individuel (aller au cinéma), soit organisées par d'autres structures (Ex. : bibliothèque, association sportive, ...)	61%
Accompagnement médical et para-médical (RDV médecins, kiné, orthophoniste ...)	39%
Accompagnement à la scolarité (scolaire et universitaire)	26%
Accompagnement à l'insertion professionnelle	13%
Autre	13%

Le souhait d'un développement de services concerne principalement l'accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de loisirs, l'aide pour tout ou partie des actes essentiels, l'accompagnement d'éveil et de stimulation intellectuelle.

Pour quels publics et à quelles échéances ?

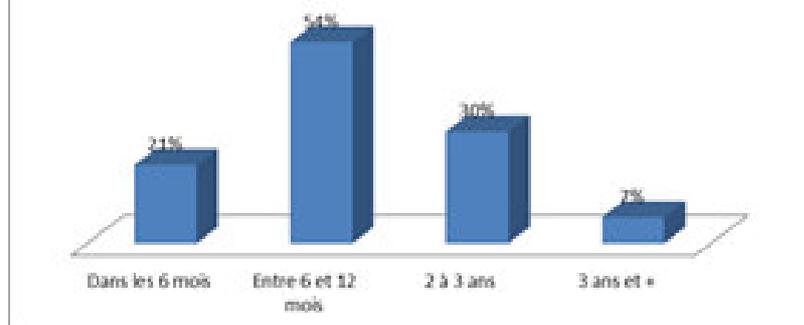
Pour quels publics ?



Les publics visés sont les adultes en très grande majorité mais l'accompagnement d'enfants est cité également à 60 %.

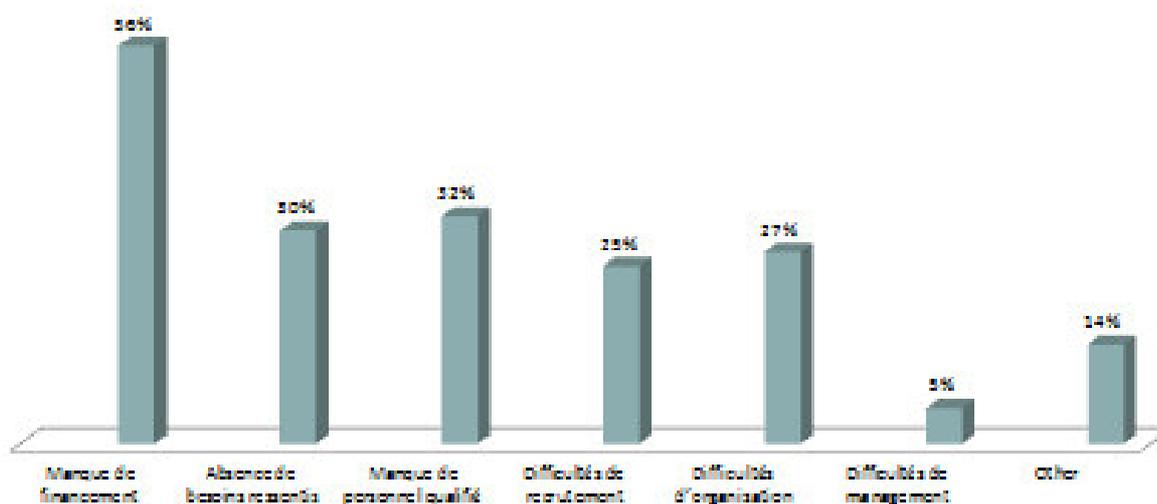
En majorité le développement envisagé est de l'ordre de 6 à 12 mois

A quelles échéances ?



En cas de non développement :

Si non, pourquoi ?

