



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2004**

**Personnes adultes handicapées**

---

**OUVRIR UN PÔLE « APPARTEMENTS SERVICES » DANS LA CITÉ  
POUR DIVERSIFIER LES CHOIX DE VIE DES PERSONNES  
HANDICAPÉES MOTRICES DÉPENDANTES**

**Marie GANDON**

---

# Remerciements

---

*Je remercie Madame Claude Delonca, Directrice Générale de l'association ARTES (30), sociologue des organisations, cafédésienne et politiste. Elle m'a guidée dans mes recherches et offert ses précieux conseils durant toutes les phases d'élaboration de ce travail.*

*Je remercie Monsieur Olivier Dupille, Directeur du Centre APF Saint Pierre (34), pour son accompagnement et son soutien tout au long de ma formation.*

*Je remercie Mesdames Geneviève Arnal et Fabienne Bertomeu, responsables des ESVAD 34 Est et Ouest, de m'avoir fait bénéficier de leurs connaissances et de leurs expériences.*

*Je remercie les adultes en situation de handicap et l'ensemble des professionnels qui ont permis d'enrichir ma réflexion et mon analyse.*

*Je remercie les intervenants de l'Institut de Formation aux Fonctions de Direction de Montpellier pour leurs enseignements et mes collègues de formation pour leur aide tout au long de ce parcours.*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP, UN INDIVIDU-CITOYEN</b> .....	<b>3</b>
1.1 Approche conceptuelle du handicap : du modèle médical au modèle social.....	3
1.1.1 Handicap et personne handicapée .....	3
1.1.2 Classification internationale des handicaps .....	4
1.1.3 Déficiences motrices, caractéristiques et spécificités .....	7
1.2 Le libre choix de mode de vie : une orientation politique.....	8
1.2.1 Sur le plan international, un droit fondamental .....	8
1.2.2 Au niveau européen, une dynamique d'inclusion .....	8
1.2.3 En France, un engagement tardif vers la participation sociale.....	10
1.3 Les modes de vie des adultes handicapés dans l'Hérault, données démographiques .....	14
1.3.1 La vie à domicile : la norme acceptable .....	15
1.3.2 L'entrée en institution : une réponse à l'isolement social .....	18
Conclusion de la première partie .....	21
<b>2 L'APF, CRÉÉE PAR DES PERSONNES HANDICAPÉES MOTRICES POUR REVENDIQUER LEUR CITOYENNETÉ</b> .....	<b>22</b>
2.1 L'Hérault, département précurseur dans la création des ESVAD .....	23
2.2 ESVAD 34 Est : un service d'accompagnement à domicile, complété récemment par un accueil de jour .....	24
2.2.1 Un service d'accompagnement à domicile,.....	26
A) Des missions de service public répondant à des besoins identifiés.....	26
B) Une organisation au service de projets de vie.....	29
C) Une dynamique de réseau pour le respect du choix de vie de la personne ..	33
D) Une optimisation des moyens au service de nos missions .....	35
2.2.2 Un accueil de jour pour soutenir le maintien à domicile .....	37
A) Un outil d'accompagnement à l'autonomie et à la vie sociale .....	37
B) Le fonctionnement opérationnel du service .....	39
C) Des partenariats pour favoriser la participation sociale .....	41
D) Les moyens nécessaires pour assurer nos missions .....	41
Conclusion de la deuxième partie .....	42
<b>3 UNE ALTERNATIVE ENTRE L'HÉBERGEMENT COLLECTIF ET LE DOMICILE ORDINAIRE : LES "APPARTEMENTS SERVICES"</b> .....	<b>44</b>
3.1 Pour soutenir le mode de vie autonome des adultes handicapés moteurs dépendants .....	45

3.1.1	Le logement indépendant comme vecteur d'intégration .....	46
3.1.2	Se loger, une gageure pour les personnes handicapées motrices dépendantes.....	46
A)	Du fait du faible niveau de ressources .....	46
B)	Majorée par la pénurie de logement dans la cité montpelliéraine .....	47
3.2	Pour une participation à la vie de la cité .....	48
3.2.1	Des appartements indépendants accessibles et adaptés en milieu ordinaire de vie .....	49
A)	Un contrat de sous-location ou un bail glissant.....	50
B)	Un logement adapté et domotisé.....	51
C)	Un lieu ressource.....	52
3.2.2	Un accompagnement personnalisé favorisant l'intégration sociale .....	53
3.3	Le fonctionnement des "appartements services" .....	54
3.3.1	Une organisation visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes ....	54
A)	Des moyens humains mutualisés pour assurer la couverture des besoins...55	
B)	L'organisation du travail centrée sur les besoins et attentes des usagers ....58	
C)	L'accompagnement des professionnels, une nécessité.....59	
D)	Des instances de coordination et de régulation pour la cohérence des actions .....	61
3.3.2	Des partenariats à développer pour une inscription dans le territoire .....	62
3.3.3	Une rationalisation des choix budgétaires .....	64
A)	Les dépenses afférentes à l'exploitation courante : Groupe I.....	64
B)	Les dépenses afférentes au personnel : Groupe II .....	65
C)	Les dépenses afférentes à la structure : Groupe III .....	65
3.4	L'évaluation du dispositif .....	66
3.4.1	Évaluation qualitative .....	67
3.4.2	Évaluation du fonctionnement et de l'organisation du service.....	68
3.4.3	Évaluation de l'efficience.....	69
	Conclusion de la troisième partie .....	70
	<b>Conclusion.....</b>	<b>73</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>75</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne
ADJ	Accueil de jour
AGEFIPH	Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés
AGGIR	Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide médico-psychologique
AFM	Association Française contre les Myopathies
APF	Association des paralysés de France
AS	Aide soignant
CIF	Classification internationale du handicap et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
CIM	Classification internationale des maladies
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ESVAD	Équipe spécialisée pour la vie autonome à domicile
ETP	Équivalent temps plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GVT	Glissement – Vieillesse - Technicité
GIHP	Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées Physiques
HAD	Hospitalisation à domicile
HID	Handicap – Incapacités – Dépendance
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PSD	Prestation spécifique dépendance
SAD	Service d'accompagnement à domicile
SVA	Site pour la vie autonome

## INTRODUCTION

Près de dix millions de personnes souffrent, aujourd'hui en France, d'une déficience motrice plus ou moins grave. Ce sont des femmes et des hommes, divers dans leurs origines, leur parcours, leurs désirs et leurs projets. Cependant ils n'ont pas les mêmes chances que les autres d'accéder à la formation, à l'emploi, au logement, à la culture et aux loisirs dans une société qui n'est pas toujours spontanément accueillante à la différence. Ces personnes veulent être reconnues, respectées, pouvoir s'intégrer et choisir librement leur mode de vie.

Si l'insertion sociale des personnes en situation de handicap touche tous les aspects de la vie, elle repose d'abord sur une politique d'hébergement sous toutes ses formes. L'hébergement à domicile des personnes handicapées motrices doit être, chaque fois que cela est possible, un objectif prioritaire. Mais, comme le souligne M. Paul Blanc, sénateur, *"pour que le choix soit réellement ouvert, il faut non seulement que le maintien à domicile ne relève plus du parcours du combattant mais aussi que le nombre de places en établissement et l'existence de passerelles entre les deux systèmes de prise en charge permettent une alternative véritable"*<sup>1</sup>.

Créée en 1992, l'Équipe Spécialisée pour la Vie Autonome à Domicile (ESVAD) de l'Hérault, première équipe expérimentale mise en place au niveau national par l'Association des Paralysés de France (APF) pour soutenir les personnes handicapées motrices dans leur choix de vie en milieu ordinaire, constitue un premier élément de réponse. Par la suite, pour adapter l'offre de service aux besoins et attentes des personnes handicapées motrices et de leur entourage, un projet d'accueil de jour se construit. Aujourd'hui, je viens de prendre la direction du pôle Est de l'ESVAD pour faire vivre et améliorer ces deux dispositifs (service d'accompagnement à domicile et accueil de jour) mais aussi pour étudier comment répondre à l'aspiration des personnes en situation de handicap moteur dépendantes à pouvoir bénéficier de modes de vie adaptés leur garantissant une pleine accessibilité aux dispositifs de droits communs.

Dans le contexte actuel où le handicap ne se réduit plus à la déficience ou aux incapacités, où les évolutions de la science et des techniques ouvrent de nouvelles perspectives de vie aux personnes handicapées motrices et où le regard de la société sur le handicap semble se modifier, la question se pose de savoir comment répondre aux

---

<sup>1</sup> Rapport n° 369 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la politique de compensation du handicap, Blanc P., Paris : Sénat, 2002 [en ligne] <http://www.senat.fr>

aspirations légitimes des adultes handicapés moteurs de choisir leur mode de vie. Si les services que je dirige ont montré leur pertinence, ils ont aussi leurs limites.

La problématique à laquelle je suis confrontée est la suivante :

**Alors que le libre choix, portant notamment sur le logement et le mode de vie, est droit individuel fondamental inscrit dans la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen, réaffirmé dans la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées de 1975, comment s'exerce-t-il pour les personnes handicapées dépendantes?**

**Alors que la vie en institution constitue, pour de nombreuses personnes en situation de handicap moteur, un "choix contraint", comment, lorsque les aidants naturels deviennent défailants et le besoin d'aide insatisfait, rester à domicile? Comment rompre l'isolement et accéder à une vie sociale pour une personne handicapée dépendante vivant seule?**

L'hypothèse que je souhaite vérifier au travers de ce travail est qu'une diversification de l'offre de service, une interaction entre les différents modes d'accompagnement et une collaboration avec les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et de droit commun présents sur le territoire devraient contribuer à favoriser le libre choix du mode de vie de la personne en situation de handicap moteur et l'autoriser à s'inscrire dans un parcours de vie choisi.

Dans une première partie j'évoquerai d'une part l'évolution conceptuelle du handicap du modèle médical vers le modèle social. D'autre part, je traiterai du libre choix du mode de vie au regard des législations internationales, européennes et nationales. Enfin j'exposerai des données démographiques concernant les différents modes de vie des personnes handicapées dans le département de l'Hérault.

La deuxième partie examinera les dispositifs d'accompagnements à domicile dont j'ai récemment pris la direction. J'exposerai leurs missions, leurs modes de fonctionnement ainsi que leurs limites.

Enfin dans une troisième partie je proposerai un nouveau mode d'accompagnement entre l'hébergement collectif et le domicile ordinaire et présenterai les choix stratégiques et managériaux que je définis pour conduire sa mise en œuvre.

# 1 LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP, UN INDIVIDU-CITOYEN

## 1.1 Approche conceptuelle du handicap : du modèle médical au modèle social

### 1.1.1 Handicap et personne handicapée

Infirmes, invalides, handicapés... Une multitude d'appellations ont été utilisées pour désigner ceux qu'on appelle maintenant les personnes handicapées ou, pour utiliser une terminologie plus récente, les personnes en situation de handicap. Définir la notion de handicap reste difficile tant elle recouvre, en pratique, des situations d'une extrême variabilité.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "*le handicap est le désavantage social pour un individu donné qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels*". Cette définition a eu le grand mérite à la fois de permettre une classification internationale (OMS, 1980) - révisée en janvier 2001 pour donner naissance à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) - et d'avoir orienté l'accompagnement des personnes handicapées non seulement en direction de soins curatifs mais aussi de soins préventifs ainsi que vers l'insertion sociale et professionnelle.

Le forum européen des personnes handicapées, porte-parole des personnes handicapées auprès des institutions décisionnaires européennes, créé en 1996, en propose une autre définition : "*le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration*"<sup>2</sup>. Dans cette approche, le handicap n'est plus un phénomène statique mais dynamique. Il résulte de la combinaison de facteurs individuels que représentent la déficience et les incapacités et de facteurs environnementaux, constituant des barrières à la participation sociale. Cette définition, sous-tend actuellement tous les modèles proposés pour tenter de rendre compte de la complexité de la notion de handicap.

---

<sup>2</sup> Dr Delcey Michel, *Déficiences motrices et situation de handicaps*, Paris : APF, 2002.



En France, d'après l'encyclopédie des éditions Atlas, le handicap représente *"une incapacité, définitive ou transitoire, limitant ou empêchant, chez un être humain, des activités considérées comme normales. Les handicaps peuvent être physiques, mentaux, sociaux ; ils sont souvent associés. Leur prise en charge par la société est longue et difficile ; elle fait appel aux domaines médicaux, paramédicaux, psychosociaux"*<sup>3</sup>.

Dans le champ social et médico-social, la loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées - actuellement en cours de révision - ne définissait pas, volontairement, la notion de handicap ou de personne handicapée, favorisant ainsi la prise en compte d'un plus grand nombre de situations.

Le rapport sur le projet de loi de finances de 2003 énonçait que *"le handicap de la personne ne se réduit pas à sa seule déficience, ni aux incapacités que celle-ci engendre, mais il dépend du désavantage que, non seulement cette déficience et ces incapacités provoquent, mais que l'environnement matériel, humain, social, contribue à réduire ou à aggraver."*

Pourtant le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, réformant la loi 75-534, tel qu'il fut présenté en conseil des ministres le 28 janvier 2004 par Madame Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'État aux personnes handicapées, précise, dans son article 1<sup>er</sup>, que *"constitue un handicap le fait pour une personne de se trouver de façon durable limitée dans ses activités ou restreinte dans sa participation à la vie en société, en raison de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique."* Cette définition réduit le handicap à une approche biomédicale, ignorant le rôle des facteurs environnementaux sur la participation sociale des individus.

### **1.1.2 Classification internationale des handicaps**

En 1980, après un travail de plusieurs années au sein de l'organisation mondiale de la santé (OMS), Le britannique Philip Wood introduit une clarification conceptuelle déterminante. La classification internationale des handicaps (CIH), ainsi définie, met en relation la pathologie - à partir de la classification internationale des maladies (CIM) - avec des déficiences desquelles découlent des incapacités pour aboutir à un désavantage. Séquence qui va du biomédical au social.

---

<sup>3</sup> [www.webencyclo.com](http://www.webencyclo.com), Webencyclo des Éditions Atlas, 2001.

CIM		CIH	
<b>Cause</b> maladies, malformation, accidents	→	<b>Déficiences</b> mentales, motrices, sensorielles...	→
		<b>Incapacités</b> à mémoriser, à marcher, à communiquer...	→
			<b>Désavantages</b> à trouver un emploi, à prendre le métro, pour la scolarité...

la classification internationale des handicaps (OMS, 1980)<sup>4</sup>

Il définit en effet le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne, en les analysant selon trois plans :

- la déficience, correspondant à l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ; la déficience correspond donc à la lésion (exemples : amputation, lésion de la moelle, dégénérescence d'un nerf...) et/ou au déficit en résultant (exemples : paraplégie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire...).
- l'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité (exemples : incapacités à marcher, à s'accroupir mais aussi à se lever, se laver, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir...)
- le désavantage, conséquence des déficiences ou des incapacités, représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels (exemples : gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper, etc). Le désavantage est la résultante de l'interaction entre la personne porteuse de déficience ou d'incapacité et l'environnement. Son importance est étroitement liée à la qualité de l'environnement, qui peut soit le minimiser, soit l'amplifier.

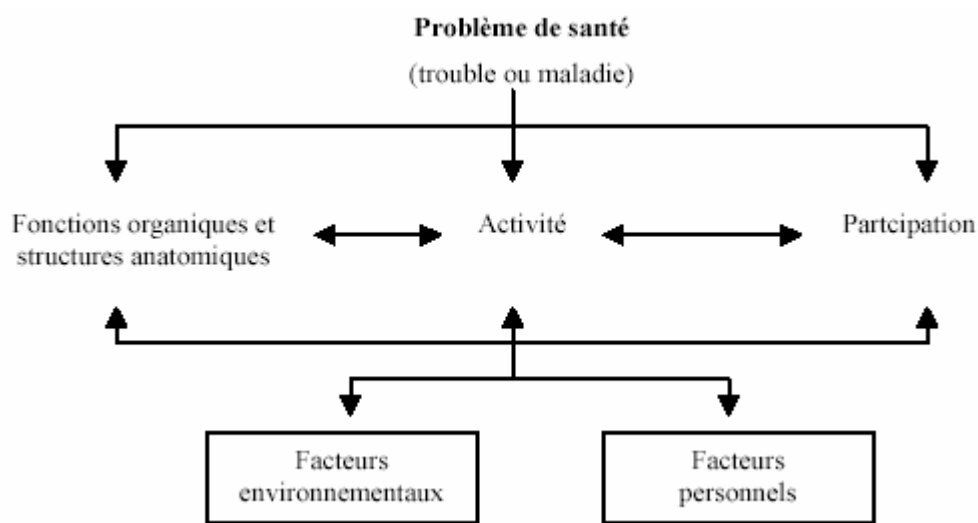
La CIH et les réflexions qui ont entouré sa conception ont accompagné une révolution conceptuelle du handicap : considérer le handicap comme la conséquence d'une maladie ou d'un accident au lieu de l'assimiler à sa cause. La CIH définit le handicap à travers l'atteinte du corps (déficiences), bien sûr, mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (incapacités) et les problèmes sociaux qui en résultent (désavantages).

Toutefois, la classification de Wood propose un "modèle individuel" où la déficience serait de nature biologique, l'incapacité serait une conséquence fonctionnelle et le handicap son produit social marqué par un désavantage. Nous sommes, ici, dans une représentation négative de la personne en difficulté de santé où le handicap responsabilise et culpabilise

<sup>4</sup> Dr Delcey M., 2000, *Op. cit.*

celui qui le porte. La conséquence en est la conception de solutions s'adressant à cet individu qu'on va "réduquer", "réadapter" à une société dont il s'écarte, dont il dévie.

Dans cette classification, ne sont pas pris en compte les facteurs environnementaux et contextuels (architecturaux, politiques, sociaux, comportementaux, etc.) pouvant constituer autant d'obstacles à la participation sociale de la personne handicapée. La récente révision de la CIH qui donnera naissance en mai 2001, après adoption par l'assemblée plénière de l'OMS, à la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), tient compte de ces critiques en donnant une grande part à l'approche situationnelle du handicap. Ce modèle, qualifié de "socio-environnemental", aborde le handicap à la fois d'un point de vue individuel et social. Il vise à étudier l'environnement dans ses effets facilitateurs ou limitatifs sur l'insertion de l'individu. Il conduit donc à modifier le milieu de vie pour lever les obstacles aux limitations d'activité et de participation sociale, à remanier les dispositifs d'accompagnements ainsi que les pratiques professionnelles.



Interaction entre les composantes de la CIF<sup>5</sup>

On peut résumer cette opposition en disant que, dans le "modèle individuel", on va tenter d'adapter l'individu à la société, tandis que, dans le "modèle socio-environnemental", on va tenter d'adapter la société à la diversité des individus qui la compose.

Aujourd'hui, le handicap est une situation socialisée vécue par un individu et, par ricochet, par ses proches. On parle pour cela de personne en situation de handicap. La situation de

<sup>5</sup> Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2001.

handicap découle de l'interaction entre des facteurs individuels et des facteurs liés à l'environnement physique et social. C'est pourquoi les appellations de "handicapé" ou de "personne handicapée", sont aujourd'hui contestées car elles laissent penser que l'individu seul (ses caractéristiques physiques ou mentales) est à l'origine de la situation sociale qu'il vit, sans que la société et les barrières qu'elle oppose à sa différence ne soient contributives de cette situation. Le handicap touche une personne. Il convient donc de parler de personne en situation de handicap et non de handicapé. Cette appellation permet de mieux mettre en relief l'interaction entre des facteurs différents : ceux tenant à la situation individuelle et ceux tenant à la situation et aux circonstances sociétales, sociales et environnementales.

### **1.1.3 Déficiences motrices, caractéristiques et spécificités**

Classiquement diverses catégories de déficiences sont distinguées selon leur nature :

- déficiences sensorielles (aveugles et amblyopes, sourds et mal entendants...),
- déficiences motrices (amputés, paralysés, victimes d'une malformation...),
- déficiences mentales et psychoaffectives,
- déficiences viscérales et générales liées à une maladie interne chronique (cardiaques, rhumatisants, hémophiles, diabétiques, asthmatiques...).

Mais les cas sont rarement simples, le plus souvent les catégories se recoupent et les déficiences s'additionnent.

Les déficiences motrices constituent une catégorie très hétérogène puisqu'on y range les amputations, les atteintes neurologiques centrales et périphériques, les affections musculaires ou ostéo-articulaires. Selon l'Association des Paralysés de France (APF), *"une situation de handicap moteur est une restriction de la participation sociale d'une personne, résultant de ses déficiences ou incapacités motrices et/ou d'un environnement inadapté la mettant en situation d'incapacité motrice"*. Les déficiences motrices qui sont susceptibles de survenir à tout âge, peuvent avoir des causes aussi diverses que la maladie, la malformation, l'accident ou le vieillissement. Un certain nombre de maladies possèdent un caractère évolutif et même si la nature de l'atteinte n'est pas évolutive, les conséquences en terme de handicap peuvent s'accroître au cours de la vie. L'APF propose un classement des causes des déficiences motrices (Annexe 1).

Une des spécificités des personnes en situation de handicap moteur réside dans le fait que celles-ci possèdent, en majorité, les capacités de discernement et d'autodétermination leur permettant d'affirmer et revendiquer leur choix de vie et leur participation à la vie citoyenne.

## **1.2 Le libre choix de mode de vie : une orientation politique**

Devenue adulte, la personne handicapée motrice aspire, comme tout un chacun, à organiser elle-même sa propre vie, et en particulier à choisir son lieu et son mode de vie. Mais cette notion de libre arbitre n'a pas le même sens pour une personne qui éprouve des difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne que pour une personne valide.

### **1.2.1 Sur le plan international, un droit fondamental**

Le libre choix, portant notamment sur le logement et le mode de vie, représente un droit individuel fondamental inscrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1948. En effet, l'article premier stipule que *"tous les êtres humains naissent égaux en dignité et en droits"*. L'article treize précise que *"toute personne a droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État."*

Ce droit sera réaffirmé dans la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées, adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 9 décembre 1975. L'article trois rappelle que *"le handicapé, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge."* Nous sommes là face au principe de non-discrimination vis à vis des personnes handicapées. L'article cinq de cette même déclaration pose que *"le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible."* Enfin l'article neuf précise que *"aucun handicapé ne peut être astreint, en matière de résidence, à un traitement distinct qui n'est pas exigé par son état ou par l'amélioration qui peut lui être apportée."*

### **1.2.2 Au niveau européen, une dynamique d'inclusion**

Au niveau européen, les politiques initialement orientées vers l'institutionnalisation des personnes handicapées, glissent progressivement vers des politiques d'intégration et de non-discrimination.

La charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée le 9 décembre 1989, déclare notamment, à son point 26, que *"toute personne handicapée, quelles que soient l'origine et la nature de son handicap, doit pouvoir bénéficier de*

*mesures additionnelles concrètes visant à favoriser son intégration professionnelle et sociale".*

La charte sociale européenne du Conseil de l'Europe, signée le 4 novembre 1950 puis révisée le 3 mai 1996, pose, dans son article 15 de la partie II, le "*droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration et à la participation à la vie de la communauté*" et engage les États membres, à prendre les mesures nécessaires "*en vue de garantir aux personnes handicapées, quels que soient leur âge, la nature et l'origine de leur handicap, l'exercice effectif du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté*".

*"Dans la résolution du Conseil de l'Union européenne du 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées, l'Union invite les États membres à examiner si leurs politiques tiennent compte notamment des orientations suivantes :*

- *permettre aux personnes handicapées, y compris aux personnes gravement handicapées, de participer à la vie sociale, en tenant dûment compte des besoins et des intérêts de leurs familles,*
- *supprimer les obstacles à la pleine participation des personnes handicapées et ouvrir tous les aspects de la vie sociale à cette participation,*
- *permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie en société en éliminant les obstacles à cet égard,*
- *apprendre à l'opinion publique à devenir réceptive aux capacités des personnes handicapées et à l'égard des stratégies fondées sur l'égalité des chances"*<sup>6</sup>.

L'article 13 du traité d'Amsterdam, ratifié en 1999, interdit toute discrimination puisqu'il précise que le Conseil de l'Union Européenne "*peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle*". Cet article reconnaît le problème de la discrimination fondé sur le handicap et ouvre aux personnes handicapées le droit d'agir au niveau européen contre toutes les formes de discriminations.

Le 3 décembre 2001, le conseil de l'Union Européenne proclame l'année 2003 "*année européenne des personnes handicapées*". La déclaration de Madrid, notifiée lors du congrès européen des personnes handicapées en mars 2002, définit le cadre conceptuel des actions à mener pour promouvoir les droits des personnes handicapées et faire

---

<sup>6</sup> *La politique française en direction des personnes handicapées*, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, octobre 2000.

évoluer la vision sociale du handicap afin que les personnes handicapées ne soient plus considérées comme patients ou objets de charité mais comme citoyens à part entière, pleinement intégrés dans la société.

### **1.2.3 En France, un engagement tardif vers la participation sociale**

*"Conformément aux engagements souscrits au plan international, la politique française en direction des personnes handicapées a pour objet de développer leur autonomie, de favoriser leur insertion sociale et professionnelle et de leur permettre d'exercer pleinement leurs droits de citoyens."*<sup>7</sup> Les orientations politiques définies et mises en œuvre par la France s'inscrivent dans le cadre des principes posés par les textes de portée générale, adoptés au plan international pour garantir aux personnes handicapées une réelle égalité des chances.

Au cours des dernières décennies, les politiques menées en direction des personnes handicapées, au travers des deux lois cadres du 30 juin 1975, ont privilégié globalement le développement des institutions spécialisées, tout à la fois nécessaires et demandées par les associations représentatives des personnes handicapées.

Le dispositif de prise en charge des personnes handicapées repose toujours fondamentalement sur les dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Cette loi affirme que *"la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental, constituent une obligation nationale"*. Pour les adultes, elle régleme l'emploi et le reclassement professionnel des travailleurs handicapés, précise les conditions de leur orientation par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et crée l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La fin des années 80 voit l'intégration se décliner dans plusieurs textes législatifs. Ainsi, concernant les adultes handicapés, la loi 87-517 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés institue pour les entreprises de plus de vingt salariés, l'obligation d'employer, à temps plein ou partiel, 6 % d'entre eux et crée l'Association pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapée (AGEFIPH).

---

<sup>7</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, *Op. cit.*

A présent, les personnes handicapées expriment très légitimement leur souhait de vivre dans la cité, grâce à des solutions de proximité qui privilégient leur autonomie et leur intégration dans le milieu de vie ordinaire. De plus en plus de personnes handicapées souhaitent vivre dans un logement indépendant ou, dans le cas d'un handicap acquis, demeurer dans leur logement. Les difficultés liées au handicap peuvent être partiellement surmontées pour respecter ce choix, sous réserve que la personne puisse accéder à des aides techniques, à des aides humaines, à des aménagements de son lieu de vie et à des services à domicile. Pour tous, l'intégration passe par l'adaptation du logement et l'accessibilité de l'environnement, des transports, des loisirs...

La politique engagée pour l'insertion sociale des handicapées s'est traduite en terme de non-discrimination et d'accessibilité par la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Cette loi inscrit dans le Code Pénal l'interdiction de refuser aux personnes handicapées l'accès à l'emploi, au logement ou aux activités de consommation et de loisirs.

La loi 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public, rappelle les obligations d'accessibilité déjà inscrites dans la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées mais insuffisamment appliquées, en les inscrivant dans le code de la construction et de l'habitat. Elle les complète sur divers points, notamment en étendant l'obligation d'accessibilité aux logements collectifs et en instaurant des contrôles. Elle ouvre la possibilité pour les associations ayant vocation à défendre ou assister les personnes handicapées, d'agir en justice en cas de non-respect de la réglementation concernant l'accessibilité.