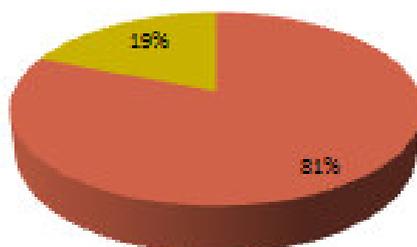


Les raisons invoquées sont majoritairement le manque de financement. Viennent ensuite le manque de personnel qualifié, l'absence de besoins ressentis et les difficultés d'organisation. Dans les raisons « autre », les participants ont noté l'absence de priorité de cette thématique pour l'ARS, les difficultés de réglementation du travail de nuit, la présence de plusieurs services existants sur le département et l'implication dans d'autres projets actuellement.

Intention d'améliorer

Avez-vous l'intention dans un futur proche d'améliorer les services rendus auprès des personnes handicapées ?

■ Oui ■ Non



81 % des structures indiquent souhaité améliorer dans un futur proche les services rendus auprès des personnes handicapées

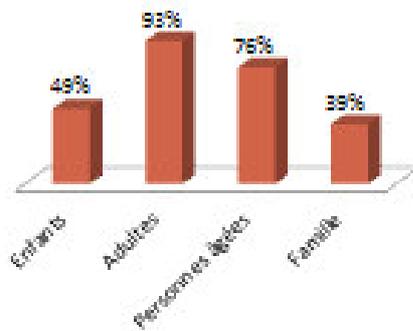
Quels services ?

Aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne (lever, habillage, repas...)	73%
Soins d'hygiène, soins corporels	44%
Soins médicaux	5%
Soutien éducatif, aide aux devoirs	15%
Soutien à la parentalité	20%
Accompagnement d'éveils, de stimulation intellectuelle et cognitive, stimulation relationnelle, remédiation sociale...	46%
Aide administrative : logement, paiements des factures, démarches administratives...	34%
Aide à l'accessibilité : aide technique, ergonomique, utilisation de la domotique...	31%
Soutien des relations avec l'environnement familial	36%
Soutien des relations avec l'environnement social	42%
Accompagnement de la vie quotidienne (courses, ménage...)	43%
accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de de loisirs soit en individuel (aller au cinéma), soit organisées par d'autres structures (Ex : bibliothèque, association sportive, ...)	31%
Accompagnement médical et para-médical (SDV médecins, kiné, orthophoniste ...)	29%
Accompagnement à la scolarité (scolaire et universitaire)	12%
Accompagnement à l'insertion professionnelle	5%
Autre	3%

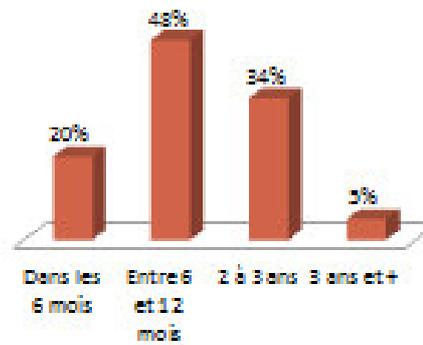
Les souhaits d'amélioration portent sur l'aide pour tout ou partie des actes essentiels à la vie quotidienne, l'accompagnement social à partir du domicile vers des activités culturelles et de loisirs, l'accompagnement d'éveil et de stimulation ainsi que les soins d'hygiène.

Pour quels publics et à quels échéances ?

Pour quels publics

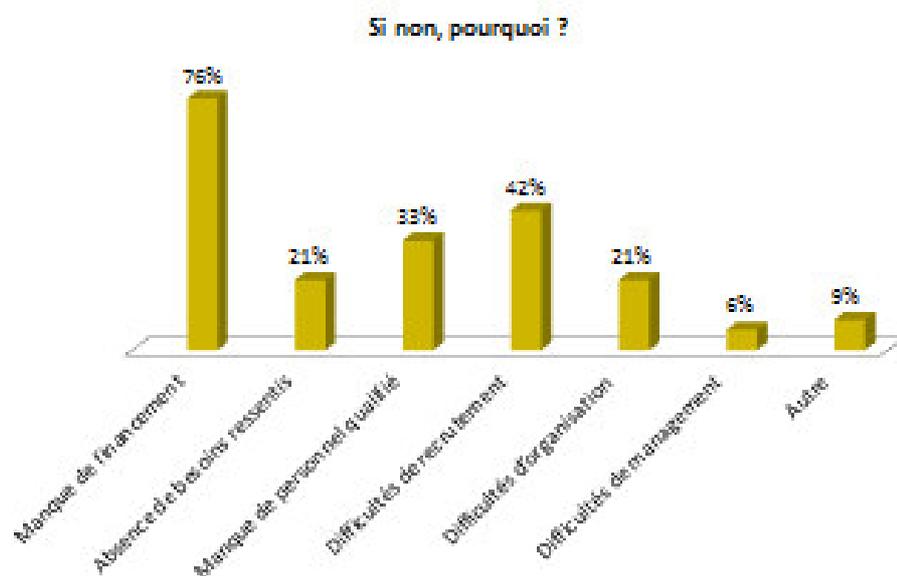


A quelles échéances



L'amélioration des services viserait en majorité les adultes et les personnes âgées et sont estimés à un échéance de 6 à 12 mois.

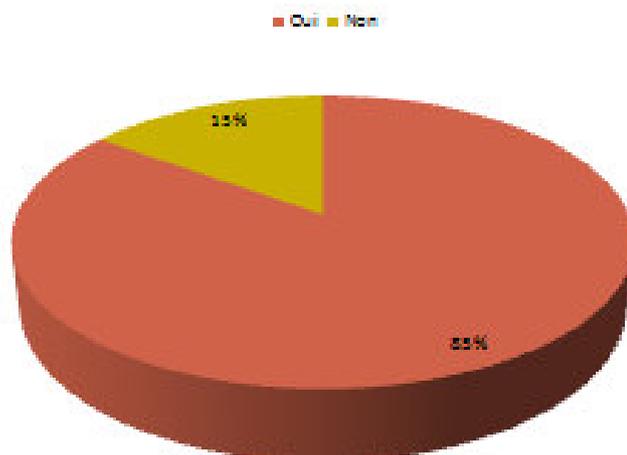
Les réponses négatives aux souhaits d'amélioration



Elles sont expliquées par le manque de financement principalement. Dans les réponses « autre », il y a la présence de services déjà existants sur le département, la crise et les difficultés du secteur.

Appui au développement

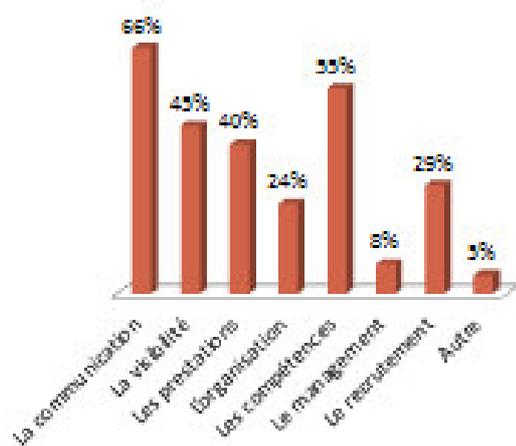
60. Estimez-vous avoir besoin d'un appui au développement de votre structure pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées ?



85 % des structures qui ont répondu estiment avoir besoin d'appui au développement

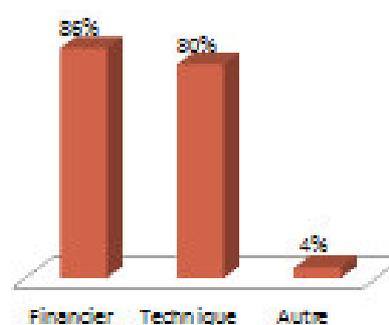
Appui au développement

Si oui, sur quoi ?