La Circulaire du 11 août 2000 relative à la mise en oeuvre des mesures du plan triennal (2001-2003) en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés<sup>8</sup>, annoncé par le Premier ministre au conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) du 25 janvier 2000, a pour objectif de permettre aux personnes handicapées et à leurs familles de choisir librement leur mode de vie. Ce plan privilégie l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire et la création de places dans les établissements spécialisés pour les personnes les plus lourdement handicapées. Il s'appuie sur une action globale et mieux coordonnée des acteurs publics et privés. Il développe des supports originaux, en particulier les "sites pour la vie autonome" destinés

---

<sup>8</sup> Circulaire DAS/RV 1/TS 2 n° 2000-443 du 11 août 2000 relative à la mise en oeuvre des mesures du plan triennal (2001-2003) en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés



à développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités et à faciliter leurs financements.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale abroge la loi n°75-535 du 30 juin 1975. Celle-ci représentait une étape déterminante dans l'histoire de l'action sociale puisque, associée à la loi 75-535 d'orientation en faveur des personnes handicapées, elle permettait de développer et d'assurer des prestations mieux adaptées non seulement aux personnes handicapées mais aussi aux personnes âgées, aux enfants, aux familles vulnérables et aux personnes en situation d'exclusion. La loi 2002-2 comporte quatre objectifs principaux :

- affirmation et la promotion du droit des usagers ;
- élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale et la diversification des interventions des établissements et services, conférant ainsi une base légale à certains dispositifs jusqu'alors expérimentaux ;
- évaluation des dispositifs et amélioration de la planification médico-sociale permettant de mieux définir les besoins et les réponses ;
- coordination des décideurs et des acteurs afin de développer des complémentarités entre établissements et assurer la continuité des prises en charge.

D'une part, cette nouvelle loi confère à l'usager une pleine citoyenneté : d'objet de prise en charge, il devient sujet de droits. D'autre part, elle élargit les missions de l'action sociale, autorise la diversification et l'innovation des modes d'accompagnement permettant à l'usager de s'inscrire dans un parcours de vie adapté à l'évolution de ses besoins et de ses attentes.

Enfin la circulaire du 11 octobre 2002, relative à la mise en place d'un dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées<sup>9</sup>, permet d'apporter une assistance aux personnes désireuses de rester à leur domicile en s'appuyant sur les dispositifs existants et/ou des dispositifs innovants, dans un travail en partenariat et en réseau.

Lors de l'installation du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) le Président de la République présente l'année 2003 comme "*une année de mobilisation pour la pleine reconnaissance par la société des droits, des besoins, des richesses des personnes handicapées. Leur insertion représente une exigence civique. L'action en faveur des personnes handicapées sera en 2003 érigée au rang de grande cause nationale*".

---

<sup>9</sup> Circulaire DGAS/PHAN/3A/n° 2002. 522 du 11 octobre 2002, relative à la mise en place d'un dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées.

L'amélioration de la situation des personnes handicapées constitue une priorité nationale rappelée par le Président de la République à l'occasion de son intervention du 14 juillet 2002.

Le Premier ministre s'est engagé dans son discours de politique générale à réformer la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 *"pour répondre à une légitime attente, celle du droit à la compensation du handicap"* et garantir leur intégration dans la société.

Un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>10</sup>, servant de support à cette réforme, s'articule autour de cinq grands axes :

- *"simplifier le système institutionnel afin de répondre à la demande des personnes handicapées de maîtriser leur choix de vie ;*
- *garantir à la personne handicapée une compensation intégrale afin de lui permettre de réaliser pleinement son choix de vie ;*
- *renforcer les politiques d'intégration sur une approche globale du handicap ;*
- *moderniser les conditions d'accueil des personnes handicapées en privilégiant proximité et autonomie*
- *connaître, prévenir et soulager le handicap"*.

Une note d'orientation de loi relative à l'égalité des chances des personnes handicapées, soumis à la réflexion du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) le jeudi 24 avril 2003, inscrit la réforme de la loi de 1975 dans une démarche de non-discrimination. *"Ce principe oblige la collectivité nationale à garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées, quelle que soit la nature de leur handicap. Il suppose que la nouvelle législation organise de manière systématique l'accès des personnes handicapées au droit commun, l'adapte ou le complète par des dispositifs spécifiques afin de garantir en toute circonstance une réelle égalité d'accès aux soins, au logement, à l'école, à la formation, à l'emploi, à la Cité et de reconnaître ainsi la pleine citoyenneté des personnes handicapées"*. Pour ce faire, trois axes sont à développer :

- *"généraliser le principe d'accessibilité à l'ensemble des secteurs de la vie sociale*
- *compenser les conséquences des handicaps et garantir les ressources nécessaires à une vie autonome digne*
- *simplifier les démarches et associer les personnes en situation de handicap ou leurs familles aux décisions les concernant"*.

---

<sup>10</sup> Rapport n° 369 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la politique de compensation du handicap, Blanc P., *Op. cit.*

Le projet de loi "*pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*", présenté en conseil des ministres le 28 janvier 2004 par madame Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'État aux personnes handicapées, réaffirme le principe d'un droit à compensation des conséquences du handicap déjà posé dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et l'obligation nationale de solidarité énoncée dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce projet de loi qui sera prochainement discuté devant le parlement, présente trois grands axes :

- garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie par la compensation des conséquences de leur handicap et un revenu d'existence favorisant une vie autonome et digne ;
- permettre une participation à la vie sociale selon le principe de l'accessibilité de tous à tout ;
- placer la personne handicapée au centre des dispositifs la concernant, en créant dans chaque département une maison des personnes handicapées visant à simplifier les démarches des personnes handicapées et constituant un lieu unique d'accueil, d'information et d'orientation.

### **1.3 Les modes de vie des adultes handicapés dans l'Hérault, données démographiques**

Combien y-a-t-il de personnes en situation de handicap en France? Il n'est pas aisé de répondre à cette question en raison de la dispersion des données relatives aux personnes handicapées (enquêtes spécifiques, registres de bénéficiaires de prestations, travaux de recherche, etc.) et du flou conceptuel qui entoure encore la notion de handicap.

L'enquête Handicap – Incapacités – Dépendance (HID), menée par l'INSEE d'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps (y compris ceux liés aux atteintes de l'âge), à décrire leur situation sociale, leurs conditions de vie, relever l'aide dont elles bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur est nécessaire. Deux enquêtes seront menées parallèlement : l'une auprès des personnes vivant en institution, l'autre auprès de la population à domicile.

D'après cette enquête, le nombre d'individus vivant à domicile et déclarant souffrir d'au moins une déficience, s'élève à près de 23 millions en France métropolitaine. Les trois formes de déficiences les plus fréquentes concernent, dans l'ordre, les déficiences

motrices, les déficiences intellectuelles ou mentales et les déficiences viscérales ou métaboliques<sup>11</sup>.

*"Les déficiences motrices, qui touchent au total plus de 8 millions de personnes, regroupent des atteintes modérées voire légères, principalement liées aux rhumatismes et à l'arthrose, aussi bien que les grandes paralysies : tétraplégie, paraplégie, hémiplégie."*<sup>12</sup>

Il est à noter toutefois que la fréquence des déficiences motrices augmente considérablement avec l'âge.

### **1.3.1 La vie à domicile : la norme acceptable**

Selon l'exploitation départementale de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) qui détermine le niveau de difficulté des personnes vivant à domicile dans le département de l'Hérault, 73 987 personnes présentent des difficultés sévères, soit 8,4% de la population vivant à domicile ; 4,1%, soit 35 788 personnes bénéficient d'une reconnaissance de leur handicap, (Annexe 2 - tableaux 1 et 2).

En observant le taux de difficultés des personnes à domicile selon le niveau de difficultés et l'âge, nous pouvons noter que pour les 20-59 ans, 11,3% des personnes présentent des difficultés sévères (Annexe 2 – tableau 3).

Selon les résultats de l'enquête Handicaps – Incapacités – Dépendance, dans le département de l'Hérault, *"parmi les 29 729 personnes présentant des difficultés de mobilité vivant à domicile, 10 188 sont âgées de moins de 60 ans, soit une personne sur trois. Elles représentent 1,5 % de la population de moins de 60 ans vivant à domicile"*<sup>13</sup> (Annexe 2 – tableau 4).

Cette population, considérée comme dépendante au sens de la grille Colvez (Annexe 2 - tableau 5), nécessite une aide régulière en raison de son état de santé et bénéficie dans 64 % des cas d'une aide informelle. L'aide n'est que purement professionnelle dans 7 % des cas (Annexe 2 – tableau 6).

---

<sup>11</sup> Couet C., *Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire – enquête HID 1999 – Résultats détaillés*, INSEE, 2002.

<sup>12</sup> Mormiche P. et le groupe de Projet HID, *Le handicap se conjugue au pluriel*, INSEE Première, n° 742 - octobre 2000.

<sup>13</sup> *La dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault*, INSEE – Conseil général de l'Hérault, 1999

9 fois sur 10 les aidants non professionnels sont des membres de la famille proche : parents, conjoint, frères et sœurs ou enfants<sup>14</sup> (Annexe 2 – tableau 7).

La mobilisation familiale demeure un facteur important dans les possibilités de maintien à domicile des personnes handicapées sévèrement dépendantes.

En 2003, les résultats de l'enquête régionale menée en Languedoc-Roussillon nous renseignent sur les problèmes de vie quotidienne des personnes lourdement handicapées à domicile<sup>15</sup>. L'importance de la déficience motrice dans l'effectif des "non déficients visuels" (530 sur 570), nous permet de mieux appréhender les besoins des personnes handicapées motrices dans la région et le département de l'Hérault et par conséquent de réfléchir à de nouveaux dispositifs à mettre en place pour y répondre. Il est à noter, toutefois, que l'enquête, dont les réponses sont uniquement déclaratives, ne porte que sur les personnes lourdement handicapées percevant une allocation tierce personne (ACTP) ou une majoration pour tierce personne (MPT) de 80 % et. Cette enquête exclue de ce fait les nombreuses personnes handicapées percevant une allocation inférieure : en effet, en deçà d'une ACTP de 80 %, la personne handicapée dispose des aides financières sans avoir à justifier de leur utilisation et c'est un choix posé par de nombreuses personnes à domicile.

Les résultats de l'enquête montrent que, dans la région Languedoc-Roussillon, 71,9 % des personnes lourdement handicapées "non déficients visuels" vivent à leur domicile personnel mais seulement 16,8 % vivent seules. Parmi ces personnes vivant à domicile, 28,4 % se trouvent face à un choix contraint en raison de leur situation médicale ou financière.

Concernant la nature des difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne, 56,3 % des personnes "non déficientes visuelles" interrogées déclarent ne pas disposer de revenus suffisants pour vivre et pour 71,6 % le handicap n'est pas compensé par les allocations en place. L'analyse qualitative des réponses recueillies, témoigne de la précarité financière dans laquelle se trouvent ces personnes.

En très grande majorité (79,3 %), les personnes lourdement handicapées "non déficientes visuelles" ont recours à une tierce personne pour les actes de soins ou de santé. Si l'infirmier(e) reste l'acteur majeur pour les soins (44,9 %), l'entourage familial est également fortement sollicité (13,4 %).

---

<sup>14</sup> Dutheil N., *Les aidants des adultes handicapés*, Études et résultats, DRESS, n° 186, août 2002

<sup>15</sup> *Personnes lourdement handicapées en Languedoc-Roussillon*, Étude CREA-DRASS Languedoc-Roussillon, décembre 2003.

S'il était besoin, l'enquête confirme le rôle capital et irremplaçable des aidants naturels (entourage familial et/ou amical, conjoints, ascendants et descendants) dans le maintien à domicile des personnes lourdement handicapées. En effet, 63,6 % de l'aide à la vie quotidienne est apportée, pour l'effectif des "non déficients visuels", par l'entourage familial ou amical. Le montant des aides financières ne permet, à ce jour, de ne financer que quatre heures d'aide à domicile - il est donc impossible de financer des aides humaines en quantité suffisante - et sans l'intervention de l'entourage proche bon nombre de personnes très dépendantes se verraient contraintes d'intégrer un établissement d'hébergement collectif. Par ailleurs, le recrutement des aides humaines pose problème. Leur nombre, leur disponibilité et leurs compétences souvent insuffisants conduit à des ruptures dans la continuité de l'aide. Les contraintes qui pèsent sur l'entourage des personnes lourdement handicapées sont donc conséquentes et des dispositifs pour les soulager et les accompagner seraient souhaitables.

Pour améliorer le maintien à domicile et l'aide à la vie quotidienne, les personnes lourdement handicapées souhaiteraient notamment une meilleure prise en charge financière des aides, l'amélioration de la qualité des informations sur la prise en charge, la continuité de l'accompagnement 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, une qualité relationnelle et des compétences techniques supérieure de la part des intervenants ainsi qu'une coordination des aides.

Le recours aux aides techniques reste primordial pour le maintien à domicile des "non déficients visuels" (82,3 % y ont recours). Fauteuil roulant manuel ou électrique, lit médicalisé, lève-personne, domotique leur sont indispensables. Mais quasiment la moitié des personnes bénéficiant d'une aide technique, rencontrent des difficultés pour l'acquérir ; la première de ces difficultés étant d'ordre financière.

Concernant le logement, 33,3 % des personnes lourdement handicapées "non déficients visuels" ne bénéficient pas d'un logement adapté. Les personnes à mobilité réduite témoignent de l'insuffisance d'appartements adaptés dans le parc immobilier. La configuration interne et l'accès extérieur, non ou difficilement adaptable, sont les principales raisons évoquées concernant l'inadéquation du logement. Et si seulement une minorité de personnes envisagent l'amélioration de leur habitat c'est que le coût des transformations et la complexité des démarches restent un frein important.

Si les données dont nous disposons pour qualifier, quantitativement et qualitativement, la population adulte handicapée motrice vivant à domicile restent insuffisantes, la médiatisation autour de la multiplication des grèves de la faim des personnes lourdement

handicapées bouleverse l'opinion. En effet, certaines de ces personnes se voient dans l'impossibilité de faire face à leur besoin d'aide humaine, d'autres se retrouvent en rupture de soins les plaçant ainsi dans des situations pouvant aller jusqu'à compromettre leur pronostic vital. L'accès aux aides humaines constitue un élément déterminant du libre choix du mode de vie pour les personnes en situation de grande dépendance. Pourtant, une proportion infime de personnes résidant à domicile envisage de quitter leur domicile pour aller vivre en institution. Le milieu ordinaire reste la norme acceptable de mode de résidence, la vie en institution étant souvent connotée négativement dans les esprits. La vie en institution constitue souvent un "choix contraint" pour de nombreuses personnes en situation de handicap moteur vivant en domicile ordinaire. Comment rester à domicile lorsque les aidants naturels deviennent défaillants et que le besoin d'aide insatisfait? Comment rompre l'isolement et accéder à une vie sociale pour une personne handicapée sévèrement dépendante vivant seule?

### **1.3.2 L'entrée en institution : une réponse à l'isolement social**

Les établissements pour adultes handicapés accueillent, en 2001, plus de 93 000 personnes dans 2 971 structures (foyers d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé). Le département de l'Hérault compte, pour la même année, 56 établissements d'hébergements pouvant accueillir 1 507 adultes handicapés<sup>16</sup>.

Selon l'enquête Handicaps – Incapacités – Dépendance, entre 1998 et 2000, 88 % des résidents initiaux des établissements pour adultes handicapés sont toujours présents et 85 % sont restés dans le même établissement. Le maintien en institution est d'autant plus fréquent qu'il s'agit d'établissements dévolus à des personnes sévèrement handicapées. Par conséquent, les retours à domicile sont peu fréquents (à peine 2 % dans les foyers de vie et moins de 0,5 % dans les maisons d'accueil spécialisé)<sup>17</sup>.

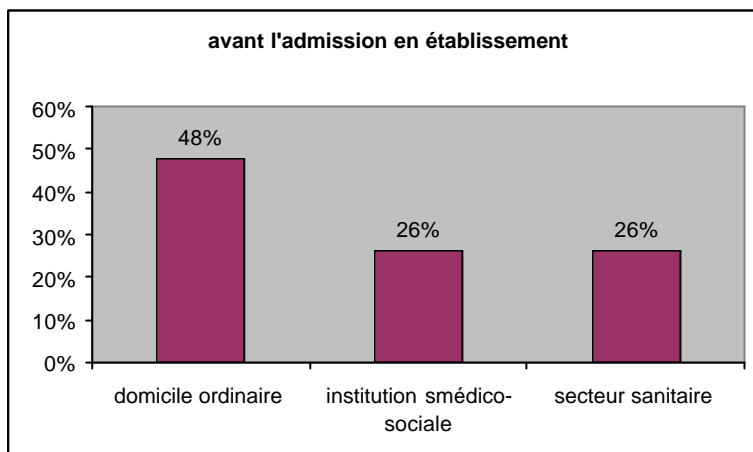
Dans le département de l'Hérault, quatre établissements accueillent spécifiquement des adultes handicapés moteurs (deux foyers logements et deux structures incluant une section foyer d'accueil médicalisé et une section maison d'accueil spécialisée) pour une capacité totale de 120 places sur les 1507 places du département destinées aux adultes handicapés (soit moins de 8 %).

---

<sup>16</sup> Source DRASS – enquête ES-FINESS 2001.

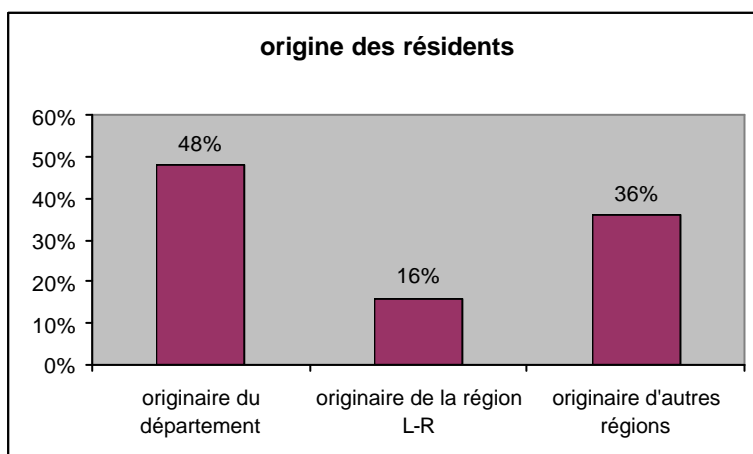
<sup>17</sup> Mormiche P., *Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000*, INSEE Première, N° 803, septembre 2001.

Pour rester dans le cadre associatif où j'exerce, je prendrais pour exemple le centre APF Saint-Pierre à Montblanc (34). Il comporte un foyer d'accueil de 42 places et une maison d'accueil spécialisé de 10 places. 23 femmes et 29 hommes y résident. Leur moyenne d'âge est de 46 ans et la durée moyenne de séjour dans l'établissement est de 8 ans. La majorité des personnes est originaire du département de l'Hérault (48%), près de 16% de la région et 36% proviennent d'autres régions.



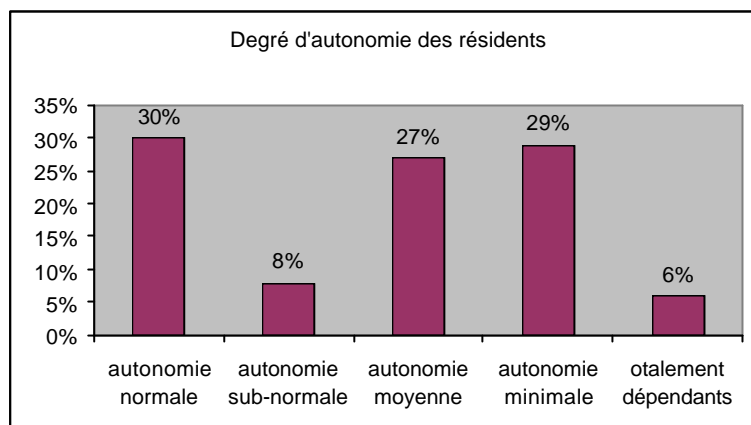
Plus de la moitié des résidents présentent des déficiences motrices acquises à la naissance. Pour les autres, elles résultent de pathologies déclarées pendant l'adolescence ou à l'âge adulte.

Avant leur admission au centre Saint-Pierre, la majorité des résidents, soit 48%, vivaient en domicile ordinaire ; 26% viennent d'une autre institution médico-sociale pour enfants ou adultes ; 26% intègrent l'établissement après un séjour dans le secteur sanitaire, soit en centre de rééducation fonctionnelle, soit en milieu hospitalier, traduisant en général, un épisode critique dans l'évolution de leur état de santé.





Concernant le degré d'autonomie des résidents, les évaluations, réalisées à partir d'un outil interne à la structure construit par le cadre de santé infirmier, définissent que 30% possèdent une autonomie normale, 8% une autonomie subnormale, 27% une autonomie moyenne, 29% une autonomie minimale et seulement 6% sont totalement dépendants.



Le faible degré d'autonomie n'est donc pas le facteur unique conduisant à l'entrée en institution. D'après l'enquête foyers 1998<sup>18</sup> menée par l'APF sur l'évolution des populations accueillies dans les foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisé, gérés par l'association, entre 1993 et 1998, les attentes qui ont pesé lors de l'admission des personnes et qui continuent à peser aujourd'hui, concernent dans l'ordre des priorités :

- une vie sociale, des contacts, de l'animation, des loisirs
- un logement adapté
- des soins et une surveillance adaptés
- une indépendance par rapport à la famille.

Ainsi, l'institutionnalisation des personnes handicapées motrices résulterait donc, notamment, d'un déficit de soutien relationnel, conduisant à l'isolement et au confinement chez soi mais aussi de la difficulté d'obtenir un logement accessible et adapté.

Si nous observons la vie de couple des personnes vivant en institution, nous constatons qu'un seul couple vit au centre Saint-Pierre et que les personnes qui vivaient à deux avant leur entrée n'ont pu maintenir des liens. L'hébergement collectif semble donc peu propice aux relations intimes.

---

<sup>18</sup> Enquête foyers 1998, Résultats généraux, évolution des populations 93-98 et analyses spécifiques, APF, décembre 1999.

## **Conclusion de la première partie**

Dans le contexte actuel, le handicap ne se réduit plus seulement à la déficience ou aux incapacités mais se présente comme un désavantage social qui peut-être atténué, voire supprimé, en agissant sur les facteurs environnementaux de la personne. De plus les évolutions de la science et des techniques ouvrent de nouvelles perspectives de vie aux personnes handicapées et le regard de la société sur le handicap semble progressivement se modifier.

De l'assistance à l'intégration, l'évolution des textes législatifs et réglementaires montre la volonté politique de favoriser la participation sociale des personnes handicapées mais sa mise en œuvre reste encore illusoire. Le droit à compensation, apparu en 2002 dans les textes, représente l'expression de l'égalité de traitement souhaitée par les pouvoirs publics entre les citoyens en situation de handicap et les autres. Aujourd'hui, la politique de l'État en faveur des personnes handicapées a pour objectif de leur permettre d'exercer un choix de vie en leur facilitant l'accès au droit commun, tout en leur offrant des dispositifs adaptés.

Aujourd'hui, beaucoup de personnes en situation de handicap souhaitent vivre et s'intégrer en milieu ordinaire, c'est à dire hors d'établissements spécialisés, et se trouvent confrontés à des difficultés d'ordre matériel, économique mais aussi culturel. Se pose, pour nombre d'entre elles, la question de l'accès aux droits fondamentaux pour qu'elles soient des "citoyens comme les autres".

## 2 L'APF, CRÉÉE PAR DES PERSONNES HANDICAPÉES MOTRICES POUR REVENDIQUER LEUR CITOYENNETÉ.

L'Association des Paralysés de France (APF), créée en 1933 par la volonté de quatre jeunes gens atteints par la poliomyélite, est reconnue d'utilité publique en 1945. Association nationale, elle a pour mission de mettre en oeuvre tout ce qui favorise l'intégration des personnes atteintes de déficiences motrices. L'APF est une association dont la vocation initiale est de tout faire pour que chaque personne handicapée puisse vivre sa citoyenneté au quotidien en choisissant son lieu et son mode de vie. Elle est à la fois un mouvement revendicatif et une association de gestion de services et d'établissements médico-sociaux.

Dans la ligne de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, l'APF, mouvement de personnes handicapées, de leur famille et de personnes valides, affirme la primauté de la personne : *"l'être humain ne peut être réduit à son handicap ou à sa maladie quels qu'ils soient ; en tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société, elle a le choix et la maîtrise de son existence"*<sup>19</sup>.

Dans son projet associatif 2000-2005, intitulé Ensemble Agir, l'APF *"revendique l'intégration de la personne handicapée dans la société en tant que citoyenne à part entière. En l'absence de réponses appropriées des pouvoirs publics, elle développe des solutions qui correspondent aux attentes des personnes handicapées. Parce que vivre comme les autres, parmi les autres, est un droit fondamental pour la personne handicapée et sa famille"*.

Parce que les personnes handicapées revendiquent plus d'autonomie et d'indépendance, *"l'APF travaille à la proposition de formules souples, dans une approche individualisée fondée sur le projet de la personne. En poursuivant l'adaptation des structures au projet de la personne et diversifiant son offre d'accompagnement, elle se donne pour but la mise en place de réponses innovantes"*<sup>20</sup>. C'est pourquoi, selon l'émergence des besoins, elle a créé aussi bien des établissements de tous types que des services à domicile.

La personne handicapée motrice qui vit à domicile a les mêmes besoins que tout un chacun : ressources suffisantes, santé, organisation satisfaisante de la vie quotidienne et

---

<sup>19</sup> Charte APF

<sup>20</sup> Projet associatif "Ensemble Agir" 2000-2005

de la vie sociale, épanouissement affectif. Seulement, dans tous ces domaines, il lui faudra des moyens complémentaires pour répondre à ses besoins et ce d'autant plus que son autonomie est limitée. En créant les Équipes Spécialisées pour une Vie Autonome à Domicile (ESVAD), l'APF espère rendre possible ou tout au moins plus facile, la vie à domicile des personnes en situation de handicap moteur.

## **2.1 L'Hérault, département précurseur dans la création des ESVAD**

Depuis plus de 60 ans, l'APF, par l'intermédiaire de ses délégations, aide et soutien les personnes handicapées dans leur milieu de vie. Au début des années 40, les délégations départementales se dotent d'assistants sociaux pour dépister et recenser les besoins individuels des personnes handicapées, dans la perspective d'améliorer leurs conditions de vie. Progressivement des ergothérapeutes et des chargés d'insertion intègrent l'équipe pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes handicapées motrices. Les équipes spécialisées pour une vie autonome à domicile (ESVAD) sont donc la suite logique de l'action personnalisée menée par les délégations.

C'est en 1992, dans l'Hérault, que fut créée par l'APF la première équipe de soutien à une vie autonome à domicile : ESVAD 34. Ce service expérimental et innovant, répertorié comme service de suite auprès de la direction de la solidarité départementale de l'Hérault, entre en activité par arrêté du président du conseil général, le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

Il est alors agréé pour assurer l'accompagnement de 126 personnes handicapées motrices de 20 à 60 ans en difficultés, bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP) ou de la majoration pour tierce personne (MTP) après orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et passage en commission d'aide sociale. Financé sur les fonds propres de l'Association, il perçoit, du conseil général de l'Hérault, une subvention sous forme de dotation globale.

Ce service sans hébergement fonctionne 220 jours par an et se donne comme objectif de *"réduire les obstacles à l'insertion sociale et favoriser le soutien des personnes handicapées motrices vivant en milieu ordinaire dans le département de l'Hérault<sup>21</sup>".* Il s'inscrit dans un travail partenarial, de façon à assurer une prise en charge globale de la personne.

---

<sup>21</sup> Mission définie dans la convention signée avec le président du conseil général de l'Hérault.

Les missions des ESVAD consistent à :

- aider la personne déficiente motrice dans les aspects essentiels de la vie quotidienne
- préparer, si nécessaire, l'orientation de la personne handicapée vers d'autres professionnels ou structures susceptibles d'apporter une réponse plus appropriée à la demande
- assurer la coordination entre toutes les personnes impliquées dans le projet global de la personne déficiente motrice tout en veillant à ce qu'elle reste maître de ses choix
- animer un travail en réseau de proximité et de solidarité
- s'assurer de la satisfaction de la personne déficiente motrice et de son entourage.

Progressivement, cette expérimentation s'étendra à l'ensemble du territoire national. Aujourd'hui, 55 ESVAD sont répertoriées en France.

En 2002, le conseil d'administration de l'APF préconise une autonomisation de ces services vis à vis des délégations départementales. L'enjeu de l'association est de transformer le conventionnement de l'ESVAD - subventionné par le département - en agrément pour un service de type expérimental, de façon à légitimer le service et sortir d'un financement sur les fonds propres de l'association afin d'obtenir des financements publics de fonctionnement. L'APF repositionne ainsi les services d'accompagnement de l'expérimentation associative vers une professionnalisation institutionnelle.