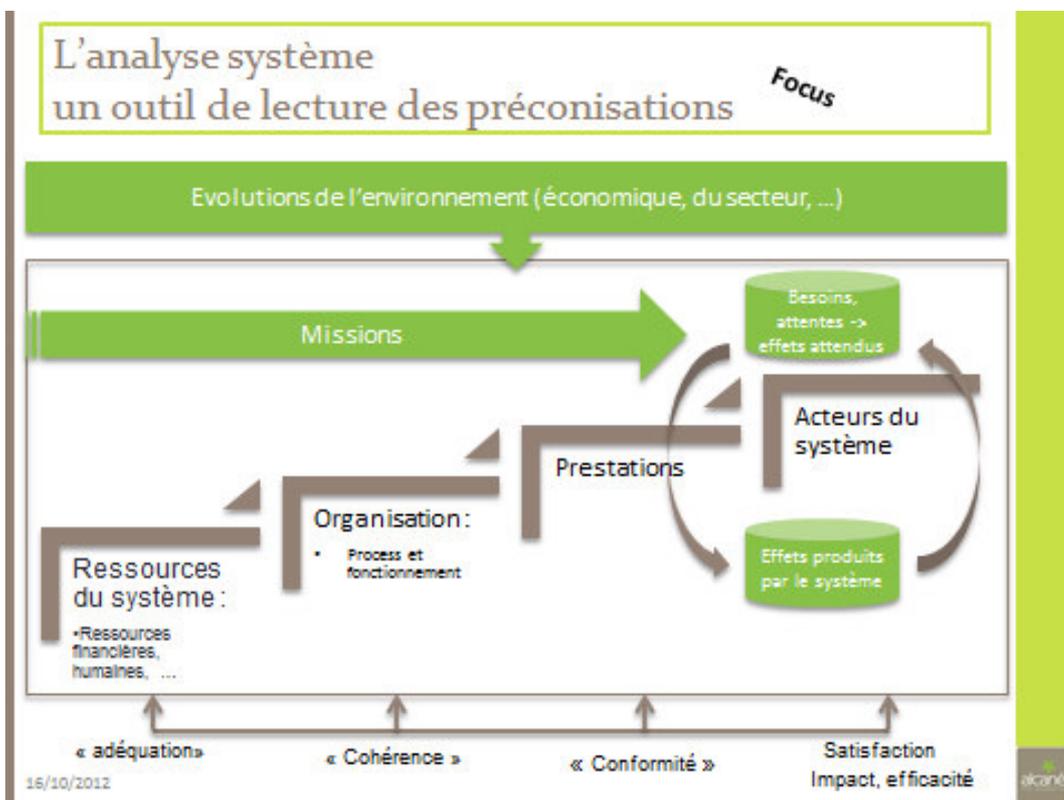


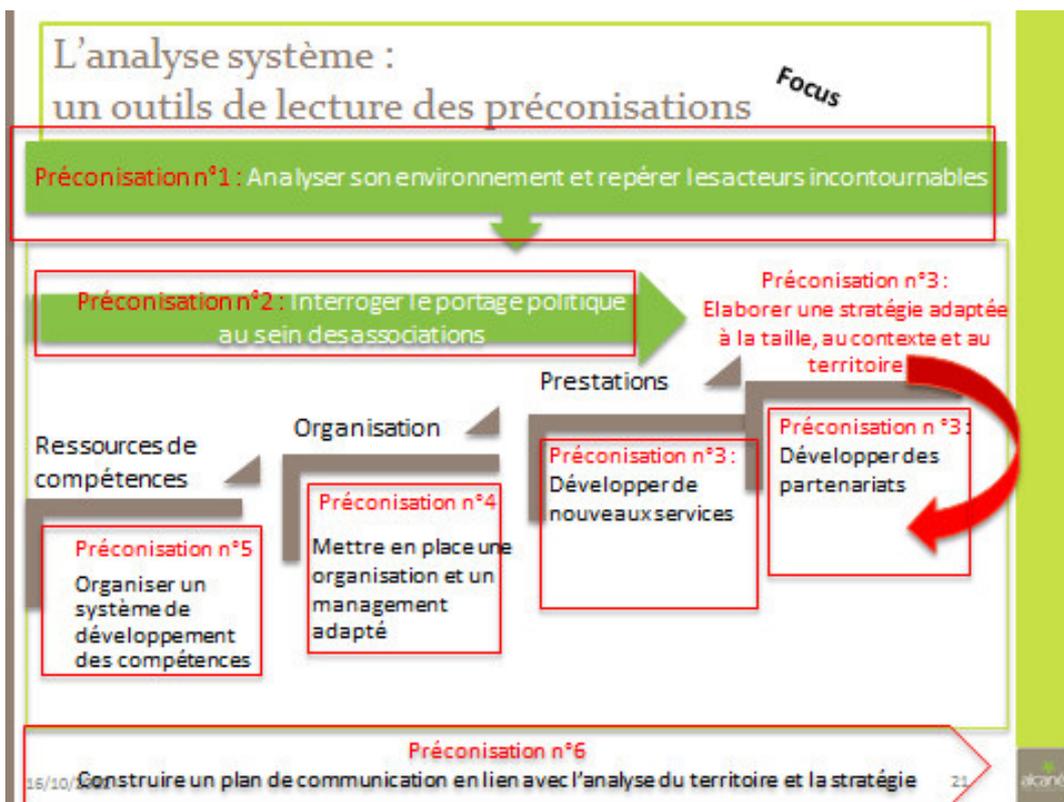
Les répondants estiment que l'appui doit être financier et technique et doit porter sur la communication, les compétences et la visibilité principalement. Les réponses « autre » concerne l'ingénierie de projet et l'aide aux partenaires.