C'est dans le cadre de cette restructuration que j'ai été recrutée en janvier 2004 pour prendre la direction et conduire l'autonomisation du pôle est de l'ESVAD 34.

## **2.2 ESVAD 34 Est : un service d'accompagnement à domicile, complété récemment par un accueil de jour**

L'APF de l'Hérault engage non seulement une réorganisation mais aussi une diversification de ses services. Pour s'inscrire dans une logique territoriale, l'ESVAD 34, relevant de la catégorie des établissements et services à caractère expérimental, se voit scindé en deux (Annexe 3) :

- l'ESVAD Ouest - correspondant au pôle biterrois (Béziers et l'ouest du département de l'Hérault) - composé d'un service d'accompagnement à domicile agréé pour 35 accompagnements auquel s'ajoute un accueil de jour de 10 places.

Il est rattaché au centre Saint-Pierre comportant une maison d'accueil spécialisé de 10 places et un foyer d'accueil médicalisé de 42 places.

- L'ESVAD Est - correspond au pôle montpellierain (Montpellier et l'est du département de l'Hérault) - composé d'un service d'accompagnement à domicile agréé pour 50 accompagnements et un accueil de jour de 15 places. Il bénéficie d'un fonctionnement autonome et l'objectif est de poursuivre la diversification de l'offre de service de cette zone géographique.

Recrutée pour prendre la direction de l'ESVAD Est, le conseil d'administration me confie, par délégation, les fonctions d'animation et de direction technique, d'administration et de gestion, au sens de l'annexe de la circulaire du 26 février 1975 relative aux établissements pour mineurs inadaptés. La mission qui m'est confiée consiste, d'une part à réaliser un audit de l'ESVAD Est, à faire des propositions pour améliorer le dispositif et à mettre en place les outils prévus par la loi 2002-2 (projet de service, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale...) et d'autre part à étudier les besoins de la population d'adultes handicapés moteurs du secteur afin de proposer une structure alternative entre l'hébergement collectif et le domicile ordinaire.

Basée à Montpellier, l'ESVAD 34 Est propose, au travers de son service d'accompagnement à domicile (SAD) et prochainement de son accueil de jour (ADJ), une intervention sociale et un soutien technique individualisé. Ce type de service à destination des personnes handicapées motrices, jusqu'alors inexistant dans le département, se trouve en adéquation avec les préconisations du schéma départemental d'orientation des adultes handicapés (aujourd'hui en cours de ré-écriture). En effet, celui-ci prévoit de *"renforcer et d'adapter les structures occupationnelles, de développer les services d'accompagnement et de suite et de les adapter à la diversité des demandes, de redéfinir le statut des structures particulières et de s'orienter vers un travail en réseau inter dispositifs visant notamment à créer des synergies entre les dispositifs pour optimiser les réponses en instaurant des filières coordonnées de prise en charge"*<sup>22</sup>.

Selon la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, le service d'accompagnement à domicile et l'accueil de jour bénéficient, au titre d'un service à caractère expérimental, d'un agrément de fonctionnement pour 5 ans. Le renouvellement d'autorisation sera, au terme des 5 ans, soumis aux résultats positifs de l'évaluation du service. Les services, agréés par le conseil général, bénéficient d'un financement sous forme de dotation globale. La convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 régit

---

<sup>22</sup> Schéma départemental d'orientation des adultes handicapés 1999-2003, p 34, 36, 39 et 53.

les conditions d'emploi et de travail des services d'accompagnement à domicile et d'accueil de jour.

L'ESVAD 34 était jusqu'alors hébergé dans les locaux de la délégation départementale de l'APF. La récente restructuration et l'ouverture prochaine de l'accueil de jour nous imposent de déménager de locaux devenus trop exigus. Par ailleurs, ce changement de localisation – service d'accompagnement à domicile et accueil de jour – matérialise la dissociation entre les activités qui relèvent d'un engagement associatif et celles reconnues, validées et financées comme missions de service public. " *La jonction entre professionnels et associatifs n'est jamais absolument évidente, car même si des valeurs et des buts communs les rapprochent, leurs logiques, leurs rôles et leurs enjeux ne peuvent s'identifier spontanément les uns des autres : les associatifs sont au service d'une cause (...) quant au professionnels, ils s'inscrivent dans une logique de fonctionnement technique.*"<sup>23</sup>

La redistribution des locaux en intra-associatif nous permet d'intégrer, après travaux, des locaux libérés par l'atelier protégé et le centre d'aide par le travail "APF industrie". En effet, les structures de travail protégé de l'APF, du fait d'une extension de leur activité, se réorganisent et se délocalisent en partie. Les 500 m<sup>2</sup> ainsi libérés sont mis à notre disposition et vont être aménagés pour accueillir le service d'aide à domicile ainsi que l'accueil de jour. Les investissements nécessaires ont fait l'objet d'un plan de financement pluriannuel validé par les autorités de contrôle (Annexe 4 ). Ils sont financés en totalité par un recours à l'emprunt. Les surcoûts d'exploitation engendrés font l'objet d'une dotation par le conseil général.

Je suis donc chargée de la mise en œuvre et du suivi des travaux pour apporter aux personnes accompagnées à l'accueil de jour mais aussi aux personnels des deux services, un cadre de vie et de travail de qualité.

### **2.2.1 Un service d'accompagnement à domicile,**

- A) Des missions de service public répondant à des besoins identifiés

A partir des souhaits et des besoins de la personne handicapée motrice, le service d'accompagnement à domicile a pour objectif de soutenir la personne dans la réalisation

---

<sup>23</sup> Loubat J.R., *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2002.

de ses projets pour une vie la plus autonome possible afin de lui permettre une participation pleine et entière à la vie de la société.

Le service d'accompagnement à domicile agréé par le Président du conseil général pour 50 accompagnements et 200 interventions ponctuelles sur une zone géographique couvrant l'est du département de l'Hérault, propose deux modalités d'intervention :

- des informations et des conseils ponctuels pour l'ensemble de la population handicapée motrice. Il s'agit de renseigner la personne, de donner une information, un conseil lui permettant de résoudre elle-même et rapidement une question. Néanmoins cette modalité de réponse peut conduire l'équipe à effectuer un entretien avec la personne, des recherches documentaires, des liaisons téléphoniques avec un ou plusieurs partenaires...
- un accompagnement personnalisé conduit à partir d'un projet contractualisé pour les personnes âgées de 20 à 59 ans atteintes d'une déficience motrice, résidant dans la partie Est du département de l'Hérault (les personnes résidant dans la partie Ouest du département étant prises en charge par le deuxième service d'accompagnement à domicile géré par le centre Saint-Pierre). Il s'agit là d'un travail plus soutenu avec la personne dont la durée est fonction du projet individualisé contractualisé.

Quel que soit le niveau d'orientation ou de sollicitation, l'accompagnement pluridisciplinaire de l'équipe implique et garantit :

- le respect des choix de la personne et une approche globale de son projet de vie ;
- la coordination des actions réalisées par les intervenants de l'équipe ;
- un travail de partenariat avec d'autres associations, services, établissements, organismes publics ...
- un réseau de solidarité et de proximité issu du mouvement associatif ;
- une information de l'utilisateur et une concertation pour toutes les démarches entreprises ;
- un soutien psycho-dynamique.

L'objectif du service d'accompagnement à domicile est de permettre, à toute personne handicapée motrice, d'élaborer et de maintenir un projet de vie personnalisé au quotidien, dans toutes les composantes de celui-ci :

- accès et maintien des droits. Connaître ses droits et les faire valoir ou les défendre de même que faciliter la compréhension des dispositifs dans un environnement législatif et réglementaire souvent changeant, sont autant de facettes de l'accès aux droits des personnes handicapées.



- accès aux moyens de compensation (aides techniques, adaptation de logement, aménagement de véhicule). Face à l'inadaptation de l'environnement, il s'agit, en fonction des besoins et des aspirations de la personne, de rechercher avec elle la ou les solutions appropriées.
- accès aux aides humaines. L'autonomie nécessite des moyens matériels mais surtout humains. Pour la qualité de vie des personnes, des solutions appropriées doivent être recherchées et organisées.
- accès à la vie relationnelle et sociale. Vivre à domicile c'est aussi vivre avec les autres, faire des activités dans sa ville, son quartier et entretenir des relations sociales de façon à limiter l'isolement et le confinement chez soi.
- accès à la santé et aux soins. Au travers d'une organisation de la vie quotidienne satisfaisante et par un travail en collaboration avec les plateaux techniques spécialisés et les intervenants libéraux, il s'agit de mettre, dans une logique de réseau, les dispositions permettant les soins adéquats pour prévenir l'aggravation de la situation de handicap, tout en respectant les choix de vie de la personne.

Déjà sur une logique de territoire depuis 2002 (pôle biterrois et pôle montpelliérain), les rapports d'activité de l'ESVAD nous permettent d'analyser les caractéristiques quantitatives et qualitatives des personnes accompagnées.

Ainsi en 2003, le pôle montpelliérain a réalisé 86 accompagnements. Ce chiffre traduit une diminution de 16,5 % du nombre de personnes accompagnées sur le secteur Est par rapport à 2002. Cette diminution s'explique par la réorientation de personnes ne relevant pas du service ou ne souhaitant pas attendre le délai imposé par la liste d'attente et par l'allongement de la durée d'accompagnement.

L'équipe couvrant la zone Est du département a réalisé une moyenne mensuelle de 50 accompagnements (cohérence de l'agrément). Les durées d'accompagnement s'étalent de 6 à 24 mois pour une durée moyenne de 22 mois (elle était de 17 mois en 2002). L'augmentation de la durée moyenne d'accompagnement s'explique par l'allongement des durées de traitement des dossiers par le site pour la vie autonome (réponse tardive de certains financeurs, positionnement des financeurs en cascade, refus par les médecins vacataires de valider les préconisations de l'équipe, traitement ralenti au niveau du chargé de mission du fait du nombre croissant des dossiers), partenaire principal du service en matière d'accession aux aides techniques ainsi que par les nouvelles demandes exprimées en cours d'accompagnement (la mise en place du dispositif fait surgir des besoins non repérés).

Autant de femmes que d'hommes ont été accompagnés. Ils vivent majoritairement en milieu urbain (75 %) et sont majoritairement locataires de leur logement (58 %).

47 % vivent en famille, 44 % seuls, 6 % en couple et 3 % avec un co-locataire.

Plus de 80 % bénéficient d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 80 % et près de la moitié perçoivent une ACTP. Ces chiffres traduisent la lourdeur des déficiences dont sont porteuses les personnes que nous accompagnons.

En 2003, 53 personnes ont été inscrites sur la liste d'attente. Parmi celles-ci, 36 personnes ont bénéficié d'un accompagnement après un délai moyen de 2 mois et demi. Les 17 autres personnes ont soit abandonné ou différé leur demande, soit été réorientées vers une autre équipe labellisée ou ont bénéficié d'interventions ponctuelles plutôt que d'un accompagnement

La nature des demandes concerne dans l'ordre des priorités l'accès à des aides techniques et/ou l'aménagement du domicile (93 %) ainsi que les aides financières (82 %). Viennent ensuite la vie relationnelle et sociale (32 %) et les droits des personnes (31 %) puis les soins (12 %), les aides humaines (8 %), l'emploi et la formation (7 %) et enfin l'hébergement (5 %).

Concernant l'accès au logement, le service enregistre et comptabilise de nombreuses demandes. Mais devant la pénurie de l'offre enregistrée dans le département, nous nous trouvons dans l'impossibilité d'accompagner les personnes handicapées dans la recherche d'un logement adapté et accessible. Toutefois les professionnels du service interviennent, à la demande des personnes handicapées, dans l'élaboration des dossiers à destination des organismes de logements sociaux et des agences de gestion du parc privé. La problématique du logement et par conséquent celle du logement des personnes handicapées motrices est très présente dans le département. La conséquence au niveau du service en est le nombre important de demandes d'aménagement du logement enregistrées. Cependant les coûts importants qu'ils requièrent ne permettent pas à tous de réaliser les travaux nécessaires.

## B) Une organisation au service de projets de vie

L'équipe peut se mettre à disposition d'une personne handicapée lorsqu'elle est informée d'une situation par un proche de la personne ou par un service. Mais elle n'interviendra qu'avec accord de la personne concernée.

La première difficulté rencontrée fut de différencier ce qui était de l'ordre du ponctuel et de l'ordre de l'accompagnement. Après concertation et réflexion nous avons pu déterminer trois critères qui nous permettent de définir ce qui relève de l'accompagnement :

- le nombre de demande à traiter ( $\Sigma$  à 10)
- la durée de la mise en place de la réponse ( $\Sigma$  à 5 heures)
- le nombre de personnes appelées à intervenir ( $\Sigma$  à 2 intervenants)

Ainsi lorsque au moins deux de ces critères sont réunis, l'équipe intervient dans le cadre d'un accompagnement.

Ensuite pour clarifier les étapes de prise en charge j'ai, en collaboration avec le responsable du service d'accompagnement de Montpellier mais aussi avec celle du service rattaché au centre Saint-Pierre, établi un protocole de traitement de la demande (Annexe 5). L'objectif de ce travail était pour moi de mieux appréhender les pratiques professionnelles des équipes mais aussi de les harmoniser et pouvoir, à chaque stade de l'intervention, obtenir une traçabilité des actions et les moyens de les évaluer. Validé par l'ensemble des intervenants en réunion de service, ce document sert de référence et permet plus de cohérence entre les différents acteurs. Cet outil pourra bien évidemment être amélioré au fur et à mesure de l'évolution des pratiques.

Ainsi, pour aider une personne handicapée à vivre à domicile, il nous paraît important de discerner deux étapes :

- la première est une étape d'évaluation. Le rôle de l'équipe va être d'effectuer, avec la personne handicapée et le cas échéant son entourage, une analyse de la situation de handicap afin de déterminer les besoins et les attentes de la personne. Cette évaluation comporte un volet fonctionnel permettant de définir les capacités de la personne et un volet environnemental remplaçant les choix de la personne handicapée dans son environnement physique, social, familial et affectif.
- la seconde est une étape de mise en œuvre et de suivi sur la base d'un engagement contractualisé. L'équipe aide ou met en relation la personne handicapée avec d'autres professionnels ou organismes susceptibles de répondre à ses attentes, de façon à réaliser ses projets ou les faire évoluer. Un projet d'accompagnement personnalisé est élaboré par les professionnels, à partir de leur compréhension des besoins, souhaits, aspirations de la personne, et prend en compte ses potentialités mais aussi ses limites. Il est élaboré pour et, dans la mesure du possible, avec la personne. Le projet d'accompagnement personnalisé

est la référence de l'équipe qui crée la cohérence entre des interventions professionnelles de nature spécifique. L'accompagnement relève d'une action pluridisciplinaire et pour améliorer la cohérence des actions auprès de l'utilisateur, j'ai voulu que pour chaque accompagnement un référent soit désigné. Le référent devient l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur ; il coordonne son accompagnement au sein de l'équipe (coordination interne) et avec les tiers qui peuvent être la famille, les différents intervenants... (coordination externe). Il assure le suivi de l'accompagnement. Il est aussi responsable de la bonne tenue du dossier et assure le bilan de fin d'accompagnement. Néanmoins, chaque professionnel demeure engagé dans la mise en œuvre des décisions et orientations arrêtées dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé. *"Le projet personnalisé réclame donc non seulement une interdisciplinarité, mais aussi une interprofessionnalité impliquant chacun dans une démarche coopérative"*<sup>24</sup>

A l'issue de l'accompagnement, est mesuré le degré de satisfaction de l'intéressé et de sa famille dans les différents domaines où ils ont besoin de soutien (domaine financier et législatif, aide humaine, suivi médical et paramédical, choix et utilisation des aides techniques, aménagement du logement, transports, vie sociale et affective). Pour ce faire, une fiche d'évaluation est remise à la personne qui doit la remplir et la transmettre au service. Cet outil nous permet de procéder à l'analyse qualitative des actions menées, de déterminer les points forts et les points faibles et de réfléchir ensemble sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer le service rendu.

Par ailleurs, pour assurer la mise en œuvre et le suivi des personnes, diverses instances sont formalisées :

- réunion de présentation de nouvelles situations qui permet de décider des actions et évaluations nécessaires ;
- réunion de suivi des nouvelles situations nécessaire au suivi des évaluations pour déterminer si notre intervention relève du ponctuel ou d'un accompagnement
- réunion de validation du projet d'accompagnement personnalisé élaboré en concertation avec la personne. Elle a pour objet de *"produire un plan d'action cohérent et personnalisé s'inscrivant dans le projet d'établissement visant à la promotion du bénéficiaire du service rendu."*<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Ducalet P., Laforcade M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Sali Arslan, 2004.

<sup>25</sup> Loubat J.R., *Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire*, Les cahiers de l'actif, N° 266/267

- réunion de synthèse. Cette réunion est un temps de mise en commun, d'échange, de formalisation et de suivi du projet d'accompagnement de la personne handicapée. Elle a vocation d'être un temps de concertation, de coordination et d'harmonisation des intervenants et des disciplines autour de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des projets d'accompagnement personnalisés. Elle doit permettre d'évaluer collégalement la réalisation des objectifs du projet d'accompagnement et le cas échéant de les actualiser.

J'ai délégué l'animation de ces différentes réunions au responsable de service, m'octroyant la possibilité d'y assister périodiquement et lorsque des situations nécessitent des décisions particulières. Car *"être garant des projets individuels ne signifie pas être présent à tous les stades de son élaboration."*<sup>26</sup>

Pour traiter de l'organisation et du fonctionnement du service, d'autres réunions sont programmées régulièrement :

- réunion d'analyse des pratiques professionnelles, animée par le responsable de service. Elle a pour vocation de permettre une réflexion globale sur les pratiques et les outils mis en œuvre dans l'accompagnement des personnes handicapées afin d'en favoriser l'évaluation concertée, la critique contradictoire et l'ajustement. La réunion d'analyse des pratiques permet une supervision collective, concertée et pluridisciplinaire des pratiques, et fait fonction de lieu de régulation. Elle n'a pas de caractère hiérarchique car il est souhaitable que l'expression de chacun soit libre, diversifiée et tolérante. Elle s'adresse au "professionnel" même si une remise en question doit y être possible sans remettre en danger les personnes. Car *"la fonction n'est pas la personne. Elle se définit par une mission, des actions à réaliser, une responsabilité à assurer dans le cadre d'une délégation."*<sup>27</sup>
- réunion de service qui permet de traiter de l'organisationnel afin d'optimiser le service rendu auprès du bénéficiaire. Ces réunions offrent la possibilité, pour traiter de certaines problématiques, de recourir à des personnes ressources. Ma participation, non systématique, consiste à replacer le service comme un état de droits. En effet, en tant que directrice, je suis la garante de la mission de service public dans le respect du cadre législatif et réglementaire (droit du travail, convention collective et règlement de fonctionnement) et dans l'esprit de la politique associative.

---

<sup>26</sup> Dubreuil B. et coll., *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 2004.

<sup>27</sup> Miramon J.M., Mordohay F.O., *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 2003.

Le responsable de service ainsi que les différents acteurs savent que je reste attentive à la vie institutionnelle et que je peux me rendre disponible pour aborder les difficultés rencontrées par chacun dans l'exercice de ses fonctions.

Parce que la nouvelle organisation représente, pour le service, l'opportunité de se ré-interroger sur son fonctionnement, son positionnement et sa pertinence, un travail autour de l'élaboration du projet de service est en cours avec l'appui d'un consultant externe. *"Le projet d'établissement est une occasion exceptionnelle de décroisonner, de rassembler, un outil de communication privilégié pour tenter de faire émerger une culture commune."*<sup>28</sup> L'enjeu, au-delà de répondre à un impératif défini par la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, constitue à *"définir des objectifs plausibles quant au bénéficiaire et des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre."*<sup>29</sup>

Parce que l'avis des intéressés est primordial pour nos actions, nous réfléchissons avec eux sur le mode de participation à leur proposer. Un conseil de vie sociale, tel qu'il doit vivre dans les établissements proposant un hébergement, n'est pas concevable dans nos services. En effet, nous nous trouvons devant la difficulté d'impliquer dans la durée des personnes qui ne bénéficient du service que sur de courtes périodes (de 6 à 24 mois). A ce jour, nous avons mis en place un groupe d'expression composé de trois personnes handicapées volontaires ayant bénéficié du service, une représentante des familles des usagers, un représentant du personnel, une administratrice de l'APF. Je participe à cette instance et nous y convions également un représentant du conseil général. La première tâche que s'est fixée le groupe d'expression fut de rédiger un courrier à destination de tous les bénéficiaires du service pour les informer de l'existence et de la fonction de cette instance et les solliciter en vue d'élire leurs représentants. *"Le conseil de la vie sociale doit être un plus dans la vie et l'animation de l'institution en même temps qu'une instance citoyenne démocratique participant au mieux être des personnes et à la qualité des prises en charge."*<sup>30</sup>

### C) Une dynamique de réseau pour le respect du choix de vie de la personne

Pour une approche globale de l'accompagnement des personnes en situation de handicap moteur le service s'inscrit dans un travail en partenariat et en réseau. Parce que la gestion et le développement du réseau et des partenariats constituent une fonction

---

<sup>28</sup> Ducalet P., Laforcade M., 2004, *Op. cit.*

<sup>29</sup> Loubat J.R., *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils*, Paris : Dunod, 1997.

<sup>30</sup> Miramon J.M., Mordohay F.O., 2003, *Op. cit.*

stratégique dans le service et que de par ma fonction j'incarne les orientations institutionnelles, il m'incombe d'entretenir des relations avec les partenaires et participer au travail inter-partenarial.

Soucieuse de répondre aux besoins des personnes handicapées motrices et de faire évoluer l'accès aux aides techniques et au logement dans l'esprit d'une compensation du handicap, l'équipe ESVAD de l'APF a participé à la mise en place du dispositif "Site pour la Vie Autonome" (SVA). En 2002, une convention de labellisation, signée entre le Préfet de l'Hérault et le délégué départemental de l'APF, concrétise le partenariat avec le Site pour la Vie autonome de l'Hérault. L'équipe technique d'évaluation de l'ESVAD était ainsi missionnée pour évaluer la situation de toute personne handicapée motrice de 20 à 60 ans du département (dans la limite de sa capacité d'accueil) ; élaborer et proposer des plans individualisés d'aide ; soumettre, avec l'accord du demandeur, leurs préconisations et le plan de financement adapté à la Commission des Financeurs. Suite à la scission de l'équipe ESVAD et à ma prise de fonction, une modification de la convention de labellisation est en cours d'élaboration. Les modifications intègrent le changement de direction du service et portent sur une redéfinition du rôle du responsable du service comme coordonnatrice de la prise en charge.

Le dispositif "Site pour la Vie Autonome"<sup>31</sup> impulsé par l'État vise à :

- *"développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités pour les personnes en situation de handicap, quelles que soient l'origine ou la nature de leur handicap, leur âge et leur lieu de résidence*
- *simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais*
- *faciliter l'accès au financement des solutions préconisées*
- *constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre de ce dispositif*
- *appliquer une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités en intégrant une qualité de service rendu*
- *organiser le dispositif de conseil et de préconisation de solutions"<sup>32</sup>.*

En 2002, 62 % de l'ensemble des situations accompagnées par l'équipe ont été présentées au SVA.

Par ailleurs, une convention est signée entre le service et un établissement sanitaire de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans le traitement des personnes atteintes de

---

<sup>31</sup> Circulaire DGAS/PHAN/3A /N° 2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome.

<sup>32</sup> Convention de labellisation de l'équipe ESVAD

paraplégie ou de tétraplégie pour s'inscrire dans une politique globale d'insertion des personnes handicapées. Ainsi, cet établissement sanitaire met au service des personnes handicapées son plateau technique et l'équipe pluridisciplinaire de ses services de rééducation et réadaptation. L'ESVAD s'engage à travailler en partenariat et complémentarité avec cet établissement de santé et à proposer, si nécessaire, à ses usagers, une évaluation en médecine de réadaptation par les professionnels de cette structure.

De plus, un travail partenarial avec les services de soins et d'aide humaine du secteur s'organise pour plus de cohérence et d'efficacité autour de l'accompagnement des personnes. *"Le partenariat concerne aujourd'hui essentiellement la recherche d'une complémentarité partielle d'intervention correspondant à une problématique délimitée"*.<sup>33</sup> Cette coopération nécessaire se traduit par des contacts réguliers avec les différents services et des réunions autour des situations problématiques pour trouver ensemble des solutions.

Aujourd'hui, un travail est en cours pour définir des outils d'évaluation communs. Ainsi le service étudie aujourd'hui la possibilité d'utiliser et d'adapter la grille AGGIR, conçue pour évaluer la dépendance des personnes âgées et utilisée auprès des personnes handicapées par les services de soins externalisés et d'aide humaine conventionnés avec la DDASS. Même si non totalement satisfaisant, cet outil nous permet d'échanger avec nos partenaires autour de processus d'évaluation homogènes.

#### D) Une optimisation des moyens au service de nos missions

Pour assumer nos missions, sous ma responsabilité, le chef du service d'accompagnement à domicile anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire :

- les assistantes sociales proposent leurs conseils spécialisés pour le handicap moteur dans les domaines législatif, administratif, financier, dans la recherche d'établissements, l'orientation vers des services spécialisés dans l'organisation de la vie quotidienne.
- Les ergothérapeutes évaluent les possibilités fonctionnelles, interviennent dans le champ de la réadaptation afin de faciliter les gestes essentiels de la vie quotidienne. Elles travaillent en liaison avec les équipes médicales et paramédicales. Elles proposent des recherches et des essais d'aides techniques, des aménagements de domicile et de poste de travail.

---

<sup>33</sup> Danancier J., *Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, 2004.



- L'animateur social participe à l'élaboration du projet de vie sociale. Il accompagne des demandes d'intégration sociale et de loisirs, en relation permanente avec d'autres associations et un réseau de bénévoles.
- La psychologue intervient auprès des usagers dans l'écoute et le conseil pour toutes questions concernant le devenir du handicap au quotidien et éventuellement pour l'orientation vers un suivi psychologique extérieur au service.
- Les secrétaires assurent les travaux de secrétariat, gèrent les dossiers administratifs, répondent aux appels de première demande et d'information générale.

Le service compte ainsi 15 personnes - essentiellement des femmes puisque seul l'animateur social est un homme - pour 9,8 équivalent temps plein (ETP).

Avec 0,196 postes par place - alors que le taux moyen d'encadrement de ce type de service dans le département est de 0,110 postes par place - notre service semble bien doté en personnel. Mais ce différentiel s'explique par la nature spécifique des interventions auprès d'un public d'adultes handicapés moteurs. En effet, les besoins et attentes des personnes handicapées motrices à domicile portent sur l'accession à un niveau d'aide humaine et technique convenable pour leur permettre de vivre dignement. La complexité de certaine situation et l'insuffisance de moyens pour couvrir les besoins multiplient les démarches et les interventions auprès des personnes.

<b>FONCTIONS</b>	<b>ETP</b>	<b>Nombre de salariés</b>
Directrice	0,50	1
Chef de service	0,50	1
Secrétaire de direction	0,50	1
Comptable	0,50	1
Secrétaires	1,40	2
Standard	1	1
Psychologue	0,50	1
Ergothérapeutes	1,5	2
Assistantes sociales	1,90	2
Animateur social	1	1
Femme de ménage	0,25	1
Ouvrier d'entretien	0,25	1
<b>TOTAL</b>	<b>9,8</b>	<b>15</b>

Les intervenants présents à l'origine du service font toujours partie de l'équipe. Leur engagement pour faire vivre ce service expérimental, depuis sa création jusqu'à ce jour, apparaît dans les enquêtes de satisfaction des usagers et dans l'analyse des demandes de formations qui s'avèrent toutes en lien avec l'activité du service afin d'améliorer la

qualité des interventions. Par ailleurs, le climat social favorable dans lequel exercent les professionnels se traduit au niveau des relations avec les délégués du personnel. La nature des questions posées ne témoigne pas de situations conflictuelles ni d'enjeux majeurs au niveau organisationnel. Le faible taux d'absentéisme du service (< 10 %) est aussi un indicateur de stabilité du dispositif.

Sur le plan financier, alors qu'il était géré par la délégation départementale de l'APF, le service d'accompagnement présentait un déficit chronique. Aujourd'hui, le service bénéficie, de la part du conseil général, d'un financement à 100 % par dotation globale bâti sur les bases de l'existant, en intégrant le changement de locaux. Le budget 2004 s'élève à s'élevant à 356 652 €. Les autorités de contrôle précisent que les dotations octroyées pourront faire l'objet d'un ajustement pour le prochain exercice. Le coût moyen annuel de la place s'élève donc à 7 133 €. La part moyenne de la dépense de personnel représente 88,62 % des charges de la structure.