Si oui, l'appui doit être :



Annexe 5 : schéma système





Annexe 6 : glossaire du Handicap

Le glossaire ci-dessous définit les différents termes utilisés au cours de l'étude et propose un court lexique sur la thématique du Handicap.

Les définitions ci-dessous sont issues des sites internet « glossaire.handicap.fr », « handiplace.org », « vosdroits.service-public.fr », « ANFH.fr », « www.cnsa.fr » ainsi que du schéma départemental des services de maintien à domicile en Ille et Vilaine.

Le handicap

Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, 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

Toute personne en situation de handicap a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.

A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte en situation de handicap aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes en situation de handicap. »

Il est possible de distinguer 6 grandes familles de handicap :

<p>Le handicap moteur : recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes).</p>
<p>Le handicap visuel : concerne les personnes aveugles, mais aussi, dans la majorité des cas, les personnes malvoyantes</p>
<p>Le handicap auditif : la perte auditive totale est rare, la plupart des déficients auditifs possèdent « des restes auditifs » pour lesquels les prothèses auditives apportent une réelle amplification. Selon les cas, ce handicap s'accompagne ou non, d'une difficulté à oraliser.</p>
<p>Le handicap psychique : Aucune définition exhaustive n'est possible, d'autant que la terminologie psychiatrique (névrose, psychose...) est seulement maîtrisée par les psychiatres</p>
<p>La déficience intellectuelle : C'est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition.</p>
<p>Les maladies invalidantes : Toutes les maladies respiratoires, digestives, parasitaires, infectieuses (diabète, hémophilie, sida, cancer, hyperthyroïdie...). Elles peuvent être momentanées, permanentes ou évolutives.</p>

Définition et tableau extrait du site Handiplace.org

Construite sur l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), la classification internationale des handicaps comprend 3 dimensions qui révèlent autant de composantes du handicap. Ces concepts sont les suivants : déficience, incapacité et désavantage.

- Déficience : " Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. "

- Incapacité : " Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. "

- Désavantage : " Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. "

Définition de la maladie chronique

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques.

Certaines peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Les maladies chroniques comprennent :

1. des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
2. des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
3. des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ;
4. enfin, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...), la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux.

La Prestation de compensation du handicap (PCH)

La Prestation de Compensation du Handicap, définie dans la loi du 11 février 2005, est une allocation versée aux personnes en situation de handicap. Elle prend en compte les besoins et le projet de vie de la personne en situation de handicap. Elle peut être affectée à des charges liées à un besoin d'aides humaines, d'aides techniques, à l'aménagement du logement et du véhicule, et/ou à un besoin d'aides exceptionnelles ou animalières. L'évaluation et la décision d'attribution de la prestation sont effectuées au sein de la MDPH. La PCH remplace l'Allocation compensatrice tierce personne depuis le 1^{er} janvier 2006. Les personnes bénéficiaires de l'allocation compensatrice disposent d'un droit d'option entre l'allocation compensatrice et la prestation de compensation.