## **2.2.2 Un accueil de jour pour soutenir le maintien à domicile**

Le 29 juin 2002, le projet de création d'un service d'accueil de jour de 15 places est validé par le conseil d'administration de l'APF. Ce projet répond au schéma départemental d'orientation pour adultes handicapés d'une part *"en renforçant le dispositif de maintien à domicile de façon à éviter ou retarder une entrée en institution, d'autre part en aidant par des mesures d'accompagnement au quotidien les personnes handicapées à une redynamisation et une optimisation de leurs capacités et enfin en renforçant et adaptant les structures occupationnelles [...] en veillant à la création de locaux d'activité de jour"*<sup>34</sup>. Il fait l'objet d'un agrément auprès du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) pour une structure expérimentale de type service d'accompagnement et de suite avec mission complémentaire d'accueil de jour suivant les articles L 312 1.1 et 1.2, l'article L 313 7 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle est sous la compétence du Conseil Général, financée par dotation globale. L'ouverture officielle est prévue pour le deuxième semestre de l'année 2004.

### A) Un outil d'accompagnement à l'autonomie et à la vie sociale

Ce type de structure vise à offrir à des personnes, ne pouvant s'inscrire dans des activités de loisirs et d'occupation dans le milieu de vie ordinaire, de bénéficier d'activités dans un

---

<sup>34</sup> Schéma départemental d'orientation pour adultes handicapés 1999-2003 – département de Hérault

cadre plus spécialisé leur permettant de conserver ou développer leurs potentialités, de re-dynamiser un projet de vie, de combattre l'isolement et favoriser la vie sociale et l'exercice de la citoyenneté et enfin de permettre à l'entourage proche de se ressourcer et se re-mobiliser.

Ce dispositif constitue un outil d'accompagnement à l'autonomie et à la vie sociale et un support au maintien ou au retour à domicile. Deux grands axes seront explorés avec les personnes accueillies :

- d'une part le rapport à soi au travers d'ateliers d'expression orale, écrite, artistique et corporelle, l'apprentissage ou le ré-apprentissage de pratiques sportives adaptées et de savoirs pratiques, visant la valorisation de l'image de soi, la recherche de bien être mais aussi l'entretien du corps.
- d'autre part la communication, la vie sociale et l'exercice de la citoyenneté par l'organisation de sorties, de visites, la pratique d'activités développées en partenariat avec des associations et des clubs divers ainsi que des échanges avec d'autres établissements et la participation au fonctionnement de l'accueil de jour au travers du conseil de la vie sociale.

Ce service représente aussi un lieu de rencontre et d'échange entre des personnes souvent confrontées à des problèmes identiques.

Peut postuler à l'accueil de jour, toute personne, âgée de 20 à 60 ans ayant obtenu le statut de personne handicapée de la COTOREP, résidant dans l'Hérault à moins d'une heure de route du site d'implantation de l'accueil de jour et présentant un handicap moteur engendrant une dépendance plus ou moins importante.

Plusieurs situations peuvent être repérées justifiant l'intérêt d'intégrer l'accueil de jour :

- à partir de la vie à domicile seul ou en famille
  - o pour les personnes ayant des difficultés à s'inscrire dans des activités de loisirs et d'occupations dans le milieu ordinaire de vie
  - o pour les personnes ayant besoin de rompre la monotonie du quotidien et/ou de combattre la solitude, de re-dynamiser un projet de vie (être à la recherche de motivation et de plaisir à pratiquer une ou des activités de son choix et à rencontrer d'autres personnes...)
  - o lorsque le besoin de souffler et de prendre du recul s'exprime, pour la personne ou pour son entourage, ou pour s'octroyer ses propres temps d'indépendance et de loisir dans un espace-temps adapté
  - o pour prévenir l'aggravation de la dépendance fonctionnelle mais aussi psychique et affective

- à partir d'une sortie d'établissement sanitaire ou médico-social
  - o pour pouvoir bénéficier d'un soutien individualisé pour rejoindre ou assumer une vie sociale (avec ou sans l'intervention du service d'accompagnement à domicile)

## B) Le fonctionnement opérationnel du service

Pour intégrer le service d'accueil de jour, une demande écrite de candidature doit être adressée au service par la personne handicapée ou son représentant légal. Le service lui communique les informations sur le projet et le fonctionnement du service (Annexe 7) et un dossier d'admission est alors constitué à partir du document APF de demande de renseignements administratifs et médicaux.

Chaque dossier ainsi constitué - le droit d'accès au dossier est garanti à l'utilisateur dans le respect de la réglementation - fait alors l'objet d'une étude par la commission d'admission composée de la responsable du service, d'un représentant du personnel et de moi-même. Cette commission statuera sur la possibilité ou non d'intégration de l'accueil de jour suivant le protocole élaboré par nos soins (Annexe 8). Après un entretien avec la personne (accompagnée si elle le souhaite), je prononce l'admission dans le service d'accueil de jour. Celle-ci recevra à son domicile une confirmation écrite.

Dans un délai de 3 mois, un projet personnalisé est élaboré et donne lieu à un contrat écrit. Un référent est désigné ; il sera chargé du suivi, de la mise en œuvre du projet individualisé et de son actualisation permanente.

L'accueil de jour fonctionne 216 jours/an, du lundi au vendredi de 10h à 17h. Le service est fermé le week-end, les jours fériés et cinq semaines dans l'année (en été et pour les fêtes de fin d'année). La fréquentation à temps partiel est possible avec un minimum de deux journées par semaine. La durée maximale du projet d'accompagnement est fixée à deux ans. Néanmoins, si la nature d'un projet l'exige ou si une situation singulière se présente, la possibilité d'une prolongation pourra être étudiée en commission.

Les usagers peuvent se rendre à l'accueil de jour par leurs propres moyens. Toutefois, la réussite du projet étant liée aux possibilités de transport adapté, une convention avec le service de transport adapté du Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées Physiques (GIHP) de l'Hérault est en cours de négociation. Il sera alors demandé à la personne accueillie de participer aux frais de transport.

De même, un montant forfaitaire de 8,40 € par jour est fixé pour la participation aux frais de repas et de certaines activités (ce montant s'élève à 10 € par journée d'activité pour des accueils ponctuels).

Des activités en ateliers individuels et collectifs sont proposées dans un but de promotion, de valorisation et de participation de la personne. Les activités sont organisées dans les locaux de l'accueil de jour mais aussi en extérieur en partenariat avec d'autres services et organismes afin de promouvoir le développement de la vie sociale.

Deux grands axes sont explorés avec les personnes accueillies :

- le rapport à soi
  - o dans son aspect corporel par l'apprentissage ou le ré-apprentissage de pratiques sportives adaptées (piscine, gymnastique...) et de savoirs pratiques (travaux manuels, informatique...) mais aussi l'entretien du corps à la recherche de bien être et de valorisation de l'image de soi (relaxation, musicothérapie, atelier d'esthétique)
  - o dans son aspect psychique au travers de l'expression orale, écrite ou artistique dans divers ateliers (atelier d'écriture, de peinture, de musique de théâtre...)
  - o dans son aspect intellectuel par la stimulation des acquis et la communication
- la communication, la vie sociale et l'exercice de la citoyenneté
  - o la participation à l'organisation de sorties, de visites...
  - o la pratique d'activités en partenariat avec des associations, des clubs divers et des échanges avec d'autres établissements...
  - o la possibilité d'apporter des conseils dans l'organisation de la vie à domicile
  - o l'exercice de la citoyenneté sera favorisé par la participation au fonctionnement de l'accueil de jour au travers du conseil de la vie sociale mais aussi au travers d'activités proposées par la délégation départementale de l'APF

Toutes les actions sont menées dans le respect des centres d'intérêt de la personne, en accord avec son projet personnalisé. Un contrat de séjour est rédigé avec la personne (ou son représentant légal) à son admission dans le service. Pour chaque personne accueillie, un professionnel référent est plus particulièrement chargé de la mise en œuvre et du suivi du projet personnalisé.

### C) Des partenariats pour favoriser la participation sociale

Les usagers de l'accueil de jour ont la possibilité d'interpeller les intervenants du service d'accompagnement à domicile pour les accompagner dans leur projet de vie.

Les activités proposées par la délégation départementale (pôle informatique...) restent ouvertes aux usagers de l'accueil de jour. Ce dispositif nous permet de rester en lien avec la vie associative. Les personnes bénéficiant de l'accueil de jour peuvent ainsi partager avec d'autres adultes handicapés autour d'une activité de loisir. Ceci contribue à l'élargissement du cercle relationnel de la personne et à sa participation sociale.

Des partenariats s'opèrent avec les dispositifs de droit commun parce que l'objectif de l'accueil de jour est de favoriser l'autonomie des adultes handicapés dépendants et de leur permettre de s'insérer dans la vie sociale de la cité. S'inscrire dans des dispositifs de loisirs de droit commun en est la première étape.

### D) Les moyens nécessaires pour assurer nos missions

Le service d'accueil de jour s'adresse à des personnes handicapées motrices âgées de 20 à 59 ans vivant à domicile et propose des activités adaptées, en ateliers individuels et collectifs, avec un encadrement spécialisé constitué essentiellement d'animateurs et d'aides-médico-psychologiques (AMP). L'équipe ne comprend pas de personnel de soins. Le choix a été posé qu'aucun soin ne sera prodigué pendant le temps d'accueil en journée. Les candidatures répondront donc à cet impératif.

<b>FONCTIONS</b>	<b>ETP</b>	<b>Nombre de salariés</b>
Directeur	0,50	1
Chef de service	0,50	1
Secrétaires	0,80	1
Animateur	2,50	1
AMP	3	3
Femme de ménage	0,25	1
Ouvrier d'entretien	0,25	1
<b>TOTAL</b>	<b>7,8</b>	<b>8</b>

Le taux d'encadrement de 0,52 postes par place, alors que le taux moyen d'encadrement moyen pour ce type de structure est de 0,110 postes par place, fait état de la spécificité des besoins d'encadrement des personnes handicapées motrices dépendantes.

L'ouverture officielle est prévue pour le deuxième semestre de l'année 2004 avec le fonctionnement suivant :

	<b>ACCUEIL DE JOUR</b>
<b>Capacité</b>	<b>15 places</b>
<b>Taux d'occupation</b>	<b>60 %</b>
<b>Jours d'ouverture 2004</b>	<b>113</b>
<b>Nombre de journées prévues</b>	<b>1017</b>

Le service d'accueil de jour bénéficie, de la part du conseil général, d'un financement par dotation globale de 302 345 €. Là encore, les autorités de contrôle précisent que les dotations octroyées pourront faire l'objet d'un ajustement pour le prochain exercice.

Le coût moyen annuel de la place s'élève donc à 20 156 €

Les charges de personnel représentent, pour ce service, 78,45 % des charges de la structure.

## **Conclusion de la deuxième partie**

Aujourd'hui, de plus en plus de personnes handicapées motrices dépendantes revendiquent le droit de choisir librement leur mode de vie et de vivre à domicile de façon autonome en toute sécurité. Il ressort, des politiques sociales et de la politique associative, une réelle volonté de favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées motrices dépendantes et de développer des services pour garantir leur qualité de vie.

Toutefois, le niveau de ressources de la personne conditionne souvent son choix de vie. Les aides, notamment pour les personnes en situation de grande dépendance, apparaissent souvent insuffisantes pour vivre dignement à domicile. Les besoins en aide humaine sont souvent insuffisamment satisfaits et l'accès aux soins reste problématique. De plus la coordination des prestations reste incomplète et génère des phénomènes d'usure à la fois des professionnels et des proches et conduisent à des situations de rupture. L'accès aux aides techniques, malgré l'existence des sites pour la vie autonome, demeure imparfait.

Le succès du maintien à domicile dépend notamment de la situation socio-économique de la personne, de la qualité des interventions des professionnels et de l'entourage.

Une des conditions du maintien durable de la personne handicapée dépendante à domicile est de proposer des formules complémentaires dynamiques permettant de couvrir ses besoins (soins, aide humaine, aide technique...) et d'accéder à une vie sociale mais aussi permettant aux familles et à l'environnement de "souffler". Les services d'accompagnement à domicile et d'accueil de jour répondent à ces objectifs.

Pourtant, malgré un degré d'autonomie moyen à normal, des personnes en situation de handicap moteur, ne pouvant bénéficier d'un accompagnement social satisfaisant et/ou d'un environnement relationnel suffisant, se trouvent contraintes d'intégrer un établissement d'hébergement collectif.

**Par conséquent, dans le contexte budgétaire actuel (enveloppes limitatives des organismes financeurs et rationalisation des coûts de fonctionnement des établissements et services), que pouvons-nous proposer pour répondre de façon efficiente à l'aspiration des personnes handicapées motrices dépendantes à pouvoir bénéficier de modes de vie adaptés leur garantissant une pleine accessibilité aux dispositifs de droits communs?**



### 3 UNE ALTERNATIVE ENTRE L'HÉBERGEMENT COLLECTIF ET LE DOMICILE ORDINAIRE : LES "APPARTEMENTS SERVICES"

Il existe une volonté à la fois nationale, européenne et internationale de favoriser l'intégration des personnes handicapées en milieu de vie ordinaire en respectant leurs choix de lieu et de mode de vie. *"Au «tout institutionnel» (...) succède aujourd'hui la demande d'intégration pleine et entière dans la société ordinaire pour des personnes qui ne veulent plus être considérées comme des «citoyens de seconde zone»."*<sup>35</sup> Partant du constat qu'une proportion importante de personnes handicapées motrices souhaitent vivre à domicile, il convient de développer des services pour garantir leur qualité de vie et leur permettre de vivre dans la cité sans être stigmatisés.

*"Pour qu'un sujet de droit soit responsable, il faut qu'un choix lui soit proposé et qu'il dispose des moyens de l'exercer."*<sup>36</sup>

Ce projet d'appartements services doit permettre à des personnes qui souhaitent vivre de façon autonome à domicile, de bénéficier d'un logement accessible et adapté, des services d'aide humaine autant que de besoin dans des conditions de sécurité et de confort de vie satisfaisantes.

Cette démarche d'autonomisation, de responsabilisation ne prend tout son sens que si elle est orientée vers une intégration forte dans la vie de la cité. Il s'agira pour les personnes de s'intégrer dans le quartier et mener la vie sociale à laquelle ils aspirent en profitant, dans tous les domaines (culturel, sportif, relationnel, occupationnel, associatif...) des possibilités et opportunités qui s'offriront à elles, compte tenu de leurs capacités.

Cette recherche d'autonomie exprimée par les personnes handicapées motrices est à prendre au sens étymologique du terme : *Autos nomos* signifiant "qui se donne à soi-même sa loi". Comme chacun de nous, la personne handicapée motrice dépendante aspire à définir ses propres règles, à choisir les risques qu'elle est prête à courir, à garder le contrôle de sa vie. La dépendance physique dans laquelle elle se trouve, définie comme l'incapacité à faire, est à dissocier de l'incapacité à décider pour elle-même.

---

<sup>35</sup> Loubat J-R., 2002, *Op. cit.*

<sup>36</sup> Le Pors A., *La citoyenneté*, Paris : Presse Universitaire de France, 1999, Que sais-je?.

### 3.1 Pour soutenir le mode de vie autonome des adultes handicapés moteurs dépendants

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale pose dans l'article 2 du chapitre 1 que *"l'action sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature."* Comme le souligne Jean-René Loubat<sup>37</sup>, *"cet article témoigne bien du souci de dépasser une logique de placement et de réparation pour s'engager résolument dans la voie d'une reconnaissance citoyenne et d'une intégration dans la société civile ordinaire."*

Par ailleurs, cette loi élargit l'éventail des modes d'accompagnements et nous invite à l'innovation afin d'adapter les structures, les services et les prestations aux besoins des personnes et non l'inverse. Ainsi la possibilité nous est offerte de créer une structure alternative entre l'hébergement collectif et le domicile ordinaire, pour répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées motrices dépendantes.

Les travaux de concertation avec les usagers, les professionnels, les représentants des associations et des organismes de contrôle pour préparer l'élaboration du nouveau schéma départemental d'orientation des personnes handicapées 2005-2009 font état d'un besoin de souplesse, de passerelles et de mutualisation au niveau des réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Ce type de structure expérimentale "d'appartements services", inscrite sur le territoire, figure parmi les propositions émises par les associations de personnes handicapées motrices (AFM, APF, GIHP).

De plus, ce type de structure contribuerait au désengorgement des établissements puisqu'il autorise des personnes accueillies en établissement d'hébergement collectif par défaut, d'envisager un autre mode d'accompagnement. *"Les institutions restent bien souvent le substitut unique à la carence fortuite ou structurelle de l'environnement (...) l'émergence de structures nouvelles et leur capacité à ne pas enfermer les personnes dans une situation figée ouvre peut être des possibilités nouvelles (...)"*<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Loubat J.R., 2002, *Op. cit.*

<sup>38</sup> Pilatre Jacquin E., Masson G., *des expériences nouvelles pour le retour à domicile des adultes handicapés physiques*, publication CTNERHI.

### 3.1.1 Le logement indépendant comme vecteur d'intégration

*"Toutes et tous nous aspirons à avoir un chez-soi ; ce désir légitime à l'intimité, à la sécurité, demeure pourtant hors de portée de maintes personnes ayant des problèmes de santé."*<sup>39</sup>

Le chez-soi représente un élément constitutif de l'autonomie, de l'intégration et de l'épanouissement personnel. *"Être chez-soi c'est s'approprier un espace (...) c'est aussi avoir le droit d'y agir comme bon vous semble, sans contraintes."*<sup>40</sup> Contrôler son quotidien dans un espace personnel, c'est exprimer son individualité. Maîtriser son cadre de vie, son temps, ses activités, son environnement, c'est s'inscrire dans une image de conformité, de "normalité".

L'accès au logement constitue pour tout un chacun et tout particulièrement pour les personnes handicapées, un élément fondamental de l'insertion sociale. Il constitue la possibilité de vivre dans la cité sans être stigmatisé : *"vivre comme les autres parmi les autres."*<sup>41</sup>

### 3.1.2 Se loger, une gageure pour les personnes handicapées motrices dépendantes

#### A) Du fait du faible niveau de ressources

La situation économique des personnes en situation de handicap moteur peut-être très différente d'une personne à l'autre. En effet, en fonction de l'origine de la déficience et du parcours de vie des personnes, les ressources peuvent être très variables.

Ainsi, les personnes qui ne perçoivent que l'allocation aux adultes handicapés (AAH) complétée par le complément d'allocation aux adultes handicapés et l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP), se trouvent en grande difficulté pour assumer les dépenses nécessaires à une vie autonome à domicile.

La dépendance, telle que la définit la loi du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), s'entend comme *"l'état de la personne qui, nonobstant les*

---

<sup>39</sup> Morin P., *La quête d'un chez soi des personnes psychiatisées*, ledevoir.com

<sup>40</sup> Ségau M., Bonvalet C., Brun J., *Logement et habitat : l'état des savoirs*, Paris : la découverte, 1998.

<sup>41</sup> Projet associatif de l'APF 2000 - 2005

*soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière",* génère un niveau de couverture des besoins coûteux. L'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne à domicile (ACTP), même à son taux maximum, ne couvre pas totalement les frais liés au maintien à domicile des personnes lourdement handicapées nécessitant un niveau d'aide élevé. Les familles peuvent donc également être sollicitées financièrement dans la mesure où le coût de la prise en charge de la dépendance est souvent supérieure aux ressources de la personne handicapée. La question de la compensation du handicap qui engage des choix de société, est aujourd'hui au cœur des débats du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

#### B) Majorée par la pénurie de logement dans la cité montpelliéraine

Avec une progression démographique de 1,1 % par an sur la période de 1962-1999, la région Languedoc-Roussillon représente une des régions les plus attractives de France. Ce rythme est encore plus soutenu dans le département de l'Hérault et dans l'aire urbaine de Montpellier qui enregistre entre 1990 et 1999 un taux de croissance de 8,4 % (contre 2,6 % pour la moyenne des 15 plus grandes agglomérations de France).

Même s'il est difficilement quantifiable, ce flux migratoire concerne aussi les personnes handicapées. En effet, le taux d'allocataires croît dans l'Hérault plus vite (+ 0,8 %) que la moyenne nationale. La répartition géographique des bénéficiaires de l'AAH montre une forte densité sur les zones urbaines de Montpellier et de Béziers (Annexe 9).

L'accès à un logement décent et indépendant a été reconnu par le législateur comme un droit à garantir et un devoir de solidarité. Mais, contrairement à l'accès aux soins, le droit au logement n'a rien d'effectif.

Plus de 1400 personnes attendent un logement sur Montpellier<sup>42</sup>. Dans un contexte de crise du logement caractérisée par une hausse générale des loyers et un taux de vacances bas, les personnes handicapées ont peu de liberté de choix quant à leur logement. De plus l'offre qui leur est accessible demeure trop restreinte et les difficultés d'accès au logement résident bien souvent à une conception architecturale inadaptée.

---

<sup>42</sup> Philippe Saurel, Vice-président de la commission Solidarité, Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Montpellier.

Malgré la loi Bachelot<sup>43</sup> du 21 décembre 2001 qui place en tête des publics prioritaires pour l'attribution des logements sociaux les personnes en situation de handicap "*les difficultés de logement liées au handicap physique concernent (en France) plus de 2 millions de personnes*"<sup>44</sup>. A titre indicatif, sur le premier semestre 2004, onze personnes sur les soixante deux accompagnées par le service d'accompagnement à domicile (soit 17,74 %) étaient en recherche de logement sur l'agglomération de Montpellier.

*"Lorsque le droit au logement n'est pas assuré, les victimes ne sont pas seulement les personnes, les familles les enfants qui vivent dans des conditions indignes, c'est aussi la société tout entière qui est atteinte dans sa cohésion sociale, dans la confiance de ses citoyens envers la démocratie et la capacité des institutions à assurer à la fois les solidarités souhaitables et le respect de ses lois."*<sup>45</sup>

### **3.2 Pour une participation à la vie de la cité**

Notre objectif consiste à permettre à des personnes handicapées motrices dépendantes qui ont la capacité de définir et gérer leur projet de vie et la volonté de vivre, seule ou en famille, de façon autonome en milieu ordinaire, d'obtenir un logement accessible et adapté relié à un lieu ressource dispensant une aide aux actes essentiels de la vie quotidienne dans des conditions de sécurité adaptée et de leur proposer, en mettant en synergie les ressources pouvant les concerner, un accompagnement social, dans le respect du mode de vie de la personne.

Notre projet s'adresse :

- aux personnes handicapées dépendantes vivant actuellement au domicile de leurs parents vieillissants qui veulent et peuvent continuer de vivre en milieu ordinaire
- aux adultes handicapés qui travaillent ou souhaitent travailler
- aux personnes handicapées qui sont en structure d'hébergement faute de réelles solutions adaptées à la vie à domicile.

Ce projet fait l'objet d'une demande d'agrément, auprès du conseil général de l'Hérault, pour un service à caractère expérimental, au titre de l'article L.312-1, 1, 12° du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), de 10 places. Fonctionnant 365 jours par an et

---

<sup>43</sup> Loi no 2001-1247 du 21 décembre 2001 visant à accorder une priorité dans l'attribution des logements sociaux aux personnes en situation de handicap ou aux familles ayant à leur charge une personne en situation de handicap

<sup>44</sup> 9<sup>ème</sup> rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, Droit au logement : construire la responsabilité, novembre 2003.

<sup>45</sup> *Ibid.*

24h/24, le service bénéficie d'une dotation annuelle de fonctionnement conformément au CASF, article L314-8 et l'article 7 du décret du 22 octobre 2003<sup>46</sup>

Pour bénéficier du service, les personnes doivent répondre aux critères suivants :

- Être âgés de plus de 18 ans et présenter des déficiences motrices
- Bénéficier d'une reconnaissance de son handicap moteur émanant de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)
- Être dépendant d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne en raison d'un handicap moteur constaté avant l'âge de 65 ans
- Être bénéficiaire de l'allocation compensatrice ou d'une majoration pour tierce personne et disposer de ressources suffisantes sans toutefois dépasser un plafond de revenus à fixer
- Être en capacité de gérer sa vie de façon autonome quel que soit le besoin d'aide dans sa réalisation et en exprimer le désir.

Chaque demande d'admission fait l'objet d'une analyse par la commission d'admission composée d'un représentant du bailleur social, du chargé de mission - secteur personnes handicapées - du centre communal d'action sociale de Montpellier, des responsables des services ESVAD Est et "appartements services" et de moi-même. Nous statuons alors sur l'opportunité de la demande suivant les critères d'admissions et la procédure préétablis conjointement.

L'admission se concrétise par la signature avec la personne en situation de handicap moteur, d'un contrat de séjour assorti du contrat de sous-location et du règlement intérieur du service. Environ tous les six mois, une évaluation de la situation est effectuée, les objectifs peuvent alors être recentrés et des mesures correctives apportées.

### **3.2.1 Des appartements indépendants accessibles et adaptés en milieu ordinaire de vie**

C'est d'abord par le biais d'un logement indépendant que se réalise l'intégration sociale des personnes handicapées dépendantes. Comme le souligne Alain Letourmy<sup>47</sup>, l'environnement physique de la personne, déterminé à la fois par son agencement et sa

---

<sup>46</sup> Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>47</sup> Letourmy A., *Environnement, vie sociale et citoyenneté, approche transversale*, Revue française des affaires sociales, n° 1-2 janvier-juin 2003.

situation dans l'espace géographique, constitue un élément favorisant ou limitant sa participation sociale.

Régler le problème de logement constitue pour les élus une des priorités de la politique de la ville de Montpellier et l'intention de s'investir sur l'accompagnement des personnes handicapées vers le logement est affirmée. La volonté associative n'étant pas d'investir dans un programme immobilier, une convention tripartite est négociée entre la municipalité, un des bailleurs sociaux municipaux - l'Héraultaise - et l'APF de l'Hérault. Cette convention vise à intégrer des logements accessibles et adaptés à destination des personnes handicapées motrices dans les programmes locaux de construction de logements sociaux. Elle nous octroie la gestion de 10 appartements indépendants, accessibles et adaptés à des personnes à mobilité réduite situés dans des immeubles ordinaires de logements sociaux. La volonté des élus locaux, des bailleurs sociaux, comme la notre, est de promouvoir la mixité sociale permettant une diversité de publics sans "ghettoïsation". Le projet urbain de la ville intègre les logements sociaux dans des quartiers qui sont autant de petites cités particulières, bénéficiant de commerces, de services et d'équipements publics de proximité et entourés d'espaces verts, le tout bien desservi par les transports en commun.

A) Un contrat de sous-location ou un bail glissant

Le service, agréée pour l'accueil d'adultes handicapés moteurs dépendants, seuls ou en famille, est locataire des dix appartements. Les personnes handicapées, sous-locataires, bénéficient des aides à la vie quotidienne prévues dans le contrat passé avec le service.

La loi Besson<sup>48</sup> offre la possibilité pour des associations de prendre en location des logements appartenant à des propriétaires publics ou privés, en vue de les mettre à disposition de personnes en difficulté. Dans ce cadre, le bail glissant a pour objet de permettre, après une période "probatoire" plus ou moins longue, la transmission du bail au sous-locataire.

Ainsi, en fonction de l'évaluation des capacités initiales et du projet de vie de chacun, nous pouvons proposer à la personne en situation de handicap moteur, la signature d'un bail de sous-location ou d'un bail glissant.

---

<sup>48</sup> Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en oeuvre du droit au logement, J.O. 2 juin 1990.

Dans le cadre d'un bail glissant, la personne handicapée signe un bail de sous-location avec le service ainsi qu'un un contrat d'objectif pour l'accompagnement vers le logement. Un avenant, signé entre les trois parties (la personne handicapée, le bailleur social et le service), fixe les objectifs et les points précis qui seront évalués au terme de la période probatoire : régularité de paiement des loyers, respect du voisinage, état du logement, adéquation du logement avec état de santé et l'autonomie de la personne. L'appartement est loué par le service et, au terme de la période probatoire (fixée à six mois mais renouvelable une fois), le bail glissera au nom du sous-locataire.