Deux évaluations sont réalisées par la Maison départementale des personnes en situation de handicap :

- L'une concernant le renouvellement de l'Allocation compensatrice tierce personne,
- l'autre relative à l'éligibilité à la prestation de compensation.

L'Allocation Adultes Handicapés (AAH)

L'Allocation Adultes Handicapés est attribuée aux personnes atteintes d'un taux minimum d'incapacité et disposant de ressources modestes afin de leur assurer une certaine autonomie financière. La commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) ouvre les droits et la CAF vérifie les conditions administratives avant son versement.

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. L'AEEH n'est pas soumise à condition de ressources.

Si le handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne, un complément d'allocation peut être accordé.

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Il existe une Maison Départementale des Personnes Handicapées par département sous la direction du Conseil Général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place entre autres une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne en situation de handicap, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de handicap (CDAPH)

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de handicap a été créée par la loi du 11 février 2005. Elle succède ainsi à la CDES et à la COTOREP depuis le 1er janvier 2006 et siège au sein des MDPH. Elle prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne en situation de handicap, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.

Le Conseil Département Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH)

Le CDCPH est prévu à l'article L. 146-2 du Code de l'action sociale et des familles. Sa composition et ses modalités de fonctionnement ont été précisées dans le décret n° 2002-1388 du 27 novembre 2002. Le CDCPH s'inscrit dans le prolongement du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Il s'agit d'une instance locale de réflexion et de propositions pour le niveau national. Il reçoit également communication du schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale et est informé de son état d'avancement.

Le CDCPH doit comprendre trente membres titulaires au maximum, nommés par le préfet. Il est présidé conjointement par le préfet et le président du Conseil général. La vice-présidence est assurée par un des membres du Conseil.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie a été créée par la loi du 30 juin 2004. " Elle a pour rôle d'animer la politique de compensation de la perte d'autonomie et d'en garantir l'application égale sur tout le territoire dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion passée avec l'Etat. " selon le Ministère de la Santé.

L'Agence nationale des services à la personne (ANSP)

Chargée de promouvoir le développement et la qualité du secteur des services à la personne, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) est un établissement public administratif, créée par le décret du 14 octobre 2005, en application de la loi du 26 juillet 2005. Elle est placée aujourd'hui sous la tutelle du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Elle dispose, dans chaque département, d'un délégué territorial qui la représente. Dans son département, le délégué territorial est chargé :

- de traduire au plan local les priorités d'actions définies par l'Agence,
- de promouvoir et coordonner l'activité administrative interministérielle en matière de développement des services à la personne. Une des missions consiste en la délivrance des agréments et le suivi des structures agréées.

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile est un service défini par décret (n° 204-613 du 25 juin 2004) qui favorise le maintien à domicile des personnes par une aide et un accompagnement à l'autonomie.

De façon générale, les services d'aide à domicile (ou à partir du domicile), proposent à la personne un accompagnement ou une aide :

- dans les actes essentiels du quotidien, à l'exception des soins médicaux : aide au lever, à l'habillage, à l'hygiène, stimulation des activités intellectuelles, sensorielles et motrice de la personne par des activités dans la vie de tous les jours....
- dans les activités domestiques : entretien du logement, du linge, repassage, aide à la prise des repas, au déplacement....
- dans les activités de la vie sociale et relationnelles : aide à maintenir ses activités de loisirs et ses relations avec l'entourage, aides dans ses petites démarches administratives...

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) est une structure gérée soit par une association, une fondation, une mutuelle, soit par des organismes ou établissements publics. Les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap et/ou atteintes de certaines pathologies chroniques peuvent en bénéficier. Les places de SSIAD sont financées par la CPAM.