D'un bail liant la personne en situation de handicap au service, celle-ci se retrouve dans le droit commun avec un engagement direct avec le bailleur, sans avoir à changer de lieu et de mode de vie. Toutefois, la personne ne pouvant alors continuer à bénéficier des aides proposées par le service "appartement services", l'équipe du service d'accompagnement à domicile est sollicitée pour construire, en partenariat avec les services d'auxiliaires de vie du secteur, le plan d'aide nécessaire à l'autonomie de la personne.

Le recours au bail glissant, même s'il ne peut être généralisé à toutes les personnes accueillies dans le service, constitue une passerelle vers une autonomie plus large et l'inscription vers le droit commun pour des personnes en capacité d'assumer seules, après une période d'essai, les contraintes liées à leur situation.

Pour le pôle "appartements services", c'est l'opportunité de démontrer la pertinence de la structure et de créer un turn-over au niveau des personnes accompagnées.

## B) Un logement adapté et domotisé

En fonction de leur mode de vie, les personnes peuvent choisir un appartement de type T2 ou T3 adapté conformément à la législation en vigueur : Code de la construction et de l'habitation, décret du 4 août 1980 qui définit les modalités d'application et introduit l'exigence d'adaptabilité, arrêté du 24 décembre 1980 précisé par la circulaire du 4 octobre 1982 définissant de façon pratique le contenu et les notions d'adaptabilité et d'accessibilité.

Les logements, mis en location sans mobilier, possèdent un équipement domotique de base permettant à la personne handicapée motrice dépendante de maîtriser son environnement. Elle peut circuler sans aucun obstacle architectural et utiliser toutes les fonctions de l'habitation (automatisation de l'ouverture et fermeture de la porte de



l'immeuble et de la porte d'entrée, largeur des portes, prise de courant et interrupteurs à portée, cuisine et salle de bain adaptées, volets roulants électriques, accès aux balcons...). Pour la sécurité des personnes, chaque appartement dispose du système de télé-alarme mis en place par la Communauté d'Agglomération de Montpellier (Annexe 10) Les aménagements spécifiques seront réalisés ultérieurement en fonction des besoins particuliers de chaque locataire. Les usagers pourront utiliser les compétences du service d'accompagnement à domicile pour avoir accès aux moyens de compensation de leur handicap, comme par exemple un "contrôleur d'environnement" pour actionner les différentes fonctions de l'appartement : ouvrir la porte d'entrée, allumer la lumière, régler le chauffage, monter et descendre les volets roulants, répondre au téléphone, mettre en route le téléviseur, etc.

Un état des lieux sera effectué à l'entrée et à la sortie définitive du locataire. L'entretien du logement reste sous la responsabilité de l'occupant.

### C) Un lieu ressource

Regroupés sur un territoire limité, les logements permettent la mise en place d'un service commun d'aide humaine disponible 24H/24 et 7 jours/7. Pour ce faire le service loue, sur le site des "appartements services", un logement de type 3 faisant fonction de local de coordination des demandes d'aide. Équipé d'un système d'appel individuel et adéquat, il assure la liaison avec les habitations des personnes handicapées.

Ce lieu ressource se comprend :

- le bureau du responsable du service
- un lieu de repos pour le personnel
- une salle servant de lieu de rencontre pour les usagers et lieu de réunion avec les usagers, les personnels, les partenaires, etc.

Afin d'assurer une permanence des interventions 24h/24, les appartements sont reliés au centre ressource par un système d'interphonie adapté au handicap de chacun. Ce système offre la possibilité d'une communication bilatérale pour indiquer le caractère urgent ou non du besoin d'aide, sa nature et éventuellement indiquer le délai d'attente. Ce dispositif fera l'objet d'un suivi de maintenance minutieux pour la sécurité des usagers.

### 3.2.2 Un accompagnement personnalisé favorisant l'intégration sociale

Si l'accessibilité du cadre bâti est une condition majeure pour favoriser l'intégration sociale, l'accompagnement et le soutien par des aides humaines complétées ou suppléées par des aides techniques sont souvent indispensables pour conforter l'autonomie de la personne handicapée. Il ne peut y avoir intégration des personnes handicapées sans intégration sociale. Ainsi l'accès au logement doit être accompagné par un soutien individualisé pour :

- permettre l'accès aux soins et aux moyens de compensation humaine de qualité à hauteur des besoins évalués et dans le respect du mode de vie de la personne.
- répondre au besoin de sécurité des personnes par un système de veille permanente (24h/24 et 7j/7) de façon à pouvoir les guider et les assister face aux difficultés rencontrées.
- permettre l'accompagnement des personnes pour les aider à faire émerger un projet de vie et peut-être susciter des envies favorisant leur intégration sociale et limitant ainsi les risques d'isolement

Le soutien intervient au domicile pour les actes de la vie quotidienne et l'entretien du logement. Il peut également intervenir à l'extérieur, en appui à la participation sociale de la personne handicapée pour l'accompagner en ville, l'aider à effectuer des démarches, à participer à des activités sociales ou de loisirs, etc.

La personne handicapée reste actrice de sa vie et maître de son projet personnel :

- dans la gestion de la vie quotidienne, elle conserve la responsabilité de l'organisation de son rythme de vie. Elle devra prendre en charge, qu'elle puisse le faire seule ou non, toute les tâches de la vie quotidienne : prévoir les courses, les repas, les sorties, les démarches administratives, le règlement des factures, etc.
- dans la gestion de son argent, conformément au règlement départemental d'aide sociale (Annexe 11), elle se trouve dans la situation de tout un chacun et avec l'intégralité de ses ressources de subsistance, elle aura à financer l'intégralité des frais qui lui incombent : loyer et charges locatives, assurances, électricité, téléphone, nourriture, transport, vêtements, loisirs, etc.
- dans la gestion de sa santé, elle a l'initiative, si son état le nécessite, de prendre rendez-vous avec son médecin, un spécialiste, un kinésithérapeute ; seule ou en collaboration avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, elle assurera la gestion de son traitement.

- dans la gestion de ses relations, elle doit s'organiser pour éviter l'isolement et l'enfermement, respecter les règles de vie communes et de bon voisinage et participer à la vie sociale du quartier.

L'objectif est de reconnaître la citoyenneté de la personne en lui laissant toute l'autonomie possible dans ses choix de vie.

### **3.3 Le fonctionnement des "appartements services"**

Notre mission est d'organiser et de coordonner les moyens et ressources pour soutenir le maintien en milieu ordinaire de vie des personnes handicapées motrices dépendantes et de les accompagner dans une logique d'insertion dans le respect de leur choix de vie.

Nos actions s'expriment en référence à la personne dans l'ensemble de ses dimensions (sociale, économique, culturelle, physique, psychique, affective, etc.) et le fonctionnement des "appartements services" s'inscrit, sur le territoire, dans une dynamique de réseau intégrant différents acteurs : établissements et services sanitaires et médico-sociaux, professionnels de santé et de soins, dispositifs d'accès à la culture et aux loisirs, etc.

#### **3.3.1 Une organisation visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes**

Mes choix stratégiques et organisationnels reposent, dans le cadre des missions qui nous sont conférées, sur la finalité de nos actions qui restent la promotion de la personne et de sa citoyenneté et l'amélioration de sa qualité de vie.

Le respect de la personne accompagnée, la responsabilisation des acteurs, la transparence et la cohérence des interventions, la clarification des places, des fonctions et des rôles ainsi que le respect des protocoles constituent les principes que je défends et auxquels tout salarié doit adhérer.

Afin de soutenir l'adhésion des salariés, je mets en place des outils (livret d'accueil des salariés) et des temps de concertation où les salariés sont associés à la déclinaison des axes du projet pour qu'ils s'en approprient le fond et la forme. La cohérence de l'ensemble est garantie par l'existence d'une équipe de direction et par le choix d'un management participatif où l'expérience de terrain vient alimenter et interroger les choix stratégiques et organisationnels et permettre leurs ajustements.

Un mode de vie autonome nécessite la mise en place d'une véritable coordination des intervenants auprès de la personne. L'offre de service doit prendre en compte la continuité de l'aide et proposer un fonctionnement souple permettant d'être réactif vis à vis de l'évolution des besoins et des choix de vie de la personne.

Par sa souplesse et sa réactivité, la gestion de proximité favorise un traitement sur mesure des besoins individuels. En effet, les besoins varient en fonction de l'environnement et du contexte social des personnes et les réponses apportées diffèrent selon les potentialités et les projets individuels de chacun.

A) Des moyens humains mutualisés pour assurer la couverture des besoins.

Le service doit disposer du personnel suffisant en nombre et en qualification pour pouvoir assurer en permanence l'aide requise dans les actes de la vie quotidienne et mettre l'accent sur l'autonomie de la personne. Les interventions visent à compenser les déficiences fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne : lever, coucher, toilettes, habillage, préparation et aide aux repas, entretien ménager, secrétariat, aide aux démarches, etc.

Les personnes chargées d'effectuer ce service sont une valeur clé de la réussite de l'entreprise. L'objectif consiste à permettre l'adéquation entre l'offre de service et les besoins des personnes accueillies, à maintenir un niveau de compétences et à favoriser leur adaptation permanente par le biais de la formation, et à rester attentif aux conditions de travail afin de créer les circonstances optimales pour une qualité satisfaisante en direction des usagers et du personnel.

Les principales difficultés inhérentes au fonctionnement du service sont :

- l'organisation du travail pour assurer un fonctionnement 24h/24 et 7 jours / 7 ;
- une charge de travail physique souvent importante ;
- les difficultés de la relation d'aide aux personnes en situation de handicap moteur dépendantes vivant à domicile.

En terme quantitatif, le service fonctionne 365 jours par an et 24h/24 et nécessite 8760 heures d'interventions auprès des personnes ( $364 \times 24 = 8760$ ).

Un équivalent temps plein (ETP) correspond à 1600 heures de travail annuel, périodes de congés et récupération intégrées.

Par conséquent pour couvrir le fonctionnement du service, nous avons besoin de minimum 5,475 équivalent temps plein (8760 : 1600 = 5,475).

Je demande donc 6 équivalent temps plein d'aide humaine. Les 10 % d'équivalent temps plein supplémentaires, représentant plus de 2 heures par semaine et par salarié, nous permettent d'organiser les temps communs de réunions et de régulation nécessaire à l'organisation du travail.

Dans un but de rationalisation des coûts et des compétences, le personnel administratif et les services généraux sont mutualisés avec les services d'accompagnement à domicile et l'accueil de jour.

Ainsi, la création de 0,5 équivalent temps plein de comptable nous permet de proposer un contrat de travail à temps plein au comptable du service d'accompagnement à domicile et de répartir son temps de travail sur les trois services de la structure.

De même, nous pouvons, avec la création d'un mi-temps de poste d'ouvrier d'entretien, accéder à la demande de la personne intervenant sur les services d'accompagnement à domicile et d'accueil de jour et lui permettre de bénéficier d'un emploi à temps plein.

Nous proposons donc le tableau des effectifs suivant :

FONCTIONS	S.A.D.		Accueil de jour		Appartements services	
	avant	après	avant	après	besoin	création
Directeur	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3	
Responsable de service	0,5	0,5	0,5	0,5	0,8	0,8
Comptable	0,5	0,3		0,3	0,4	0,5
Secrétaire	1,9	1,9	0,8	0,5	0,5	0,2
Standard	1	1				
Psychologue	0,5	0,5				
Ergothérapeute	1,5	1,5				
Assistants sociales	1,9	1,9				
Animateur social	1	1	2,5	2,5		
AMP / AS			3	3	6	6
Femme de ménage	0,25	0,25	0,25	0,25		
Ouvrier d'entretien	0,25	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>9,8</b>	<b>9,5</b>	<b>7,8</b>	<b>7,6</b>	<b>8,5</b>	<b>8</b>

Avec 0,85 postes par place, le service bénéficie d'un taux d'encadrement en rapport avec la spécificité de la population accompagnée. En effet, les personnes présentant des déficiences motrices nécessitent une assistance individuelle dans de nombreux actes de la vie quotidienne. Par conséquent le service requiert un personnel en nombre suffisant.

Du point de vue qualitatif, les aides humaines de jour sont apportées par des aides médico-psychologiques (AMP). Le métier d'aide médico-psychologique se situe à la frontière du médical et du social. Les aides médico-psychologiques interviennent, en effet, tant au niveau des soins que des activités de loisirs et, plus généralement, de la prise en charge psychologique et éducative des adultes handicapés dépendants. Ainsi l'aide médico-psychologique peut aider la personne handicapée à se laver, s'habiller et se déshabiller ; elle peut assurer la préparation des repas (de l'achat des produits à la confection des plats) et aider la personne à se nourrir ; elle peut aussi accompagner la personne handicapée dans ses déplacements pour effectuer diverses démarches ou participer à des activités. Ces professionnels interviennent systématiquement sous la responsabilité du responsable du service ou d'un intervenant paramédical travaillant en partenariat avec le service (service de soins infirmier à domicile, intervenant paramédicaux libéraux).

Pour assurer le service de nuit, j'ai fait le choix de recourir à des aides soignants (AS). De par leur formation, ils contribuent aux soins de base et au bien-être des personnes handicapées. Susceptible de participer aux soins d'hygiène et de confort, à l'installation et à la surveillance des adultes et d'apporter une aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante aux personnes ayant perdu leur autonomie, ces professionnels semblent mieux positionnés en terme de compétences pour assurer les interventions de nuit. En effet, les personnes en situation de handicap moteur peuvent nécessiter, pour la nuit, une installation particulière ou des retournements réguliers afin prévenir les risques d'escarres. L'aide soignant, de par sa formation, est en capacité d'assurer ces gestes.

Le rôle du responsable de service consiste à "*traduire les orientations institutionnelles en pratiques effectives, harmoniser dans une élaboration avec l'équipe les conduites des différentes technicités.*"<sup>49</sup> Il est chargé d'organiser et coordonner les interventions internes et externes au service afin d'obtenir une cohérence maximale des actions et une qualité de service rendu optimale.

---

<sup>49</sup> Dubreui B. et coll., 2004, Op cit.

La fonction de l'aide médico-psychologique consiste à accompagner la personne en situation de handicap moteur dans les différentes activités de sa vie quotidienne pour favoriser son autonomie et lutter contre son isolement (Annexe 12).

L'aide soignant assure le confort global de la personne, effectue les actes de nursing nécessaires, gère la continuité des soins et des urgences en matière de santé et assure la surveillance et sécurité des personnes et des biens (Annexe 12).

Leurs actions doivent permettre de préserver (développer quand c'est possible) l'autonomie de la personne et prévenir tout sur-handicap. A travers l'aide aux gestes de la vie quotidienne et l'accompagnement relationnel ils contribuent à la qualité de vie des personnes handicapées qu'ils accompagnent.

L'ouvrier d'entretien fait en sorte que les usagers puissent vivre et que les personnels puissent travailler dans un cadre agréable, adapté et sécurisé. En effet, bien que la domotique à la disposition des personnes bénéficie de contrat de maintenance, L'ouvrier d'entretien est susceptible d'intervenir pour de petites réparations permettant à la personne handicapée, tributaire de son environnement matériel, de conserver son autonomie. Il intervient en respectant la vie privée des usagers et en évitant de perturber le travail des personnels (Annexe 12).

Le service administratif est au carrefour de nombreuses informations internes et externes qu'il a pour charge de répartir vers les interlocuteurs concernés. Il centralise et traite toutes les données administratives, financières qui concernent le fonctionnement global du service tant sur la prise en charge des usagers que la gestion du personnel. Le service administratif fonctionne toute l'année, les jours ouvrables (Annexe 12).

#### B) L'organisation du travail centrée sur les besoins et attentes des usagers

L'aide doit pouvoir être fournie :

- à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, tous les jours de l'année
- aussi rapidement que possible
- uniquement à la demande de la personne handicapée bénéficiaire

Les services ne sont jamais ni suggérés ni imposés. Ils peuvent être programmés ou sur demande. *"Il s'agit bien de confirmer que le bénéficiaire est un acteur libre et que les*

*dispositifs sont bien à son service.*<sup>50</sup> Ainsi, la personne détermine elle-même la nature de l'aide et le moment où elle désire en bénéficier.

Pour assurer une présence continue 24h/24 je propose l'organisation suivante :

Puisque notre activité est continue et concerne la protection des biens et des personnes et que nous bénéficions d'un accord collectif de branche étendu, les périodes de travail nocturne s'effectuent de 21h à 7h. Dans le respect de la législation du travail et de la convention collective, couvrir les besoins de l'année nécessite :

$$10h \times 365 = 3650 \text{ h}$$

$$3650h : 1600 = 2,28 \text{ équivalents temps plein}$$

Pour assurer la couverture des besoins nous embauchons donc 2,5 ETP d'aide soignants.

Pour les besoins diurnes, de 7h à 21h (soit 14h de présence), nous avons besoin de :

$$14h \times 365 = 5110 \text{ h}$$

$$5110h : 1600 = 3,19 \text{ équivalent temps plein}$$

Pour couvrir les besoins en journée, nous recrutons donc 3,5 ETP d'AMP.

L'organisation du travail est fonction des besoins recensés et tiendra compte de l'aide dispensée par les aidants naturels. En effet, il n'est pas question d'évincer les aidants naturels de l'accompagnement des personnes mais bien de trouver avec eux la collaboration idéale pour que la place de chacun soit respectée.

### C) L'accompagnement des professionnels, une nécessité

Le travail auprès de personnes handicapées dépendantes à leur domicile privatif, nécessite un accompagnement des professionnels. En effet, la lourdeur des problématiques et les caractéristiques du public accueilli peuvent exposer les intervenants à des relations personnelles éprouvantes. Cette fonction d'aide à domicile d'une personne dépendante est humainement exigeante.

Outre les deux jours de formation organisés par l'Association des Paralysés de France pour les nouveaux salariés visant à communiquer autour des valeurs associatives et du projet institutionnel, nous avons établi une procédure d'intégration des nouveaux employés. Le responsable du service moi-même accueillons chaque nouveau salarié. C'est un moment d'apport d'informations de base nécessaires à la prise de fonction. L'objectif de cette phase est de donner au nouveau salarié une lisibilité du service et les

---

<sup>50</sup> Loubat J.R., 2002, *Op. cit.*



éléments qui vont lui permettre d'appréhender son poste de travail et son environnement professionnel. Je lui rappelle les missions et objectifs du service ainsi que le cadre législatif et réglementaire dans lesquels ils s'exercent ; le responsable du service est chargé de la présentation du poste de travail, de l'organisation, des règles de sécurité et d'hygiène enfin d'une information sur l'organisation pratique de la vie au travail (horaire, pause, ...). C'est aussi lors de cet entretien qu'est formulé le devoir de réserve auquel chaque agent s'engage. En effet, l'intervention au domicile privatif des personnes nécessite, de la part de chaque intervenant, une totale discrétion sur le quotidien et l'intimité dans lequel il s'immisce.

Avec le règlement intérieur du service, un livret d'accueil à destination des salariés, réalisé en comité de direction, est remis à chaque salarié. Celui-ci présente les différents services et leurs missions, les règles de bon fonctionnement des services, les instances représentatives du personnel et les élus, la liste des documents obligatoires et consultables dans les services ainsi que les personnes ressources en terme de formation professionnelle. Cet outil devrait faciliter l'insertion des nouveaux intervenants et servir de repère pour tous les acteurs.

Par ailleurs, nous avons mis en place un système de tutorat pendant la période d'essai. Ainsi, chaque nouveau salarié est accompagné dans sa prise de fonction par un salarié titulaire. Celui-ci représente l'interlocuteur privilégié du nouveau recruté pour faire face aux difficultés rencontrées et répondre aux questions soulevées.

Afin de prévenir l'usure et le désengagement, des instances d'analyse des pratiques sont mises en œuvre. Conduites, une fois par mois, par la psychologue du service d'accompagnement à domicile, elles permettent d'aborder les difficultés relatives à la relation d'aide de personnes dépendantes.

Pour les situations de crise des mesures spécifiques sont prévues. Par exemple, la doublure du personnel peut-être envisagée lorsqu'une situation conflictuelle s'installe entre une personne aidée et une personne aidante.

Lorsque les fonctions seront bien repérées, après un ou deux ans de fonctionnement, nous mettrons en place des entretiens annuels individuels de façon à évaluer les performances et la réalisation des objectifs. Ils permettent de mesurer, d'individu à individu, la réalisation du contrat : ce qui est attendu et ce qui est réalisé. Il apporte une meilleure lisibilité en gestion des ressources humaines, facilite la prévision, permet la prévention des difficultés, définit le type de management et contribue à la motivation des

salariés du fait de la reconnaissance de leur travail. Sa finalité est d'améliorer l'efficacité organisationnelle et de servir de source d'information pour la gestion des ressources humaines.

La formation constitue un levier important dans l'accompagnement des salariés. Elle est valorisée et je reste attentive à l'augmentation des qualifications. La formation permet de développer la compétence et la motivation des salariés, de valoriser leur potentiel et d'acquérir les méthodes et techniques qui facilitent l'adaptation du salarié à son environnement de travail et limitent les phénomènes d'usure et de turn-over. Les personnels recrutés sans qualification pourront bénéficier d'une qualification en cours d'emploi.

Un document de suivi des formations est constitué pendant la durée du contrat de travail des intervenants. Ce document individuel répertorie toutes les actions de formation réalisées par chaque agent. Il constitue un outil de valorisation de son expérience professionnelle et définit l'importance que revêt la formation au sein du service.

La stratégie de management mise en œuvre pour conduire le recrutement, prévenir les phénomènes d'usure et le désengagement, repose à la fois sur la qualification et l'accompagnement des acteurs mais aussi sur un travail de valorisation de la fonction d'aide qui souffre d'un manque de "reconnaissance identitaire".

#### D) Des instances de coordination et de régulation pour la cohérence des actions

La création de ce nouveau service autorise la création d'une équipe de direction constituée du responsable du service d'accompagnement à domicile et de l'accueil de jour, du responsable des "appartements services et de moi-même. *"L'existence d'une équipe de cadre animée par le directeur, réunie régulièrement pour élaborer la prise de décision, s'avère donc une disposition formelle déterminante pour le fonctionnement de l'établissement et du service. Le traitement collégial des problèmes rencontrés par l'un ou l'autre et des incohérences dans l'application des mesures constitue un mécanisme à la base de la solidarité dans l'encadrement."*<sup>51</sup> L'animation de cette instance, se réunissant une fois par mois, m'incombe. *"C'est un lieu de réflexion, d'examen des priorités, d'analyse du fonctionnement institutionnel, d'élaboration stratégique."*<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Dubreuil B. et coll., 2004, *Op. cit.*

<sup>52</sup> Lefevre P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1999.

De même que pour le service d'accompagnement à domicile et l'accueil de jour, des réunions régulières sont organisées pour traiter d'une part du projet d'accompagnement personnalisé des personnes et d'autre part du fonctionnement et de l'organisation du service. Elles sont animées par le responsable du service. Je n'y participe que de façon ponctuelle pour exposer (ou ré-exposer) le cadre dans lequel doivent s'inscrire nos actions, pour rappeler la nécessité des décisions prises en égard aux missions qui sont les nôtres et pour soutenir mon collaborateur face aux difficultés qu'il rencontre dans l'exercice de ses responsabilités.

Des modalités de transmission des informations, nécessaires à la coordination des interventions, assurant la confidentialité des informations concernant les usagers sont définies. Ainsi, le centre ressource dispose d'un poste informatique à destination des intervenants auprès des résidents des "appartements services" où sont répertoriés les rendez-vous programmés. Pour préserver la confidentialité sur la nature des interventions, est mis en place un système de cahier de transmission qui reste au domicile de la personne. Ce document individualisé regroupe toutes les informations utiles à l'ensemble des intervenants auprès de la personne accompagnée pour améliorer la cohérence des actions et la qualité du service rendu.

Conformément aux exigences de la loi 2002-2, un conseil de la vie sociale est institué. *"La participation s'adresse aussi aux usagers ou à leurs représentants. L'expression des besoins et désirs des personnes accueillies modifie le regard des professionnels et leur évite de se complaire dans une tour d'ivoire technique."*<sup>53</sup> Par cette instance, les usagers peuvent exprimer leur avis et émettre des propositions en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du service.

### **3.3.2 Des partenariats à développer pour une inscription dans le territoire**

La mise en œuvre des appartements services en milieu ordinaire de vie sous-entend la mise en place d'un réseau efficace de la prise en charge sanitaire à la prise en charge médico-sociale et sociale de la personne. Les représentations à l'extérieur et le travail inter-partenarial relèvent de ma fonction de direction.

Les solutions visant à favoriser l'intégration des personnes handicapées dépendantes peuvent être soutenues par les services existants en intra-associatif (service d'accueil de jour et accueil de jour mais aussi foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisé)

---

<sup>53</sup> Miramon J.M., Couet D., Paturet J.P., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes : ENSP, 2001.

et extra-associatif (services d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile, professionnels médicaux et paramédicaux et établissements médico-sociaux, etc.). Le projet de vie de la personne prône toutes les actions intégratives favorisant l'accès à une position citoyenne. Aussi, l'ouverture sur la cité est systématiquement recherchée.

Le service s'appuie sur le dispositif associatif existant puisque les bénéficiaires peuvent faire appel au service d'accompagnement à domicile pour favoriser l'accès aux aides techniques personnalisées et pour un accompagnement social individualisé. Ils peuvent aussi utiliser l'accueil de jour comme outil d'accompagnement à la vie sociale. L'ensemble de ces services est pensé pour fonctionner en synergie, de manière complémentaire, sur un principe d'inclusion sociale, donc très ouvert sur l'extérieur.

Par ailleurs, le fonctionnement des "appartements services" s'inscrit dans une dynamique de réseau, intégrant différents acteurs et utilisant les ressources existantes sur le territoire. Des partenariats et collaborations seront recherchés avec les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé et de soins, les organismes d'accès au logement, les dispositifs d'accès à la culture et aux loisirs pour une qualité de service optimale.

Des conventions partenariales avec les centres de rééducation fonctionnelle permettent à certains usagers de rester ou reprendre contact avec une équipe sanitaire spécialisée. Les équipes des centres de rééducation fonctionnelle nous sollicitent pour préparer, par l'intermédiaire du service d'accompagnement à domicile, la sortie des patients.

Des collaborations sont recherchées avec les services de soins infirmiers à domicile. L'objectif est de mettre en œuvre des actions de prise en charge globale et coordonnée par le biais d'une convention formalisant nos engagements respectifs et les moyens mis en œuvre.

Afin de garantir le libre choix des intervenants, d'assurer le suivi médical et paramédical des personnes et d'éviter la rupture de soins, un réseau de professionnels libéraux est à constituer.

Pour les personnes traversant un épisode aigu dans l'évolution de leur pathologie, nous avons la possibilité de créer un groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) avec un service d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) afin d'éviter l'hospitalisation et respecter la volonté de la personne.

Pour les personnes qui le souhaitent, le partenariat dont bénéficie l'accueil de jour avec un service de portage de repas à domicile est étendu au pôle "appartements services".

Pour favoriser la participation sociale, des partenariats sont recherchés avec des associations intervenant dans les domaines de la culture et des loisirs.

*"Dans une logique d'optimisation du système, travailler en complémentarité, en partenariat, en réseau, c'est une façon, pour les acteurs de terrain, de se montrer acteurs responsables d'une réorganisation du système à leur initiative."*<sup>54</sup>

### **3.3.3 Une rationalisation des choix budgétaires**

*"L'enjeu, aujourd'hui, pour les associations, les directeurs mais aussi les administrations de contrôle consiste à pouvoir développer une qualité d'accompagnement des personnes accueillies en respectant les contraintes budgétaires."*<sup>55</sup> Le budget prévisionnel présenté a pour objectif une rationalisation des coûts en rapport avec une qualité optimale de services rendus.

Les propositions budgétaires respectent les dispositions du décret du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financières et aux modalités de financements et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>56</sup> et la répartition des charges par groupes fonctionnels.

#### A) Les dépenses afférentes à l'exploitation courante : Groupe I

Les dépenses afférentes à la structure concernent essentiellement les achats non stockés de matières et fournitures ainsi que des dépenses relatives aux autres services extérieurs tel que les frais postaux et de télécommunications, les déplacements, missions et réceptions. Elles sont évaluées à **14 830 €/ an**

---

<sup>54</sup> Simoni C. d'après l'intervention du Docteur Marc Brémond, *Réseaux et complémentarité*, Perspectives sanitaires et sociales, n° 169, juillet-août 2003.

<sup>55</sup> Miramon J.M., Mordohay F.O., *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 2001.

<sup>56</sup> Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003, *Op. cit.*

B) Les dépenses afférentes au personnel : Groupe II

Les charges relatives à l'emploi des 8 équivalents temps plein nécessaires au fonctionnement du service et définis précédemment vont mobiliser l'essentiel du financement. Le tableau des effectifs budgétés (Annexe 13) comptabilise un montant de charges de **254 346,90 €/ an**

C) Les dépenses afférentes à la structure : Groupe III

- les locations immobilières et charges locatives pour les 10 appartements-services et du lieu ressource représentent les charges les plus importantes afférentes à la structure. Toutefois elles seront compensées par les charges en atténuations que représentent les loyers versés au service par les résidents des appartements.

Le loyer d'un appartement de type 3, charges comprises, s'élève à 430 € ; celui d'un type 2 à 350 €

Ainsi pour 6 appartements de type 3 (lieu ressource inclus) et 5 appartements de type 2 le montant des charges s'élève à 4230 €/ mois soit **50 760 €/ an**

- Le service bénéficiera d'un véhicule de fonction en location dont le montant s'élève à **6 288 €/ an**
- Les primes d'assurances et la maintenance notamment du système d'interphonie du service ainsi que l'entretien et la réparation des biens mobiliers constituent un autre poste de dépenses afférentes à la structure. Le montant est estimé à **4 688 €/ an**
- Le programme d'investissement pour l'aménagement du lieu ressource (Annexe 14) détermine un montant annuel de dotation aux amortissements de **1 479 €/an**

Le montant des charges afférentes à la structure représente **63 215 €/ an**

Le total des trois groupes de charges représente la somme de **332 391,90 €/ an**

Après déduction des recettes en atténuation que représentent les loyers perçus pour la sous-location des "appartements services", le budget de fonctionnement s'élève à :

332 391,90 - 54 663 = **277 728,90 €/ an**

Ce budget peut être rapproché du coût de prise en charge à domicile de personnes lourdement handicapées. En effet, les services d'auxiliaires de vie bénéficient, par poste, d'une subvention de l'État de 9650 € par an. Les personnes lourdement handicapées peuvent bénéficier d'un triplement du forfait soit : 9650 € x 3 = 28 950 €

Par ailleurs, le coût moyen d'une place en foyer d'hébergement dans l'Hérault s'élève, en 2003, à 27 444 €

Donc avec un budget de **277 728,90 €**, nous obtenons un coût à la place de **27 773 €** proche du coût de la prise en charge à domicile d'une personne lourdement handicapée et du coût moyen d'une place en foyer d'hébergement.

### **3.4 L'évaluation du dispositif**

La loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale fonde l'obligation pour les établissements et services de pratiquer une auto-évaluation de leurs pratiques afin d'évaluer à la fois les activités et la qualité des prestations.

*"L'évaluation interne, dont les résultats sont communiqués tous les cinq ans (à l'autorité compétente) est redoublée d'une évaluation externe pratiquée tous les 7 ans par un organisme tiers. (...) le renouvellement de l'autorisation tous les quinze ans est désormais exclusivement subordonné aux résultats de cette évaluation."<sup>57</sup>*

L'évaluation interne ne vise pas à apprécier l'efficacité d'un service rendu mais à améliorer l'organisation et le fonctionnement de la structure pour répondre au mieux à ses missions et améliorer la qualité de ses interventions. *"Son objet est de positionner au mieux l'établissement ou le service dans une dynamique mouvante besoins/demandes/réponses."<sup>58</sup>*

---

<sup>57</sup> Bauduret J.F., Jaeger M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2002

<sup>58</sup> Jacques D., 2004, *Op. cit.*

Le travail de réflexion autour des modalités d'évaluation interne nous a conduit à retenir les trois niveaux d'évaluation :

- la qualité du service rendu ;
- le fonctionnement et l'organisation des services
- l'efficacité économique du service.

Les indicateurs relatifs aux trois niveaux d'évaluation déterminés sont issus en partie de la note de la direction générale de l'action sociale en date du 22 avril 2004 qui présente les tableaux de bord d'indicateurs recueillant des informations relatives à la population accueillie, l'activité, la structure et sa situation financière. D'autres indicateurs sont tirés d'informations disponibles au sein de l'association ou construits par les professionnels avec la possibilité d'impliquer les usagers.

### **3.4.1 Évaluation qualitative**

Notre objectif est de mesurer les effets produits en matière de service rendu auprès des personnes accompagnées à partir de :

- l'évaluation du degré de satisfaction engendré par les actions mises en œuvre au travers d'un questionnaire de satisfaction vis à vis du service rendu
- la participation des usagers au conseil de la vie sociale mis en place, la qualité des échanges et les productions réalisées ;
- l'évaluation des résultats des actions en mesurant l'amélioration de la situation et des conditions de vie du bénéficiaire. Nous cherchons à évaluer l'amélioration de l'autonomie des personnes (capacité à faire seul, soulagement des aidants naturels...), de leur participation sociale (sorties, inscription à des activités extérieures...) et de leur comportement (modification des rapports avec les intervenants et leur entourage).

Par ailleurs nous travaillons à l'élaboration d'un instrument de mesure de qualité de vie adapté à notre public à partir des différentes échelles existantes. Concept multidimensionnel, la qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme *"la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement."*



L'évaluation qualitative porte aussi sur les professionnels et les partenaires du service. Nous travaillons à la construction d'outils destinés à mesurer la satisfaction des acteurs dans leur activité professionnelle et celle de nos partenaires dans les collaborations mises en œuvre.

### **3.4.2 Évaluation du fonctionnement et de l'organisation du service**

Le fonctionnement et l'organisation du service s'évaluent de manière quantitative et qualitative. Notre objectif est d'évaluer l'adéquation prestations /missions.

Pour ce faire nous utilisons des indicateurs relatifs à la population accompagnée tels que la répartition par classe d'âge, par sexe, par situation familiale et le mode d'occupation et le lieu de l'habitat, les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour une tierce personne et ceux bénéficiaires d'une pension d'invalidité, les pathologies rencontrées, le degré d'autonomie des personnes et leur mode de déplacement...

Nous évaluons les procédures mises en œuvre et leurs applications : procédure d'accueil/admission, tenue du dossier, respect des circuits de décision, actualisation des fiches de postes/champ de responsabilité.

Le tableau des effectifs, les indicateurs relatifs à l'encadrement, à la qualification des personnels, l'effet du glissement-vieillesse-technicité (G.V.T.), nous renseignent sur le potentiel humain disponible pour l'exercice de nos missions et la qualité de fonctionnement du service.

Nous évaluons aussi le climat social au travers d'indicateur de présence effective, du taux d'absentéisme, de participation au projet (assiduité aux réunions, participation aux groupes de travail, qualité des écrits...), de qualité de fonctionnement des IRP (nature des questions...) et du plan de formation (nombre et nature des formations inscrite au plan).

La qualité de l'organisation et du fonctionnement du service s'évalue également au travers de la performance du service en terme de réalisation des engagements contenus dans le contrat d'accompagnement, des pratiques professionnelles, de la durée moyenne de la prise en charge, l'importance de la file active. De même, la bonne utilisation des processus de communication et la formalisation des actions de coordination traduisent la qualité de fonctionnement des services.

Enfin, le nombre et la nature des conventions de partenariats rendent compte de l'ouverture des services sur l'extérieur et notre inscription dans le réseau d'accompagnement des personnes handicapées motrices.

### **3.4.3 Évaluation de l'efficience**

Le décret du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de la tarification<sup>59</sup>, dans son article 27 et suivants, prévoit la construction d'indicateurs permettant de comprendre et comparer les coûts de fonctionnement d'établissements ou de services de même nature.

Ainsi les indicateurs de coût de structure représentés par les ratios des différents groupes de dépenses sur le nombre de places autorisées, permettent de situer le service par rapport aux services de même nature.

De même, les indicateurs de coût de la prise en charge socio-médico-éducative nous renseignent sur notre positionnement dans le paysage médico-social.

Les ratios de structure financière du service (indépendance financière, apurement de la dette, vétusté des immobilisations), les ratios d'exploitation (ratio de rotation des créances d'exploitation, des dettes d'exploitation, des dettes sociales et fiscales) nous informent sur la santé financière du service, sur les leviers sur lesquels nous pouvons et devons agir et sur les marges de manœuvre dont nous disposons.

D'autres indicateurs tels que le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour nous donnent des indications sur la pertinence du service.

De même, le turn-over observé non seulement au niveau des usagers mais aussi au niveau des personnels ainsi que ses causes, nous renseignent aussi sur la qualité et la pertinence du service.

---

<sup>59</sup> Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux, J.O. du 24 octobre 2003.

## Conclusion de la troisième partie

Notre projet s'adresse à des personnes handicapées motrices qui, du fait de leur handicap, sont dans l'incapacité de vivre d'une façon autonome sans l'existence d'un environnement accessible, d'une architecture adaptée et de services d'accompagnement personnalisés.

L'intégration doit aller au-delà de la levée des obstacles du cadre de vie et de l'environnement. Au travers des appartements services, il s'agit d'adapter les services et les prestations aux besoins des personnes handicapées dépendantes (et non l'inverse) et de repositionner l'offre de service auprès des usagers en la tournant vers la cité.

Un logement individualisé adapté, une aide à la vie quotidienne, une présence sécurisante de personnel spécialisé, une liberté de choix des praticiens et thérapeutes procurent à la personne en situation de handicap moteur, des conditions de vie aussi autonomes que possible. Cette formule leur permet une ouverture à une vie de famille, une vie affective, une vie socioculturelle, et parfois même une vie professionnelle.

La création d'une microstructure au cœur de la cité permet de faciliter une socialisation, tout en préservant l'intimité de chacun et de proposer un hébergement intermédiaire entre la vie à domicile, difficilement accessible à tous, et l'établissement d'hébergement collectif. *"L'ambition est de faire du lieu de vie le support de l'épanouissement individuel et du développement collectif des habitants"*<sup>60</sup>. Toutefois, comme le maintien à domicile ordinaire, ce type de dispositif présente des zones d'achoppement.

Ainsi, un élément fondamental de la réussite du projet réside en la qualité de la cohabitation sur le territoire. Bien que le service offre un environnement matériel et humain adapté, la qualité de vie des personnes repose aussi sur leurs aptitudes à gérer leur vie sociale, à s'insérer dans la cité et devenir membre de la collectivité.

Par ailleurs, le service devra faire face, dans certains cas, à l'augmentation du degré de dépendance des personnes, qu'elle soit liée à l'aggravation de l'état de santé des personnes présentant des pathologies dégénératives ou simplement au vieillissement. Cette évolution des situations personnelles et des besoins conduit forcément à des aménagements au niveau organisationnel. Ces nouvelles exigences en terme d'accompagnement suscitent, pour limiter les phénomènes d'usure et maintenir une qualité de service optimale, plus de soutien et de régulation au niveau des équipes, voire

---

<sup>60</sup> Djaoui E., *Intervenir au domicile*, Rennes : ENSP, 2004.

même de construire de nouveaux partenariats avec des dispositifs d'accompagnement de fin de vie.

De plus, si les besoins d'aide s'intensifient, les ressources, dans le contexte actuel de rationalisation des coûts, ne sont pas extensibles. Cette question engage aujourd'hui un véritable débat de société autour du droit à compensation.

La stratégie de direction repose donc sur la diversification des modes d'accueil et d'accompagnement, en articulant les offres d'hébergement avec les offres d'accompagnement et d'accueil de jour ainsi que l'inscription sur le territoire par un travail en réseau et partenariat avec les ressources en présence.

## CONCLUSION

Les personnes en situation de handicap moteur ont une aspiration forte à l'autonomie, au libre choix de leur mode de vie, à la participation sociale, qui ne semble pas encore suffisamment prise en compte.

Pour favoriser les parcours individualisés et répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de handicap moteur, nous avons démontré la nécessité de diversifier l'offre de service pour laisser le libre choix du mode d'accompagnement :

- en proposant des alternatives au "tout institution" ou au "tout domicile"
- en pensant les équipements comme une palette de services susceptibles d'être utilisés en tout ou partie, en complémentarité les uns des autres.

J'ai pu mesurer, à travers la réalisation de ce projet, combien l'insertion sociale de la personne dans la cité demande de passer d'une logique d'institution à une logique de service. Diversifier l'offre de service c'est d'une part s'inscrire dans le mouvement de désinstitutionnalisation du secteur médico-social et d'autre part proposer des réponses transversales, adaptables et évolutives. La pluralité de l'offre, pour autant qu'elle soit accessible, constitue une condition fondamentale d'un libre choix.

Ce dispositif "d'appartements services" permettra à la personne handicapée motrice dépendante de vivre selon le mode d'intégration sociale et culturelle de son choix et de participer pleinement à la vie de la cité. Notre objectif est de *'mettre au service d'une personne handicapée un ensemble cohérent de moyens qui lui permette de vivre comme un sujet, de vivre portée par son projet, de participer aux échanges sociaux et d'avoir une place reconnue dans la cité.'*<sup>61</sup>

A ce jour, plusieurs personnes, insatisfaites dans les réponses qui leur sont proposées, sont en attente de l'ouverture de ce dispositif. Le nombre de demande enregistrée pour bénéficier de ce nouveau service tendrait à démontrer la validité de mon hypothèse.

Diriger un établissement médico-social implique de veiller à ce que les réponses institutionnelles soient en adéquation avec les besoins et attentes des usagers. Pour ce faire, informée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), je dois articuler les interventions des professionnels aux aspirations des personnes en situation

---

<sup>61</sup> CREAL Languedoc-Roussillon pour le conseil général du Gard, *Action sociale en direction des personnes adultes handicapées, concertation départementale, synthèse départementale*, décembre 1997.

de handicap afin de trouver une solution adaptée à l'évolution de leur état de santé mais aussi de leur situation personnelle et de leur contexte environnemental.

La mise en œuvre concrète de ce projet constitue la prochaine étape du processus. Elle sera le moyen de vérifier mon hypothèse et d'adapter les réponses aux réalités de terrain. Ainsi, ce projet fera l'objet d'une demande d'autorisation en comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Conformément au calendrier de période des dépôts de demande concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées en Languedoc-Roussillon, le dossier sera déposé entre le 1<sup>er</sup> et le 31 décembre 2004 pour un examen au premier semestre 2005. Par ailleurs, suivant la convention négociée avec la société de logements sociaux l'Héraultaise, la livraison des dix appartements accessibles et adaptés interviendrait en 2005 et viendrait confirmer le passage à la phase opérationnelle du projet.

Répondre à la volonté des personnes en situation de handicap d'être reconnues dans leurs singularités et de trouver place dans notre société nous demande d'inventer de nouvelles solutions. Car, pour reprendre les propos de Julia Kristeva<sup>62</sup>, *"A ne pas vouloir entendre cet appel à la reconnaissance des autres et de l'autre en nous, nous ne faisons pas que les exclure de l'humanité, nous nous en excluons nous même. (...) Et si au lieu de parler précisément de le «prendre en charge», le handicap nous aidait à réinventer le lien social?"*

---

<sup>62</sup> Kristeva J., *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et ceux qui ne le sont pas*, Paris : Fayard, 2003

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

Bauduret J.F. Jaeger M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1996.

Couet C. *Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire - enquête HID 1999 - Résultats détaillés*, Paris : INSEE, 2002.

Danancier J. Mener *L'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, 2004.

Delcey M. *Déficiences motrices et situation de handicaps*, éditions APF, 2002.

Djaoui E., *Intervenir au domicile*, Rennes : ENSP, 2004.

Dubreuil B. et coll., *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 2004.

Ducalet P. Laforcade M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Sali Arslan, 2004.

Kristeva J., *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et ceux qui ne le sont pas*, Paris : Fayard, 2003

Le Pors A., *La citoyenneté*, Paris : Presse universitaire de France, 1999, Que sais-je?.

Lefevre P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1999.

Letourmy A., *Environnement, vie sociale et citoyenneté, approche transversale*, Revue française des affaires sociales, n° 1-2 janvier-juin 2003.

Loubat J.R. *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils*, Paris : Dunod, Paris, 1997.

Loubat J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2002.

Miramón J.M., Couet D. Paturet J.B., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes : ENSP, 2001.

Miramón J.M., Mordohay F.O., *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 2003.

Pilatre Jacquin E. Masson G. *Des expériences nouvelles pour le retour à domicile des adultes handicapés physiques*, publication CTNERHI.

Ségaud M., Bonvalet C., Brun J., *Logement et habitat : l'état des savoirs*, Paris : la découverte, 1998.

Simoni C. d'après l'intervention du Docteur Marc Brémond, *Réseaux et complémentarité*, Perspectives sanitaires et sociales, n° 169, juillet-août 2003.

*Droit au logement : construire la responsabilité*, 9<sup>ème</sup> rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, novembre 2003.

*La dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault*, INSEE - Conseil général de l'Hérault, 1999

*La politique française en direction des personnes handicapées*, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, octobre 2000.

*Personnes lourdement handicapées en Languedoc-Roussillon*, Montpellier : Étude CREA-DRASS Languedoc-Roussillon, décembre 2003.

9<sup>ème</sup> rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *Droit au logement : construire la responsabilité*, novembre 2003.

*Action sociale en direction des personnes adultes handicapées, concertation départementale, synthèse départementale*, CREA Languedoc-Roussillon pour le conseil général du Gard, décembre 1997.

## REVUES

Simoni C. d'après l'intervention du Docteur Marc Brémond, *Réseaux et complémentarité*, Perspectives sanitaires et sociales, juillet-août 2003, n° 169.

Dutheil N. Les aidants des adultes handicapés, *Études et résultats*, DRESS, août 2002, n° 186.



Letourmy A. Environnement, vie sociale et citoyenneté, approche transversale, *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2 janvier-juin 2003.

Morin P., *La quête d'un chez soi des personnes psychiatisées*, [en ligne] ledevoir.com

Mormiche P. et le groupe de Projet HID, Le handicap se conjugue au pluriel, *INSEE Première*, octobre 2000, n° 742.

Mormiche P. Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000, *INSEE Première*, septembre 2001, n° 803.

Loubat J.-R. Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire, *Les cahiers de l'actif*, n° 266/267.

## TEXTES DE LOI

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen, adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948, <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm>

Déclaration des Droits des Personnes Handicapées adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 9 décembre 1975,  
[http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/72\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/72_fr.htm)

La charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, Journal officiel des Communautés européennes, 18 décembre 2000,  
[http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text\\_fr.pdf](http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_fr.pdf)

La charte sociale européenne du Conseil de l'Europe, 1996,  
<http://conventions.coe.int/treaty/FR/Treaties/Html/163.htm>

La résolution du Conseil de l'Union européenne du 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées, Personnes Handicapées: Analyse comparative et prospective du système de prise en charge.  
[http://www.sante.gouv.fr/html/actu/handicapes/1\\_4.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/handicapes/1_4.htm)

Traité d'Amsterdam, 1999, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/lvb/a10000.htm#a10005>

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées,  
<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPEAI.htm>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0000158L>

Loi n° 2001-1247 du 21 décembre 2001 visant à accorder une priorité dans l'attribution des logements sociaux aux personnes en situation de handicap ou aux familles ayant à leur charge une personne en situation de handicap,  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=EQUX0104848L>

Circulaire DAS/RV 1/TS 2 n° 2000-443 du 11 août 2000 relative à la mise en oeuvre des mesures du plan triennal (2001-2003) en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés, <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-34/a0342413.htm>

Circulaire DGAS/PHAN/3A/n° 2002. 522 du 11 octobre 2002, relative à la mise en place d'un dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées,  
[http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/handicape/circ\\_021011.htm](http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/handicape/circ_021011.htm)

Rapport n° 369 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la politique de compensation du handicap, Blanc P., Paris : Sénat, 2002  
<http://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-3691.pdf>

Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financières et aux modalités de financements et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SOCA0323026D>

Note d'orientation de loi relative à l'égalité des chances des personnes handicapées, Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, 24 avril 2003  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/chances\\_ph/note.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/chances_ph/note.pdf)

Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, [http://www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/doss\\_pr/loi\\_egalite/projet\\_loi.rtf](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/loi_egalite/projet_loi.rtf)

## **DIVERS**

[www.webencyclo.com](http://www.webencyclo.com), Webencyclo des Éditions Atlas, 2001

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1** Liste des causes des déficiences motrices
- Annexe 2** Données démographiques
- Annexe 3** Nouvelle organisation de l'APF 34
- Annexe 4** Programme d'investissement - Plan de financement
- Annexe 5** Trajet de la demande
- Annexe 6** Fonction référent
- Annexe 7** Règlement de fonctionnement de l'accueil de jour
- Annexe 8** Protocole d'admission
- Annexe 9** Répartition géographique des bénéficiaires de l'AAH
- Annexe 10** Système de téléalarme mis en place par la communauté d'agglomération de Montpellier
- Annexe 11** Extrait du règlement départemental d'aide sociale de l'Hérault
- Annexe 12** Fonctions des AMP, personnels administratifs et personnel d'entretien
- Annexe 13** Tableau des effectifs budgétés
- Annexe 14** Programme d'investissement du pôle appartements service

## Annexe 1

### CLASSEMENT APF DES CAUSES DE DÉFICIENCES MOTRICES

---

#### I. Par lésions cérébrales (exclusives ou prédominantes)

##### LÉSIONS CÉRÉBRALES PRÉCOCES (IMC, IMOC)

(toutes pathologies de la conception à 1 an, à l'exclusion des rubriques ci-dessous)

##### TRAUMATISMES CRÂNIENS

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (dont : ruptures de malformations vasculaires)

TUMEURS CÉRÉBRALES (dont : conséquences de leurs traitements)

MALFORMATIONS CÉRÉBRALES (dont : hydrocéphalies, en dehors du spina bifida)

##### AUTRES ENCÉPHALOPATHIES

– ENCÉPHALOPATHIES INFECTIEUSES ET/OU INFLAMMATOIRES

– Sclérose en plaques (SEP)

– Autres (dont : méningo-encéphalites)

– ENCÉPHALOPATHIES MÉTABOLIQUES ET/OU DÉGÉNÉRATIVES

– Friedreich (et hérédo-dégénérescences spino-cérébelleuses)

– Autres encéphalopathies métaboliques ou dégénératives (dont : Parkinson, Huntington, maladies lysosomales...)

– ENCÉPHALOPATHIES TOXIQUES ACQUISES (dont : iatrogènes, intoxication à l'oxyde de carbone)

– ENCÉPHALOPATHIES ÉPILEPTIQUES ESSENTIELLES (dont : West, Lennox-Gastaut...)

##### AUTRES ENCÉPHALOPATHIES

– RETARD PSYCHOMOTEUR DE LA PETITE ENFANCE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE ET POLYHANDICAP

– AUTRES LÉSIONS CÉRÉBRALES (dont : séquelles de méningites)

---

#### II. Par lésions médullaires et neuromusculaires (exclusives/prédominantes)

BLESSÉS MÉDULLAIRES (paraplégies ou tétraplégies traumatiques)

##### SPINA BIFIDA

AUTRES MYÉLOPATHIES (dont : syringomyélie, myélopathies par compression...)

POLIOMYÉLITE (poliomyélite antérieure aiguë)

##### AMYOTROPHIES SPINALES

– AMYOTROPHIES SPINALES INFANTILES (ASI) (dont : Werdnig-Hoffmann, Kugelberg-Welander)

– SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (SLA) (maladie de Charcot)

– AUTRES AMYOTROPHIES SPINALES

##### NEUROPATHIES

NEUROPATHIES HÉRÉDITAIRES (dont : maladie de Charcot-Marie-Tooth)

AUTRES NEUROPATHIES (dont : paralysie du plexus brachial, Guillain-Barré...)

---

---

## MYOPATHIES

- DYSTROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES (DMP)
  - Dystrophies de Duchenne (DDB) ou de Becker
  - Autres dystrophies musculaires progressives (dont : Landouzy-Dejerine, myopathies des ceintures...)
- AUTRES MYOPATHIES HÉRÉDITAIRES (dont : myopathies congénitales, métaboliques, myotonies...)

AUTRES LÉSIONS NEURO-MUSCULAIRES (dont : myasthénie, myosites...)

---

### III. Par lésions ostéo-articulaires (exclusives ou prédominantes)

#### MALFORMATIONS

- AGÉNÉSIES OU DYSGÉNÉSIES DE TOUT OU PARTIE D'UN OU PLUSIEURS MEMBRES
- AUTRES MALFORMATIONS (dont : luxations congénitales, pieds bots congénitaux...)

AMPUTATIONS (traumatiques et/ou chirurgicales)

#### DYSPLASIES ET DYSTROPHIES OSSEUSES

- OSTÉOCHONDRITES
- OSTÉOGÉNÈSE IMPARFAITE (dont : Lobstein, Porak et Durante)
- AUTRES DYSPLASIES ET DYSTROPHIES OSSEUSES (dont : achondroplasie)

SCOLIOSES et cyphoscolioses (sauf secondaires à une affection paralysante et/ou neuro-musculaire)

#### LÉSIONS INFLAMMATOIRES, INFECTIEUSES ET/OU RHUMATISMALES

- POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)
- AUTRES LÉSIONS INFLAMMATOIRES, INFECTIEUSES ET/OU RHUMATISMALES  
(dont : spondylarthrite ankylosante, mal de Pott, ostéomyélites, RAA, arthroses invalidantes...)

#### AUTRES LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

- LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES TRAUMATIQUES (séquelles de fractures, luxations traumatiques)
  - AUTRES LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES  
(dont : séquelles de brûlures, arthropathies hémophiliques, tumeurs ostéo-articulaires...)
- 

### IV. Étiologies inclassables (en I, II, ou III)

- INCLASSABLES (en I, II, ou III) , avec déficiences motrices certaines (dont : arthrogrypose)
  - INCLASSABLES (en I, II, ou III) ; déficiences motrices incertaines
- 

### V. Étiologies indéterminées ou incertaines

(Diagnostic incertain, inconnu ou non fait, lésions indéterminées (retard psychomoteur d'origine indéterminée exclu)

---

## Annexe 2

### Tableau 1

Répartition des personnes à domicile (VQS) selon le niveau de difficultés groupe VQS - Hérault - Languedoc-Roussillon - France

Niveau de difficultés	Groupe VQS	Effectifs				Répartition (%)	
		Hérault	Hérault en %	Languedoc-Roussillon en %	France en %		
Personnes déclarant ne souffrir d'aucune difficulté	VQS-g1	676 043	77,2	74,7	78,3		
Personnes déclarant une difficulté quelconque	VQS -g2	59 300	6,8	7,6	6,7		
Personnes déclarant « avoir un handicap » OU « avoir demandé une reconnaissance » OU souffrir d'une « limitation d'activité » OU dépendre d'une aide humaine OU souffrir de plusieurs difficultés	VQS -g3	39 008	4,5	5,0	4,5		
Personnes déclarant « avoir un handicap » OU « avoir demandé une reconnaissance » ET souffrir d'une « limitation d'activité » Déclaration appuyée par les items d'aide humaine ou technique ou plusieurs autres	VQS -g4	27 720	3,2	3,4	2,7		
Personnes déclarant « avoir un handicap » OU « avoir demandé une reconnaissance » <u>Déclaration FORTEMENT appuyée par d'autres items</u>	VQS -g5	38 199	4,4	4,6	3,8		
Personnes déclarant avoir obtenu « une RECONNAISSANCE de leur handicap » (en plus, pour les moins de 16 ans : enfants et adolescents inscrits dans une classe ou un établissement spécialisé)	VQS -g6	35 788	4,1	4,7	4,0		
<b>Ensemble</b>	<b>VQS -g16</b>	<b>876 058</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		

Source : INSEE Languedoc-Roussillon Enquête VQS 1999

### Tableau 2

Répartition des personnes à domicile (VQS) selon le niveau et le taux de difficultés et le sexe - Hérault- Languedoc-Roussillon – France

		Hérault	Hérault	Languedoc	France
		effectifs	Taux de difficultés % ensemble	-Roussillon	
			population à domicile		
Ensemble - Ayant des difficultés dont :	Evqs-g26	200 015	22,8	25,3	21,7
Homme	Hvqs-g26	90 626	21,6	24,2	20,5
Femme	Fvqs-g26	109 389	24,0	26,4	22,8
Ensemble - Ayant des difficultés sévères (handicap affirmé) dont :	Evqs-g56	73 987	8,4	9,4	7,8
Homme	Hvqs-g56	35 231	8,4	9,5	7,6
Femme	Fvqs-g56	38 756	8,5	9,3	8,0

Source : INSEE Languedoc-Roussillon Enquête VQS 1999

**Tableau 3****Taux de difficultés des personnes à domicile selon le niveau de difficultés et l'âge  
Hérault- Languedoc-Roussillon – France**

Catégorie d'âge	Effectifs avec difficultés vqs-g2 à g6	Taux de difficultés vqs-g2 à g6			Effectifs avec handicap vqs-g5 et g6	Taux de handicap vqs-g5 et g6		
		Hérault	Languedoc-Roussillon	France		Hérault	Languedoc-Roussillon	France
Moins de 20 ans	12 394	6,3	8,4	7,5	3 747	1,9	2,0	1,9
De 20 à 39 ans	25 103	9,9	10,5	10,1	8 817	3,5	3,7	3,4
De 40 à 59 ans	51 986	23,2	25,7	23,1	18 110	8,1	9,6	8,0
De 60 à 79 ans	79 111	47,9	52,4	48,8	29 287	17,7	19,2	17,7
80 ans et plus	31 421	84,5	84,3	83,7	14 026	37,7	38,5	39,9
Ensemble	200 015	22,8	25,3	21,7	73 987	8,4	9,4	7,8

Source : INSEE Languedoc-Roussillon - Enquête Vie Quotidienne et Santé 1999

**Tableau 4****Personnes ayant recours à une aide régulière pour des difficultés de mobilité –  
Hérault – 1999**

Age	Unités : individu, %				
	Population vivant à domicile		Avec une aide pour des difficultés de mobilité		Proportion de besoin d'aide
	Effectif	%	Effectif	%	
Moins de 60 ans	673 801	76,9	10 188	34,3	1,5
60 ans ou plus	202 257	23,1	19 541	65,7	9,7
<b>Ensemble</b>	<b>876 058</b>	<b>100,0</b>	<b>29 729</b>	<b>100,0</b>	<b>3,4</b>

Source : INSEE Languedoc-Roussillon - Enquête HID 1999 - Echantillon Hérault - Champ : population à domicile

**Tableau 5****Personnes selon le niveau de dépendance - Hérault - 1999**

Niveau de dépendance	Unités : individu, %					
	Ensemble		60 ans ou plus		Moins de 60 ans	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<b>Ensemble des personnes dépendantes</b>	<b>29 729</b>	<b>100,0</b>	<b>19 541</b>	<b>100,0</b>	<b>10 188</b>	<b>100,0</b>
Dont :						
<i>Personnes confinées au lit ou au fauteuil</i>	1 761	5,9	1 523	7,8	238	2,3
<i>Personnes ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage</i>	15 831	53,3	9 740	49,8	6 091	59,8
<i>Personnes ayant besoin d'aide pour sortir</i>	12 137	40,8	8 278	42,4	3 859	37,9

Source : INSEE Languedoc-Roussillon - Enquête HID 1999 - Echantillon Hérault - Champ : population à domicile

## Tableau 6

Type d'aide selon la déficience présentée (DRESS, études et résultats, les aidants des adultes handicapés, N° 186, août 2002)

en %

	adultes handicapés présentant au moins une déficience motrice	adultes handicapés présentant au moins une déficience, retard ou perte des fonctions intellectuelles supérieures	ensemble des adultes handicapés aidés
aide mixte (aide informelle + aide professionnelle)	29	29	25
aide professionnelle	7	18	13
aide informelle	64	53	62

Lecture : 52 % des adultes handicapés, âgés de 20 à 59 ans et présentant au moins une déficience motrice, bénéficient d'une aide pour leurs soins personnels.  
Source : INSEE, HID 99 à domicile.

## Tableau 7

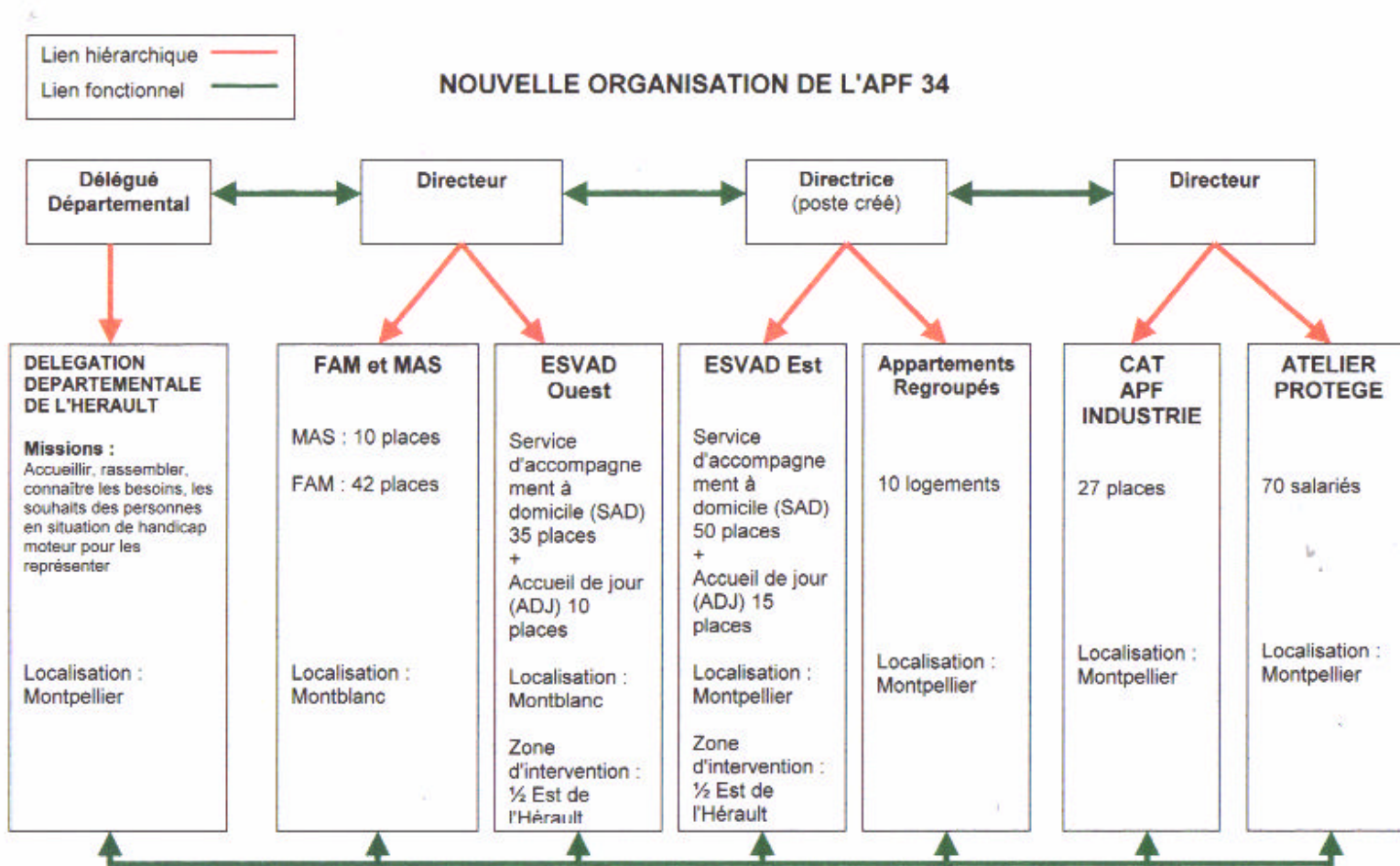
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne handicapée aidée (DRESS, études et résultats, les aidants des adultes handicapés, N° 186, Août 2002)

en %

	aidants non professionnels	aidants principaux
conjoint	36	54
ascendants	23	24
enfants	21	9
frère ou sœur	9	6
autre parent (neveu, nièce, cousin, cousine, beau-frère, belle-sœur, oncle, tante...)	4	4
ami ou voisin	7	3

Source : INSEE, HID 99 à domicile.





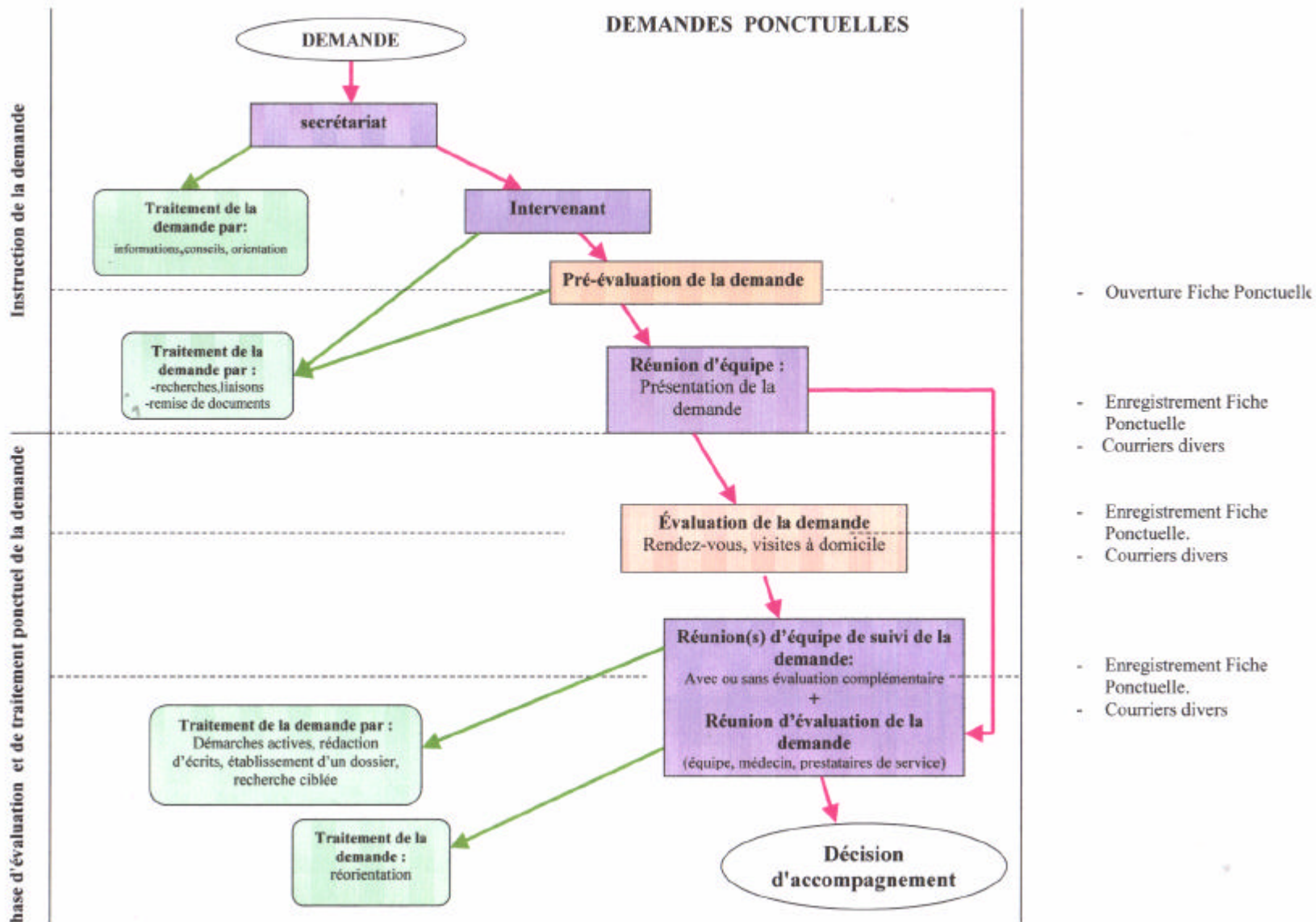
### PROGRAMME D'INVESTISSEMENT ET AMORTISSEMENTS

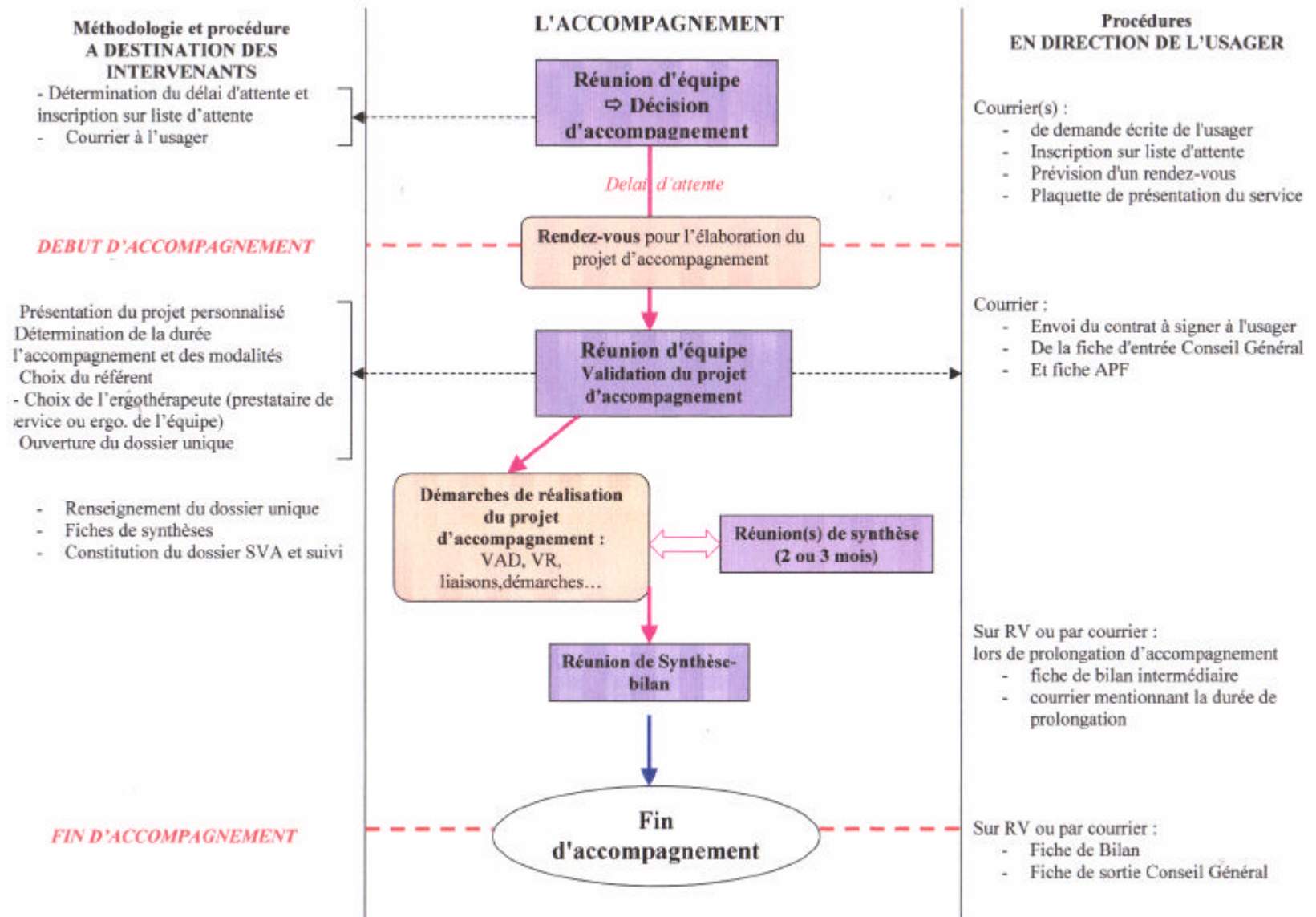
Bien	Catégorie	Coût	Année	Mois	Amortisst	Durée	2004	2005	2006	2007	2008
							N	N+1	N+2	N+3	N+4
Travaux CAT	AGENC	11 720	2004	6	L	10	684	1 172	1 172	1 172	1 172
Postes Informatiques	MATER	16 220	2004	6	L	5	1 692	3 244	3 244	3 244	3 244
Mobilier de bureau	MATER	22 762	2004	6	L	10	1 328	2 276	2 276	2 276	2 276
<b>Total des amortissements par année</b>							3 904	6 692	6 692	6 692	6 692
<b>Plan d'investissement</b>											
Constructions, terrains											
Agencements, aménagements, installations							11 720				
Matériel, outillage, mobilier							38 982				
Autres											
<b>Total annuel</b>							50 702				

## PLAN DE FINANCEMENT

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT</b> F R I					
<b>RESSOURCES</b>					
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)	36 000				
Nouveaux emprunts	11 720				
Amortissements des acquisitions du plan					
- Agencements installations	684	1 172	1 172	1 172	1 172
- Matériel-outillage, équipements mobiliers	1 328	2 276	2 276	2 276	2 276
- Autres	1 892	3 244	3 244	3 244	3 244
<b>Total des ressources = A</b>	<b>51 624</b>	<b>6 692</b>	<b>6 692</b>	<b>6 692</b>	<b>6 692</b>
<b>EMPLOIS</b>					
Remboursement des emprunts prévus au plan		543	570	599	629
Investissements prévus au plan					
- Agencements installations	11 720				
- Matériel-outillage, équipements mobiliers	38 982				
<b>Total des emplois = B</b>	<b>50 702</b>	<b>543</b>	<b>570</b>	<b>599</b>	<b>629</b>
<b>VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C</b>	<b>922</b>	<b>6 149</b>	<b>6 122</b>	<b>6 093</b>	<b>6 063</b>
<b>FRI INITIAL = D</b>		<b>922</b>	<b>7 071</b>	<b>13 193</b>	<b>19 286</b>
<b>FRI CUMULE = D + C = E</b>	<b>922</b>	<b>7 071</b>	<b>13 193</b>	<b>19 286</b>	<b>25 349</b>
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION</b> F R E					
<b>RESSOURCES</b>					
<b>Total des ressources d'exploitation = F</b>					
<b>EMPLOIS</b>					
<b>Total des emplois d'exploitation = G</b>					
<b>VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H</b>					
<b>FRE INITIAL = I</b>					
<b>FRE CUMULE = I + H = J</b>					
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)</b>	<b>922</b>	<b>7 071</b>	<b>13 193</b>	<b>19 286</b>	<b>25 349</b>
<b>VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>					
<b>AUGMENTATIONS</b>					
<b>Total des augmentations du BFR = K</b>					
<b>DIMINUTIONS</b>					
<b>Total des diminutions du BFR = L</b>					
<b>VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M</b>					
<b>BFR INITIAL = N</b>					
<b>BFR CUMULE = N + M = O</b>					
<b>VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P</b>	<b>922</b>	<b>6 149</b>	<b>6 122</b>	<b>6 093</b>	<b>6 063</b>
<b>TRESORERIE INITIALE</b>		<b>922</b>	<b>7 071</b>	<b>13 193</b>	<b>19 286</b>
<b>TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE</b> <small>(estimations des montants en fin d'année à ajouter)</small>	<b>922</b>	<b>7 071</b>	<b>13 193</b>	<b>19 286</b>	<b>25 349</b>
<b>LIQUIDITES THEORIQUES</b>	<b>922,0</b>	<b>7070,9</b>	<b>13192,6</b>	<b>19286,8</b>	<b>25349,0</b>

Options sélectionnées d'ajustement automatique des emprunts : taux de 5% remboursés sur 15 ans en Annuités constantes





## Annexe 6

### FONCTION DE RÉFÉRENT

Le référent est l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur ; il coordonne son accompagnement au sein de l'équipe (coordination interne) et avec les tiers qui peuvent être la famille, le tuteur, etc. (coordination externe).

- **Activités, vie sociale**

Par une écoute attentive, une observation de ses attitudes et comportements, une stimulation de ses potentialités, le référent soutient la personne dans ses choix et dans la mise en œuvre de son projet de vie en référence au contrat individualisé :

- Activités sociales, culturelles, sportives...
- Relations familiales,
- Implication dans la vie du service (conseil de la vie sociale...).

- **Soutien à la fonction de référent**

La responsabilité et l'implication du référent s'accompagnent d'une possibilité de soutien en cas de difficultés.

En effet, le référent peut se trouver confronté à des situations problématiques : relation difficile avec la personne, impossibilité de mobiliser un intervenant (coordination interne et externe), réponse dépassant sa compétence ...

Dans tous les cas, le référent peut solliciter l'intervention et le soutien du chef de service ou de la directrice ou de tout autre personnel compétent.

## **REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT ACCUEIL DE JOUR**

Le présent document est destiné à définir d'une part les droits et devoirs de la personne accueillie ou accompagnée, et d'autre part, les modalités de fonctionnement des établissements et services dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.<sup>63</sup>

### **CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES**

#### **Article 1 – Fondement légal et réglementaire**

La structure médico-sociale autorisée, a pour objet de répondre de façon adaptée aux attentes et besoins des personnes « afin de promouvoir leur autonomie et leur protection, la cohésion sociale et l'exercice de la citoyenneté ». (Article L116.1 du code de l'action sociale et des familles).

Dans le cadre du projet de la structure, le règlement de fonctionnement doit permettre de préciser les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés tels qu'énoncés par la loi du 2 janvier 2002, par la charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003) et par la charte APF.

Le règlement de fonctionnement est établi conformément aux dispositions conjointes de l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles et du décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003.

Les dispositions du présent règlement ne s'appliquent que sous réserve de leur compatibilité avec les décisions de justice ou les mesures de protection judiciaire, les décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

---

<sup>63</sup> Conformément au référentiel qualité de l'APF, dans la suite du précédent document, Les personnes accueillies ou accompagnées seront dénommées « usagers »  
Les établissements et services seront dénommés « structures »

Il doit aussi permettre de définir les obligations et devoirs des usagers, nécessaires au respect des règles essentielles de vie collective au sein de la structure.

Le dispositif légal prévoit d'associer les usagers, bénéficiaires des prestations, au fonctionnement de la structure par la mise en place d'un Conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation.

## **Article 2 - Fondement associatif**

L'APF s'engage à ce que toutes les actions menées par l'ensemble de ses structures soient conformes aux déclarations de sa charte et aux orientations de son projet associatif.

Elles seront conduites dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre avec un accompagnement adapté aux besoins de chacun.

*« l'être humain ne peut être réduit à son handicap ou à sa maladie quels qu'ils soient ; en tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société, elle a le choix et la maîtrise de son existence »* (extrait de la charte APF).

L'APF souhaite donc que l'élaboration et la mise en œuvre du règlement de fonctionnement s'inscrivent donc dans une démarche participative qui implique l'ensemble des acteurs, usagers, professionnels et partenaires.

## **Article 3 - Modalités d'élaboration et de révision du règlement de fonctionnement**

Le règlement de fonctionnement est élaboré par la directrice de la structure, avec la participation des usagers et de leurs représentants au sein du Conseil de la vie sociale, en concertation avec les professionnels et leurs instances représentatives.

Il est ensuite arrêté, par délégation de l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, par le directeur régional qui vérifie la cohérence du document avec les valeurs associatives et les dispositions légales et réglementaires.

Le règlement de fonctionnement peut faire l'objet de révisions périodiques sur l'initiative de la direction ou du conseil de la vie sociale.



En tout état de cause, cette révision doit être effectuée tous les 5 ans, en respectant la même procédure que celle appliquée lors de son élaboration.

#### **Article 4 – Modalité de communication du règlement de fonctionnement**

##### **→ Communication aux usagers**

Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil qui est remis aux usagers.

##### **→ Communication aux personnes intervenant dans l'institution**

Le règlement de fonctionnement est remis individuellement à chaque personne qui exerce dans le cadre de la structure quelles que soient les conditions de cet exercice (salarié, libéral, bénévole...).

##### **→ Affichage**

Le règlement de fonctionnement à jour de toutes les modifications fait l'objet d'un affichage dans les locaux de la structure.

### **CHAPITRE 2 – ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT**

#### **Article 5 – Le droit des usagers**

La structure garantit à tout usager, les droits et les libertés individuels énoncés par l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles, par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et par la charte APF...

Conformément aux droits universels de l'homme, l'utilisateur accompagné est libre de ses choix de vie, de ses choix philosophiques, religieux... Réciproquement, il se doit de respecter ceux des professionnels.

#### **Article 6 – l'information**

Elle est donnée lors de la remise du livret d'accueil et d'une manière générale, grâce au libre accès aux informations qui concernent l'utilisateur.

Tous les éléments relatifs à l'utilisateur sont répertoriés dans un dossier individuel : l'utilisateur a accès dans ce dossier aux informations le concernant directement. Il pourra consulter ce dossier en la présence d'un professionnel ; le responsable de la structure devra en être prévenu.

Les données du dossier peuvent être informatisées. En application de la Loi du 6 janvier 1978, la personne dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification.

A propos de son accompagnement, il est remis à l'utilisateur un double de son projet contractualisé, ainsi que des bilans réalisés.

### **Article 7 - La confidentialité**

La confidentialité des informations qui concerne l'utilisateur est assurée. L'ensemble des professionnels s'engage, dans le cadre de ses missions, à respecter cette confidentialité.

Pour garantir une approche globale et la continuité dans le suivi de l'accompagnement, des informations pourront être engagées dans le respect des obligations légales, dans la seule mesure où le partage de ces informations est pertinente au regard des objectifs fixés et avec les seuls professionnels concernés. L'utilisateur en est préalablement dûment averti.

### **Article 8 - Le respect mutuel et le comportement civil**

Dans toutes circonstances, les professionnels comme les usagers doivent faire preuve de respect mutuel et adopter une attitude civile à l'égard les uns des autres.

### **Article 9 - La bien-traitance**

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires dans le cadre des textes législatifs et réglementaires. Ils pourront faire l'objet d'un signalement dans le cadre de la procédure interne établie par la structure pour les situations de maltraitance.

En cas de situation de maltraitance repérée par les professionnels hors établissements, la structure par l'intermédiaire du responsable, est amenée à le signaler aux instances ad hoc.

Cette démarche aura fait au préalable l'objet d'une information à l'utilisateur.

## **Article 10 - Le conseil de la vie sociale**

Un conseil de la vie sociale est institué ou toute autre forme de participation.

C'est un lieu consultatif d'expression des usagers : ils sont associés aux décisions sur l'organisation et le fonctionnement du service, l'évolution des réponses à apporter, la qualité dans le respect de la personne.

C'est aussi un lieu d'information sur le rapport d'activité, le rapport financier, l'APF ; un lieu d'évaluation des décisions prises concernant le fonctionnement.

Composition du conseil de la vie sociale: Il s'agit d'un groupe d'expression composé d'un représentant des familles, de cinq usagers, d'un représentant des professionnels, d'un représentant d'une collectivité territoriale (DSD), du Délégué départemental et d'un membre du Conseil d'Administration de l'APF.

## **Article 11 - Les possibilités de recours**

La personne peut avoir recours directement au responsable du service. Il est mis à disposition de l'utilisateur la liste départementale des personnes qualifiées susceptibles de les aider à faire valoir leurs droits.

## **Article 12 - Procédure d'admission et modalités d'accompagnement**

### **→ Conditions et procédures d'admission dans la structure**

#### **Les conditions administratives**

Pour être accueilli à l'accueil de jour, l'utilisateur devra avoir obtenu le statut de personne handicapée reconnu par la COTOREP ou sa caisse d'affiliation.

L'accueil de jour s'adresse à toute personne présentant un handicap moteur, engendrant une dépendance plus ou moins grande, âgée de 20 à 60 ans, demeurant dans l'Hérault.

Elle devra constituer un dossier de pré admission comportant :

- une demande écrite de candidature,
- une photocopie du statut de personne handicapée ou de la demande en cours,
- un justificatif de domicile,
- le dossier APF de demande de renseignements administratifs et médicaux dûment complété.

## **L'admission**

A la demande de l'utilisateur ou de son entourage, le premier rendez-vous s'effectue avec le responsable de la structure. Lors de cette rencontre, l'utilisateur expose sa demande, ses souhaits et il a l'occasion de visiter les locaux. Le fonctionnement du service lui est présenté. Il lui est remis le livret d'accueil du service ainsi que le dossier de candidature à remplir.

L'admission dans la structure sera prononcée après étude par la commission d'admission. La décision est motivée par courrier. En cas de liste d'attente, la date d'inscription sur cette liste est la date de dépôt du dossier.

Une période d'essai de 3 mois est proposée avec un contrat de pré admission à l'entrée. Un bilan est proposé à l'issue de cette période d'essai avec le responsable de la structure. Si la période d'essai est concluante, l'admission est prononcée pour une durée déterminée renouvelable.

Un projet d'accompagnement personnalisé est élaboré dans les mois qui suivent l'admission.

Si la période d'essai est non concluante, la commission d'admission peut être à nouveau saisie.

### **→ Le projet d'accompagnement personnalisé**

Le projet d'accompagnement personnalisé s'inscrit dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 qui garantit une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion de l'utilisateur, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.

Le projet personnalisé est le fruit d'une réflexion menée en commun entre l'utilisateur, l'équipe chargée de l'accueillir et de l'accompagner, éventuellement sa famille et toutes les personnes concernées (représentant légal ...).

Le projet personnalisé est un document contractualisé de référence qui doit comporter une évaluation des attentes de la personne accueillie, un énoncé des objectifs de travail

déterminées en commun, une procédure réglant son déroulement dans le temps, les moyens et les outils d'évaluation qui permettront de s'interroger sur l'adéquation des objectifs initiaux. Ce contrat d'accompagnement détaille la nature des prestations offertes ainsi que le coût forfaitaire de participation à la charge de l'utilisateur.

Pour assurer une bonne conduite de projet, un référent dans l'équipe de professionnels, sera nommé. Il est l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur et de sa famille. Il coordonne l'action commune.

### **Article 13 - La fin de l'accompagnement**

#### **→ Provisoire**

Pour des raisons médicales (hospitalisation), de vacances et de modifications de projet de vie à domicile.

#### **→ Définitif**

Pour des besoins de soins trop importants par rapport aux moyens de la structure, en raison de comportements inacceptables qui perturbent régulièrement l'ensemble de la collectivité, pour un refus de prise en charge administrative ou de non paiement des frais de participation de l'utilisateur, par décision de service, par volonté de l'utilisateur.

Dans ces trois derniers cas, plusieurs courriers préalables sont transmis à l'utilisateur et une solution plus adaptée est recherchée.

Si nécessaire, une commission ad hoc sera créée composée d'un représentant de la commission nationale des usagers, d'un administrateur, du directeur régional, d'un conseiller au réseau pour donner un avis à la directrice.

### **Article 14 - Les aspects financiers**

Le conseil général finance la structure et demande qu'il lui soit adressé une fiche d'entrée ainsi qu'une fiche de sortie, remplies et signées par l'utilisateur et le responsable de la structure.

Il est demandé à la personne accueillie de participer forfaitairement aux prestations apportées : elle est demandée sous forme estimative chaque mois et calculée sur la base

des nombres de jours de participation prévus dans le contrat d'accueil. En fin de trimestre, une facture est adressée, réajustée et calculée sur la participation réelle.

Selon la nature d'une sortie ou d'une activité spécifique demandée et proposée, l'utilisateur peut avoir à titre exceptionnel à augmenter sa participation personnelle. Il en est informé à l'avance.

### **Article 15 - Les assurances**

#### **→ Responsabilité civile**

Le conseil d'administration de l'APF donne obligation à ce que chaque usager soit couvert par une assurance « responsabilité civile personnelle ».

#### **→ Fauteuil électrique**

Les fauteuils électriques sont des véhicules motorisés et doivent obligatoirement être assurés.

### **Article 16 - Les soins**

L'équipe ne comprend pas de personnes de soins médicaux dans son service, aussi les soins courants et quotidiens ne pourront être assurés pendant les temps d'accueil en journée, à l'exception des aspirations endotrachéales qui pourront être pratiquées en la seule présence de l'intervenant de l'équipe spécifiquement formé à cet acte.

## **CHAPITRE 3 – ORGANISATION ET REGLES DE FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE**

Ce mode d'accueil vise à développer ou maintenir les acquis, l'autonomie et la vie sociale des personnes handicapées vivant à domicile.

Le fonctionnement de la structure respecte un équilibre permanent entre :

- l'exercice par les usagers de leur liberté individuelle,
- les avantages et les contraintes de la vie dans une structure collective.

## **Article 17 – Le droit des usagers**

Conformément au décret n°2004-231 du 17/03/04 régissant l'accueil temporaire, la formule d'accueil de l'ADJ est souple et réactive : elle peut être temporaire (durée déterminée renouvelable ou pas) et/ou séquentielle (temps partiel ou temps complet).

La fréquentation à temps partiel est possible, un minimum étant fixé à deux journées par semaine.

La durée maximale du projet d'accompagnement est fixée à deux ans avec la possibilité de prolongation selon la situation.

## **Article 18 – Horaires et ouvertures**

La structure est ouverte du lundi au vendredi de 10 heures à 17 heures.  
Elle est fermée les dimanche, les jours fériés et cinq semaines par an.

## **Article 19 – Les lieux d'activité**

L'activité peut se dérouler :

- dans les locaux de la structure,
- dans des locaux extérieurs à la structure,
- en milieux publics,
- en milieux naturels

## **Article 20 – La vie dans les lieux collectifs**

### **→ La restauration**

La restauration dans la structure, même si elle prend en compte les régimes alimentaires individuels, est collective.

### **→ Les espaces administratifs**

L'accès au bureau est réservé aux professionnels

### → Les médicaments

La distribution de médicaments est soumise à la communication d'une photocopie d'ordonnance et d'une préparation de la dose quotidienne (pilulier).

### → Tenue et comportement

La tenue vestimentaire doit être correcte dans les espaces collectifs et publics.

### → Alcool, tabac

La détention de boissons alcoolisées est autorisée dans la mesure où elle n'entraîne pas de nuisances secondaires.

L'usage excessif de boissons alcoolisées pouvant provoquer des perturbations dans la vie collective et des atteintes aux droits des autres résidents, ne saurait être toléré.

L'usage du tabac est réglementé par la Loi Evin du 10 janvier 1991 : un espace collectif est prévu à cet effet.

### → Consignes de sécurité incendie

En cas d'alarme incendie, l'utilisateur doit se conformer aux consignes de sécurité incendie et au plan d'évacuation affichés à l'intérieur du service et suivre les consignes du personnel.

### → Objets déposés

En principe, l'établissement ne reçoit pas de dépôt d'argent ou d'objets de valeur et ne pourra donc être tenu responsable de la disparition d'objets ou sommes d'argent.

### **Article 24 – le rendez-vous**

Plusieurs modalités de transport sont possibles : les usagers et/ou leur famille peuvent se rendre à l'ADJ :

- par leurs propres moyens,
- par l'intermédiaire du GIHP,
- en utilisant un transport collectif,



L'utilisateur est tenu de respecter les consignes de sécurité en vigueur dans le mode de transport retenu.

### **Article 25 – les absences**

Pour des raisons d'organisation ainsi que pour la bonne conduite du projet personnalisé, il est demandé une participation régulière : en cas de modification en terme d'accueil et d'organisation, l'utilisateur est tenu informé. En cas d'absence de l'utilisateur, il doit en informer le service par courrier ou par téléphone.

Fait à Montpellier

Le 17/05/04

La Directrice

Marie Gandon

## Annexe 8

### PROTOCOLE D'ADMISSION A.D.J.

- **Premier rendez-vous avec le Responsable de Service** suite à un courrier ou un appel téléphonique
  - o Présentation sommaire du service et visite
  - o Remise de document écrit de présentation du service
  - o Remise du dossier de pré-candidature à remplir
  
- Lorsque le dossier de candidature est constitué et que les critères de recevabilité énoncés dans la présentation du service sont remplis :
  - o **PASSAGE EN COMMISSION D'ADMISSION**
    - Fréquence des commissions d'admission : trimestrielles
    - Composition des commissions : cadres
    - Critères d'aide à la décision :
      - Degré de dépendance
      - Comportement
      - Géographique (lieu de résidence)
      - Attentes de la personne
      - Situation sociale (isolement)
      - Date de la demande

Cette commission a également pour mission d'étudier les critères dérogatoires d'admission (exemple : problèmes financiers)
  
- **A l'issu de la commission d'admission : 4 possibilités**
  - o Accord d'entrée immédiate
  - o Accord avec inscription sur liste d'attente
  - o Journée de découverte pour complément d'information et d'évaluation
  - o Refus motivé

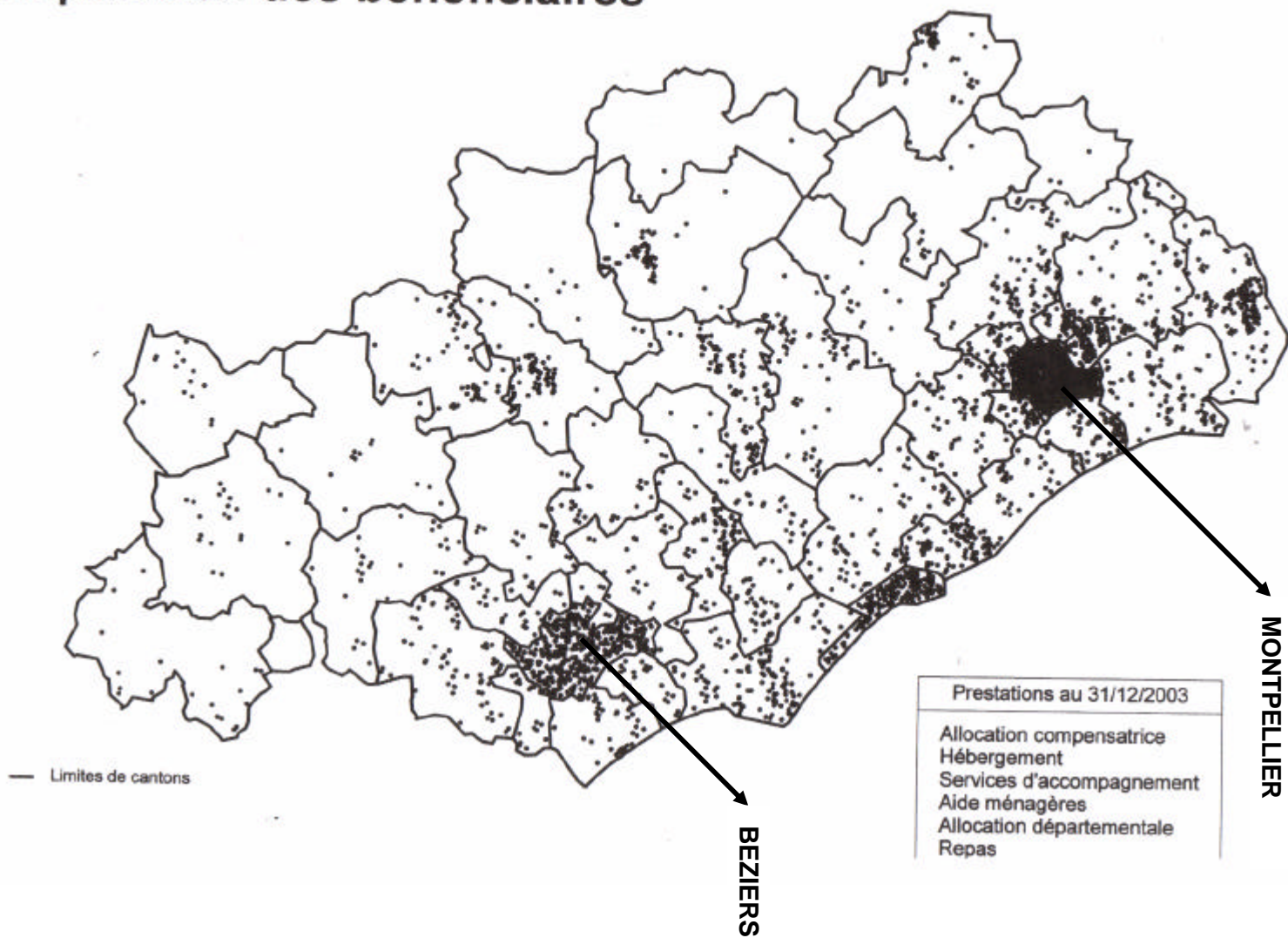
La décision est motivée par courrier

#### - **Période de pré-admission**

Une période d'essai de 3 mois est proposé avec signature de contrat de pré-admission à l'entrée. Un bilan est prévu à l'issu de cette période avec le responsable du service.

- o Soit la période d'essai est concluante et l'admission est prononcée pour une durée déterminée renouvelable avec un projet d'accompagnement personnalisé (PAP).
- o Soit la période d'essai est non-concluante : il y a un nouveau passage en commission d'admission

# Personnes handicapées Répartition des bénéficiaires



### La sécurité 24 h sur 24

La Communauté d'Agglomération de Montpellier a mis en place un système de **téléalarme** destiné **aux personnes à mobilité réduite et aux personnes âgées**. Grâce à ce dispositif, ces personnes peuvent **alerter immédiatement les secours** en cas de problème. Depuis la mise en service cette prestation, plus de 200 personnes ont eu la vie sauve.

#### LA TELEALARME MODE D'EMPLOI

L'appareil est **livré et installé à domicile**. Il inclut notamment un **pendentif** qui, porté autour du cou, **déclenche le système à distance** sur simple pression d'un doigt. L'appel des pompiers est **automatique**.

#### LA SOLIDARITE AU QUOTIDIEN

Pour tous ceux dont la santé et la sécurité doivent être assurées 24 heures sur 24, le service Téléalarme de Montpellier Agglomération représente l'expression d'une vraie solidarité au quotidien.

Aujourd'hui, ce service compte plus de 1000 abonnés (dont 40 % profitent de la gratuité totale). Le nombre moyen d'interventions mensuelles par les pompiers se situe autour de 27, le plus souvent pour des chutes sans gravité.

#### TARIFS

RESSOURCES par trimestre	ABONNEMENTS	
	par mois	par trimestre
EUROS	EUROS	EUROS
<à 2030,00	Gratuit	Gratuit
2031,00 à 2470,00	5,10	15,30
2471,00 à 2883,00	11,80	35,40
2884,00 à 3746,00	20,30	60,90
3747,00 à 4568,00	37,60	112,80
>à 4569,00	60,00	180,00

	EUROS
FORFAIT INSTALLATION	24
PERTE DU PENDENTIF	120,00
PERTE DU BRACELET	170,00

#### RENSEIGNEMENTS TELEALARME

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à téléphoner au **04 67 13 60 04**.

Les dossiers de demande sont à retirer, et à déposer complétés (avec les pièces justificatives demandées), **dans chaque service social** de votre commune.

C'est la différence entre les frais de séjour et la participation des personnes handicapées qui est payée à l'établissement.

Le montant de cette contribution est fixée par la commission d'admission. Les personnes handicapées ou leur représentant légal versent cette contribution à l'établissement ou donnent pouvoir à celui-ci de l'encaisser.

Ce n'est qu'exceptionnellement après autorisation expresse du président du conseil général et demande auprès de l'établissement que les tuteurs reversent cette contribution au département.

Si la personne handicapée ne s'acquitte pas de sa contribution pendant deux mois consécutifs, l'établissement est fondé de réclamer le paiement direct à son profit de l'AAH et de l'ALS, à charge pour lui de reverser à l'intéressé le minimum légal de ressources applicable dans le département pour la structure concernée.

### 3.4.3 Accueil temporaire pour personnes handicapées

Dans la limite de sa capacité autorisée, chaque établissement peut disposer au moins d'une place ou d'un lit d'accueil temporaire afin de lui permettre de répondre à une demande ponctuelle pour une courte période ne pouvant excéder un mois.

Cheque admission devra faire l'objet d'une information nominative auprès de la Direction de la Solidarité Départementale.

Cet accueil peut intervenir à titre exceptionnel sans :

- décision d'orientation préalable de la COTOREP, (le cas échéant)
- dépôt d'un dossier d'Aide Sociale, (le cas échéant)
- dépôt d'une demande d'aide au logement

Le paiement des frais d'hébergement incombera directement à l'intéressé ou son représentant légal, selon un contrat individuel adapté fixant les modalités d'accueil et l'obligation du versement d'une participation minimale :

- 14 MG par journée de présence en hébergement complet (jour + nuit)
- 5 MG par journée de présence en accueil de jour.
- 9 MG par accueil en hébergement de nuit seulement

### 3.4.4 Stages d'évaluation

Les établissements pour personnes adultes handicapées peuvent recevoir, le cas échéant, en sus de leur capacité, et pour de courtes périodes limitées à un mois maximum non renouvelable, une personne handicapée pour laquelle une évaluation des potentialités se révèle nécessaire.

Dans cette hypothèse la facturation des frais d'hébergement incombe à l'établissement d'origine qui doit assumer le paiement de la période de stage. Dès lors le tarif fixé par l'arrêté du Président du Conseil Général pour la période concernée devra être appliqué.

Dans l'un ou l'autre des cas susvisés, les recettes correspondantes seront portées au compte administratif de l'année en recettes en atténuation, avec mention dans le rapport d'activité.

En cas d'admission définitive ultérieure, la procédure ordinaire devra être suivie (COTOREP, dépôt de demande de prise en charge Aide Sociale et d'aide au logement).

### 3.4.5 Reversement de ressources et participation des personnes handicapées adultes à leurs frais d'hébergement

#### Principe

La personne handicapée adulte, ou son représentant légal, verse à l'établissement ou au Conseil Général, à terme échu, la contribution dont elle est redevable ou donne pouvoir au comptable de l'établissement d'encaisser sa participation. Si elle ne s'acquitte pas de sa contribution pendant 2 mois consécutifs, l'établissement est fondé, sans préjudice des recours de droit commun à réclamer le paiement direct à son profit notamment de :

- l'allocation aux adultes handicapés, à charge pour lui, de reverser à l'intéressé le minimum de ressources réglementaires.
- la prestation d'aide au logement (ALS ou APL) dont la demande doit être déposée dès confirmation de l'admission en établissement et dont le montant doit être reversé dans son intégralité y compris pendant les périodes d'absence (quel qu'en soit le motif).

Il incombe aux établissements d'appréhender les ressources des personnes handicapées. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, et pour un motif justifié, que le reversement légal peut être poursuivi exclusivement et directement auprès du représentant légal de la personne handicapée adulte par le Conseil Général.

#### **Participations en cas d'accueil de jour**

Toute personne handicapée adulte accueillie dans un établissement seulement pendant la journée, 5 jours par semaine tout au long de l'année hors période de fermeture, est tenue de participer :

- aux frais du repas journalier évalué sur la base forfaitaire de 1 MG par repas pris. Seules les absences signalées à l'établissement la veille donnent lieu à exonération de cette participation.
- aux frais de transport collectif dont il peut bénéficier, évalués sur la base minimale du prix de la carte d'abonnement mensuel des sociétés de transport collectif desservant l'établissement. Ce forfait est dû en intégralité quels que soient la durée et le motif de l'absence.

Toute personne handicapée adulte accueillie en centre d'aide par le travail et orientée en complément vers une section annexe de CAT, bénéficie d'une prise en charge par l'aide sociale départementale sur la base d'un mi-temps.

Elle est tenue de contribuer aux frais de repas sur la base forfaitaire réglementaire fixée pour les CAT à 1 M.G. par repas pris.

#### **Participation aux frais d'hébergement en foyers.**

- Personnes ayant le statut de travailleur handicapé :

Toute personne handicapée adulte admise dans un foyer d'hébergement est soumise au reversement de ressources dans les conditions fixées par les décrets 77-1547 et 77-1548 du 31 décembre 1977 ainsi que de la totalité des prestations d'aide au logement.

Pour toute absence quelle qu'en soit la durée, elle sera exonérée de reversement dès lors qu'aucun prix de journée ne sera facturé à l'Aide Sociale (à l'exception de l'aide au logement).

- Personnes ne relevant pas du statut de travailleur handicapé :

Toute personne handicapée reconnue inapte au travail, orientée par la COTOREP et admise dans un établissement d'hébergement (foyer occupationnel, foyer médicalisé ou à double tarification, foyer de vie) est soumise au reversement de ressources dans les conditions légales. Les prestations d'aide au logement sont reversées en totalité.

Pour les ressortissants de l'Hérault accueillis en établissement, le minimum de ressources est porté à 122 €. Ce montant pourra être réévalué par arrêté du président du conseil général.

Cette disposition a rendu caduque l'attribution des 20 % de l'A.A.H. dès lors que les personnes handicapées adultes accueillies en foyer ATO, en foyer médicalisé (ou à double tarification), foyer de vie, n'ont plus à assumer leurs frais de repas de midi dans la structure de jour.

Les internes n'ont pas de participation à verser au titre des transports.

En cas d'ouverture de droit à l'Allocation compensatrice tierce personne, cette prestation est réduite pendant la période de placement et rétablie à taux plein pendant les périodes d'absence attestées par l'établissement.

#### **Foyer logement**

Toute personne handicapée adulte ayant ou non une activité en milieu protégé ou ordinaire peut être admise dans un établissement de type foyer logement, éclaté ou regroupé ; il s'agit soit :

- d'appartements (ou de villas) individuels ou collectifs,
- de résidence regroupant un ensemble d'appartements ou de villas sur un même site.

Elle est exonérée de tout reversement de ressources auprès de l'aide sociale. Néanmoins, elle doit assumer dans leur intégralité l'ensemble de ses charges de logement et d'entretien y compris d'assurance responsabilité civile, alimentation, habillement, loisirs pour elle-même (et le cas échéant sa famille) soit :

- par l'intermédiaire de l'établissement qui organise le recouvrement des participations individuelles (y compris des aides au logement), dans des conditions identiques à celles fixées par les décrets 77-1547 et 77-1548 de 31 décembre 1977.
- ou à titre indépendant.

#### **Structures non soumises à reversement de ressources**

La personne handicapée adulte prise en charge dans le cadre d'un service d'accompagnement et de suite et maintenue à son domicile, ayant ou non une activité en milieu protégé ou ordinaire, est exonérée de tout reversement de ressources. Elle doit assumer dans leur intégralité ses charges de logement et d'entretien y compris d'assurance responsabilité civile, alimentation, habillement, loisirs pour elle-même (et le cas échéant de sa famille).

Aide médico-psychologique

Missions	Objectifs	Orientations
♦ Aide aux gestes de la vie quotidienne adaptée au handicap et à l'état de santé de chaque usager	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pallier la dépendance</li> <li>☞ Assurer à l'utilisateur l'hygiène, le confort et le bien-être dans sa vie quotidienne</li> <li>☞ Lui permettre de garder une image positive de lui-même</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦♦ Respecter l'autonomie</li> <li>♦♦ Respecter et s'adapter aux habitudes de vie de chacun</li> <li>♦♦ Être à l'écoute et disponible</li> <li>♦♦ Être vigilant afin de repérer d'éventuels problèmes de santé</li> <li>♦♦ Rassurer</li> <li>♦♦ Utiliser le potentiel, le stimuler</li> </ul>
♦ Aide à la vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Maintenir et/ou favoriser le développement de la vie sociale de l'utilisateur et de sa vie personnelle</li> <li>☞ Soutenir les projets personnels des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦♦ Respect de la confidentialité et de la vie privée</li> <li>♦♦ Être disponible, écouter</li> <li>♦♦ Solliciter et inciter les usagers à garder la gestion de leur vie</li> </ul>
♦ Aide aux activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Permettre à l'utilisateur de pouvoir vivre des loisirs et/ou de participer aux activités de son choix.</li> <li>☞ Garantir à l'utilisateur la possibilité de maintenir une vie sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦♦ Repérer et prendre en compte les attentes de l'utilisateur</li> <li>♦♦ Informer, proposer, inviter les usagers à participer à des activités</li> <li>♦♦ Être le lien entre l'utilisateur et les dispositifs d'accès à la culture et aux loisirs, si nécessaire</li> </ul>
♦ Gérer la continuité des aides entre les différentes équipes de jour et de nuit	☞ Permettre aux usagers de ne pas subir les conséquences des rotations de personnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦♦ Assurer les transmissions écrites et verbales</li> <li>♦♦ Communiquer les emplois du temps aux usagers</li> </ul>
♦ Assurer la sécurité des personnes et des biens	☞ Éviter les intrusions, vols, effractions, dégradations, pannes techniques et incendie	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦♦ Respecter les protocoles de garde, d'alarme</li> <li>♦♦ Être vigilant</li> <li>♦♦ Surveiller</li> </ul>

## Aide soignant

<b>Missions</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Orientations</b>
♦ Assurer le confort global de la personne (sécurité physique et psychique)	☞ Assurer la qualité du sommeil et du repos	♦♦Respecter le rythme de chacun (horaires, rondes...) ♦♦Respecter le sommeil (bruit, lumières, éviter les nuisances, paroles ...) ♦♦Être disponible pour répondre aux appels
♦ Effectuer les actes de nursing nécessaires	☞ Assurer le confort de positionnement, de l'installation et de la manutention	♦♦Adapter la technicité aux besoins et aux habitudes de vie de la personne en toute sécurité
♦ Gérer la continuité des soins et des urgences en matière de santé	☞ Assurer l'état de santé de la personne à la fois physique et psychique	♦♦Assurer la continuité de service (jour/nuit), respect des consignes de soins et de surveillance ♦♦Être vigilant afin de repérer les signes inhabituels et les signaler
♦ Assurer la surveillance et sécurité des personnes et des biens (bâtiments, locaux, matériels)	☞ Éviter les intrusions, vols, effractions, dégradations, pannes techniques et incendies	♦♦Respecter les rondes, les protocoles d'alarme ♦♦Être vigilant ♦♦Surveiller
♦ Gérer la continuité des services entre le jour et la nuit	☞ Permettre la cohérence des actions et services	♦♦Assurer la continuité des services par le respect des consignes



### Ouvrier d'entretien

<b>Missions</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Orientations</b>
♦ Garantir la sécurité, des matériels, des locaux, des personnes	☞ Assurer le bon fonctionnement des matériels et des installations	♦♦ Anticiper et gérer les priorités ♦♦ Permettre aux usagers de vivre et aux personnels de travailler en toute sécurité
♦ Garantir le bon état des matériels et des locaux	☞ Maintenir un cadre de vie et un cadre professionnel confortable et de qualité	♦♦ Respecter, dans le cadre des interventions, les espaces privés

### Le service administratif

<b>Missions</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Orientations</b>
♦ Accueillir	☞ Renseigner, orienter les demandes	♦♦ Disponibilité ♦♦ Amabilité ♦♦ Diplomatie
♦ Assumer les tâches administratives et comptables nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement	☞ Assurer toutes les tâches dans les délais nécessaires	♦♦ Complémentarité et coordination dans les fonctions
♦ Centraliser et communiquer l'ensemble des informations internes et externes	☞ Répondre aux différents besoins des interlocuteurs qui s'adressent au Service (usagers, familles, autres services, tutelle, fournisseurs, autres...)	♦♦ Disponibilité adaptabilité aux situations ♦♦ Discrétion

TABLEAU DES EFFECTIFS BUDGÉTÉS

	ETP	Coefficient	SALAIRE DE BASE MENSUEL : ETP x COEFFICIENT x 4.172	SALAIRE ANNUEL HORS CHARGES	CONGÉS PAYÉS ANNUELS HORS CHARGES	CHARGES ANNUELLES INCLUS CP	SALAIRE ANNUEL INCLUS CP & CHARGES
Directeur	0,3	837	1047,59	12571,07	1257,11	6914,09	19485,16
Responsable de service	0,8	520	1735,55	20826,62	2082,66	11454,64	32281,27
<b>ADMINISTRATIF</b>							
Comptable	0,4	439	732,60	8791,24	879,12	4835,18	13626,42
Secrétaire	0,5	329	686,29	8235,53	823,55	4529,54	12765,07
<b>SOINS - ÉDUCATIF</b>							
AS	2,5	351	3660,93	43931,16	4393,12	24162,14	68093,30
AMP	3,5	351	5125,30	61503,62	6150,36	33826,99	95330,62
<b>SERVICE LOGISTIQUE</b>							
Ouvrier d'entretien	0,5	329	686,29	8235,53	823,55	4529,54	12765,07
<b>TOTAL</b>	<b>8,5</b>		<b>13674,58</b>	<b>164094,77</b>	<b>16409,48</b>	<b>90252,13</b>	<b>254346,90</b>

ANADES

## PROGRAMME D'INVESTISSEMENT ET AMORTISSEMENTS

Bien	Catégorie	Coût	Année	Mois	Amortisst	Durée	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	
							N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Mobilier et matériel de bureau	MATER	3 048	2005	1	L	10	305	305	305	305	305	
Matériel informatique	MATER	3 810	2005	1	L	5	762	762	762	762	762	
Interphonie, téléphonie	MATER	4 125	2005	1	L	10	413	413	413	413	413	
<b>Total des amortissements par année</b>								1 479	1 479	1 479	1 479	1 479
<b>Plan d'investissement</b>												
Constructions, terrains												
Agencements, aménagements, installations												
Matériel, outillage, mobilier							10 983					
Autres												
<b>Total annuel</b>							10 983					