Les SSIAD sont un maillon essentiel du maintien des personnes à leur domicile. Dans le cadre d'une prise en charge globale, ils réalisent :

- des soins de nursing
- des soins techniques infirmiers
- un accompagnement dans l'environnement social et familial
- un accompagnement dans le parcours de soins (coordination avec les autres acteurs)
- l'aménagement du domicile pour les structures qui emploient des ergothérapeutes

Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

Les SPASAD (régit notamment par le décret n°2004-613 du 25 juin 2004) sont les services qui assurent les missions dévolues à un SSIAD et à un SAAD. Ils ont pour but de favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et de mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins, permettant ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne. Ces services de soins et d'accompagnement prolongent ainsi les missions des SSIAD sur deux aspects essentiels : un élargissement du public bénéficiaire et une prise en charge coordonnée désormais globale.

Les Services d'Education Spécialisés et de Soins A Domicile (SESSAD)

Le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile apporte un soutien spécialisé aux enfants et adolescents dans leurs différents lieux de vie et d'activités (domicile, crèche, école,...) et/ ou dans les locaux du service. Les enfants sont admis sur décision de la CDAPH. Les prestations sont prises en charge par la CARSAT. Son équipe pluridisciplinaire met en œuvre une prise en charge précoce de l'enfant et l'accompagnement des familles; elle favorise le soutien à la scolarité de l'enfant et l'acquisition de l'autonomie. Selon leur spécialité et selon l'âge des enfants, un SESSAD peut s'appeler différemment : SAFEP, SSEFIS, SAAAIS ou SSAD.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

Les SAMSAH et les SAVS sont des structures issues de la loi du 11 février 2005. Ils accueillent des personnes adultes en situation de handicap afin de leur apporter un accompagnement à la vie sociale s'agissant des SAVS avec, en plus, un accès aux soins dans le cas des SAMSAH. La prise en charge en matière d'accompagnement pour les SAVS, d'accompagnement et de soins pour les SAMSAH doit mener à bien la coordination des acteurs médico-sociaux nécessaires à la mise en œuvre du projet de vie.

L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

La prise en charge en HAD répond à la définition du code de la santé publique (art. R6121-4 CSP) : les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins dispensés en HAD sont nécessairement coordonnés, continus, régulièrement évalués et d'une certaine intensité, définissant ainsi, les critères d'admission en HAD. Ces critères reposant sur la complexité, la fréquence et la durée des actes permettent d'établir une différence avec les soins et les actes dispensés par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), et les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les accueils de jour

L'accueil temporaire a été défini par le décret du 17 mars 2004 (n°2004-231 du 17 mars 2004). Il s'adresse aux personnes en situation de handicap de tous âges et aux personnes âgées et

s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. L'accueil temporaire vise, selon les cas :

- à organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;
- à organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Une nouvelle génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dont le contenu a été révisé dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), a été conçue pour assurer une déclinaison opérationnelle des projets régionaux de santé (PRS), en cours d'adoption par chaque agence régionale de santé (ARS).

A ce titre, les CPOM offrent un cadre dans lequel sont définis :

- d'une part, le positionnement de chacun des établissements dans l'offre de soins ainsi que les coopérations à développer avec les autres acteurs du territoire ;
- d'autre part, les orientations prises par les établissements pour concourir à l'amélioration de la performance dans toutes ses dimensions : qualité du service rendu, efficience économique et optimisation de la gestion des ressources humaines

Etablissement public de santé mentale (EPSM)

Etablissement dont l'organisation, les missions et les activités sont définies par le Code de la santé publique. Depuis la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, tous les établissements de santé publics et privés concourent à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs missions de services public : permanent des soins ; prise en charge de soins palliatifs ; enseignement universitaire et postuniversitaire ; recherche ; développement professionnel continue des praticiens hospitaliers...Les EPS sont dotés d'un conseil de surveillance et sont dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La loi 2005 a créé un nouvel outil pour mieux identifier et inscrire dans le temps, les priorités de financement au niveau régional : le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Son objectif : l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-social au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale. Son approche est globale : elle va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement.