



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**ACCOMPAGNER LES USAGERS D'UN FOYER DE VIE EN LEUR  
PROPOSANT UNE OFFRE DE SERVICES ADAPTÉE À  
L'ÉVOLUTION DE LEURS BESOINS**

**Didier DAUTRICHE**

**CAFDES**

**2007**

---

# Remerciements

---

Au bureau de l'APEAI et au directeur des établissements, François KURTZ pour la confiance qu'ils m'ont accordée,

A toute l'équipe du foyer « Les Cèdres » pour sa compréhension et ses encouragements,

A Martine pour son indispensable aide technique et sa disponibilité,

A Jean-Philippe pour ses précieux conseils,

A Isabelle pour son soutien sans faille et sa patience.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA PRISE EN CHARGE À DURÉE INDÉTERMINÉE EN FOYER DE VIE : UN SYSTÈME REMIS EN CAUSE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 LE FOYER DE VIE « LES CÈDRES » : SON HISTOIRE.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 L'APEAI : une association dynamique .....	3
A) Son histoire .....	3
B) Ses valeurs .....	5
1.1.2 Les personnes accueillies : des moyens adaptés mis à leur disposition.....	6
A) La population accueillie .....	6
B) Les locaux .....	7
C) Les ressources humaines.....	8
D) Des activités en évolution .....	12
<b>1.2 OÙ SONT PASSES NOS VINGT ANS ? .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 En 2003 : un changement en profondeur .....	13
1.2.2 Vingt ans plus tard : la réalité du vieillissement.....	14
1.2.3 Le risque d'un retour à un système « asilaire » .....	17
<b>1.3 LE LOT : UN DÉPARTEMENT QUI PREND EN COMPTE LA RURALITÉ.....</b>	<b>19</b>
1.3.1 La situation du secteur médico-social du département en Midi-Pyrénées .....	20
1.3.2 Le schéma départemental pour les adultes handicapés .....	22
1.3.3 Une enquête départementale qui force à réagir .....	24
<b>2 UN CADRE ET DES ANALYSES QUI OUVERT DES VOIES.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 LE NOUVEAU CADRE LÉGISLATIF : UNE PRISE EN COMPTE DES BESOINS INDIVIDUELS .....</b>	<b>28</b>
2.1.1 De la non-discrimination à l'inclusion : une idée planétaire.....	29
2.1.2 La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 : la prise en compte de la parole des personnes.....	33
2.1.3 La loi du 11 février 2005 : vers un projet de vie.....	35
<b>2.2 L'ACCUEIL TEMPORAIRE : UNE NOUVELLE DONNE DANS LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PERSONNES.....</b>	<b>36</b>
2.2.1 La lutte du GRATH : la démonstration d'un manque.....	37
2.2.2 Deux exemples d'accueil temporaire : la bataille des anciens et des modernes .....	38
A) Le foyer l'Oasis .....	39
B) La Maison de Pierre.....	39

2.2.3	Le décret du 17 mars 2004 définit les objectifs et les règles de l'accueil temporaire.....	42
2.2.4	Le succès de deux places d'accueil temporaire au Foyer «Les Cèdres » montre le besoin .....	43
<b>2.3</b>	<b>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS AU SERVICE DE L'OUVERTURE .....</b>	<b>45</b>
2.3.1	Les SAMSAH : un esprit de sentinelle .....	45
2.3.2	La revalorisation de l'accueil familial : une nouvelle chance .....	47
<b>3</b>	<b>LE FOYER « LES CÈDRES » : VERS UN PROJET DE DIVERSIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1</b>	<b>UNE ANTICIPATION NÉCESSAIRE DANS UN RESPECT ETHIQUE.....</b>	<b>49</b>
3.1.1	La synthèse des besoins .....	49
3.1.2	Une volonté associative d'évoluer .....	50
3.1.3	La dimension éthique du projet .....	51
<b>3.2</b>	<b>LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET .....</b>	<b>53</b>
3.2.1	Le SAMSAH en pivot .....	54
A)	Un rôle de prévention .....	54
B)	Une aide aux aidants .....	55
3.2.2	Créer un partenariat avec les accueillants familiaux.....	56
A)	Encourager des vocations .....	57
B)	Donner des garanties de soutien .....	58
3.2.3	Une nécessaire redistribution des groupes de vie .....	59
A)	Prendre en compte les nouveaux besoins .....	60
a)	Les autistes .....	60
b)	Les personnes en perte d'autonomie .....	61
B)	La nouvelle organisation .....	61
3.2.4	La création d'une unité d'accueil temporaire.....	62
A)	La capacité d'accueil.....	63
B)	Un projet architectural adapté.....	65
C)	Un projet éducatif et une organisation adaptés .....	66
3.2.5	Garantir le droit des usagers .....	68
<b>3.3</b>	<b>LE MANAGEMENT DU PROJET .....</b>	<b>69</b>
3.3.1	La répartition des rôles .....	70
3.3.2	Une planification indispensable .....	72
3.3.3	Les besoins en personnels et le nouvel organigramme.....	73
3.3.4	L'évaluation et la qualité .....	74
<b>3.4</b>	<b>L'OUVERTURE INSTITUTIONNELLE : LA NÉCESSITÉ D'UN TRAVAIL EN RÉSEAU .....</b>	<b>77</b>



<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>81</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACSLA : Association Cantalienne de Sports et Loisirs Adaptés  
ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne  
AEPH : Année Européenne Des Personnes Handicapées  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
APEAI : Association de Parents d'Enfants et d'Adultes Inadaptés  
APEI : Association des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés  
ARSEAA : Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant , l'Adolescent et l'Adulte  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ASI : Agent de Service Intérieur  
ATI : Association Tutélaire aux Inadaptés  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CCR : Comité Consultatif Régional  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDD : Contrat à Durée Déterminé  
CDI : Contrat à Durée Indéterminé  
CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale  
CRA : Centre de Ressources Autisme  
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées  
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale  
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DSD : Direction de la Solidarité Départementale  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
ES : Educateur Spécialisé  
ESAT : Etablissement de Service d'Aide par le Travail  
ETP : Equivalent Temps Plein  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
GIE : Groupement d'Intérêt Economique  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
GRATH : Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes en Situation de Handicap  
HLM : Habitation à Loyer Modéré

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
IME : Institut Médico-Educatif  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IUT : Institut Universitaire de Technologie  
MAP : Méthode d'Accompagnement Personnalisé  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
SANT : Structure d'Accueil Non Traditionnelle  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children  
TUC : Travaux d'Utilité Collective  
UNAPEI : Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés  
USLD : Unité de Soins Longue Durée

## Introduction

La prise en compte des besoins des personnes handicapées se doit d'évoluer au regard des lois du 2 janvier 2002<sup>1</sup> et du 11 février 2005<sup>2</sup>. La notion du « tout internat », induite par la loi 75-535 du 30 juin 1975<sup>3</sup>, arrive aujourd'hui au terme de sa pertinence.

A cette époque, il paraissait urgent d'ouvrir des structures pour pouvoir accueillir des personnes handicapées qui n'avaient pas de solution d'accueil ou étaient placées dans des hôpitaux psychiatriques, quand elles présentaient des troubles du comportement.

Si cette orientation politique a eu le mérite de proposer un encadrement souvent adapté, il apparaît aujourd'hui que l'évolution de la société, le vieillissement des personnes et de leurs parents, les nouvelles lois qui encadrent le secteur social et médico-social et qui définissent de nouveaux droits, de nouvelles définitions du handicap, en donnant aux personnes un droit de regard sur leur prise en charge, font évoluer le concept d'accueil.

La prise en charge des personnes en situation de handicap pourra continuer à se faire sous la forme classique d'hébergement en institution, mais devra aussi proposer des solutions alternatives entre maintien à domicile et accueil temporaire, tels que définis par le législateur.

A partir de ce nouveau paysage en construction du secteur social et médico-social, j'ai choisi de bâtir ce mémoire en concentrant mon propos sur un territoire géographique et une institution, concernés par ces nouvelles données. Le département du Lot avec sa spécificité rurale se doit de pouvoir répondre aux besoins des personnes handicapées isolées, le foyer de vie « Les Cèdres » quant à lui est concerné de plein chef par le vieillissement des personnes qu'il accueille et doit envisager des solutions nouvelles et originales pour l'avenir. Nous verrons que les préoccupations de la Direction de la Solidarité Départementale (DSD) et celles de l'institution peuvent se rencontrer pour former un front ouvert et pragmatique qui permettrait de pouvoir offrir aux personnes en difficultés des réponses appropriées à leur demande. Le cadre législatif ouvre des voies, il s'agit maintenant de les exploiter pour créer les synergies nécessaires à l'amélioration de la qualité des services.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>2</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>3</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Pour développer mon propos, je présenterai dans une première partie les « acteurs » et le « décor » de la construction du projet, à savoir le foyer « Les Cèdres » et son association gestionnaire, l'Association de Parents d'Enfants et d'Adultes Inadaptés (APEAI), le département du Lot et la réalité des nouveaux besoins d'accompagnement révélés par une enquête menée à l'initiative du Conseil Général.

Dans la deuxième partie, je m'efforcerai de montrer le cadre législatif de ce début de siècle, issu d'un courant de pensée mondial relayé par l'Europe, et les ouvertures d'accompagnement qu'il nous propose. Je m'attarderai ensuite plus longuement sur le concept d'accueil temporaire, ancien dans son principe mais moderne dans sa nouvelle mise en œuvre, en m'appuyant sur deux exemples précis qui démontrent comment un cadre légal clair peut structurer des objectifs éducatifs.

Je clôturerai cette partie par la présentation des dispositifs qui permettront à l'APEAI de créer une plate-forme de services nécessaire à la diversification de l'accompagnement des personnes adultes handicapées.

La troisième partie sera consacrée à la mise en œuvre de ce dispositif et présentera le nouveau projet du foyer de vie.

Si mettre en place une offre multi-service engendre une complexité d'organisation, elle suppose également un réseau organisé et communicant, des équipes motivées et capables de s'adapter aux situations nouvelles.

Elle représente un enjeu passionnant pour un directeur qui devra mener son projet en terme d'adaptation, de souplesse et de réactivité, tout en devant être le garant de la grande rigueur organisationnelle indispensable pour garantir une qualité de service aux personnes les plus fragiles.

# 1 LA PRISE EN CHARGE À DURÉE INDÉTERMINÉE EN FOYER DE VIE : UN SYSTÈME REMIS EN CAUSE

## 1.1 LE FOYER DE VIE « LES CÈDRES » : SON HISTOIRE

### 1.1.1 L'APEAI : une association dynamique

#### A) Son histoire

C'est en 1978 que des parents d'enfants handicapés de la ville de Figeac, sous préfecture du département du Lot, décident de créer une association dans le but d'acquérir un lieu d'hébergement pour adultes handicapés. Ainsi naît le 25 janvier 1980 l'APEAI qui a pour but : « l'aide et la défense des inadaptés ». Très vite elle fait preuve d'un grand dynamisme sous l'impulsion de son président fondateur, le docteur CHAUSSÉ, en organisant une opération brioche, des quines, des ventes de cartes de vœux. Toutes ces opérations ont pour double intérêt de réunir des fonds propres mais aussi de promouvoir les actions de l'association qui reçoit vite le soutien, indéfectible, de partenaires comme le Lion's Club, assemblée de personnes influentes au niveau local, et l'appui jamais démenti, des équipes municipales successives.

L'association est affiliée à l'Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) et ses membres participent aux différentes réunions, colloques organisés dans la région et sur le territoire national. Un des chevaux de bataille du président, médecin, père d'une enfant handicapée est d'essayer de comprendre les causes du handicap afin d'adapter la meilleure prise en charge possible.

En amont du dépôt des statuts, des commissions de travail avaient été mises en place pour étudier la possibilité de création d'une structure. La première idée est de construire un bâtiment à la campagne, « *dans la verdure* » comme le rapporte le compte rendu de l'assemblée générale du 31 mai 1980, qui précise pourtant plus loin : « *il y a des règles administratives, des agréments à obtenir, il y a aussi le souci exprimé par beaucoup de monde comme partout ailleurs d'implanter ces lieux de vie au cœur de la cité : ce qui oriente notre projet vers la recherche d'un bâtiment existant, à transformer, à agrandir, suivant les circonstances* ».

Le choix va se porter sur un bâtiment dans la ville, propriété des HLM, qui sera loué à l'association pour un bail de 40 ans. Et c'est au mois de juin 1984 que le foyer « Les Cèdres » ouvre ses portes. Il bénéficie d'un agrément pour 20 adultes en internat et 10 en externat. Deux ans plus tard l'association acquiert un terrain de 2300 m<sup>2</sup> attenant au bâtiment. Ce terrain permettra l'extension du foyer en 2003 et l'ouverture de deux groupes de vie.

En 1985 l'association est à l'initiative de la création d'un service de tutelle, l'Association Tutélaire aux Inadaptés (ATI) en argumentant : « *il est souhaitable que les parents conservent le plus possible la tutelle de leur enfant, l'ATI peut leur apporter dans ce cas une aide efficace* ».

Puis en 1990 s'ouvre un Centre d'Aide par le Travail (CAT) cuisine, d'abord dans des locaux prêtés par la mairie, puis dans un atelier relais situé dans une zone industrielle à la périphérie de Figeac. L'activité exclusive est la préparation de repas. Aujourd'hui la fabrication est basée sur le principe de la liaison froide et 700 repas sont livrés chaque jour chez les différents clients, parmi lesquels essentiellement, le foyer « Les Cèdres », des écoles et des maisons de retraite.

Fort de ses débuts prometteurs une annexe du CAT est ouverte à Limogne en 1991, à 35 kilomètres de Figeac. Elle accueille depuis l'ouverture 5 travailleurs handicapés qui préparent des repas sous l'encadrement d'un moniteur technique, pour les résidents d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les travailleurs sont tous logés dans une maison louée aux HLM où ils bénéficient d'un encadrement éducatif.

1991 voit aussi l'acquisition d'une maison dans le centre ville de Figeac pour l'hébergement de travailleurs du CAT. Elle accueille six personnes depuis son ouverture . C'est en 1998 qu'un Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) voit le jour. Il emploie une éducatrice spécialisée qui assure le suivi de certains travailleurs du CAT qui logent soit chez leurs parents, soit de manière autonome.

En 2003, le foyer « Les Cèdres » bénéficie d'une extension de 7 places réservées à l'accueil d'adultes diagnostiqués autistes. Cette unité spécifique reçoit un agrément de Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

Depuis 2004 un restaurant d'entreprise a été ouvert sur le site de l'Etablissement de Service et d'Aide par le Travail (ESAT – ex CAT) qui permet de restaurer en moyenne journalière, 90 employés des entreprises environnantes.

En 2006 l'association, partenaire du Centre de Ressource Autisme (CRA) Midi-Pyrénées, ouvre un centre d'évaluation pour les personnes adultes autistes.

En 1985, l'association employait 19 personnes, personnels du foyer « Les Cèdres » et une TUC pour assurer le secrétariat. Elle accueillait 25 personnes handicapées dont 21 internes et 4 externes.

Aujourd'hui, ce sont 72 salariés qui sont réunis au service des personnes accueillies, soit 30 travailleurs handicapés de l'ESAT et 41 résidents du foyer « Les Cèdres ».

## B) Ses valeurs

Le projet associatif de l'APEAI décline quatre grands thèmes : la personne handicapée, les établissements, la famille, l'association.

En liaison avec l'Union Régionale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (URAPEI) dont elle fait partie et avec l'UNAPEI à laquelle elle adhère, l'APEAI a défini cinq buts à son action :

- apporter aux familles ayant un enfant inadapté l'appui moral et matériel dont elles ont besoin, développer entre elles un esprit d'entraide et de solidarité, et les amener à participer activement à la vie associative ;
- mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires au meilleur développement moral, physique ou intellectuel des personnes inadaptées, promouvoir, gérer si nécessaire tout établissement et service indispensables pour favoriser leur plein épanouissement, par l'éducation, la formation, la mise au travail, l'hébergement, l'insertion sociale et professionnelle, l'organisation de leurs loisirs ;
- défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes inadaptées auprès des élus, des commissions et des autorités de tutelle ;
- informer les élus, les autorités et les médias, de l'organisation de toute manifestation ;
- établir sur le plan local des liaisons avec les autres organismes, associations, et établissements d'enseignement qui oeuvrent en faveur des personnes handicapées, quelle que soit la nature du handicap.

Aujourd'hui nous pouvons affirmer que ces principes sont respectés à la lettre. L'association est un partenaire incontournable au niveau départemental, elle siège à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), à la Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), à la commission municipale d'accessibilité des personnes handicapées aux lieux publics, est partenaire du Centre de Ressources Autisme (CRA) Midi-Pyrénées, organise diverses manifestations culturelles en partenariat avec les étudiants de la section communication de l'Institut Universitaire de Technologie (IUT) de Figeac et a organisé pour la deuxième année des journées d'information pour tout public dans le cadre du Comité Consultatif Régional (CCR), qui ont rencontré un vif succès.

L'APEAI aujourd'hui presque trentenaire reste une association de parents vigilants et investis, qui sait anticiper les évolutions des besoins et se faire écouter des partenaires



grâce à la crédibilité qu'elle a acquise dans l'attention portée aux services rendus aux personnes dont elle a la charge.

### **1.1.2 Les personnes accueillies : des moyens adaptés mis à leur disposition**

#### A) La population accueillie

Le foyer « Les Cèdres » accueille 41 personnes, 35 internes et 6 externes dont 3 viennent à temps partiel entre 2 et 3 jours par semaine. Toutes les personnes accueillies ont bénéficié d'une orientation de la Commission Technique d'Orientatation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) aujourd'hui CDAPH, elles sont reconnues handicapées à 80% et ne sont pas capables de subvenir à leurs besoins. Les origines du handicap sont très diverses : trisomie, psychose infantile, autisme, etc.. Le point commun de toutes ces personnes est qu'elles présentent un retard mental et un minimum de capacités à participer à des activités de groupe.

16 femmes et 25 hommes sont accueillis à ce jour et sont répartis sur des groupes mixtes. Depuis l'extension en 2003, trois groupes de vie ont été définis selon le degré d'autonomie des personnes, un groupe accueille les personnes autistes.

Les groupes 1 et 2 occupent le bâtiment d'origine (A), les groupes 3 et 4 le nouveau bâtiment (B). Voici comment est établie la répartition des groupes :

- Le groupe 1 : Il accueille au premier étage du bâtiment A les 7 personnes les plus dépendantes. Elles nécessitent une aide dans tous les actes de la vie quotidienne et une attention continue. Sur ces 7 personnes, 5 sont là depuis l'origine du foyer. Bien que ne nécessitant pas de soins lourds, le très faible degré d'autonomie de 3 d'entre elles les dirigerait à l'heure actuelle vers une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS). Nous faisons le choix de les garder tant que notre encadrement le permet, mais des troubles du comportement sévères avec des impacts physiques commencent à apparaître chez une résidente, qui nécessite des hospitalisations régulières.
- Le groupe 2 : 13 personnes manifestant des aptitudes à une certaine autonomie se partagent le deuxième et troisième étage du bâtiment A. Ces personnes sont autonomes dans leur déplacement et ont plus besoin de stimulation verbale dans les actes de la vie quotidienne que d'une aide physique. Elles peuvent prendre des initiatives, participer à minima à l'entretien de leur chambre ou aux tâches ménagères mais ont besoin d'une attention soutenue.
- Le groupe 3 : C'est le groupe des 13 résidents les plus autonomes. Capables d'autonomie sociale, la plupart sont susceptibles de pouvoir rester seuls ou d'aller faire des achats en ville.

- Le groupe 4: Il reçoit 8 personnes diagnostiquées autistes qui bénéficient d'un accompagnement basé sur le programme TEACCH<sup>4</sup>. Sur ces 8 personnes, 5 ont été admises depuis l'extension du foyer, 3 étaient présentes avant mais ne bénéficiaient pas de prise en charge spécifique.

Les personnes présentes au foyer le sont depuis généralement longtemps, comme le montre le tableau ci-dessous :

Nombre d'années de présence

	< 20 ans	Entre 15 et 20 ans	Entre 10 et 15 ans	Entre 5 et 10 ans	< 5 ans
Nombre de résidants	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Ce tableau montre que 30 % des personnes accueillies le sont depuis plus de vingt ans, 9 l'étaient à la création du foyer, et que plus de la moitié le sont depuis 15 ans et plus. L'extension de 2003 a permis d'accueillir 6 internes et 2 externes. Et depuis 2003, 4 personnes ont quitté le foyer. Une est repartie en famille car ses parents souhaitent pouvoir s'en occuper tant qu'ils s'en sentaient encore capables, une a bénéficié de l'ouverture d'une structure dans un autre département correspondant mieux à son handicap physique, un a pu retourner dans son département d'origine grâce à l'ouverture d'un foyer de vie, une est partie en FAM dans le département d'origine de sa mère. Nous voyons donc que cette population ne bénéficie que d'un très faible turn-over et que les quatre départs entre 2003 et 2005 restent exceptionnels. Cette situation engendre évidemment une liste d'attente conséquente qui se chiffre aujourd'hui à 12 personnes.

## B) Les locaux

(V. plan annexe 1)

Ils sont situés à cinq minutes à pied du centre ville de Figeac et composés de deux bâtiments distincts reliés entre eux par un couloir couvert. Le premier est l'immeuble originel, propriété des HLM, qui accueille 21 résidants répartis sur trois étages. Au rez-de-chaussée on trouve l'office de remise en température des repas, une salle à manger, la lingerie, la salle de psychomotricité qui sert aussi de salle d'activités de type gymnastique, danse et chant. Le chef de service a son bureau qui s'ouvre dans le hall d'entrée.

---

<sup>4</sup> Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children.

Le premier étage est réservé aux personnes les moins autonomes. S'y répartissent sept chambres, une grande salle qui sert de salle à manger et de salle à vivre et un bureau pour les éducateurs. Les deux autres étages accueillent un autre groupe de vie avec quatorze chambres individuelles (dont une dédiée à l'accueil temporaire), un bureau pour les éducateurs et un salon pour les résidants.

Le quatrième étage a été aménagé en salles de réunion et salle pour les délégués du personnel.

Ce bâtiment a bénéficié d'une remise aux normes de sécurité en 2005 et un plan de réhabilitation des chambres est en cours. Chaque chambre bénéficie d'une salle de bain privative et pour la plupart d'une toilette.

Le nouveau bâtiment a été construit de plain-pied et inauguré au mois de juillet 2003. Il accueille deux groupes de vie, soit 20 résidants (13 et 7), dont une chambre d'accueil temporaire sur le groupe des artistes. Chaque groupe de vie dispose d'une salle à manger, d'un bureau pour les éducateurs, de chambres individuelles avec salle de bains et toilette. Un mobilier de base est fourni par l'établissement, mais chaque résidant est autorisé à meubler et aménager sa chambre à son goût. Le groupe des artistes a une salle de travail spécifique adaptée aux apprentissages. Ce bâtiment est doté d'un office de remise en température des repas commun aux deux groupes et d'une salle informatique équipée de sept ordinateurs connectés sur Internet, à disposition des résidants et du personnel.

Un troisième bâtiment du 19<sup>ème</sup> siècle, séparé d'une cinquantaine de mètres des lieux de vie, et acquis en 1998 abrite sur deux étages le siège de l'association et les services administratifs. Le directeur y a son bureau.

Au rez-de-chaussée de ce bâtiment une salle est réservée pour les activités des résidants, une autre abrite le centre d'évaluation pour les personnes diagnostiquées artistes.

### C) Les ressources humaines

L'accompagnement des résidants est assuré par une complémentarité des compétences entre éducatif et soin. La notion d'équipe pluridisciplinaire est bien affirmée pour sans cesse rappeler la nécessité d'entretenir un collectif cohérent au service des personnes accueillies. L'organigramme joint en annexe 2 donne une image précise du nombre de postes et de leur répartition, et pour avoir une vision analytique, il me semble intéressant ici de spécifier le rôle et les attributions des personnes responsables au quotidien du projet de vie des résidants.

- Le directeur : Outre les tâches qui lui sont dévolues de par sa fonction de directeur d'un complexe médico-social, il est le garant du projet d'établissement et impulse les grandes orientations décidées par l'association dont il participe au bureau avec voix consultative toutes les semaines. Il représente l'association en alternance avec un membre du bureau à la CDAPH, participe aux réunions techniques du CRA comme membre partenaire et responsable du centre d'évaluation autisme de Figeac. Il est également trésorier du groupe des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) qui regroupe des éducateurs et des responsables des différents établissements médico-sociaux du département autour du développement de l'utilisation des outils informatiques. Au foyer « Les Cèdres » il reçoit les familles qui inscrivent leur enfant sur la liste d'attente selon la procédure définie dans le livret d'accueil, et celles qui demandent un accueil temporaire. Il anime trois réunions générales par an qui rassemblent le personnel. Ces réunions, outre les questions d'actualités et d'organisation réservent toujours une partie thématique qui permet d'informer et de débattre sur des sujets liés aux politiques publiques ou sur des thèmes proposés par les personnels. Il travaille en étroite collaboration avec les trois cadres de l'association (le chef de service éducatif du foyer, le chef d'atelier de l'ESAT, la cadre administrative), en supervision des services.
- Le chef de service éducatif : Il est chargé de l'organisation des services du foyer (éducatif, infirmerie, paramédical, services d'intérieur, veille de nuit, entretien) et gère les plannings et les congés. Il participe aux réunions hebdomadaires des équipes éducatives, oriente et décide, en concertation, des choix éducatifs. Il gère les sorties des résidents et est l'interlocuteur reconnu des parents et tuteurs. Il fait le lien entre les différents services, est garant de leur bonne articulation. Il réunit régulièrement selon un planning établi semestriellement les agents de service intérieur et les veilleurs de nuit. Il est en contact direct avec l'équipe paramédicale (psychologue et psychomotricienne) et la psychiatre, avec lesquelles il oriente leur travail.  
Si les contrats de séjours sont signés par le directeur, les annexes, revues tous les ans, qui retracent les grandes lignes du projet individuel et les modalités de prise en charge particulière susceptibles d'évolution (argent de poche, vêture,...) sont signées par lui.
- Les éducateurs spécialisés (ES) : Il n'y a pas de lien hiérarchique entre les éducateurs spécialisés et les AMP, chacun évolue sur un fond de travail commun. Tout le monde fait des levers, des couchers, des repas, anime des activités, participe aux réunions, est référent de résidents, mais les deux corps de métiers ont des responsabilités partagées. Les éducateurs spécialisés (entre un et deux

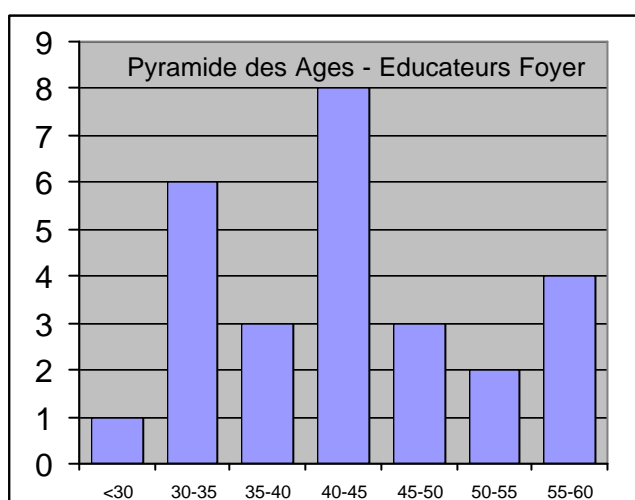
par équipe éducative) sont chargés de l'élaboration de l'ordre du jour et de l'animation des réunions d'équipe. Ils tiennent à jour le calendrier de renouvellement des synthèses et projets individualisés, des rapports de comportement destinés à la CDAPH. Ils supervisent les écrits et sont chargés de la bonne application des décisions éducatives prises en équipe.

- Les Aides Médico-Psychologique (AMP) : Sur le fond de travail commun décrit plus haut, vient s'ajouter la responsabilité des soins corporels et la veille de l'état de santé des résidants. Les moments d'accompagnement à la toilette sont des moments privilégiés pour exercer une prévention des maladies. Ils tiennent à jour des fiches (selles, règles) qui pourront être utiles aux infirmières pour le suivi de la santé des usagers. Ils sont le lien entre l'éducatif et le soin. Les AMP rédigent les écrits qui concernent les personnes dont elles sont référentes mais les font superviser ou peuvent faire appel aux éducateurs spécialisés s'ils rencontrent des difficultés de rédaction.
- Deux moniteurs techniques interviennent en temps de jour pour mener des activités qui proposent une notion de travail et engendrent un pécule à la fin de chaque mois pour les résidants qui y participent. Une des activités propose de petits travaux d'entretien d'espaces verts chez des particuliers et du collage d'affiches pour les manifestations culturelles, l'autre est tournée vers la fabrication d'objets en bois qui sont mis en vente et de petites activités de sous-traitance, essentiellement de la mise sous pli.
- Les infirmières : Elles sont chargés de la préparation et de la distribution des médicaments, des soins courants ou ponctuels, et assurent les accompagnements chez les médecins généralistes et spécialistes pour les soins curatifs et préventifs. Elles sont responsables du suivi administratif des soins.
- La psychiatre, la psychologue, la psychomotricienne : Elles sont financées par le FAM et interviennent sur le groupe des personnes autistes. La psychiatre intervient en régulation d'équipe à raison de trois heures toutes les deux semaines, la psychologue intervient auprès des résidants et assure la passation des tests dans le cadre du centre d'évaluation autisme, la psychomotricienne assure des prises en charge individuelles et collectives.

Chaque équipe éducative bénéficie d'une réunion de 3 heures hebdomadaire à laquelle participent les éducateurs spécialisés et les AMP. Les infirmières y sont présentes au rythme de 2 heures tous les 2 mois. La psychologue intervient sur le même rythme mais pas aux mêmes dates. La psychomotricienne ainsi que les moniteurs techniques peuvent être conviés pour des bilans ou lors d'événements particuliers.

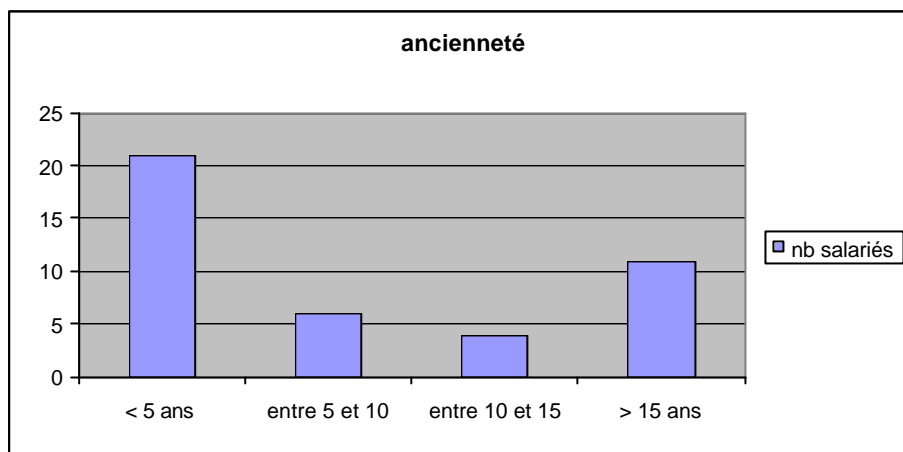
A l'heure actuelle le foyer « Les Cèdres » bénéficie d'un encadrement satisfaisant allié à une politique de formation d'AMP. Nous avons des remplaçants qui pallient les arrêts maladie et une règle a été mise en place. Chaque personne bénéficiant de Contrat à Durée Déterminée (CDD) ne peut pas effectuer plus de deux années de remplacement. Au terme de cette durée une solution doit être trouvée. Pour notre part nous proposons des cursus de formation en alternance, par le biais de contrats de professionnalisation qui permettent de former entre une et deux personnes par an aux fonctions d'AMP. Ainsi depuis octobre 2002, date de mon entrée en fonction, nous avons pu en former six. A la fin de leur cursus les nouveaux diplômés s'engagent à rechercher du travail dans un autre établissement.

Dans les embauches successives nous avons été sensibles à respecter une pyramide des âges équilibrée comme le montre le tableau ci-dessous. L'âge médian du personnel éducatif du foyer est de 42,5 ans.



Notons que l'une des éducatrices est âgée de 58 ans et à l'intention de faire valoir ses droits à la retraite dès ses 60 ans. N'apparaissent pas sur ce tableau les contrats aidés. Un homme est actuellement en contrat de professionnalisation de formation AMP, il est âgé de 31 ans. Une femme de 27 ans est également employée en renfort éducatif sur les équipes.

Cette attention à l'équilibre des âges a le mérite de proposer un encadrement éducatif, des visions de travail et des énergies complémentaires auprès des résidents. Cette vigilance des complémentarités est renforcée par une équipe peu ancienne puisque la moitié de l'équipe est présente depuis moins de 5 ans comme le montre le graphique ci-dessous.



Par contre nous n'arrivons pas à équilibrer, phénomène général dans les structures accueillant des publics handicapés, la mixité et nous sommes confrontés à l'extrême féminisation des emplois. 27% d'hommes dans l'encadrement éducatif et seulement 20% dans l'ensemble du personnel rattaché au foyer.

#### D) Des activités en évolution

Baudriers d'escalades et échelles de cordes pour la spéléologie sont rangés au placard. Si des activités sportives étaient envisageables il y a une dizaine d'années pour une population encore jeune et physiquement relativement homogène, les années ont fait que maintenant seuls deux ou trois résidants pourraient encore bénéficier d'activités sportives. A l'heure actuelle nous avons l'exigence que chaque résidant puisse bénéficier de trois types d'activités différentes dans la semaine :

- une activité de type physique qui peut aller de la simple marche d'entretien ;
- à la monte à cheval ou la musculation ;
- une activité de type apprentissage et socialisation : atelier de sous-traitance ou atelier espaces verts, alphabétisation, courses, pâtisserie, etc. ;
- une activité d'expression : danse, percussion, arts plastique, etc..

Il faut bien entendu adapter ces activités aux différentes capacités des résidants, mais aussi et c'est un phénomène à anticiper, aux intérêts dus à l'âge. Les groupes actuels sont formés de personnes aux capacités relativement homogènes, mais de plus en plus aux intérêts qui divergent. L'entrain des personnes quinquagénaires pour partir en activité n'est pas la même que celui des gens jeunes et il devient difficile pour les équipes éducatives de gérer ces intérêts différents dans l'organisation des journées.

## **1.2 OÙ SONT PASSES NOS VINGT ANS ?**

### **1.2.1 En 2003 : un changement en profondeur**

C'est en juillet de l'année 2003 qu'a été créé le FAM et qu'ont été inaugurés les nouveaux locaux qui ont créé l'extension du foyer. Si l'ancien bâtiment abritait trois groupes de vie, un par étage, la nouvelle organisation crée quatre groupes, deux sur l'ancien bâtiment, deux sur le nouveau. Arrivé à mon poste de chef de service en octobre 2002, j'ai été chargé de la mise en place des nouveaux groupes, de l'élaboration de leurs projets et participé à l'embauche de 8 personnes pour l'encadrement éducatif. La période couvrant du mois d'octobre 2002 à juillet 2003 a été remarquable par le changement de vision éducative qu'il a fallu imposer (au moment où l'esprit de la loi de 2002 pénétrait les institutions) à une équipe éducative très soudée et fondamentalement communautaire, qui sortait d'un conflit important avec la chef de service précédente. Nous étions dans un système cohérent dans ses choix de prise en charge où l'intérêt des personnes accueillies primait sur les désaccords des personnels. Mais j'ai pu me rendre compte rapidement de ses limites. A savoir qu'il ne fonctionne que par la force de l'habitude d'une équipe qui travaille ensemble depuis longtemps. Le moindre changement dans l'ordre établi peut ébranler le fonctionnement, la prise d'initiative devient de ce fait pratiquement inenvisageable car possible facteur de déstabilisation et les acteurs de terrain (AMP et ES), au nom de la solidarité fonctionnent tous sur le même niveau d'intervention malgré les formations différentes qu'ils ont reçues. D'un idéal de responsabilisation collective, on en arrive à une déresponsabilisation individuelle et à un consensus de prise en charge qui, ainsi, devient figé, peu innovant et dans lequel les résidants doivent s'adapter au rythme de l'institution.

L'extension a donc été un bouleversement pour la plupart des personnes et cette période a été l'occasion de redéfinir les objectifs éducatifs, avec une réflexion de fond sur la nécessité d'individualisation de la prise en charge des personnes, et la mise en place d'une méthodologie pour les projets individualisés.

Cette période a aussi été l'occasion de redéfinir les rôles des AMP et des ES comme défini dans le chapitre précédent et d'établir une « règle du jeu », à savoir que tous les personnels éducatifs tourneront sur les groupes et que chacun devra avoir changé au moins une fois tous les cinq ans. Ces changements de fonctionnement se sont déroulés de manière très satisfaisante. La perspective d'un nouvel élan éducatif, l'arrivée de nouveaux personnels, la réflexion autour de la loi de 2002, ont permis de créer une dynamique et une cohérence de la réflexion qui nous permet d'anticiper sur les enjeux à venir.



## 1.2.2 Vingt ans plus tard : la réalité du vieillissement

Le problème de la prise en charge des personnes handicapées ne peut pas être développé sans aborder la réalité de l'allongement de l'espérance de vie de ces personnes. C'est René LENOIR<sup>5</sup> qui le premier annonçait en 1976 : « *Les débiles profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge* ». Il est vrai qu'aujourd'hui les personnes handicapées connaissent comme le reste de la population une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie. Ils vivent plus longtemps et en bonne santé. Si des études ont été menées dans différents pays européens et aux Etats-Unis auprès de populations handicapées mentales ou physiques, en France ces initiatives ont surtout été menées par différents CREA (Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) à partir de la fin des années 80.

Dans leur étude sur les personnes handicapées vieillissantes, Bernard AZEMA et Nathalie MARTINEZ<sup>6</sup>, font un recensement et un bilan des données disponibles. Ils expliquent que les pays développés « *ont vu baisser de manière considérable leur mortalité, puis leur natalité.... Cette baisse de la mortalité épargne de manière sélective les individus situés aux âges extrêmes de la vie en épargnant plus de jeunes que de vieux. Dans ce scénario, il se produit à long terme une augmentation relative de la proportion de personnes de moins de 20 ans et de plus de 75 ans. Or les facteurs de déficience au long cours se manifestent en grande partie aux premiers âges de la vie,.... Dès lors, tout gain de survie dans les premiers âges génère des gains d'espérance de vie aux premiers âges et au-delà. Les personnes handicapées ont donc bénéficié largement de ces gains de la population générale.* » Ce qui fait que les courbes d'espérance de vie des personnes handicapées « *tendent à se rapprocher progressivement des courbes d'espérance de vie de la population générale (...) comme en population générale, les filles ont, globalement, une meilleure espérance de vie que les garçons à l'exception notable des personnes porteuses d'une trisomie 21.* »

La population du foyer « Les Cèdres » suit évidemment la même tendance à vieillir bien et en bonne santé. Et c'est bien sur le double vieillissement parallèle des parents et de leurs enfants que se pose un des enjeux de la prise en charge.

---

<sup>5</sup> René LENOIR : secrétaire d'état à l'action sociale de 1974 à 1978. Il est à l'origine de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées.

<sup>6</sup> AZEMA B. et MARTINEZ N., (2003), *les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs*, Rapport d'étude pour la DRESS, Ministère des Affaires sociales du Travail et de la Solidarité – Ministère de la Santé de la famille et des personnes handicapées. CREA Languedoc-Roussillon, Montpellier, 317p.

A sa création, le foyer accueille une population jeune, et même si la structure était ouverte tout au long de l'année, les résidants sortaient régulièrement pour les week-ends et pendant les temps de vacances scolaires. Les parents eux aussi plus jeunes pouvaient participer à la prise en charge de leur enfant, et pour certains, n'hésitaient pas à faire de longs trajets pour leur faire profiter de moments en famille.

Depuis 2003, nous avons pu constater une nette évolution dans les sorties des résidants. Si 40 % d'entre eux étaient pris en charge par leurs parents tous les week-ends en 2003, ils ne sont plus que 26 % aujourd'hui et les prévisions nous amènent à environ 10 % de sorties hebdomadaires dans les trois ou quatre années à venir. Cet espacement des départs ne concerne pas que les week-ends, il se répercute également sur la durée des séjours familiaux lors des périodes d'été ou de Noël. La cause de ce phénomène est due au vieillissement des parents ou au décès de l'un d'eux.

En 2006, nous avons dû assurer le transport de 4 résidants supplémentaires à cause de l'éloignement des parents. S'ils peuvent toujours prendre en charge leur enfant à domicile, ils ne désirent plus le prendre tous les week-ends mais au rythme d'un sur deux. Ces quatre familles habitent à une distance d'environ 40 à 50 kilomètres et ne souhaitent plus s'aventurer sur les routes départementales et souvent sinueuses du département, surtout pendant l'hiver. Sur ces quatre familles, il ne reste qu'un couple âgé de 83 et 87 ans, et trois mères, veuves, dont la plus âgée a 87 ans et la plus jeune 72 ans. Leurs enfants ont entre 37 et 45 ans, sont en bonne santé et ne présentent pas de signes de vieillissement précoce .

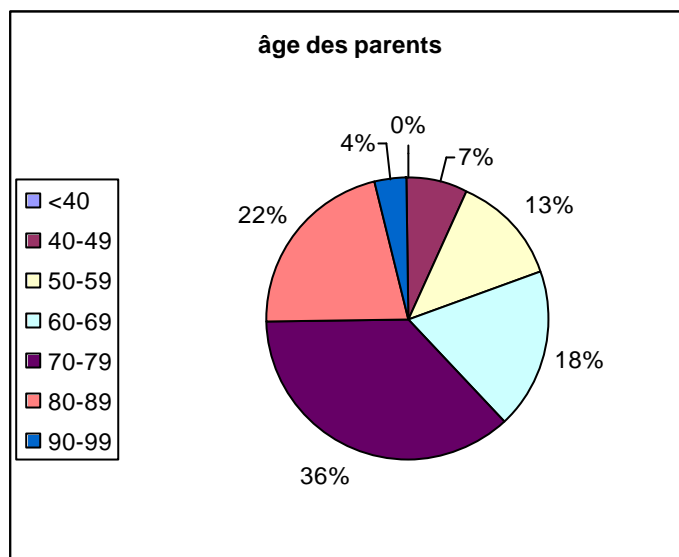
Cette situation pose également le problème du maintien du lien familial, car assurer le transport des personnes nécessite une organisation qui devient complexe au vu de la configuration géographique du département. Un chauffeur en contrat aidé, car non budgété, doit assurer l'accompagnement de 9 à 11 personnes le lundi et 13 personnes le vendredi. Il doit effectuer deux rotations d'environ 150 kilomètres pour environ 3 heures de route. Certaines fois, pour des raisons d'organisation les transports doivent être partagés avec l'aide de l'homme d'entretien.

Nous estimons qu'à l'échéance de 7 à 8 ans 65 % des personnes ne sortiront plus chez leurs parents, aucune ne sortira tous les week-ends, environ 15 % sortira 1 week-end sur deux, les 20 % restants sortiront au rythme d'environ une fois par mois. Et nous savons par expérience que se sont pratiquement les parents seuls qui assurent la garantie des rythmes de sortie. Les fratries, pour diverses raisons, n'assurent que très rarement un rythme régulier dans le relais post-parental.

A cette échéance, la réalité de l'accompagnement à domicile continuera à exister car si certains parents auront disparu, les autres qui pourront continuer à prendre leur enfant auront vieilli.

Les trois tableaux ci-dessous résument les défis auxquels nous sommes confrontés.

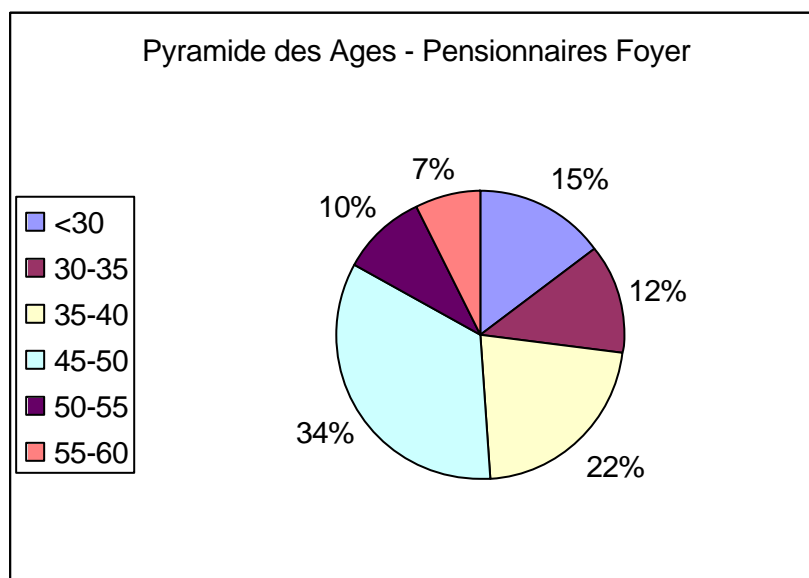
Le premier tableau montre que le vieillissement des parents est une réalité prégnante, 62% d'entre eux ont plus de 70 ans, pratiquement ¼ entre 80 et 93 ans pour le plus âgé.



Le deuxième montre le nombre de résidents qui ont perdu un de leur parents ou les deux.

Père décédé	Mère décédée	Père et mère décédés
12	4	5

Le troisième nous montre que plus de la moitié des résidents a plus de 45 ans et que le vieillissement est bien un enjeu majeur des prochaines années.



Ce problème de l'espace des sorties, dû au vieillissement et à la disparition des parents dans un premier temps, et la prise en compte du vieillissement des résidents dans les 10 années à venir pose, comme nous venons de le voir, le problème de la prise en charge dans un lieu unique sans ailleurs possible pour des personnes qui devront être accompagnés par des professionnels tout au long de leur vie.

### 1.2.3 Le risque d'un retour à un système « asilaire »

Actuellement le problème majeur de cette évolution est que le samedi et le dimanche, qui étaient des moments privilégiés pour ceux qui ne sortaient pas ou peu, deviennent maintenant des moments où l'on rajoute de la collectivité à la collectivité avec une prise en charge par une équipe éducative peu renforcée. Là où il faudrait deux éducateurs en plus pour assurer le même confort d'accompagnement, à savoir le maintien d'activités en petits groupes, il n'a été possible pour l'instant de n'en mettre qu'un. Nous arrivons donc au paradoxe d'avoir moins d'encadrement le week-end que sur les jours de semaine. D'un ratio d'encadrement moyen d'un éducateur pour 4 résidents pendant la semaine qui permet d'assurer une qualité de prise en charge éducative, nous passons à un pour 6 le week-end et entrons alors dans une logique de gestion de groupe où l'essentiel est de préserver une ambiance collective paisible. Actuellement nous pourrions répondre au problème en modifiant le rythme d'intervention des équipes éducatives sur le week-end. D'une fréquence d'un samedi et dimanche sur trois il faudrait passer à un sur deux et demi pour garantir une prise en charge satisfaisante. Outre le fait que cette solution est difficilement envisageable sur le plan des ressources humaines, elle présenterait l'inconvénient majeur d'enlever du temps d'intervention sur la semaine et ne solutionnerait surtout pas le problème de la « condamnation » des personnes à une collectivité perpétuelle.

Cette gestion du groupe a aussi l'inconvénient de ne pouvoir répondre que difficilement à la participation d'événements hors établissement (fêtes de village, animations culturelles, etc.) car l'organisation éducative en devient complexe.

Actuellement, si la situation actuelle ne pose pas de problème aux personnes qui continuent à sortir régulièrement, elle devient de plus en plus lourde pour celles qui sont obligées à la collectivité, parce qu'elles ne sortent jamais ou qu'occasionnellement, le plus souvent pour des temps très courts (par exemple un dimanche après-midi tous les 15 jours). Pour ces personnes le week-end devient source d'angoisse, et il n'est pas rare que les problèmes de comportement s'exacerbent durant ces moments. Les vendredis après-midi, moments de départs, deviennent parfois des moments de gestion de crise et les résidents qui ne sortent pas expriment, chacun à leur manière, les difficultés à subir la collectivité en permanence. Ces situations sont difficilement anticipables et il peut arriver qu'il faille mettre une personne en renfort pour gérer des situations tendues.

Actuellement, cet état de fait concerne 10 personnes mais ce chiffre risque de doubler dans les prochaines années. D'autant que depuis peu nous assistons à un phénomène nouveau concernant 5 ou 6 résidents du foyer sortant tous les week-ends mais qui demandent à rentrer chez eux moins souvent. Leur demande se traduit le plus souvent par une attitude que certains parents définissent comme tyrannique. Ce comportement

provoque des réactions douloureuses chez les mères qui pourtant avouent leur fatigue et reconnaissent volontiers que leur enfant s'ennuie à la maison. Mais ces demandes ne signifient-elles pas simplement que ces personnes revendiquent leur droit d'adulte, en exprimant qu'elles considèrent que leur lieu de résidence est le foyer, et qu'elles entendent rendre visite à leurs parents quand elles le désirent et non plus comme nous le désirons pour elles ?

La situation des adultes autistes pose le même problème, mais de façon différente. Les résidants sortent tous au rythme d'un week-end sur deux, les mêmes pour des raisons d'organisation, sauf une femme qui sort tous les dimanche. Le taux d'encadrement sur ce groupe varie de deux à trois éducateurs pour huit en semaine selon les heures de la journée mais il passe à un éducateur qui bénéficie d'un renfort de 10 heures à 17 heures le week-end. Nous sommes donc ici aussi dans le paradoxe d'un taux d'encadrement adapté à des prises en charge individualisées pendant la semaine, à une gestion de groupe le samedi et le dimanche. Ce déséquilibre doit aussi trouver une solution à terme, d'autant que les autistes qui sont accompagnés par le programme TEACCH au foyer « Les Cèdres » ne bénéficient pas des avantages de cette communication adaptée quand ils rentrent chez eux. Si cette situation est gérable le temps d'un week-end tous les quinze jours, elle devient plus compliquée pendant le temps des vacances d'été ou d'hiver.

Le dernier défi qu'il faudra relever est le temps des vacances. Si le foyer est ouvert en permanence, nous proposons aux parents de prendre leur enfant chez eux pendant deux périodes qui correspondent aux périodes des demandes de congés de la majorité des personnels: à savoir trois semaines à cheval sur les mois de juillet et août, deux semaines pendant les vacances scolaires d'hiver. Ces périodes ne sont que des suggestions et chacun reste libre d'en disposer ou pas. En 2006 la durée de sorties, hors week-end pour les résidants étaient de 23,4 jours par an. Elle n'a pas baissé de manière significative en deux ans puisqu'en 2004 elle était 24,6 jours. Cette courbe risque pourtant de chuter rapidement dans les années à venir car nous pouvons estimer qu'à échéance de deux à trois ans et au regard de l'âge médian des parents, entre 8 et 10 résidants qui sortaient depuis des années au rythme de trois semaines l'été et une dizaine de jours l'hiver risquent de voir leurs séjours en famille écourtés de manière spectaculaire.

Le foyer « Les Cèdres » se retrouve donc confronté à un triple défi pour assurer à chacun le droit à vivre dans la dignité et à exercer pleinement sa citoyenneté comme le rappelle la loi du 11 février 2005 :

- répondre à une population vieillissante (9 personnes ont plus de 50 ans) qui deviendront plus dépendantes et pour lesquelles les activités actuellement proposées ne seront plus forcément pertinentes ;

- pouvoir trouver un ailleurs aux personnes encore jeunes mais qui n'auront plus le repli familial pour s'échapper de la communauté, et par ce biais pouvoir au niveau des ressources humaines de l'établissement continuer à gérer des week-ends non surchargés ;
- assurer un suivi de la prise en charge des personnes autistes entre l'institution et le domicile familial.

Les réponses apportées ne pourront pas être déconnectées de la réalité des personnes en situation de handicap du département. Des solutions alternatives doivent être trouvées en accord avec les orientations du schéma départemental pour appréhender des formes de prises en charge novatrices et réactives.

### **1.3 LE LOT : UN DÉPARTEMENT QUI PREND EN COMPTE LA RURALITÉ**

Le département du Lot<sup>7</sup> est une terre de transition entre le massif central et les plaines de la Garonne. Il couvre une superficie de 5230 km<sup>2</sup> ce qui le place au 72<sup>ème</sup> rang national<sup>8</sup>.

Le Lot est le département le moins peuplé des huit qui constituent la région Midi-Pyrénées et 67 % de sa population habite en zone rurale ; c'est le plus fort taux de Midi-Pyrénées. Le recensement réalisé en 1999 a permis d'établir la population lotoise à 160 097 habitants soit 2,3 % de la population de la région et place le département au 88<sup>ème</sup> rang national.

La densité moyenne de population est de 31 habitants au km<sup>2</sup>. Elle n'est cependant que de 7 habitants au km<sup>2</sup> au niveau du causse central.

La moyenne d'âge de la population y est plus élevée que la moyenne nationale comme le montre le tableau ci-dessous :

	France	Lot
Moins de 20 ans	25,9 %	20,3 %
De 20 à 59 ans	53,8 %	48,6 %
60 ans et plus	20,3 %	31,1 %

<sup>7</sup> Source Info – Tools. [Visité le 8 mai 2007]. Disponible sur Internet : <<http://www.info-tools.net/>>

<sup>8</sup> V. carte annexe 3

Le département a pour chef lieu Cahors. Il est divisé en trois arrondissements : Cahors (20 003 h), Figeac (9 606 h), Gourdon (4 882 h), et il est composé de 31 cantons et de 340 communes.

L'économie du Lot se divise en quatre secteurs :

- L'agriculture : Elle occupe un pourcentage de la population supérieure à la moyenne nationale. Ses productions composées aux 2/3 par des productions animales sont orientées vers des produits de qualité. Les produits dits de terroir représentent un quart de la valeur de la production lotoise.
- L'industrie : Le département du Lot se distingue par un tissu diversifié de petites et moyennes entreprises industrielles. Réparties sur 7 bassins d'emploi, ces entreprises sont essentiellement concentrées dans 3 branches dominantes : la mécanique, l'agroalimentaire, la construction électrique et électronique.
- Le tourisme : Le département du Lot compte plus de 420 sites protégés et monuments historiques, (le tiers de ceux de la région Midi-Pyrénées qui compte huit départements). Fort de ces atouts, le Lot s'appuie avec détermination sur ce potentiel : le chiffre d'affaires du tourisme lotois croît régulièrement au point de représenter, avec l'agriculture et l'industrie, le 3<sup>ème</sup> secteur clé du développement.
- Les services : Ils représentent 1860 entreprises dans les secteurs de l'hôtellerie, la banque, les transports et télécommunications, les services immobiliers, les services rendus aux entreprises et les services aux personnes. Ce secteur emploie 6250 personnes dont 2160 pour les services aux personnes, soit 34,6 %. Il est en croissance et les demandes augmentent au regard du vieillissement de la population. Dans le futur, les associations de services à la personne habilitées à intervenir auprès des personnes handicapées de la région de Figeac pourront devenir, de par l'évolution des accompagnements institutionnels, des partenaires privilégiés de l'APEAI en concluant par exemple des conventions, permettant de garantir une continuité des prises en charge comme le prévoit l'article L.312-7 de la loi du 2 janvier 2002.

### **1.3.1 La situation du secteur médico-social du département en Midi-Pyrénées**

L'enquête de la DRASS Midi-Pyrénées<sup>9</sup> établit l'état des lieux au 31 décembre 2001 de la prise en charge des personnes adultes handicapées en institution dans les 9

---

<sup>9</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées – Services Etudes et Statistiques (éd.). *Les adultes handicapés accueillis dans les Établissements et Services de Midi-Pyrénées – Exploitation de l'enquête ES01*, 2004. 115p.

départements de la région. A cette date, 9728 adultes handicapés bénéficiaient d'un accueil. Le taux d'équipement par département était le suivant :

	Population de 20 à 59 ans*	Places occupées	Taux d'équipement pour 1000 habitants	Pour mémoire taux d'équipement enquête ES95
09. Ariège	70031	500	7,14	6,68
12. Aveyron	131494	970	7,38	6,70
31. Haute-Garonne	626007	3459	5,53	5,54
32. Gers	86004	738	8,58	7,94
46. Lot	80275	521	6,49	4,84
65. Hautes-Pyrénées	115088	1219	10,59	8,83
81. Tarn	175105	1400	8,00	6,54
82. Tarn et Garonne	108025	921	8,53	7,09
	1392029	9728	6,99	6,37

\* source INSEE : estimations locales de population au 01 janvier 2002

Il est à noter que le département de la Haute-Garonne qui accueille plus de 35 % des adultes handicapés dans les différentes structures a le taux d'équipement le plus faible de la région. Proportionnellement, c'est le Lot qui progresse le plus entre 1995 et 2001 pour atteindre le taux moyen régional (il avait le plus faible en 1995).

Entre 1995 et 2001 les effectifs des adultes handicapés accueillis en structure ont progressé de 15,6 % en moyenne dans la région et c'est le Lot qui enregistre la plus forte progression avec 39,68 %.

Le Lot est au-delà de la moyenne régionale pour l'équipement en foyer de vie, avec un taux d'équipement de 1,54 contre 1,49 en Midi-Pyrénées. Ces foyers de vie accueillent une majorité d'hommes (58 %) et l'âge moyen à l'entrée est de 27 ans, ce qui montre la non-continuité entre les structures pour enfants et adolescents et les structures pour adultes, par manque de capacité d'accueil. Le point remarquable et qui pointe du doigt le problème de la réalité du vieillissement, est l'augmentation sensible et régulière de la moyenne d'âge des personnes accueillies. A la fin de l'année 2001 la moyenne d'âge est de 39 ans et demi contre 36 ans et 3 mois en 1995. Plus de 46 % de l'effectif a plus de 40 ans contre 33 % en 1995.

Au foyer « Les Cèdres », nous entrons dans cette moyenne avec une moyenne d'âge de 40 ans au mois de mai 2007. cette moyenne mérite pourtant d'être pondérée car la partie sous statut FAM ouverte en juillet 2003 a permis d'accueillir des autistes jeunes. Le tableau ci-dessous montre la répartition des résidents entre le foyer de vie et le FAM.



	< 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	>50 ans	Total	moyenne
Foyer de vie	2	10	13	9	34	42 ans
F.A.M.	3	4	0	1	8	33 ans

Il est bon de préciser à nouveau que sur le foyer, 3 personnes ont entre 55 et 58 ans. Cette moyenne des âges, de trois ans au-dessus de la moyenne régionale n'a rien d'étonnant quand on sait que la moyenne d'âge de la population est dans le Lot plus élevée que dans d'autres départements du Sud-Ouest.

### 1.3.2 Le schéma départemental pour les adultes handicapés

Le schéma départemental des services et établissements pour adultes handicapés du département couvre la période 2001-2006. il est en cours de réactualisation et sert donc toujours de référence pour les politiques sociales en faveur des personnes handicapées. Il a été réalisé conjointement par le conseil général et les services de l'état, et plus spécifiquement rédigé par la DSD et la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). Au vu de sa date de rédaction, il ne prend pas en compte les nouvelles dispositions des lois du 2 janvier 2002, de celle du 11 février 2005 et de l'acte 2 de la décentralisation du 13 août 2004 qui attribue un rôle de "chef de file" en matière d'aide sociale aux départements. Mais on remarque à sa lecture qu'il anticipe ces changements.

D'un point de vue méthodologique :

- L'étude s'est déroulée sur un an et a impliqué plus de 80 personnes. Il fixe sur ces bases les grands principes de son action pour les six premières années de ce siècle en énonçant en préambule <sup>10</sup> : *« l'enjeu pour les années à venir sera de concilier les réponses aux besoins des handicapés et de leurs familles, la poursuite d'une dynamique d'intégration et de maintien à domicile et la maîtrise des coûts budgétaires : il ne s'agit plus de placer, mais de répondre à des demandes, à des capacités qui évoluent ».*
- Le travail s'est concentré sur cinq thèmes :
  - les services d'accompagnement ;
  - les capacités d'accueil institutionnel ;
  - l'aménagement du temps de travail des travailleurs handicapés ;
  - les échanges et la coordination entre les acteurs du secteur ;

---

<sup>10</sup> Conseil Général du Lot. Préfecture du Lot. *Schéma départemental des services et établissements pour adultes handicapés- 2001-2006.*

- la prise en charge de l'autisme.

Le constat fait en 1999 montre que la capacité d'accueil en foyers de vie (alors nommés foyers occupationnels) est supérieure à la moyenne régionale (1,98 contre 1,50 ) et à la moyenne nationale qui est de 1,13. Par contre il est noté qu'il n'y a pas de foyer à double tarification dans le département. En 2003 ce manque a été comblé par la création du FAM de l'APEAI qui ainsi répondait à l'une des priorités du schéma en créant des places pour autistes pouvant bénéficier d'une prise en charge spécifique. Si la réalité paraît satisfaisante, elle est cependant plus nuancée. Un foyer de vie créé sur Figeac qui accueille 40 déficients visuels avec handicaps associés effectue son recrutement essentiellement dans la région parisienne. Par ailleurs un grand établissement de santé de la région a ouvert un foyer de vie en septembre 1999, mais accueille 30 personnes qui étaient déjà accueillies dans d'autres services de l'institution. Ainsi en 2001 le schéma note que malgré des ratios satisfaisants, 22 demandes d'orientations en foyers occupationnels ne sont pas satisfaites. A la fin de la période de planification du schéma, les besoins d'accueil en institution ne sont pas couverts malgré les efforts réalisés. Les attentes pour une prise en charge adaptée des enfants et des adultes autistes restent importantes, même si l'APEAI, outre les 7 places pour autistes, a créé 5 places supplémentaires sur le foyer de vie, qu'une annexe au foyer des déficients visuels s'est ouverte à Gramat augmentant la capacité de 20 places, on constate que le prochain foyer de vie d'une capacité de 30 places qui doit ouvrir ses portes à Gourdon en 2008 a déjà fait le plein de sa liste d'attente.

Le schéma insiste sur le besoin de diversification des accueils et sur les demandes des personnes handicapées ou de leurs familles de pouvoir accéder à des aides à domicile de qualité. Certaines personnes vivent dans des conditions précaires et si d'autres sont prises en charge de manière satisfaisante par des associations d'aide ou de maintien à domicile ou dans le cadre de mise sous tutelle ou curatelle, le suivi reste individuel et n'est pris en compte par aucun dispositif de coordination.

Un manque est également souligné, celui de l'accueil temporaire pour répondre à différentes situations :

- *"décès de l'hébergeant de la personne handicapée, quand elle n'est pas autonome seule, ou quand cette nouvelle situation requiert un temps d'adaptation, un accompagnement ;*
- *amoindrissement des capacités des personnes en raison de leurs handicaps ou de leur âge, nécessitant une adaptation ou une transformation de leur mode d'hébergement ;*
- *baisse temporaire des capacités, fatigabilité qui nécessiterait un soutien plus important,..."*

Or à cette époque, il n'existe pas de réponse à ces situations, hormis l'hospitalisation. En 2006, trois places d'accueil temporaire sont opérationnelles dans le département dont deux au foyer « Les Cèdres » (une sur le foyer, une sur le FAM). Nous verrons dans la deuxième partie que ces places ont vite rencontré un succès, sur les besoins énoncés dans le schéma, mais également grâce à l'émergence d'autres besoins.

Le schéma, dans ces orientations, bien qu'il ait été rédigé sous le dispositif des lois du 30 juin 1975, anticipe le nouveau cadre légal dans ses orientations. Il énonce : « *ces orientations placent la personne handicapée au centre des dispositifs par une réponse adaptée à un projet individualisé, et s'inscrivent dans une démarche qualité.* » Il engage son action en s'orientant vers trois grandes voies : l'aide à la vie à domicile des personnes handicapées, l'adaptation des équipements par la création de places mais aussi par la diversification des modes d'accueil, la dynamique départementale dans la veille, l'observation et la mise en réseau des différents partenaires concernés.

Je peux ajouter que le nouveau schéma, au regard des problématiques soulevées dans cette première partie devra évoluer dans le sens de solutions d'accompagnements alternatives et développer les places d'accueil temporaires, comme l'a déjà compris la DSD.

### **1.3.3 Une enquête départementale qui force à réagir**

En 2003 le Conseil Général du département décide de faire une enquête en vue d'évaluer les besoins des personnes handicapées à domicile bénéficiant de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Le recensement des besoins est assuré par des associations qui ont un SAVS au sein de leur organisation. Le secteur Est et Nord-Est du Lot est confié à l'APEAI et à l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, l'Adolescent et l'Adulte (ARSEAA) qui ont toutes les deux des structures sur Figeac. Le recensement est effectué en 2004, les résultats remis à la fin de cette même année. Faute de temps Le dépouillement et l'analyse n'ont à ce jour pas été effectués par les services du conseil général.

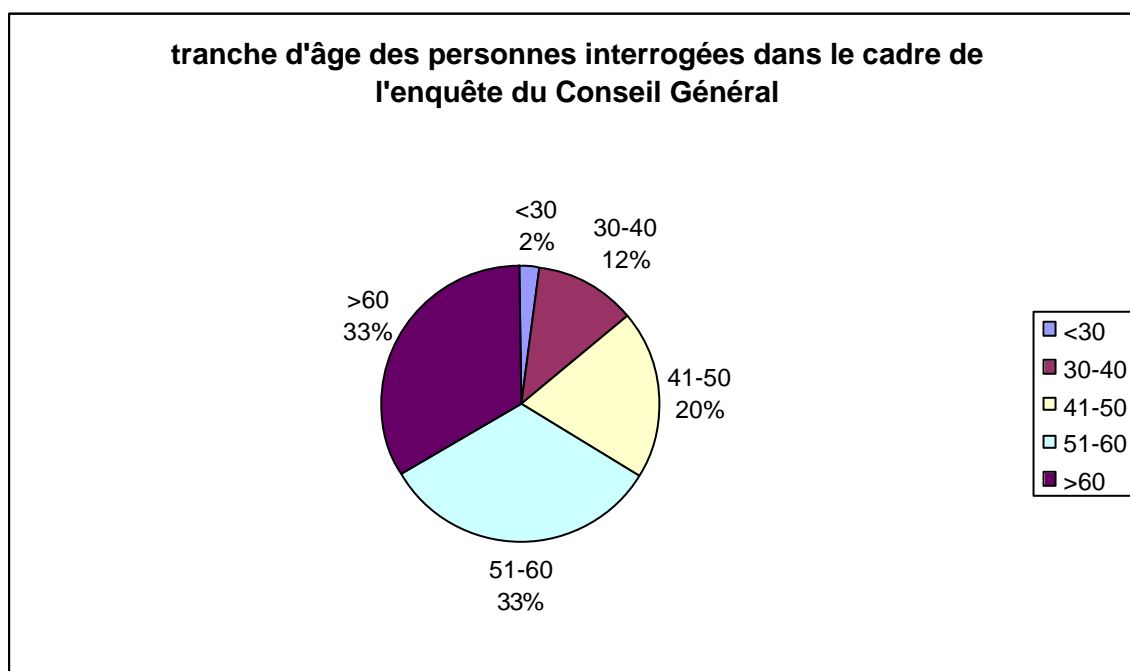
En vue de la rédaction de ce travail, je me suis procuré tous les questionnaires assurés par les deux associations figeacoises, qui couvrent environ ¼ du département et autant de la population. Cette étude s'étend dans un rayon d'une quarantaine de kilomètres à l'Ouest et au Nord de Figeac, le Sud ne s'étendant que sur 5 kilomètres car délimité par le département de l'Aveyron et l'Est par le Cantal à 20 kilomètres. Les besoins répertoriés dans cette zone géographique peuvent être considérés comme représentatif de la population lotoise car le département présente une répartition homogène de sa population. On ne trouve pas un grand centre urbain qui draine une population présentant des caractéristiques propres à ce type d'habitat. L'analyse des résultats peut donc être

interprétée à une échelle de quatre, ce qui donnera une idée globale et relativement précise des besoins recensés.

Mon analyse porte donc sur 91 personnes qui ont rempli le questionnaire proposé (V. annexe 4).

Il est intéressant en premier lieu de voir la répartition des âges dans cette enquête. Ce critère nous permet de déterminer quelles sont les personnes qui sont concernées par une prise en charge relevant du secteur médico-social et celles relevant du secteur personnes âgées. Si nous ne pouvons pas imposer de limites administratives strictes entre les deux catégories de population, on s'aperçoit que les personnes de plus de soixante ans restées à domicile, en ont eu la possibilité de par un handicap souvent dû à une perte d'autonomie en lien avec le vieillissement et qui a pu être compensée par l'apport de l'ACTP ou de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) servant à financer l'intervention de services adaptés tels que les associations d'aide à domicile et/ou les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). Ces personnes envisagent toutes un maintien le plus longtemps possible à domicile avant d'intégrer des structures de type EHPAD, Logement Foyer ou Unité de Soins Longue Durée (USLD).

Le tableau ci-dessous montre que cette population représente 33% de ces personnes interrogées. Les âges ont été réactualisés à l'année 2007.



Je m'attacherai donc à recenser les besoins des personnes qui ont à ce jour entre 28 ans et 60 ans, soit 52 personnes.

Sur ces 52 personnes, 23 souffrent d'un handicap physique et d'une mobilité réduite, 29 présentent des déficiences mentales avec pour 4 d'entre elles un handicap physique associé.

Le tableau ci-dessous montre le cadre d'hébergement de ces personnes :

	Seul	Couple	Parents	Famille d'accueil
Nombre	20	6	24	2

31 personnes bénéficient de soins infirmiers et /ou d'une aide ménagère.

Il me semble intéressant de préciser les 5 points les plus remarquables qui ont pu être extraits de cette enquête et qui caractérisent les manques et les besoins des personnes :

- les 2/3 d'entre elles ne pratiquent pas d'activités journalières (35 des questionnaires n'ont pas été renseignés sur ces items) :
- la pratique de loisirs est peu courante, hormis la télévision que 35 personnes reconnaissent consommer en abondance. La marche reste l'activité la plus répandue, la fréquentation d'activités associatives ne concernent que deux personnes. La possibilité de pratiques socialisantes et de loisirs est l'un des soucis majeur des personnes interrogées qui aimeraient pouvoir avoir un accès aux loisirs mais qui sont trop isolées pour que cela soit possible ;
- 47 personnes disent avoir un état de santé qui se dégrade, 11 sur le plan physique, 36 sur le plan intellectuel ou comportemental. Et si cet item n'apparaît pas dans le questionnaire, 26 personnes, soit la moitié des questionnaires notent un état dépressif ;
- signalons que la totalité des personnes interrogées ont besoin d'une aide pour plusieurs actes de la vie quotidienne et que la grande majorité demandent une aide partielle ou totale ;
- si l'avenir reste une préoccupation, elle reste un point noir difficilement anticipable. La plupart des personnes expriment une fatalité. Les soins et les aides ménagères apportées amènent une solution a minima pour le confort physique, mais la dimension psychologique est peu prise en compte. Elle est assurée par des familles qui « *font ce qu'elle peuvent* ».

Une fois ces constats posés, on se rend compte que l'accompagnement global des personnes en situation de handicap et de leurs aidants est une priorité. La demande est forte de pouvoir bénéficier d'un accompagnement qui dépasse le geste technique et qui prend la personne dans ses dimensions physiques et psychiques. Lui donner la possibilité d'un accès aux loisirs et à la culture à l'extérieur de chez elle, lui offrir temporairement un cadre éducatif et socialisant, préparer l'avenir, aider les familles en les soulageant occasionnellement doivent être les priorités pour une aide de qualité aux personnes non prises en charge en institution.

L'enquête révèle que 30 personnes pourraient bénéficier d'un Service d'Aide Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), 25 d'un accueil temporaire dont 11 en demande et 14 qui aimeraient mieux connaître le dispositif avant de se prononcer. Les réticences viennent de la peur d'un système institutionnel mal connu et fantasmé, et de la peur d'abandonner ou de s'abandonner aux mains de professionnels « tout puissant ». Dans tous les cas la volonté de rester le plus longtemps à domicile est un sentiment général qu'il convient de respecter dans la mise en œuvre de solutions adaptées aux difficultés prégnantes de ces personnes.

Comme je l'ai noté plus haut, cette analyse de l'enquête ne porte que sur la région du figeacois, soit environ  $\frac{1}{4}$  de la population du département du Lot. On peut sans risquer d'erreur majeure et au vu de l'homogénéité de la population tant d'un point de vue géographique que sociologique, extrapoler ce résultat en estimant qu'au niveau départemental environ 120 personnes auraient besoin d'un accompagnement de type SAMSAH et qu'une centaine de familles pourraient tirer un bénéfice d'une structure qui proposerait de l'accueil temporaire.

En conclusion de cette première partie, et au regard des constats institutionnel et départemental décrits dans cette première partie, nous remarquons qu'il est nécessaire de proposer des solutions alternatives à l'accompagnement des personnes handicapées, en mettant en place des réponses de proximité adaptées et réactives qui leur permettront de mieux vivre le présent, mais aussi de préparer l'avenir.

La mise en place d'un réseau d'accueillants familiaux pour les personnes vieillissantes en institution, la création d'un SAMSAH qui permettra d'apporter une aide médico-sociale pour les personnes à domicile et la création d'une structure d'accueil temporaire, sont des réponses adaptées pour atteindre ces objectifs.

Afin de mieux analyser ces solutions proposées, nous allons voir dans la deuxième partie le cadre légal dans lequel ces services peuvent être mis en place et ses conséquences sur l'évolution de la prise en charge des personnes dans leur quotidien.

## 2 UN CADRE ET DES ANALYSES QUI OUVRENT DES VOIES

Que pourrait-on faire des constats de la première partie, qui définissent des nouveaux besoins pour les personnes en institution et font apparaître les laissés pour compte des systèmes de prise en charge médico-sociaux, si le législateur ne nous indiquait pas de nouveaux chemins à défricher ? A l'heure où les institutions et les cités dans lesquelles elles sont bâties doivent se rencontrer, il est impératif de s'appropriier les textes avec lesquelles nous construirons des ponts qui conduiront à l'inclusion des personnes fragiles, en suivant la voie de Daniel SIBONY qui déclare, lors des premiers états généraux sur le handicap : « *Je crois qu'il y a deux manières, très différentes, de considérer une loi. Soit comme une série de règles, de normes auxquelles nous devons simplement nous conformer. Soit comme la mise en pratique de valeurs que nous devons essayer de comprendre, de ressentir et de faire vivre. C'est cette dimension éthique qui seule nous permet, à mon avis, de dépasser le stade de l'obéissance indifférente et passive pour devenir chacun un acteur responsable des changements profonds que préfigure la loi. Il faut des débats, des discussions collectives, des réflexions, des dialogues, pour que ces changements deviennent l'affaire de chacun, et que ne s'installe pas l'idée que le problème est réglé du seul fait qu'il existe une nouvelle loi (...). La démarche déontologique consiste à veiller à l'application de la loi, la démarche éthique consiste à la faire vivre, en considérant qu'elle est un moyen et non une fin en soi .* »<sup>11</sup>

Alors, quels moyens nous propose les deux grands textes du début de ce siècle, qui nous permettront de nous approprier l'esprit des lois ?

### 2.1 LE NOUVEAU CADRE LÉGISLATIF : UNE PRISE EN COMPTE DES BESOINS INDIVIDUELS

Un bref retour dans le passé, qui nous amène aux lois 75-534<sup>12</sup> et 75-535 du 30 juin 1975 fondatrices du secteur social et médico-social est indispensable pour comprendre la nécessité qu'il y a eu de créer le nouveau cadre législatif du début de ce siècle.

Les lois de 1975, si elles ont permis l'accession à la citoyenneté des personnes handicapées et de distinguer le sanitaire du social et du médico-social en reconnaissant

---

<sup>11</sup> KRISTEVA J. GARDOU C. *handicap: le temps des engagements*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006. 355p.

<sup>12</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

une nécessité de savoir-faire spécifique dans l'accueil de personnes en difficultés sociales (secteur social), mais également de personnes vulnérables ayant besoin d'un accueil médicalisé (secteur médico-social), vont souffrir de l'usure du temps, de l'évolution de la société et de l'émergence de nouveaux besoins.

Le premier choc subi a été celui de l'application de la loi du 6 janvier 1986<sup>13</sup> issue de la loi de décentralisation du 22 juillet 1983<sup>14</sup>. Cette loi transférait et partitionnait les compétences entre l'état et les départements pour l'autorisation et le financement des établissements. Elle imposait un mécanisme de régulation financière très strict et fondait les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux. Cette loi entraînera des crispations entre état et collectivités territoriales et bouleversera l'architecture initiale de la loi n° 75-535. d'autres bouleversements suivront, ce qui entraînera Marcel JAEGER à se demander si elle existait encore vraiment au moment où il s'est agi de la réformer : « *la question mérite d'être posée, puisque cette loi a fait l'objet entre 1978 et 2001 de très profondes modifications par vingt et une lois successives ayant progressivement amendé et parfois fait disparaître de larges pans du dispositif initial : une loi dès 1978, neuf lois dans les années quatre-vingt, neuf lois dans les années quatre-vingt-dix, et deux lois en 2001 et 2002.* »<sup>15</sup>

Quant à la loi n° 75-534 elle était une loi d'orientation et non de programmation, ce qui fait que beaucoup d'énoncés tels que l'accessibilité sont restés des vœux pieux.

C'est en 1995 que commence un long processus de réflexion qui prend en compte de nouvelles données économiques mais aussi une nouvelle conception de l'intégration des personnes dépendantes et qui aboutira aux lois n°2002-2 du 2 janvier 2002 puis à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 .

Mais toute ces réflexions et cette élaboration hexagonale ne peuvent pas être dissociées d'une vision nouvelle et des orientations données sur le plan mondial et européen.

### **2.1.1 De la non-discrimination à l'inclusion : une idée planétaire**

Depuis le dernier quart du 20<sup>ème</sup> siècle les évolutions législatives de la plupart des pays tendent vers l'intégration des personnes dans la société. L'Organisation des Nations

---

<sup>13</sup> Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

<sup>14</sup> Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 – loi complétant la loi 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état.

<sup>15</sup> BAUDURET J.F, JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Liège : Dunod, 2002. 320p.



Unies (ONU) et la communauté européenne en ont défini des principes et indiqué des directions à prendre dans ce sens.

Un rappel historique de ce courant de pensée va permettre d'apporter un éclairage sur les grands principes de notre système législatif et des nouveaux dispositifs qui en découlent.

Dans un rapport thématique sur la politique du handicap en Europe, Didier NOURY et Patrick SEGAL, avec la participation de Claire AUBIN<sup>16</sup> membres de l'inspection générale des affaires sociales nous rappellent que les Nations Unies se sont engagées depuis 1983 dans un programme d'action en faveur des personnes handicapées. Les premiers résultats ont été obtenus en 1993 par l'adoption de « *règles standards pour l'égalisation des chances des personnes handicapées* » et « *la participation commune dans l'égalité* ».

Pour parvenir à la finalité de la participation sociale dans des conditions d'égalité, deux droits fondamentaux seront consacrés : le droit à non-discrimination et le droit à compensation qui seront réaffirmés dans la loi française du 11 février 2005. Le principe de non discrimination a été introduit en Europe dans les années 1980, en particulier pour lutter contre les discriminations entre hommes et femmes ou celles fondées sur la race, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap ou l'état de santé. Elle sera légalisée en France par la loi du 12 juillet 1990<sup>17</sup> relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Fort de ces principes fondamentaux, l'ONU envoie en 1999 un questionnaire à 191 états pour : « *apprécier la réalité des conditions considérées comme préalables à la participation dans l'égalité : soins de santé, réadaptation et services d'appui* ». 22 règles standards sont édictées énonçant une déclaration de principe afférente aux responsabilités des états, aux règles politiques en faveur des personnes handicapées, mais également des propositions pour des actions concrètes. L'Europe s'est invitée par le biais de la commission européenne aux travaux pour défendre le principe de non-discrimination qui figure désormais dans le traité d'Amsterdam.

Le 13 décembre 2006 les Nations Unies adoptent la convention sur les droits des personnes handicapées. Ce texte entrera en vigueur après acceptation par 20 pays, devenant dès lors obligatoire pour ces pays et ceux qui l'accepteront ultérieurement.

La convention vise à promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales pour les personnes

---

<sup>16</sup> NOURY D., SEGAL P., AUBIN C. *Etude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe*. Rapport n°2003 119. Septembre 2003 la Documentation Française. Disponible en ligne <<http://lesrapports-ladocumentationfrancaise.fr/>>

<sup>17</sup> Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

handicapées. Par personnes handicapées, la convention entend : « *des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* »

Un comité d'experts indépendants, probablement basé à Genève, sera chargé de surveiller l'application de la convention par les pays concernés.

En Europe, les travaux continuent parallèlement à ceux de l'ONU. L'année 2003 est décrétée année européenne des personnes handicapées. Le principal objectif de cette année étant de : « *faire avancer le programme politique visant la pleine et entière intégration des personnes handicapées qui a été défini en 2001 dans la communication de la Commission intitulée vers une Europe sans entrave pour les personnes handicapées.* »

Les objectifs de cette Année Européenne des Personnes Handicapées (AEPH) étaient les suivants<sup>18</sup> :

- sensibiliser le public aux droits des personnes handicapées et à la protection contre la discrimination conformément aux dispositions de la charte des droits fondamentaux de l'Union ;
- encourager la réflexion et la discussion sur les mesures prises pour promouvoir l'égalité des chances des personnes handicapées en Europe ;
- favoriser l'échange d'expériences concernant les bonnes pratiques et les stratégies efficaces mises en place aux niveaux local, national et européen ;
- renforcer la coopération entre tous les intervenants : gouvernements à tous les niveaux, secteur privé, secteur associatif, partenaires sociaux, chercheurs, groupes de bénévoles, personnes handicapées et leurs familles ;
- améliorer la communication à propos du handicap et promouvoir une représentation positive des personnes handicapées ;
- sensibiliser le public à l'hétérogénéité des formes de handicap et aux multiples formes de discrimination auxquelles sont exposées les personnes handicapées ;

---

<sup>18</sup> Synthèses de la législation. *Europa* (en ligne). Janvier 2006 (visité le 12 mai 07). Disponible sur Internet : <<http://europa.eu>>

- accorder une attention particulière à la sensibilisation au droit des enfants et des jeunes handicapés à l'égalité face à l'enseignement.

Cette campagne était dotée d'un budget de 12 millions d'euros pour l'organisation de rencontres et de manifestations, de campagnes d'information, de réalisation d'enquêtes et de rapports, de création d'un site web.

On retrouve bien dans les thèmes développés la principale valeur qui sera énoncée dans la loi du 11 février 2005, à savoir l'égalité des chances avec comme méthode, l'inclusion sans discrimination. Ce principe d'inclusion porté par la théorie du mainstreaming implique la mise en place de systèmes compensatoires dont il convient d'apprécier le caractère «justifié » et «raisonnable ». On compense le handicap pour permettre aux personnes de pouvoir vivre à égalité de chances dans une société adaptée. Comme le définissent Wendelin REICH et Dimitri MICHAILAKIS<sup>19</sup> : « *la montée de l'égalité des chances annonce le déclin de l'idée de l'égalité des résultats, fortement associée à l'Etat providence traditionnel, qui s'efforçait de réaliser l'égalité sociale par la compensation. A la différence de l'égalité des résultats, l'égalité des chances postule que la valeur n'est produite que dans la mesure où les individus poursuivent activement les chances qui leur sont offertes.* » Ce qui signifie que l'on passe d'un statut d'individu passif qui se contente de recevoir les compensations attribuées, à celui d'individu acteur de son destin si la société l'amène, de par un système de prestation et une société adaptée, à pouvoir acquérir un statut égalitaire. REICH et MICHAILAKIS<sup>20</sup> ajoutent : « *l'égalité des chances suppose un modèle de l'homme qui serait un être rationnel capable de profiter des occasions pour réaliser des objectifs socialement validés. Le concept présuppose ainsi que l'homme doit des comptes pour son succès, ou son échec, dans la saisie des chances qui lui sont offertes.* » On entre dans un système où l'individu a des droits mais a aussi des comptes à rendre.

Et les individus concernés aspirent à de nouveaux droits. Si en France la politique menée depuis 1975 est essentiellement basée sur la prise en charge en internat dans des établissements spécialisés, elle montre aujourd'hui ses limites, car dans la dynamique actuelle de l'inclusion sociale, on s'aperçoit que le choix du tout institutionnel, s'il a permis de faire évoluer le regard sur les personnes handicapées, n'a pas su réussir une intégration qui devient maintenant nécessaire, car les contours de la sphère de la dépendance ont changé. Le vieillissement des personnes et par corollaire l'augmentation de leur dépendance, la reconnaissance du handicap psychique, tendent à dissoudre les

---

<sup>19</sup>. REICH W. MICHAILAKIS D. La notion d'égalité des chances –une analyse théorique. (Visité le 8 mai 2007). Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv./dress>>

<sup>20</sup> *ibid.*

frontières entre les personnes vulnérables et l'ensemble de la population. Et comme le dit Johan PRIOU<sup>21</sup> : « *En mettant en avant le respect de la dignité humaine de toute personne, les attentes se portent aujourd'hui non seulement sur une protection mais également sur l'accès effectif aux droits, à la pleine citoyenneté et à un accompagnement à l'insertion sociale.* » On est bien dans une nouvelle demande d'exercice des droits du citoyen qui vont être affirmés aussi bien dans la loi du 2 janvier 2002 que dans celle du 11 février 2005.

### **2.1.2 La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 : la prise en compte de la parole des personnes**

Elle rénove l'action sociale et médico-sociale, donne de nouveaux droits aux usagers et ouvre de nouvelles pistes de réflexion pour leur accompagnement.

Longtemps, les personnes accueillies en institution, n'ont pas ou peu été entendues. Leurs besoins, leurs envies, leurs désirs avaient peu d'espace pour s'exprimer car les équipes chargées de les encadrer avaient une large tendance à « penser à leur place » et à savoir « ce qui était bon pour eux » : les activités proposées l'étaient plus en fonction d'indications thérapeutiques, qu'en accord avec les désirs et les capacités des usagers. La loi du 2 janvier 2002 a fait évoluer cette approche en affirmant la place des usagers et de leurs familles dans les institutions sociales et médico-sociales et en leur donnant des droits. Cet apport majeur de la réforme aura été d'entraîner une rupture dans le mode de pensée des professionnels, en mettant l'accent sur la nécessité de travailler avec la personne accueillie. L'expression de Pascal Terrasse, député de l'Ardèche « *il faut placer l'utilisateur au cœur du dispositif* » résume bien cette évolution.

Cette loi rappelle, précise et organise les sept droits fondamentaux des usagers dans son article 7, en spécifiant notamment : « *le droit du libre choix de l'utilisateur dans les prestations qui lui sont offertes* » et sa « *participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.* » Et pour garantir l'application de ces droits, et c'est là toute sa force, elle cherche à en assurer l'accès effectif. Pour ce faire, la loi énumère et rend obligatoire des documents (livret d'accueil, charte des droits et des libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour), des instances (Conseil de la Vie Sociale), des procédures d'évaluation.

Si dans le secteur des adultes handicapés mentaux, ces mesures peuvent passer pour des vœux pieux du fait, d'une part de la difficulté de la majorité des personnes accueillies

---

<sup>21</sup> PRIOUX J. *les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale .Projet de vie et participation sociale.* Paris ; Dunod, 2007. 326p.

à être capables d'exprimer un avis sur leur prise en charge, et d'autre part de la soumission des parents au fait de ne pas pouvoir choisir une structure et simplement contents d'avoir une place pour leur enfant, il en ressort que la signature du contrat de séjour et la réactualisation annuelle de son annexe, le conseil de la vie sociale avec une participation renforcée des résidants, font prendre conscience aux équipes des efforts à faire dans la nécessité de mettre en place des outils de communication adaptés au handicap des personnes.

Cette implication des équipes, si elle est doublée d'une information de qualité, de la mise en œuvre de moyens éducatifs et de formations adaptées contribuera à la transformation des mentalités, nécessaire pour établir de la façon la plus pertinente les besoins réels des personnes accueillies.

Les usagers ont droit à la parole, aux institutions et services de leur donner les moyens de la prendre.

Au foyer « Les Cèdres », l'aide à la communication développée sur le groupe des personnes autistes dans le programme TEACCH et basée sur l'emploi de pictogrammes adaptés, s'étend aux autres groupes de vie pour favoriser l'aide aux personnes dans l'expression de leur choix. Si la recherche de l'avis des personnes est intéressante dans leurs désirs, le choix des activités, leurs émotions (expressions de colère, de douleur, etc.), elle doit aussi pouvoir aller rechercher l'envie des personnes dans leur choix de rester ou de sortir du foyer lors des week-ends où des temps de vacances, afin que les décisions qui leur sont imposées ne se traduisent pas par des troubles du comportement, souvent le seul moyen qu'elles ont pour exprimer leur désaccord.

Et si l'on veut prendre en compte la parole des usagers pour leur donner la possibilité de choisir, il faut bien évidemment, au delà de la communication, pouvoir leur proposer des solutions adaptées à leurs besoins et par conséquent diversifier l'offre des services. C'est ce qu'énonce la loi dès le chapitre 2 : «... *diversifier les prises en charge ainsi que la gamme des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des publics fragiles, notamment les personnes âgées et les personnes handicapées* ». Puis l'article 15 confère une base légale aux prises en charge « *à titre permanent, temporaire, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, en semi-internat, externat, en accueil familial et en milieu ordinaire de vie* ».

Pour faciliter la mise en place de la diversification de l'offre, La loi préconise de développer les coopérations et les coordinations entre les établissements en permettant la création de Groupements d'Intérêts Economiques (GIE) et de Groupements d'Intérêts Publics (GIP). Ces autorisations ont pour but de favoriser la complémentarité, de garantir la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés.

Ces avancées nous donnent des ouvertures pour les gens accueillis en établissements : accueillants familiaux permanents et temporaires, accueil temporaires ou séquentiels dans d'autres établissements dans le cadre de coopérations, continuité d'accueil les week-ends et les vacances avec une aide médico-éducative quand les parents sont âgés ou que le comportement de leur enfant est difficile à gérer particulièrement dans le cas des personnes autistes.

Si cette loi nous ouvre de nouvelles voies pour proposer des « ailleurs » aux personnes « dans les murs », elle propose aussi des solutions par la création d'accompagnements à la carte pour les gens « hors les murs ».

### **2.1.3 La loi du 11 février 2005 : vers un projet de vie**

Si la loi du 2 janvier 2002 donne de nouvelles orientations aux institutions et peut donner le choix d'un ailleurs à ceux qui y vivent, la loi du 11 février 2005 pour : *« l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »* qui réforme la loi 75-534 du 30 juin 1975 réaffirme le principe de non discrimination et prend en compte *« l'évolution des mentalités qui conduit à son tour à porter une plus grande attention à toutes les personnes se trouvant, à l'instar des handicapés, plus ou moins exclus du mode de vie ordinaire de la société : le regard étant désormais tourné vers les difficultés rencontrées par ces personnes quant à leur participation à la vie sociale et quant au rôle que l'environnement peut jouer dans l'aggravation ou l'atténuation de ces difficultés »* comme le soulignent Robert LAFORE et Michel BORGETTO <sup>22</sup>. Il s'agit bien de signifier que c'est maintenant à la société de s'adapter à tous les individus qui la composent quelle que soit la nature de leur déficience : *« à un modèle de la réadaptation, qui imputerait le handicap aux seuls individus sans se préoccuper suffisamment de leur environnement, doit se substituer un modèle pour la vie autonome dans une société accessible. »*<sup>23</sup> La loi donne donc à chaque personne en situation de handicap le droit d'élaborer un projet de vie. Les difficultés qu'elle rencontre pour le mener à bien sont équilibrées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), qui doit permettre l'accès à la plus grande autonomie possible, qu'elle soit individuelle, sociale et professionnelle, en permettant les aides appropriées, qu'elles soient humaines, techniques, animalières, etc. La loi affirme également l'accès au bâti, aux transports, aux

---

<sup>22</sup> LAFORE R., BORGETTO M. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. Paris: Montchrestien, 2004. 653p. Domat droit public.

<sup>23</sup> DIDIER-COURBIN P., GILBERT P. *Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France: de la loi de 1975 à celle de 2005*. Février 2005. <<http://www.sante.gouv.fr/drees/>>

lieux de travail, prône l'intégration scolaire, et l'accès au travail. Pour les personnes handicapées mentales, le maintien à domicile devient un objectif envisageable car la prestation de compensation permet de rémunérer des personnels spécialisés dans les aides nécessaires.

Dans le titre II intitulé : « *Prévention, recherche et accès aux soins* » la loi insiste sur les mesures de prévention à prendre pour éviter la gestion des crises. Même s'il n'est pas fait référence directement à l'accueil temporaire dans cette politique de prévention, cette forme d'accueil peut présenter un grand intérêt lorsqu'elle est utilisée en prévention des maltraitances, des ruptures, des crises, de l'indigence, de la perte des acquis de l'autonomie. Dans son article 11 la loi parle "*du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, etc.*" Cet article promeut le développement de la diversité de l'offre et donc celle de l'accueil temporaire à destination des familles et de leur besoin au répit qui est désormais un droit reconnu.

## **2.2 L'ACCUEIL TEMPORAIRE : UNE NOUVELLE DONNE DANS LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PERSONNES**

L'application des dispositions européennes et des nouveaux dispositifs légaux français ne sauraient avoir de sens pour les personnes adultes handicapées si rien ne venait bouleverser les frontières souvent infranchissables des dispositifs « classiques » d'accompagnement, à savoir des services d'établissements et des services à domicile peu complémentaires faute de ponts établis entre les deux.

L'accueil temporaire depuis sa reconnaissance officielle décrétée le 17 mars 2004<sup>24</sup> devient le chaînon manquant du dispositif et à ce titre mérite que l'on en retrace sa genèse, son application avant et après le 17 mars 2004, et que l'on en rappelle les objectifs et les règles.

---

<sup>24</sup> décret 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au 1 de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles. (V.annexe 5)

## 2.2.1 La lutte du GRATH<sup>25</sup> : la démonstration d'un manque

Le GRATH est né en 1996 de la volonté d'une quinzaine d'associations et de responsables d'établissements qui pratiquaient l'accueil temporaire depuis plusieurs années, à la marge ou de façon spécifique mais toujours très volontairement en dépit des obstacles qu'ils rencontraient. Cette pratique répondait à une demande de familles qui, soit ne trouvaient pas de structures d'accueil pour leurs enfants, soit ne souhaitaient pas une prise en charge institutionnelle au long cours. Elle répondait aussi à des demandes des Aides Sociales à l'Enfance (ASE) qui ne trouvaient pas de solution d'accueil pour des jeunes en rupture. Mais un cadre juridique trop flou, un mode de financement peu adapté et la pression des listes d'attente ont eu souvent raison des meilleures volontés, à savoir que l'accueil temporaire servait souvent à pallier le manque de place et que des séjours à durée déterminée se sont souvent transformés en hébergement au long cours. C'est précisément pour lever ces obstacles que les offrants et les demandeurs ont décidé de créer un groupe de réflexion, le GRATH qui lance deux enquêtes nationales en 1999 et en 2001 pour évaluer les besoins, les attentes des usagers et les pratiques institutionnelles. Pour en garantir l'impartialité, la réalisation en est confiée à l'ANCREAI<sup>26</sup> et au CREAI de Bretagne. Les résultats obtenus ont pu fournir un état des lieux précis et bâtir un argumentaire auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir le principe d'une définition de l'accueil temporaire par voie réglementaire.

Grâce à la qualité de ces travaux qui démontrent une attente réelle, mais aussi à la détermination de l'association et de son président Jean-Jacques OLIVIN, relayé par Jean-François CHAUSSY, député de la Loire, le GRATH obtient que l'accueil temporaire apparaisse réglementairement dans la loi du 2 janvier 2002.

Le groupe s'attelle alors, avec des associations représentatives, à la rédaction d'une contribution nationale à cette définition de l'accueil temporaire par voie réglementaire. Le document est remis à la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, Marie-Thérèse BOISSEAU, en mai 2002. Elle décide alors de confier à M. OLIVIN une mission qui a pour but de faire des propositions sur cette réglementation. Après de larges concertations auprès des associations et des représentants de l'état, la mission rédige un rapport approuvé à l'unanimité du groupe de travail qui débouche sur le décret du 17 mars 2004,

---

<sup>25</sup> Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes Handicapées.

<sup>26</sup> association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptés



puis sur la circulaire du 12 mai 2005<sup>27</sup> qui en précise la portée et par l'article R.314 –194 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) qui définit les dispositions relatives à la tarification et à la participation des usagers de l'accueil temporaire.

Le GRATH, après toutes ces années d'un militantisme obstiné et constructif continue son action, a mis en place un site Internet de grande qualité et édité un remarquable guide méthodologique de l'accueil temporaire, outil indispensable pour qui souhaite mettre en place ce type d'accueil. Il se pose en conseiller technique pour les promoteurs des projets.

Aujourd'hui 247 structures apparaissent sur le site du GRATH pour un total de 1092 places dont 912 avec hébergement.

## **2.2.2 Deux exemples d'accueil temporaire : la bataille des anciens et des modernes**

Il m'a semblé intéressant, en tant que directeur, promoteur d'un projet où l'accueil temporaire aura sa place, d'aller découvrir in situ deux structures qui ont mis cette forme de prise en charge au cœur de leur projet.

La première, le foyer l'Oasis est régie par la circulaire du 27 janvier 1983<sup>28</sup>, relative au placement d'enfant en Structure d'Accueil Non Traditionnelle (SANT) et qui apporte une première réponse aux lacunes de la loi 75-535 du 30 juin 1975, en indiquant notamment : « *ces structures tendent à répondre à un besoin manifeste, notamment pour de nombreux adolescents qui, en raison de carences graves, présentent des troubles du comportement et de la personnalité qu'il n'est pas possible de traiter dans le cadre d'institutions traditionnelles ou au travers de prises en charge dans des formules de placement spécialisé classique. (...) Ces lieux d'accueils sont définis, sinon par opposition, du moins en complément des formes traditionnelles d'accueil. Ils se situent de plus en plus en relais d'interventions éducatives engagées en faveur de l'enfant et de sa famille.* » Ces SANT offrent un début de réponse pour les adolescents et de jeunes adultes en grande difficulté qui ont du mal à trouver leur place dans des structures "classiques" d'internat ou en famille d'accueil, car ils présentent de forts troubles du comportement. C'est sous cette forme juridique qu'ont été créés les lieux de vie. Mais si ces structures offrent pour la plupart des réponses à des jeunes en difficulté sociale ou des alternatives à la psychiatrie, les possibilités d'accueils temporaires restent très

---

<sup>27</sup> Circulaire n° DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.

<sup>28</sup> Circulaire n° 83-3 EF relative au placement d'enfant en structure d'accueil non traditionnelle.

insuffisantes pour les enfants et adultes handicapés pour lesquels il faudra attendre la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 17 mars 2004 sous l'égide duquel fonctionne la seconde, « la Maison de Pierre ».

#### A) Le foyer l'Oasis

S'il avait vocation à accueillir des personnes sur des temps déterminés, ce SANT se retrouve aujourd'hui dans une réalité où les 15 personnes accueillies sont toutes présentes depuis plus de 3 ans (séjour d'accueil maximum prévu dans le projet d'établissement) et n'ont pas d'espoir de prise en charge sur le long terme. Ce type d'accueil montre ses limites dans le contexte des politiques sociales d'aujourd'hui. D'ailleurs la nouvelle direction, consciente de ce problème va refonder le projet d'établissement, demander l'agrément foyer de vie pour pérenniser les places des personnes présentes afin de leur garantir une sécurité pour l'avenir, et proposer des places en accueil temporaire limitées à 90 jours comme le prévoit le décret du 17 mars 2004.

Si la visite dans cet établissement a été intéressante, je n'irai pas plus avant dans la description de son organisation car cette structure m'a montré un type de fonctionnement novateur et courageux propre à une époque, mais aujourd'hui totalement inadapté et non transposable dans un projet tourné vers l'avenir.

#### B) La Maison de Pierre

Elle a ouvert ses portes le 12 octobre 2005. C'est le premier et à ce jour unique établissement en France dédié à l'accueil temporaire et pour cela mérite que l'on s'y attarde.

Elle est née de la volonté de la Fondation NAJETI, en partenariat avec l'association des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (APEI) de Saint-Omer, chef lieu d'arrondissement du département du Pas-de-Calais. Le choix de l'accueil temporaire a été fait par la Fondation au vu des résultats de l'enquête nationale menée par le GRATH en 2001 et qui donnait les chiffres suivants :

- 30% des personnes reconnues handicapées à 80% et plus n'ont aucune prise en charge ;
- 15% bénéficient d'aide à domicile seulement ;
- 35% fréquentent des institutions de jour sans hébergement ;
- 20% fréquentent des institutions avec hébergement ;
- plus d'une personne interrogée sur deux déclarent avoir eu besoin d'accueil temporaire au cours des deux dernières années.

Le Pas-de-Calais faisait partie du panel des départements sondés et NAJETI soutenait l'opération financièrement. La fondation s'est donc décidée pour la création de cette structure expérimentale comme l'encourage la loi du 2 janvier 2002 qui invite les acteurs à une plus grande ouverture pour faire évoluer les prises en charge : « ..., l'idée est de mener des expérimentations soit nationales ou déconcentrées (directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales), soit décentralisées au niveau des conseils généraux, soit mixtes. Par ce biais il est envisagé de permettre des prises en charge nouvelles, de panacher les publics, de déroger aux conditions d'âge et aux normes techniques, d'offrir des dessertes particulières à cheval sur plusieurs régions, par exemple, de mobiliser des financements innovants et de déroger aux modes de tarification en vigueur... » comme le précise Marcel JAEGER<sup>29</sup>.

L'établissement est situé dans le département du Pas de Calais, sur la commune de Bouvelinghem à 15kms de Saint-Omer. Le choix d'une installation à la campagne a été fait pour donner tout son sens aux termes de répit, rupture et repos préconisés par l'accueil temporaire, dans une région Nord-Pas de Calais forte de plus de quatre millions d'habitants et très urbanisée.

La construction moderne qui respecte le style architectural local comporte deux bâtiments qui sont destinés à l'hébergement d'enfants et d'adultes. La capacité d'accueil est de 8 enfants (6 en internat + 2 en accueil de jour) et 16 adultes (10 en internat + 6 en accueil de jour). les chambres sont toutes individuelles avec salle de bain et toilettes privatives, mais les fratries d'enfants peuvent faire le choix de partager la même chambre. Les bâtiments pour l'hébergement sont indépendants, mais la vie en journée se fait de façon commune avec des activités proposées très diverses pouvant convenir au plus grand nombre en fonction de ses capacités et de ses centres d'intérêt. Ici tout est fait pour répondre aux besoins individuels des personnes accueillies. Levers au rythme de chacun, courses de petits déjeuners faits par les résidants pour répondre aux goûts individuels, activités choisies à l'arrivée selon un panel proposé. C'est l'institution qui s'adapte aux besoins de chacun dans son droit au répit et non l'inverse. Le droit au répit reste le maître mot de la prise en charge. Il est évidemment valable pour les familles mais aussi pour les personnes accueillies. Le but ultime est que chacun puisse se ressourcer dans une structure qui tente de s'adapter aux difficultés de chacun. Tous les handicaps sont acceptés à la "Maison de Pierre », à l'exception des personnes orientées en MAS, mais 5 lits médicalisés sont installés qui permettent d'accueillir des personnes relevant d'une

---

<sup>29</sup> Op.cit. p.29

prise en charge FAM. L'accueil se fait à la demande, sur un rythme de préférence prédéterminé dans la limite légale des 90 jours autorisés par an.

La procédure d'admission est très précise et même si 2 places sont réservées pour des accueils d'urgence, elles n'ont été utilisées que 10 fois en 19 mois de fonctionnement. Dans la procédure classique d'admission, deux entretiens préalables sont organisés. Une première rencontre, animée par le directeur et la Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) pour présenter l'établissement et évaluer la demande avec la personne concernée et ses accompagnateurs. Une deuxième, animée par le chef de service et l'infirmière, organisée après le retour de la notification CDAPH notifiant l'accueil temporaire qui a pour but d'organiser l'accueil, de recueillir les renseignements nécessaires à la prise en charge (soins, traitements, habitudes de vie, autonomie,...) et qui se termine par la signature du contrat de séjour qui détermine les fréquences d'accueil. La prise en charge effective a lieu environ 3 mois après la première rencontre.

Si comme au château d'Espinassol, le choix a été fait de ne faire qu'un groupe de vie pour éviter de créer des clivages d'équipe en maintenant l'adaptabilité et la réactivité nécessaires à ce type d'accueil, tout est fait ici pour que les résidents trouvent des activités adaptées à leur besoin. Les activités proposées le sont en fonction des saisons et jouent d'un subtil équilibre entre intérieur et extérieur. La promiscuité enfants-adultes et handicaps différents ne pose pas de problème majeur, l'individu devient partenaire de sa propre prise en charge mais de statut d'aidé peut devenir aidant vis à vis de personnes plus en difficulté.

La « Maison de Pierre » a rapidement rencontré le succès après de gros efforts de communication (mailings, plaquettes, média,...) et les personnes accueillies ne sont pas "posées" là faute de solution mais trouvent un accueil adapté pour une partie de leur projet de vie global.

Actuellement 373 personnes ont pris contact avec l'établissement. 320 sont venues au premier entretien, 196 personnes différentes ont été reçues, et 167 autres sont en contact. Sur les 196 personnes, 120 sont des adultes, 76 des enfants.

Le financement est assuré par la DDASS et le conseil général sous forme de dotation globale. Le financement est calculé sur un taux d'occupation en progression. La première année a été dotée en se basant sur un taux d'occupation estimé à 70%, la deuxième à 80%, la troisième le sera sur une estimation à 90%. Aujourd'hui les objectifs sont atteints sauf sur l'accueil temporaire des adultes en journée (25 %). Ce type d'accueil ne correspond apparemment pas à un besoin. L'analyse est faite que les aidants qui ont une personne adulte handicapée à leur domicile ne bénéficiant pas de prise en charge adaptée ne sont pas intéressés par un accueil de jour car le droit au répit des aidants et des aidés ne prend son sens que sur des séjours de plusieurs jours consécutifs.

Aujourd'hui la «Maison de Pierre » a trouvé son public et a su s'adapter dans son fonctionnement à des besoins nouveaux en adaptant une aide non plus basée sur des visions éducatives à long terme mais sur des besoins ponctuels inscrits dans le projet de vie global de la personne.

### **2.2.3 Le décret du 17 mars 2004<sup>30</sup> définit les objectifs et les règles de l'accueil temporaire**

L'accueil temporaire souhaité par le législateur pour ses qualités de souplesse et de prévention apparaît dans dernier alinéa de l'article L.312-1 (article 15 de la loi du 2 janvier 2002) qu'il convient de citer :

*« les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. »*

Cet alinéa qui préconise la diversification des modes de prise en charge sera, pour la question de l'accueil temporaire, confirmé par le décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans les établissements et services. Il a été conçu autour de deux axes fondamentaux :

- Prendre en compte les besoins en matière d'accueil temporaire de la personne handicapée et de son entourage dans une perspective d'intégration et de maintien à domicile, mais aussi dans le but d'une transition en douceur du domicile à l'institution en particulier pour des personnes handicapées vieillissantes restées auprès de leurs parents.
- Simplifier la tâche des gestionnaires d'établissements en budgétisant les places d'accueil temporaire non plus au prix de journée mais par dotation d'une enveloppe globale, le but étant de ne pas soumettre les directeurs au diktat du remplissage à tout prix.

Le décret reconnaît la création d'unités spécifiques d'accueil temporaire sous la forme de structures ne pratiquant que cette forme d'accueil et étant rattachées ou non à d'autres établissements. Il limite le nombre de places à 12 par unité et la durée de l'accueil à 90 jours par personne et par an. Cette volonté des promoteurs a pour but, d'une part de

---

<sup>30</sup> V. annexe 5.

promouvoir l'accueil temporaire comme un choix de prise en charge et non de devenir la « salle d'attente » d'une place éventuelle, et d'autre part de pouvoir offrir des solutions à plusieurs personnes pour une même place.

Le 12 mai 2005 la circulaire relative à l'accueil temporaire est envoyée aux préfets de région et de départements. Elle en développe ses avantages et conclut : « *je vous demande d'accorder une grande vigilance et un traitement prioritaire aux projets de création ou de développement de structures qui comporteront des places d'accueil temporaire* ».

#### **2.2.4 Le succès de deux places d'accueil temporaire au Foyer «Les Cèdres » montre le besoin**

Au mois de juillet 2003, à l'ouverture de nouveaux locaux qui permettent la création de 7 places, et conformément aux préconisations de la loi du 2 janvier 2002, le foyer "les Cèdres » réserve deux chambres dédiées à l'accueil temporaire, une sur le Foyer de Vie, l'autre sur le FAM. Si l'année 2004 a été essentiellement consacrée à la mise en place des équipes, à l'élaboration des projets éducatifs de groupe, à la mise en œuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002 (règlement de fonctionnement, contrats de séjours, projets individualisés, livret d'accueil), l'année 2005 a mieux pris en compte la mise en place de l'accueil temporaire. Cette formule novatrice montrera rapidement son utilité.

Il est intéressant de revenir sur les demandes et les réponses éducatives apportées qui nous ont permis de tester nos possibilités et aussi nos limites dans l'accueil de personnes présentant des pathologies particulières.

Il est important de distinguer les deux places d'accueil temporaire du fait que l'une ne s'adresse qu'à des personnes reconnues autistes, alors que l'autre bénéficie à toute personne qui a une orientation en foyer de vie.

Sur le foyer de vie nous avons accueilli en 2 ans et un trimestre 11 personnes différentes dont 3 sur les 2 années 2005 et 2006 (voir détails en annexe 6 tableau1).

Le profil des personnes accueillies et les raisons de leur accueil sont variés. Sur les 11 personnes reçues, 4 vivent à domicile dont une bénéficie d'une prise en charge en semi-internat, 2 sont issues d'ESAT, 3 bénéficient de l'amendement Creton en IME et attendent une place en foyer de vie, 2 sont suivies par le secteur psychiatrique.

Sur les suites données, nous constatons que les 3 jeunes des IME n'ont toujours pas trouvé de solution d'accueil dans des structures pour adultes. Patrick C. venant d'un ESAT a trouvé une place en foyer de vie mais nous sollicite à nouveau pour intégrer le foyer "Les Cèdres" en vue d'un rapprochement familial qui lui permettrait de voir sa mère

plus régulièrement. Nous allons accéder en partie à sa demande en lui proposant un nouvel accueil temporaire séquencé.

Le cas des personnes suivies par les services psychiatriques est intéressant de par son côté novateur. Le secteur santé se retrouve confronté à une situation difficile. Pas assez de lits pour accueillir les personnes malades mentales qui auraient pourtant besoin d'un accompagnement de proximité et en impossibilité à un moment de leur vie de s'assumer de manière autonome. Ces personnes, de par les dispositions de la loi du 11 février 2005, sont reconnues handicapées psychiques et ont pour certaines des orientations en foyer de vie. Nous en avons accueilli 2. Une en a tiré un grand profit, l'autre a vécu cet hébergement comme un échec que nous pouvons expliquer aisément.

Pour le cas de Sylvanie qui habite chez ses parents, les services de santé ne trouvaient plus de solution à ses troubles du comportement très importants qui déstabilisaient gravement une famille fragile. L'hôpital de jour qui la suivait ne pouvant pas lui trouver de solution d'hébergement, s'est tourné vers le foyer « Les Cèdres » espérant saisir l'opportunité d'un début de solution. Mais la présence de Sylvanie avec ses troubles psychiques très marqués a rapidement insécurisé les autres résidents, et l'équipe éducative a rapidement avoué son impuissance à apporter une réponse adaptée en matière de soins nécessaires à la prise en charge de la jeune femme. Cette expérience a donc été un échec.

L'aide éducative que nous avons apporté à Sylvie a par contre montré toute la pertinence de l'accueil temporaire dans un sens de complémentarité des prises en charge. Sylvie est une jeune femme d'un bon niveau intellectuel qui a, suite à des événements familiaux très durs, subi une grave dépression et perdu de nombreux acquis. Si les services psychiatriques ont travaillé sur le fond de la dépression, nous nous sommes concentrés sur un encadrement éducatif qui a permis à Sylvie de réapprendre à se laver, s'habiller, choisir, participer à des activités valorisantes. Pendant 6 semaines, à raison de 7 jours par mois, nous avons remarqué les nets progrès effectués. A cette échéance, Sylvie nous a dit qu'elle souhaitait ne plus revenir, qu'elle n'avait plus besoin de nous. Cette expérience montre bien la pertinence que peut avoir l'accueil temporaire dans le cadre des complémentarités des compétences d'intervention auprès des personnes reconnues handicapées psychiques. S'il n'est pas envisageable d'accueillir ces personnes dans le cadre d'une prise en charge à temps complet, l'accueil séquencé peut s'avérer être une excellente opportunité.

Sur le FAM cet accueil qui concerne 4 personnes a pallié, pour 3 d'entre elles, le manque de places pour les personnes adultes autistes (voir détails en annexe 6 tableau 2). Nous avons même dépassé, en accord avec la CDAPH, le cadre légal de 90 jours pour Adrien B. à cause d'un climat familial très dégradé ; il s'agissait ici de prendre une mesure de

protection. Pour Florence T. l'accueil temporaire était fait à la demande en fonction des besoins des parents commerçants pendant les périodes de fermeture de l'IME d'origine. En 2007, nous avons 3 nouvelles demandes pour des jeunes en aménagement Creton, toujours pour des week-ends ou des vacances et 2 demandes venant des parents qui souhaitent garder leur enfant tant qu'ils le peuvent mais qui désirent bénéficier du droit au répit.

Le département ne bénéficie actuellement que de 4 places d'accueil temporaire en foyer de vie et la demande est forte. Les résultats enregistrés au foyer « les Cèdres » nous montrent la pertinence de cet accueil encore peu médiatisé et pas encore proposé à titre d'orientation spécifique par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH du Lot dans l'élaboration d'un projet de vie.

## **2.3 DE NOUVEAUX DISPOSITIFS AU SERVICE DE L'OUVERTURE**

Si l'accueil temporaire peut répondre à des besoins spécifiques et répertoriés, il ne prend en compte au maximum qu'à ¼ de la vie des personnes (90 jours par an) et ne répond pas aux attentes des personnes déjà en institution pour lesquelles une possibilité d'inclusion sociale n'est pas envisageable faute d'accompagnements adéquats le week-end ou pendant les périodes de vacances, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail.

Il convient donc de prévoir la mise en place de dispositifs complémentaires afin de pouvoir proposer une offre établie autour d'une plate-forme de services qui puisse répondre de façon appropriée aux besoins internes et externes à l'établissement.

### **2.3.1 Les SAMSAH : un esprit de sentinelle**

Au vu des résultats de l'enquête du Conseil Général décrit dans la première partie, il résulte que 30 personnes handicapées de la région de Figeac pourraient bénéficier d'un SAMSAH, service d'accompagnement à domicile qu'il convient ici de présenter.

Les SAMSAH ont été créés par le décret du 11 mars 2005<sup>31</sup> afin d'assurer un accompagnement médico-social auprès des personnes handicapées adultes. Les SAMSAH voient le jour en même temps que les SAVS. si les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale correspondent : « à des équipes mobiles socio-

---

<sup>31</sup> décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services médico-sociaux pour adultes handicapés.



*éducatives réalisant des accompagnements non médicalisés adaptés à la configuration des déficiences et incapacités des adultes handicapés qui en bénéficient* »<sup>32</sup>, les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour personnes Adultes Handicapées sont : « *des SAVS médicalisés, c'est à dire des équipes pluridisciplinaires à la fois médicales paramédicales et socio-éducatives, réalisant des accompagnements dans la cité en incluant des soins ambulatoires* »<sup>33</sup>. La création d'un tel service dans le département apparaît pertinent au vu des besoins recensés par l'enquête du Conseil Général et en accord avec le choix des personnes à une vie autonome.

Le désir des personnes de rester le plus longtemps à leur domicile dans de bonnes conditions physiques et psychiques ne peut s'envisager qu'avec un accompagnement qui prend en compte la personne de façon globale. Si les soins sont assurés de manière satisfaisante par les services infirmiers à domicile, la dimension sociale et l'accompagnement psychique sont peu pris en compte. Pourtant la majorité des personnes interrogées se plaint d'isolement, 36 disent avoir une détérioration de santé sur le plan intellectuel ou comportemental, dont 26 avouent un état dépressif. S'il est vrai que le maintien du lien social est toujours un défi à relever pour les personnes handicapées, il est d'autant plus marqué dans des départements ruraux comme le Lot où les transports en commun sont inexistantes en campagne, et les déplacements très difficiles pour les personnes en fauteuil ou à mobilité réduite. L'intervention de personnels formés à l'accompagnement doit permettre de pallier ces carences et donner une réponse plus adaptée en ne parcellisant pas les besoins. On peut prendre l'exemple d'une personne qui souhaite participer à une activité extérieure. L'intervention d'un AMP permettra de prendre en charge la personne d'amont en aval. Il sera possible à l'intervenant d'aider la personne à s'habiller en fonction de l'activité, de la préparer psychologiquement si c'est nécessaire, de l'accompagner, de la suivre ou non pendant l'activité selon la demande, de la raccompagner et de pouvoir parler du plaisir ou des difficultés qu'elle a ressentis. Cette prise en charge globale est nécessaire pour donner toutes les chances d'une intégration réussie car les risques d'échecs sont importants pour des personnes handicapées désocialisées. Il est important qu'un accompagnement puisse leur être proposé pour recréer un contact social, les aider à affronter le regard des autres, être valorisé dans leurs actions. Selon l'expression juste Jean-François BAUDURET, on passe d'une logique « *de prêt-à-porter* » à une logique de « *sur-mesure* » dans les réponses données, qui s'adapteront ainsi à la singularité des besoins de chaque usager .

---

<sup>32</sup> JAEGER M., BAUDURET J-F, DUBREUIL B. et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 1995. Livre 1, la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, pp.15 – 228.

<sup>33</sup> *ibid.*

### 2.3.2 La revalorisation de l'accueil familial : une nouvelle chance

L'accueil familial est à ce jour une alternative peu ou mal exploitée dans le dispositif médico-social. Il en est peut être pourtant le plus vieux maillon. C'est déjà durant la Révolution que le comité de mendicité préconise de confier les vieillards nécessiteux à une famille d'accueil, à condition qu'ils aient plus de 60 ans et moyennant une pension. Il faudra attendre 1905 pour l'ouvrir aux handicapés, grâce à la loi du 14 juillet relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux nécessiteux. C'est en 1960 qu'il sera ouvert aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le placement familial est réglementé par le code de la famille et de l'aide sociale.

Jusque dans les années 80, la plupart des accueillis sont des personnes handicapées mentales placés par les institutions ou d'autres organismes très divers. Les contrats se passent de gré à gré en dehors de tout cadre légal qui donnerait les garanties nécessaires à un accueil de qualité. Ce vide juridique engendre des dérives et un développement semi-clandestin de l'activité. Suite à un rapport de Théo BRAUN, ministre délégué aux personnes âgées, une loi est votée le 10 juillet 1989<sup>34</sup>. Elle définit 3 objectifs :

- offrir des garanties à la personne accueillie et à la personne accueillante ;
- mettre en place une procédure d'agrément et de suivi social pour respecter l'esprit de décentralisation en confiant l'essentiel de la responsabilité aux présidents des conseils généraux ;
- favoriser le mode d'accueil par des dispositions d'ordre fiscal et social.

La loi définit 2 types d'accueil :

- l'accueil familial «social » : dans ce cas ce sont les personnes âgées ou handicapées qui sont les employeurs des accueillants ;
- l'accueil familial thérapeutique : il organise la prise en charge de personnes adultes souffrant de troubles mentaux par des familles d'accueil qui sont salariées et encadrées par un établissement ou un service de soins.

Au fil du temps des lacunes apparaissent dans le dispositif légal qui insatisfont tant les accueillants, qui se plaignent du manque d'attractivité de la profession, que les accueillis

---

<sup>34</sup> Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

qui soulignent le manque de qualité de l'accueil, et les conseils généraux qui n'ont pas les moyens de suivre et de contrôler les accueils.

C'est par la loi du 2 janvier 2002 qui inscrit l'accueil familial dans la palette des réponses apportées en terme de prise en charge des personnes âgées et handicapées, et par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002<sup>35</sup> que l'accueil familial accède à un statut plus clair. Les modifications touchent la forme et le fond.

Sur la forme les agréments mettent fin à la division personnes âgées/personnes handicapées, on ne parle plus de famille d'accueil mais d'accueillant familial ce qui permet de décliner la profession au singulier et de reconnaître ainsi un vrai métier.

Sur le fond, l'agrément n'est plus donné que pour 5 ans et pour 3 personnes au maximum, un contrat type est établi par voie réglementaire. Les accueillants familiaux ont désormais droit aux congés payés, la rémunération est fixée par rapport au SMIC et non plus au minimum garanti<sup>36</sup>.

Si aujourd'hui l'accueil familial bénéficie d'un statut clarifié donnant des garanties aux parties, les accueillants luttent maintenant pour la vraie reconnaissance d'un statut de salarié auquel ils n'ont pas encore accès. Cette reconnaissance ne pourra que finaliser la démarche déjà engagée vers un vrai métier et pouvoir, comme nous le souhaitons créer un partenariat avec de vrais professionnels de l'accompagnement.

En conclusion de cette deuxième partie, rappelons que si la théorie de non-discrimination s'impose dans les années 80, sa mise en pratique vis à vis des personnes handicapées ne sera possible qu'en ce début de millénaire grâce, comme nous l'avons vu, à un cadre légal totalement rénové et aux luttes associatives. Contrairement aux lois hégémoniques du 30 juin 1975 qui ont régné certainement trop longtemps sans avoir pu s'adapter à un monde aux changements exponentiels, le tissu de ces nouvelles lois crée une dynamique nouvelle qu'il faut savoir saisir pour être capable de s'adapter à l'évolution des personnes dont nous avons la responsabilité. Nous avons la chance d'avoir une ossature solide, à nous professionnel du secteur, à nous directeurs d'impulser l'élan nécessaire et passionnant pour créer des offres de services novatrices et réactives.

C'est dans cet esprit créatif, que je propose la construction d'une plateforme de services, objet de la troisième partie de ce mémoire.

---

<sup>35</sup> Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

<sup>36</sup> source : l'accueil familial des adultes. *ASH*. Supplément au n°2458 du 2 juin 2006, pp 5-9.

### **3 LE FOYER « LES CÈDRES » : VERS UN PROJET DE DIVERSIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT**

J'ai longtemps exercé ma profession d'éducateur dans des institutions recluses sur elle même où le principe communautaire prévalait. On s'occupait des résidants dans les murs, pensant leur offrir un havre de sécurité qui les protégeait d'une société potentiellement dangereuse pour leurs psychismes souvent fragiles. L'accompagnement était soutenu par un discours certes militant et humaniste mais replié dans un dogme psychologisant peu pragmatique et résolument conjugué au présent. Que pouvaient produire ces institutions a long terme, excepté des équipes qui allaient vieillir, protégeant leur lassitude par la construction individuelle de conditions de travail confortables. Les résidants passaient, les éducateurs restaient.

Aujourd'hui, la nécessité d'évoluer pour proposer des services adaptés aux besoins des personnes en difficulté, comme je l'ai montré dans les deux premières parties de ce travail, est une révolution en marche. Il s'agit bien, pour s'adapter aux changements de la société et aux exigences des politiques sociales, de bouleverser nos habitudes de travail. Ce défi est passionnant pour un directeur qui se doit d'anticiper ces nouveaux besoins tout en sachant mobiliser les forces humaines dont il dispose, dans un contexte où face à la marchandisation des services, il devra plus que jamais mettre en avant des valeurs humanistes au service de projets innovants.

Celui que je propose dans cette troisième partie relève de la plateforme de prestations de services, laquelle, en ayant pour principe l'adaptation et la réactivité des prises en charge, peut être une véritable chance pour les personnes en situation de handicap mais aussi pour la dynamique des équipes pluridisciplinaires qui seront les pionnières dans ses accompagnements modernes.

#### **3.1 UNE ANTICIPATION NÉCESSAIRE DANS UN RESPECT ETHIQUE**

##### **3.1.1 La synthèse des besoins**

Rappelons ici les constats faits dans la première partie de ce travail, constat interne à l'établissement et constat départemental.

Le schéma départemental du Lot s'il couvre la période 2001-2006, et que sa réactualisation n'est à ce jour pas parue, anticipe les besoins actuels, à savoir :

- la création, à partir des établissements, de services d'accompagnement de proximité qui en lien avec les services sociaux, les services de tutelle, les associations d'aide à domicile, seront chargés d'accompagner les personnes handicapées à domicile, de prendre en compte leur cadre de vie afin de vérifier son adéquation à leurs besoins et préparer d'autres modes de prise en charge si nécessaire. La création d'un SAMSAH, inexistant à ce jour dans le département doit répondre à ce besoin.
- Le développement de l'accueil temporaire, avec un début de réalisation par la création de 3 places depuis 2003. Aujourd'hui on s'aperçoit que si ces places répondent à un manque dans le département, elles ne correspondent plus aux nouveaux besoins de diversifier les modes d'accompagnement entre domicile et institution.

Quand au foyer « Les Cèdres », il décline des besoins émergents :

- Le vieillissement des personnes accueillies au foyer, et de leur parents, nous interroge sur la nécessité de pouvoir proposer un « ailleurs » aux personnes qui ne sortent plus, où ne sortiront plus dans un avenir proche. Le partenariat avec des accueillants familiaux est une solution intéressante, soit pour de l'accueil à temps plein avec un maintien des activités de jour au foyer, soit pour de l'accueil temporaire, à savoir sur des week-ends ou des temps de vacances d'une semaine ou deux.
- Le départ de personnes vers des familles d'accueil va libérer des places en internat. Ce renouvellement de population même s'il n'est pas spectaculaire sonne le moment de redistribuer les groupes de vie en tenant compte du vieillissement des résidents et de l'évolution de leurs besoins.

### **3.1.2 Une volonté associative d'évoluer**

L'APEAI a toujours répondu présent sur les orientations du département. Rappelons, marque de son dynamisme, que la création de places pour adultes autistes programmée dans le schéma départemental lui a été attribué, qu'elle a été pionnière dans la création de deux places d'accueil temporaire et qu'elle a créé en anticipation des préconisations, un SAVS pour les travailleurs de l'ESAT. L'association a toujours été consciente des nécessités de faire évoluer les établissements pour des raisons éthique, mais aussi pour renforcer son poids et sa crédibilité auprès des financeurs.

Dans cette optique, elle a saisi l'opportunité d'acquérir début 2007 un terrain de 500 m<sup>2</sup> attenant au foyer. Cette achat montre bien sa capacité d'anticipation. Ce terrain était le dernier endroit non construit dans ce quartier et si l'opportunité d'acquisition n'avait pas été saisie, il aurait été impossible de créer une extension sur le site existant. A l'époque de l'achat, deux options étaient envisagées: la première préconisait la création d'une unité de vie pour personnes âgées handicapées, la seconde la construction d'une unité d'accueil temporaire. J'ai personnellement exposé les arguments favorables à cette deuxième solution dans un rapport au conseil d'administration. Les deux solutions ont été discutées avec le directeur de la DSD qui n'a pas retenu la première proposition, car le département a déjà fait de gros efforts dans l'accueil des personnes âgées et handicapées en promouvant des lieux d'accueils adaptés de proximité et un service de soins à domicile performant. La proposition de l'accueil temporaire a par contre retenu toute son attention. C'est donc vers ce projet que l'association a résolu de se tourner pour préparer l'avenir.

### **3.1.3 La dimension éthique du projet**

Le projet de restructuration et de création de services respectera bien évidemment le code déontologique et les fondements éthiques que s'est fixée l'association et par là même les établissements qu'elle gère. Les mesures visant à l'amélioration des services apportés le seront pour respecter, défendre, et donner priorité à la dignité des personnes. Le projet sera mené sans faire de discriminations quelles qu'elles soient.

Le projet associatif précise, au regard de l'agrément du foyer « Les Cèdres » pour accueillir les personnes autistes : *« l'APEAI s'efforcera avec les professionnels de la santé et du secteur médico-social de rechercher les moyens de se procurer le diagnostic dans le respect de la déontologie médicale et dans le seul objectif de permettre la mise en œuvre de la prise en charge la mieux adaptée »*. Ce qui signifie que le programme TEACCH ne pourra être mis en œuvre qu'à la suite d'un diagnostic posé par un médecin habilité et les mesures éducatives appliquées qu'avec l'accord des familles qui deviennent de ce fait de véritables partenaires de la prise en charge. Actuellement dans tous les services de l'APEAI les outils demandés par la loi du 2 janvier 2002 sont mis en place, à savoir :

- le livret d'accueil ;
- le règlement de fonctionnement ;
- le contrat de séjour ;
- Le conseil de la vie sociale.

Ces outils ont profondément modifié la relation à la famille et à l'usager. Des rencontres ont été organisées avec tous les parents pour leur présenter le règlement de fonctionnement et ces moments ont permis d'ouvrir des débats sur des sujets rarement ou jamais abordés. Par exemple le paragraphe 2 de l'article 4 intitulé : « l'intimité », du chapitre consacré aux droits de la personne énonçant : « *la sexualité de chacun est respectée dans la mesure où elle est vécue dans un lieu privé. D'autre part, elle ne doit pas déranger les autres résidants et ne doit pas entraîner ni de violence ni de contrainte* » a entraîné des réactions et des discussions. Il a fallu que nous expliquions que cet article n'avait pas été rédigé pour couvrir un défaut de surveillance éventuel, mais bien pour respecter un des droits fondamentaux des personnes accueillies.

Les contrats de séjour signés et leurs annexes réactualisés annuellement permettent des rencontres avec les parents, tuteurs et résidants sur les projets individuels proposés pour l'année à venir. Les résidants sont associés à leur projet de vie et sont entendus dans l'expression de leurs souhaits. Nous passons progressivement d'un système d'activités imposées à une organisation où des modes de communication adaptés permettent aux résidants de choisir les activités auxquelles ils souhaitent participer. Ce travail n'est évidemment pas applicable à tous, certains résidants ont des capacités de compréhension extrêmement limitées qui rendent le choix difficile. Mais les équipes travaillent à ce respect du droit à choisir, et des formations sur la communication avec les personnes handicapées mentales vont être proposées dans le cadre du plan de formation.

Le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement avec des représentants des usagers dont un est à la présidence. Pour l'aider dans sa tâche, un éducateur est présent pour lui apporter une aide à la compréhension.

Ces dispositions ont permis de faire évoluer les pratiques éducatives et d'effectuer un travail au long cours sur la recherche du respect de la parole des personnes accompagnées. Elles ont permis aussi de ne plus poser comme base éducative l'admis et l'interdit, mais de savoir nuancer les réponses en fonction des situations : autorise t'on par exemple les relations sexuelles entre deux adultes et comment recherche t'on le consentement de l'un et de l'autre si leur communication verbale est déficiente ou inexistante ?

C'est le rôle du directeur d'être garant de cette éthique et de totalement l'intégrer dans la construction des projets en y incluant les outils adaptés, et comme l'indique Jean-Marie MIRAMON : « *un directeur manager doit être auteur et acteur de changement. Le*

*changement doit commencer par le haut : cette première vérité donne une orientation au métier de directeur ».*<sup>37</sup>

### **3.2 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

Si la construction d'une unité destinée à l'accueil temporaire en est le versant le plus spectaculaire, rappelons qu'il n'est qu'un maillon des nouveaux services déclinés dans le projet qui doit, dans son intégralité, viser à optimiser l'efficience de la prestation de service et renforcer la qualité de la prise en charge.

Pour le mener à bien, 4 chantiers vont être mis en œuvre simultanément. Si leurs fins sont prévues à des dates différentes en fonction de leur complexité de réalisation, la simultanéité de leur démarrage est essentielle pour garder une vision et une cohérence globale, et parce que les évolutions de l'un peut engendrer des nécessités de réajustement des autres.

Rappelons les 4 composantes du projet, leurs phases de réalisation et leurs interactions entre elles :

- Phase 1 : création d'un SAMSAH qui prendra des personnes en charge à domicile. Il aura une interaction avec l'accueil temporaire dans la mesure où certaines des personnes accompagnées pourront bénéficier de ce service. Il sera nécessaire de convaincre la CDAPH pour qu'une double orientation SAMSAH / Accueil Temporaire soit possible.
- Phase 2 : recherche d'un partenariat avec des accueillants familiaux qui proposeront deux types d'accueil : un hébergement à temps plein et un hébergement en accueil temporaire. Ce partenariat influencera lui aussi l'unité d'accueil temporaire du foyer. Les accueillants familiaux hébergeant des résidents à temps plein pourront nous les confier, le temps d'un week-end ou de périodes de vacances.
- Phase 3 : redistribution des groupes de vie : c'est le corollaire du départ de certains résidents en accueil familial. Il permettra l'admission de nouveaux résidents et sera l'occasion de réfléchir à la création d'une unité spécifique aux personnes en perte d'autonomie.

---

<sup>37</sup> MIRAMON J.M. *manager le changement dans l'action sociale. Rennes : ENSP, 2001, 105 p.*



- Phase 4: création d'une unité d'accueil temporaire : elle sera tournée vers un large panel de personnes, mais comme je l'ai noté plus haut ce service travaillera en lien étroit avec les accueillants familiaux et le SAMSAH.

### **3.2.1 Le SAMSAH en pivot**

Le SAMSAH n'aura pas vocation à s'étendre à tout le département. Il faut un rayon d'action raisonnable pour pouvoir intervenir dans de bonnes conditions. Le domaine géographique présenté dans le document du conseil général est une zone d'intervention convenable, soit une quarantaine de kilomètres maximum autour de Figeac. Dans un premier temps, une action sera faite avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, pour intégrer le SAMSAH comme accompagnement d'une quinzaine de personnes. Ce nombre paraît être un bon départ pour la mise en route et s'adressera aux cas les plus urgents à traiter, à savoir les personnes lourdement handicapées dont les parents vieillissent et qui se retrouvent dans des situations de vie très difficile. A cet accompagnement pourra s'ajouter un accueil temporaire sur les deux places existantes du foyer pour préparer les personnes à leur future vie en institution. Il aura également un rôle préventif en pouvant éviter des demandes urgentes et désespérées de prise en charge, comme nous l'avons déjà vécu.

#### **A) Un rôle de prévention**

Le SAMSAH, dans son rôle de prise en compte de la personne tant dans sa dimension physique que psychique et sociale, doit être le service capable d'anticiper sur les besoins et d'adapter rapidement les accompagnements nécessaires.

Comme nous l'avons vu, les personnes handicapées de la région de Figeac se plaignent essentiellement de l'isolement et par conséquent d'un manque de lien social. Aider à recréer ce lien sera la priorité des salariés du service, car c'est par le contact avec d'autres personnes et la participation à des activités que pourra être engagée le premier pas vers une revalorisation, indispensable à la reconstruction de personnalités souvent très fragilisées.

Pour recréer du lien, nous nous tournerons vers des solutions intra-muros et extra-muros. Des groupes d'activités seront créés pour les personnes bénéficiaires, dans un lieu dédié au foyer « Les Cèdres ». Les activités serviront de support à des groupes de parole où chacun pourra échanger.

Les personnes pourront aussi être accompagnées dans les activités proposées par les villages ou leur voisinage géographique proche, car le Lot a la chance de posséder un réseau associatif dense proposant des activités très variées.

Des accompagnements éducatifs pourront également se faire à domicile en proposant des activités adaptées à chacun (jeux, alphabétisation, marche, etc.).

Les interventions du psychomotricien et de l'ergothérapeute seront destinés à améliorer le confort des personnes tant sur le plan physique que par l'adaptation du cadre de vie, une aide psychologique pourra être apportée par la psychologue.

L'infirmière quand à elle interviendra dans la coordination des soins médicaux et paramédicaux réalisés par des intervenants externes.

Toutes ces actions tendront vers le mieux-être et les AMP intervenantes pourront en complément des accompagnements techniques et socialisants, travailler en parallèle sur l'hygiène et le soin du corps.

Au regard des résultats de l'enquête menée, qui brosse un tableau sombre de la réalité des personnes handicapées à domicile, je m'emploierai à ce que le SAMSAH les aide à redevenir le plus possible acteur de leur vie. Si les services à domicile et les SSIAD pallient les manques pour faire « à la place des personnes », le SAMSAH lui, doit « aider à faire ».

## B) Une aide aux aidants

Le service, s'il intervient directement auprès des personnes, doit par ricochet soulager les familles en leur apportant un appui dans la prise en charge, mais aussi en leur donnant des conseils pour agencer un cadre de vie adapté, grâce à l'aide technique de l'ergothérapeute. Des conseils pourront aussi être apportés tant dans la relation avec les administrations qu'avec les tuteurs.

Il pourra également guider les parents de personnes autistes, en mettant en place des pictogrammes qui pourront faciliter la communication et la compréhension des comportements. Ces interventions pourront s'adresser évidemment à des personnes à domicile sans prise en charge spécifique, mais aussi aux résidents du foyer « les Cèdres » afin, comme je l'ai expliqué dans la première partie, de pouvoir établir une continuité dans la démarche éducative pendant les week-ends et les vacances.

Les intervenants auront également un rôle d'écoute des familles et seront les ambassadeurs du foyer « Les Cèdres ». La plupart des personnes recensées seront amenées à intégrer une institution quand les aidants ne pourront plus jouer leur rôle ou qu'ils disparaîtront, et il sera nécessaire dès la mise en place du service de préparer les bénéficiaires à cette échéance. L'accueil temporaire pourra être dans ce cas un excellent sas de préparation.

Je rencontrerai avec le responsable du service les différents partenaires avec lesquelles nous serons amenés à collaborer : associations d'aide à domicile, services de soins infirmiers, médecins libéraux et des conventions pourront être signées.

La présence de l'APEAI à la CDAPH sera le moyen d'exposer notre projet et de convaincre la commission de la nécessité dans certains cas d'une double orientation SAMSAH / Accueil Temporaire.

### **3.2.2 Créer un partenariat avec les accueillants familiaux**

Nous pouvons estimer qu'à la réalisation de cette phase du projet, 4 résidants pourront bénéficier d'un accueil à temps plein en famille d'accueil, et 4 en accueil temporaire.

Les résidants seront choisis en fonction de leur demande directe ou de l'expression de leur demande. Les 4 personnes que nous retiendrons pour un accueil à temps plein sont celles pour lesquelles aucune sortie n'est possible ou qui ne pourrions plus en bénéficier dans un proche avenir. Ce sont elles qui ont le plus lourd passé institutionnel et qui marquent le plus souvent leur saturation de la collectivité. Elles ont entre 30 et 54 ans et ont le droit légitime de pouvoir bénéficier d'un cadre familial qui les libérera des règles et des contraintes inhérentes à la collectivité.

Les 4 personnes qui pourront elles être accueillies à temps partiel ont un profil différent. Elles ont pour l'instant encore quelques occasions de sorties en famille mais sur des temps très espacés ou très courts (par exemple 1 après-midi tous les 15 jours ou 3 semaines) et seront à moyen terme, quand leurs parents auront disparu, sans aucune solution de sortie. Ces personnes actuellement revendiquent aussi le droit d'un ailleurs et l'accueil familial à temps partiel paraît être une solution adaptée.

A ce jour nous travaillons avec une famille d'accueil qui a demandé et obtenu l'agrément pour héberger Michel R. que nous avons accueilli en accueil temporaire au foyer et qui se retrouvait sans solution de prise en charge, suite à l'hospitalisation de sa maman âgée et qui ne pourra désormais plus s'en occuper. Cet accueil se déroule pour le mieux et l'accueillante familiale, madame S. souhaite aménager une deuxième pièce de vie afin de recevoir une personne supplémentaire. Il nous restera à trouver un partenariat avec 2 ou 3 accueillants qui pourront prendre en charge 3 autres résidants à temps complet, selon leur capacité d'accueil. Il me semble plus judicieux comme cela s'est passé avec madame S. de pouvoir intégrer dans un premier temps un résidant par famille. D'une part dans l'intérêt du résidant qui n'est pas obligé de partager l'intimité d'une vie familiale avec une personne dont il partage déjà la collectivité et d'autre part pour laisser à l'accueillant familial le temps de tester ses aptitudes à s'occuper d'une personne handicapée. Il sera temps quand la demande augmentera (on pense que dans les 5 ou 6 ans à venir 7 personnes pourront être concernées par l'accueil familial à temps plein), d'envisager une augmentation de capacité d'accueil pour les accueillants qui le souhaiteront.

Un accueil familial supplémentaire est nécessaire dans cette première phase de projet, pour accueillir les 4 autres résidants intéressés par une prise en charge à temps partiel.

Le rythme d'accueil envisagé est d'1 week-end sur 2 et de 4 semaines complètes par an. Ce qui nous donne environ un accueil de 80 jours par an par résidant, soit 320 journées d'accueil pour la famille. Dans cette hypothèse, les résidants pourront être accueillis 2 par 2, ce qui pose moins de difficultés sur des temps courts et au regard de la personnalité des personnes concernées par cette première étape.

Cette projection nous donne donc la prévision de travailler avec 5 familles d'accueil dans un délai raisonnable estimé à fin 2008.

Cette phase du projet global aura 3 influences sur le fonctionnement du foyer :

- libération de 4 places, dont 2 pour des résidants du foyer actuellement en semi-internat mais dont les parents souhaitent une place en internat parce qu'ils vieillissent, et 2 pour pouvoir accueillir des jeunes autistes bénéficiant de l'amendement Creton et hébergés dans les IME du département ;
- les deux places libérées en externat seront réparties sur 2 mi-temps qui pourront profiter aux 4 personnes hébergés en accueil familial à temps complet, afin qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement éducatif 2 ou 3 jours par semaine ;
- la prise en charge hors institution des 8 personnes accédant à temps complet ou à temps partiel à l'accueil familial permettra un allègement des week-ends de 4 à 5 personnes par semaine, ce qui permettra de revenir à un ratio d'encadrement adapté à une prise en charge de qualité.

#### A) Encourager des vocations

Le département du Lot compte actuellement 28 accueillants familiaux qui sont agréés pour accueillir des personnes âgées ou handicapées adultes. Certains accueillants souhaitent n'héberger que des personnes âgées, ce qui laisse 16 places pour les adultes handicapés, qui sont actuellement toutes occupées. Il est donc nécessaire pour l'association de susciter des vocations par la voie de la communication.

Deux choix de partenariat s'offre à l'association : l'accueil familial ou l'accueil médico-social. Dans le premier cas la personne accueillie est le salarié de l'accueillant, dans le deuxième cas, l'accueillant est salarié de l'établissement. Nous ne souhaitons pas créer un lien de subordination entre l'association et les accueillants, mais laisser la personne accueillie libre de ses choix en contractualisant directement son projet avec l'accueillant.

Si nous parlons de partenariat, c'est en gardant à l'esprit que nous devons rester à notre place, c'est à dire médiateur possible dans la relation qui se construira entre l'accueilli et

l'accueillant, en ayant la possibilité d'intervenir en cas de tensions ou de conflits, pour proposer des solutions alternatives.

La communication que nous ferons pour promouvoir ce métier ne se fera donc pas sur le versant du recrutement mais sur celui de la découverte d'une profession.

Pour ce faire 4 actions successives seront menées :

- affichage d'une publicité en partenariat avec le Conseil Général, dans les mairies des communes du département. C'est en milieu rural que nous avons le plus de chance de sensibiliser un public susceptible de posséder une maison adaptable à l'accueil, et des femmes de petits agriculteurs peuvent être intéressées par un complément de revenus ;
- Publicité par voie de presse locale et régionale ;
- Organisation de rencontres pour le public dans des endroits géographiquement stratégiques du département, autour de la découverte du métier d'accueillant familial, avec des témoignages de professionnels ;
- Rencontres avec les familles intéressées pour une garantie d'adhésion aux valeurs de l'association.

Cette campagne de communication démarrera au début de l'année 2008 et pourra être renouvelée 2 fois au cours du premier semestre.

#### B) Donner des garanties de soutien

Notre argument de communication se fera sur le thème du partenariat, car une des craintes légitime des accueillants est de se retrouver seuls face à des situations qui peuvent être difficiles à gérer, sans avoir d'interlocuteur assez réactif pour pouvoir apporter une aide rapide. Nous leur garantirons un véritable soutien. Les familles seront associées au projets individualisées, invitées au renouvellement des annexes des contrats de séjour qui définissent les modalités particulières de prise en charge et qui seront l'occasion de rencontres annuels avec les tuteurs.

Le personnel du SAMSAH pourra être sollicité pour des prises en charge spécifiques et le coordonnateur de l'accueil temporaire sera sollicité pour programmer l'hébergement à destination des personnes en accueil familial à titre permanent, soit de manière séquentielle selon un calendrier établi, soit pour répondre à des situations particulières (maladie de l'accueillant, problèmes de comportement de la personne accueillie,...)

D'un point de vue administratif, les fiches de salaires seront établies par le secrétariat du foyer selon le nombre de journées passées chez l'accueillant et transmises au tuteur légal

pour le règlement. Ce temps de secrétariat sera dévolu au temps alloué à l'accueil temporaire.

Afin d'évaluer la qualité du service, deux rencontres par an seront organisées avec les accueillants. J'animerai en qualité de directeur ces rencontres avec le directeur adjoint, le chef de service du foyer, un intervenant du SAMSAH et le coordonnateur de l'accueil temporaire. Les ordres du jour seront faits d'une part par l'équipe du foyer, et les familles nous feront parvenir les points qu'elles souhaitent voir traiter.

Par la suite il sera intéressant d'avoir un plan de formation pour la professionnalisation des accueillants, en profitant soit d'actions conjointes avec le Conseil Général, soit des actions prioritaires régionales des organismes de formation, soit en proposant nous même des thèmes de rencontre dans le cadre du CCR . D'ores et déjà il nous paraît important que des accueillants familiaux puissent bénéficier de formations sur l'autisme, car ces personnes seront une clientèle potentielle pour ce type d'accueil.

Cette phase 2 du projet global qui va libérer 4 places pour la fin de l'année 2008 permettra, comme je l'ai écrit plus haut, de travailler sur une nouvelle organisation des groupes de vie.

### **3.2.3 Une nécessaire redistribution des groupes de vie**

En 2003 à la création de l'extension, les résidants avaient été répartis sur les groupes de vie qui se sont articulés sur la base de groupes de niveaux, dont les prises en charge éducatives étaient définies dans le projet d'extension de l'établissement et décrites dans les projets de groupe. Seules les personnes accueillies sur le groupe 4 pouvaient bénéficier d'une orientation objective de par le diagnostic d'autisme qui imposait leur orientation. Les autres résidants ont été dirigés vers leur nouveau groupe sur propositions éducatives, débattues lors de la réunion plénière hebdomadaire. Les projets individuels n'étaient pas mis en place à l'époque et il n'existait aucun outil qui aurait pu objectiver les choix. Seule la bonne connaissance des résidants des « anciens » de l'équipe éducative pouvait déterminer les décisions d'orientation. Si elles s'avéraient évidentes pour certains résidants, le choix était beaucoup plus délicat pour d'autres, à la limite de deux projets. A la veille d'opérer un nouveau changement décisif pour les années à venir, il faudra se munir d'outils qui permettront de déterminer les aptitudes de chacun, les besoins, les capacités.

Tous les projets individualisés devront décliner le projet d'avenir de chacun en essayant de cibler au plus près des hypothèses d'accompagnement sur le long terme. La grille

MAP<sup>38</sup> sera utilisée pour l'analyse des capacités. Dès le début de l'année 2008 un comité de pilotage animé par le chef du service éducatif du foyer et composé des éducateurs spécialisés, d'un AMP de chaque groupe, des infirmières, se mettra en place pour travailler à l'activation d'outils pertinents qui objectiveront la nouvelle répartition des résidents dans les groupes de vie, et sur une refonte des projets de groupe en fonction des besoins présents et futurs des personnes.

Je définirai le cahier des charges suivant :

- étendre la prise en charge des personnes autistes, sachant que nous sommes le seul établissement ayant un agrément spécifique pour les adultes dans les départements du Lot et de l'Aveyron ;
- prendre en compte les besoins des personnes en perte d'autonomie en vue de pouvoir les garder au foyer tant que leur état de santé le permet, et donc les accueillir dans un groupe à l'accessibilité adaptée.

A) Prendre en compte les nouveaux besoins

a) *Les autistes*

Partenaire du CRA et agréé centre d'évaluation pour les adultes autistes, l'association est également présente dans un groupe de travail piloté par la DDASS, réuni autour des thèmes dépistage, information, rencontres professionnels / parents. L'APEAI et le foyer « Les Cèdres » sont maintenant devenus des partenaires incontournables et reconnus, tant dans leur engagement que par la qualité de leur travail avec les personnes autistes.

La liste d'attente du foyer est de 12 personnes dont 5 diagnostiquées autistes, qui ont été orientées spécifiquement au foyer « Les Cèdres » par la CDAPH, alors que les 7 autres ont une orientation foyer de vie généraliste.

Au départ des 4 résidents en accueil familial, un changement de groupe sera opéré pour les autistes afin d'augmenter la capacité de leur accueil. Nous passerons d'un accueil de 7 internes + 1 accueil temporaire à 11 internes + 2 accueil temporaires. Ce changement nous permettra d'intégrer deux personnes déjà présentes au foyer, reconnues autistes mais ne bénéficiant pas de prise en charge spécifique faute de place, et de faire deux admissions extérieures de personnes autistes. Les places libérées sur les autres groupes pourront bénéficier à des personnes non autistes.

---

<sup>38</sup> Méthode d'Accompagnement Personnalisée : méthode d'observation et d'évaluation des personnes handicapées mentales mise au point par l'UNAPEI.

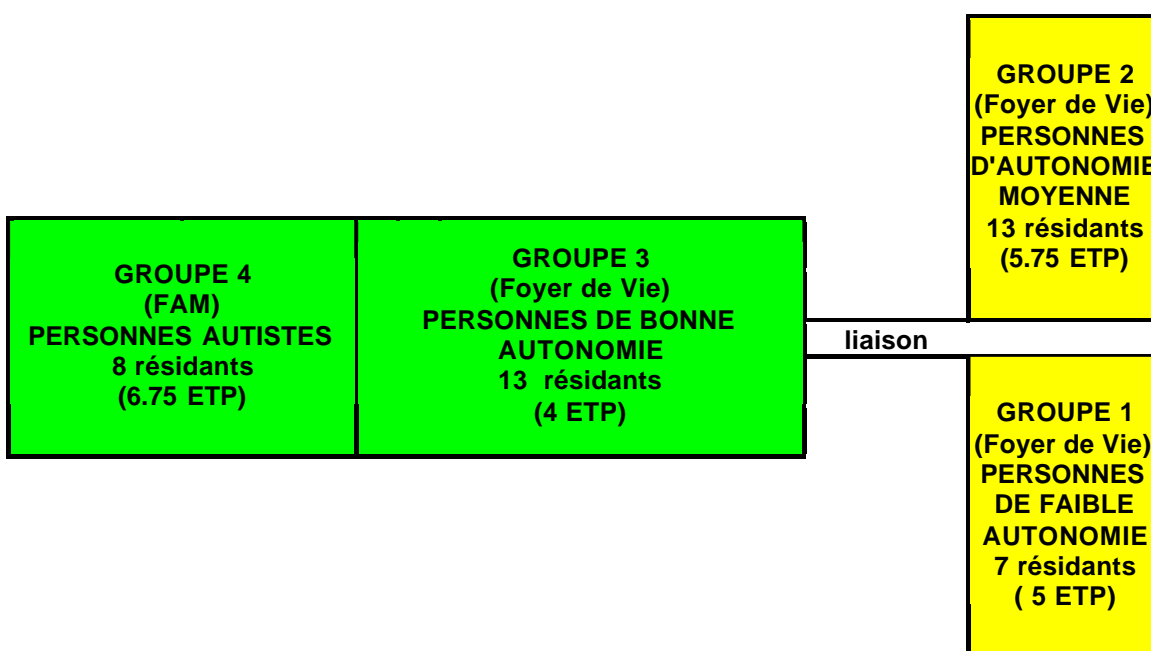
b) *Les personnes en perte d'autonomie*

Ce groupe de vie prendra la place du groupe actuel occupé par les autistes. De plain-pied, et ayant l'avantage d'être un lieu de vie de conception moderne avec des larges espaces de circulation, il est tout à fait adapté à l'accueil des personnes en perte d'autonomie. Ce groupe pourra accueillir 8 personnes dont les besoins ne correspondent plus à la dynamique des groupes sur lesquels elles sont actuellement accueillies. Il s'agira de sortir de la logique occupationnelle traditionnelle pour s'adapter au rythme de vie de ces résidants pour lesquels une dynamique basée sur les activités n'est plus nécessaire. Il hébergera des personnes adaptées à l'institution, pour qui l'accueil familial ne paraît pas pertinent car la valeur social du groupe reste pour elles un point d'équilibre. Elles pourront par contre bénéficier d'un accueil familial temporaire lors de week-ends ou de vacances. C'est un groupe qui va demander un encadrement adapté au rythme de chacun. Levers et petits déjeuners échelonnés, activités à la carte, souci du maintien d'activités physique avec le soutien technique de la psychomotricienne.

B) La nouvelle organisation

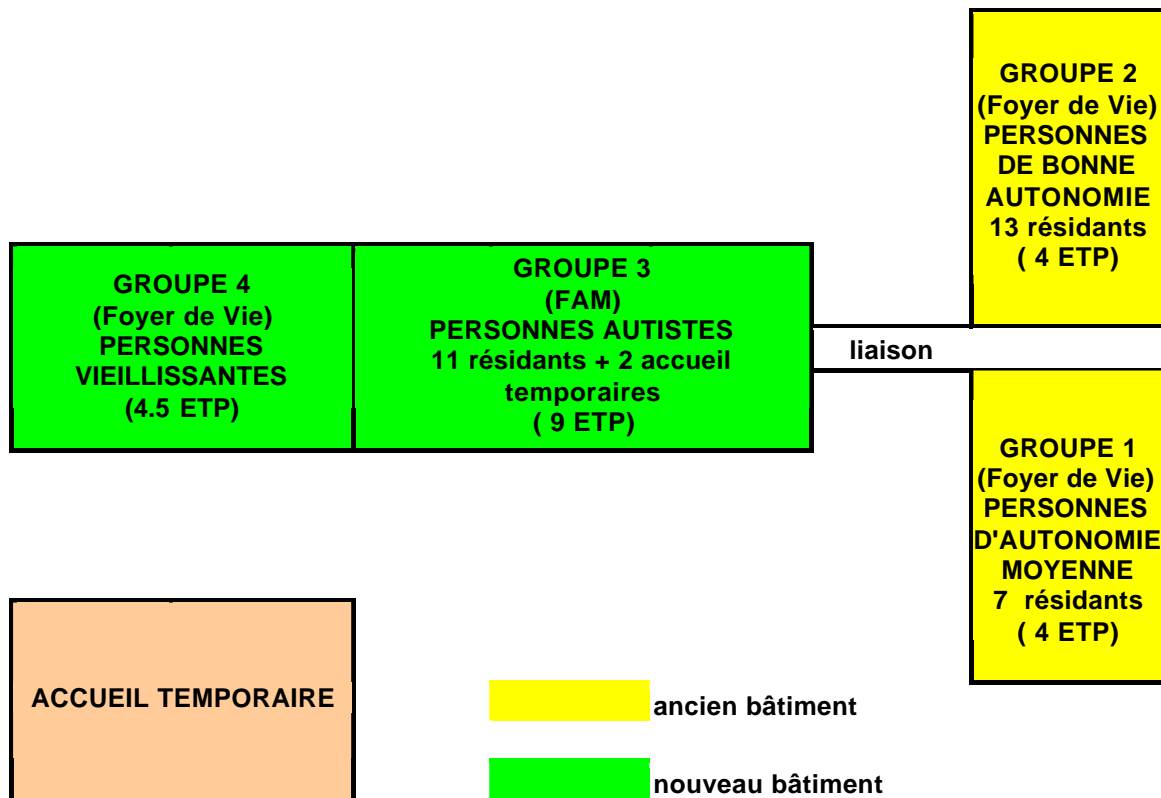
Cette nouvelle répartition des résidants va évidemment influencer sur l'ensemble de l'aménagement des groupes de vie des deux bâtiments existants comme le montre les schémas ci-dessous .

**Configuration actuelle**





### Configuration envisagée



Il est à noter que la nouvelle configuration ne modifie pas le nombre de résidents et n'augmente pas le nombre de personnels.

#### **3.2.4 La création d'une unité d'accueil temporaire**

Cette dernière phase du projet constitue le maillon indispensable de l'articulation entre l'institution et la vie de la cité, tels que le définissent les objectifs fixés par la circulaire du 12 mai 2005 : « souvent vu comme un séjour de répit ou comme modalité d'aide aux aidants, l'accueil temporaire est un instrument déterminant de la politique de maintien à domicile des personnes handicapées qui le souhaitent et de soutien à leur famille. Mais son apport va plus loin. Il constitue aussi un élément de souplesse et de réactivité dans la palette des différentes modalités d'accompagnement. En autorisant les temps de répit, de réflexion ou la mise en place d'articulations entre différents dispositifs d'accompagnement, il contribue à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées ».

Quand il a été décidé de créer une unité dédiée à ce type d'accueil, deux choix s'offraient à nous. Soit nous « parsemions » l'accueil temporaire sur chaque groupe de vie, soit nous créions une unité dédiée. Le premier choix présentait à priori l'avantage de pouvoir accueillir des personnes sur un groupe adapté à leur niveau de handicap. Mais cet

argument a fait long feu à la suite du stage que j'ai effectué à la « Maison de Pierre », et ce pour 2 raisons :

- La première est que l'accueil temporaire, comme nous le verrons plus tard nécessite sa propre organisation demandant adaptabilité et réactivité aux équipes éducatives. Or les équipes qui encadrent des résidents à durée indéterminée travaillent sur le long terme avec une vie organisée autour du rythme et des besoins des personnes. Chaque groupe a pour vocation d'offrir un cadre de vie sécurisant. Un accueil régulier de personnes étrangères, présentant des problématiques différentes est un facteur potentiellement déstabilisant pour les équipes et les résidents installés dans une vie stable et rassurante.
- La deuxième est que la personne accueillie n'aura pas d'autre choix que de se plier à l'organisation établie : horaires des levers, des repas, activités prédéfinies. Nous sortons alors dans ce cas du principe voulu du droit au répit, qui demande à l'institution de s'adapter au rythme et aux besoins de chacun et non l'inverse.

Au regard de ces deux constats, nous faisons donc le choix d'ouvrir une unité uniquement dédiée à l'accueil temporaire.

#### A) La capacité d'accueil

Les études faites par le GRATH à l'échelon national, sur des structures existantes et au regard des données que j'ai recueillies à la « Maison de Pierre », nous donnent une idée précise du nombre de personnes nécessaires à l'occupation d'une place d'accueil temporaire.

Le guide du GRATH<sup>39</sup> nous apprend qu'une place à 90 jours représente théoriquement 4 personnes à l'année, mais la moyenne d'occupation par place est d'environ 60 jours, chiffre que l'on trouve aussi dans les maisons d'accueil temporaire danoises qui existent depuis longtemps. Il faut donc une file active réelle de 5 personnes/place, une fois tenu compte des difficultés potentielles de juxtaposition de certains séjours.

Et il précise qu'il est nécessaire de pondérer ces chiffres en calculant :

*« file potentielle active = file active réelle\*3 ; les besoins recensés ne doivent pas être pris pour des données absolues et cela pour au moins 3 raisons :*

---

<sup>39</sup> OLIVIN J.J. *guide méthodologique pour la mise en œuvre de l'accueil temporaire dans les établissements médico-sociaux pour enfants, adolescents et adultes handicapés* ; Lanester : éditions GRATH, 2006. 89 p.

- *La première est la tendance que les familles pourront à vouloir surévaluer leurs besoins, etc. ,au cas où !*
- *La seconde est qu'un certain nombre de besoins sont exprimés par rapport à des circonstances possibles : si je suis malade, si j'ai des opportunités professionnelles, si nous ne trouvons pas de place ailleurs....encore faut-il que ces aléas se vérifient.*
- *La troisième est que les besoins sont inégalement répartis sur l'année. Faibles sur certaines périodes, ils seront toujours très intenses pendant les vacances d'été par exemple, mais vous ne pourrez pas installer une capacité qui répond à des besoins maximum quelques semaines dans l'année et qui soit employée à 40 ou 50 % seulement le reste du temps. »*

Fort de ces conseils, nous pouvons faire l'hypothèse suivante : Nous avons vu dans la première partie de ce travail que les personnes handicapées à domicile représentent un potentiel d'une centaine de personnes dans le département. Les jeunes adultes bénéficiant de l'amendement Creton peuvent être concernés par ce type d'accueil ( nous en accueillons régulièrement sur les places disponibles actuellement), pour faire une rupture avec leur institution d'origine et les préparer à leur vie d'adultes. Ils peuvent être accueillis en internat de semaine ou sur des temps de week-end ou de fermeture de leur établissement d'origine. Une vingtaine de jeunes peuvent être intéressés sur les 5 établissements du département. Nous devons aussi répondre à la demande des accueillants familiaux avec lesquels nous collaborerons. Le partenariat engagé avec le secteur psychiatrique doit pouvoir continuer afin d'accueillir les personnes reconnues handicapées psychiques. Cet accueil pourra concerner 2 personnes par an car il convient de rester prudent pour ce type d'accompagnement prioritairement basé sur le soin. Enfin nous pourrons ouvrir nos portes à quelques personnes prises en charge dans d'autres foyers de vie mais qui, elles aussi, ont besoin « de prendre l'air » de temps à autre.

Au total, si à terme de 5 ans, 7 personnes du foyer iront vivre en accueil familial à temps plein, nous arrivons à une file potentielle active d'environ 125-135 personnes. Ce qui nous amènerait à la création d'une unité de 8 places. C'est cette option raisonnable que nous prendrons au départ, mais le projet architectural devra prendre en compte la possibilité éventuelle d'une extension pour deux places supplémentaires, car je pars du postulat, et nous l'avons vu, que ce type d'accueil est amené à se développer dans les années à venir.

L'accueil temporaire des autistes ne répond pas aux mêmes critères. Il doit pallier le manque de places pour ce type de handicap, mais doit aussi pouvoir bénéficier aux personnes qui viendront passer une évaluation commandée par le CRA. Leur accueil en internat et l'observation qui en découlera pourra permettre d'affiner les résultats des

évaluations qu'ils auront passées sur une journée, en les hébergeant 3 jours dans la structure. Entre le mois de septembre 2006 et le mois de juin 2007, l'équipe du foyer détachée pour le CRA (1 psychologue et 1 éducateur spécialisé) ont fait 6 évaluations. De toutes les personnes évaluées, aucune ne bénéficie d'une prise en charge adaptée et pour 5 d'entre elles une demande d'accueil temporaire dans l'établissement a été formulée. En étudiant le potentiel de demandes d'accueil avec les instances du CRA, nous estimons que 2 places d'accueil temporaire pourront répondre à la demande des personnes autistes issues du Lot, mais aussi des départements limitrophes de la région Midi-Pyrénées.

Les 2 places créées feront exception car elles seront disponibles sur le groupe des autistes. Il s'agit en effet de pouvoir, comme je l'ai précisé, opérer une observation fine, offrir une prise en charge adaptée et mettre en place des outils de communication qui pourront être utiles aux accompagnateurs habituels.

#### B) Un projet architectural adapté

La conception du nouveau bâtiment devra répondre à des contraintes précises, car les locaux devront pouvoir correspondre à l'accueil de personnes présentant des handicaps très divers. Nous souhaitons en effet accueillir tous types de handicaps, exception faite de personnes orientées en MAS qui nécessitent une médicalisation de la prise en charge. Par contre nous intégrerons 4 lits médicalisés pour l'hébergement de personnes en fauteuil ou polyhandicapées.

Les chambres devront plutôt se décliner sous forme de petits studios avec sanitaires privés, où chacun pourra se créer une intimité lors de ses séjours.

Une grande salle à vivre servira de salle à manger mais aussi de lieu référence pour les départs et les retours d'activités ; elle sera l'endroit où l'on pourra trouver les propositions d'activités de la journée, les informations diverses concernant la collectivité et sera modulable en petite salle de spectacle pour l'organisation d'événements festifs. l'espace de cette salle est important car avec une surface importante, il sera possible d'espacer les tables au moment du repas en cas de tensions dans le groupe.

une cuisine attenante servira à la remise en température des repas fournis par l'ESAT de l'association, mais une partie sera aménagée en cuisine thérapeutique pour l'animation d'ateliers culinaires. Des salles d'activités seront aménagées : une pour des activités manuelles salissantes (poterie, sculpture, etc.), une pour des activités informatique, photo et vidéo, une pour des activités d'expression (chant, musique, théâtre, etc.). Elles seront complémentaires de salles d'activités existant sur le foyer (salle de psychomotricité, atelier bois, etc.) et des liens pourront être faits pour leur usage en définissant des

plannings d'utilisation. Il est d'ailleurs envisageable qu'un résidant hébergé en accueil temporaire puisse, par exemple, intégrer l'atelier bois avec des résidants du foyer.

Une infirmerie sera prévue, assez spacieuse pour qu'elle puisse servir de salle de consultation pour les médecins.

L'accueil des parents ne sera pas à négliger car beaucoup de familles seront amenées à rencontrer les équipes lors des visites d'admission. Un lieu semi-ouvert, cloisonné à mi-hauteur par des claustras dans l'entrée du bâtiment sera aménagé en salle d'attente confortable, une salle attenante fermée sera prévue pour les rencontres.

Le terrain acquis n'étant pas très grand (500 m<sup>2</sup>), un secrétariat, une salle de réunion, les bureaux du directeur adjoint et du chef de service, du psychologue seront construits en étage et accessibles par un ascenseur. Actuellement les locaux administratifs de l'APEAI, de l'association, de l'ATI, le bureau du directeur se trouvent déjà à l'étage du bâtiment actuel. Le bâtiment de l'accueil temporaire sera construit à environ 5 mètres de celui-ci, et une passerelle sera construite permettant la liaison entre les deux bâtiments et l'accessibilité à tous les locaux administratifs par l'ascenseur.

Le jardin ne sera pas négligé et créé sous forme de patio, permettant d'aménager un bassin, et de manger dehors au beaux jours.

Les équipes seront consultées sur le projet architectural et chacun pourra s'exprimer selon sa réalité professionnelle : les équipes éducatives, infirmières, femmes de service, veilleurs de nuit, homme d'entretien. Un cahier des charges sera élaboré et les architectes consulteront les personnels et l'équipe de direction pour bien intégrer la commande.

### C) Un projet éducatif et une organisation adaptés

La première réflexion que nous devons avoir quand il s'agira d'élaborer le projet éducatif est que notre accueil ne représentera au maximum qu'1/4 de la vie des personnes. Par conséquent notre prise en charge ne sera qu'un des éléments de leur projet de vie global. Notre premier devoir sera donc de travailler avec les autres intervenants, pour donner du sens à notre accueil et définir les axes de travail durant les séjours proposés.

Le fait de recevoir des personnes de niveaux différents pour des périodes variables bouleverse évidemment la notion de projet éducatif classique, s'adressant à une population homogène. Il est donc nécessaire d'être attentif à élaborer un projet adaptable à tous sans devenir généraliste ou décliner un catalogue de bonnes intentions. Pour limitée dans le temps qu'elle soit, la prise en charge de la personne ne doit pas être dénuée d'ambitions, le temps passé dans la structure devra être mis à profit, grâce à l'aide des professionnels, pour favoriser le développement et l'épanouissement de chacun. Le projet éducatif devra se décliner en grands thèmes d'apprentissages qui

seront plus ou moins développés en fonction des besoins de chacun. On peut retenir 4 idées éducatives :

- L'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir, etc.) ;
- L'entretien physique ;
- L'apprentissage et perfectionnement à la vie autonome (lire, écrire, compter, faire des courses, préparer des repas, etc.) ;
- Se déplacer, vivre dans la cité, avoir accès à la culture.

Les activités seront la mise en pratique de ces thèmes. Elles devront être assez diversifiées pour que chaque personne puisse participer à des ateliers qui correspondent aux axes de travail définis par le projet individuel.

Ce projet sera soutenu par un accompagnement psychologique et médical. Des ateliers et des informations sur l'hygiène, qu'elle soit corporelle, alimentaire ou concernant les rythmes de vie feront partie des attributions de l'infirmière, un soutien psychologique pourra être effectué par le psychologue en cas de besoin. Il pourra également aider les équipes à mieux comprendre les problématiques de certains résidents.

Le choix de la personne aux ateliers proposés se fera en concertation avec elle et au regard des éléments de son projet individualisé, défini avec les personnes accompagnatrices le jour de l'admission.

Pour être la plus pertinente possible, l'équipe devra posséder le plus d'éléments possibles sur les personnes accueillies. Moins on connaît la personne, plus les renseignements doivent être complets. Un dossier sera adressé en amont aux intervenants habituels afin de collecter les renseignements administratifs, sociaux, médicaux et concernant les capacités, la personnalité, les goûts et les habitudes de la personne. Une synthèse de ces éléments sera faite à l'admission et retranscrite sur une fiche adressée aux intervenants.

Pour que l'accueil et le séjour puissent se faire dans de bonnes conditions, il est indispensable d'avoir une organisation sans faille. Or la gestion journalière de départs et d'arrivées et les anticipations nécessaires qu'elle engendre sur les accueils médicaux, éducatifs, et les exigences alimentaires (régimes, repas mixés, etc.) demandent l'élaboration de procédures précises. Chaque acteur de l'équipe doit connaître les mouvements journaliers pour coordonner son travail avec les collègues. La femme de service devra nettoyer et préparer la chambre, la lingère devra être en mesure de restituer les vêtements qui lui ont été confiés au moment du départ, l'infirmière assumer la réception et le retour du pilulier, la personne chargée des commandes de repas d'anticiper les particularités alimentaires. Voici quelques exemples qui soulignent la

finesse nécessaire pour un accueil réussi. Cette partie organisationnelle ne pourra être pertinente qu'avec l'emploi d'un coordonnateur chargé de la logistique des accueils. Il fera le lien entre les partenaires extérieurs et l'institution et travaillera en lien étroit avec le chef de service.

### **3.2.5 Garantir le droit des usagers**

Si tous les outils de la loi du 2 janvier 2002 : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, qui garantissent le droit des usagers, ainsi que les projets individualisés sont mis en place, il faudra les adapter à la nouvelle organisation et aux nouveaux services proposés. Tous les résidants, les personnes prises en charge par le SAMSAH, les tuteurs se verront remettre un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés des personnes accueillies. De plus :

- les personnes qui changeront de groupe sur le foyer signeront un nouveau contrat de séjour correspondant à leur nouveau lieu d'accueil ;
- les familles des nouveaux arrivants seront reçues pour la présentation du règlement de fonctionnement et la signature des contrats de séjour ;
- les accueillants familiaux seront invités à la signature des contrats de séjour pour une rencontre avec les tuteurs et la présentation des grandes lignes du projet individuel ;
- les personnes reçues sur l'accueil temporaire bénéficieront de deux rencontres : la première avec le directeur et le coordonnateur en amont de l'admission pour la présentation du service et la remise de tous les documents (projet de service, dispositions légales, documents de la loi 2002), la deuxième avec le chef de service et l'infirmière pour la collecte des données, l'élaboration du projet individualisé, la planification des accueils et la signature du contrat de séjour ;
- le conseil de la vie sociale continuera bien évidemment à fonctionner de la même manière pour les résidants du foyer, mais cette instance sera remplacée par un groupe d'expression pour les personnes accueillies en accueil temporaire et celles accompagnées par le SAMSAH ;
- les personnes accompagnées par le SAMSAH contractualiseront un document individuel de prise en charge qui déclinera les aides et prestations mises en œuvre, leur durée et leur fréquence ;
- comme je l'ai signalé plus haut, nous établirons aussi des groupes d'expression réunissant les personnes accueillies et leurs accueillants familiaux.

Je serai le garant de l'application de ces droits et animerai les différentes instances mises en place avec un responsable de chaque service. Ces rencontres seront indispensables pour garantir la qualité des prestations offertes et procéder aux réajustements nécessaires dans l'articulation des services.

### 3.3 LE MANAGEMENT DU PROJET

Si j'ai pu m'appuyer sur des constats faits au niveau de l'établissement et du département pour envisager une restructuration nécessaire des services et définir les grandes orientations stratégiques approuvées par l'association, il faut maintenant décrire la phase opérationnelle du projet.

Et c'est bien du rôle du directeur, qui en est d'une part le garant, et d'autre part le lien entre les résidents, le personnel, l'association et les partenaires extérieurs, d'être le maître d'œuvre des chantiers à venir. Pour les mener à bien il devra tout d'abord lever les résistances inhérentes à tout changement d'organisation. J.M. MIRAMON l'explique<sup>40</sup> : *« les résistances ne sont pas tellement la manifestation de la routine et de la passivité des exécutants, comme on a toujours trop tendance à le croire. Elles sont dues au fait que l'organisation de l'entreprise (...) est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir, dans lesquelles les individus ont trouvé, en principe, une satisfaction minimum, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Changer une entreprise revient donc à casser ou modifier cet équilibre (...). Ils (les partenaires) feront tout pour se prémunir et se protéger des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement »*. Le directeur devra donc rassurer les équipes en les impliquant dans la démarche. Pour ma part, connaissant bien l'équipe, et pour lever au mieux les réticences possibles sur les changements à venir, je m'engagerai dans un mode de management de type participatif pour le projet à venir. Cette démarche m'intéresse car elle exige une équipe mûre et engage une relation de confiance, car dans ce cas précis les collaborateurs disposent d'un pouvoir équivalent à celui du directeur pour mener le changement. La collaboration demandera pour fonctionner :

- une grande confiance réciproque ;
- d'être attentif aux conflits par une relation claire ;
- une motivation du personnel ;
- la possibilité de négociations.

---

<sup>40</sup> op.cit. p.53



Si je me sens prêt à travailler avec le personnel dans cette direction, c'est que nous en avons déjà l'expérience. La démarche qualité de l'établissement a été travaillée dans ce sens et, grâce à une bonne planification et une organisation judicieuse, les équipes se sont investies dans un travail sérieux. Lors de cette démarche qualité nous avons eu de nombreuses reprises évoqué les enjeux et les orientations des politiques sociales. Cette volonté d'information nous a permis d'anticiper sur l'amélioration de nos services en intégrant les dimensions nécessaires au bon fonctionnement des projets à venir. L'équipe de direction et le personnel du foyer « les Cèdres » forment maintenant un tandem assez solide pour travailler sur ce mode de management qui est certainement le plus en mesure de recueillir l'adhésion de chacun, condition essentielle dans ce type de projet, qui bouleverse non seulement la prise en charge mais aussi la vision de l'accompagnement pour les années à venir.

Mais la réussite du projet ne se fera que par une répartition et une planification du travail pertinentes.

### **3.3.1 La répartition des rôles**

Le choix du management participatif va impliquer tous les acteurs du changement d'une manière équitable. Il est donc impératif que les rôles de chacun soient bien définis et le travail réparti selon des objectifs clairs pour éviter tout risque de confusion sur les buts à atteindre. Au niveau institutionnel, le directeur, le chef de service éducatif et la chef comptable, cadre administrative, forment le comité de pilotage du projet (le directeur adjoint les rejoindra à son embauche). Ils se réunissent une fois par semaine pour faire le point sur l'avancée des travaux et opérer les éventuels ajustements nécessaires.

- Le directeur : Il est la charnière entre association, partenaires extérieurs et institutions. Il est chargé de l'écriture du projet, de son dépôt au CROSMS, des rencontres nécessaires avec les financeurs et toutes les instances concernées de façon directes ou indirectes par les services d'accompagnement. Dans un souci de transparence et de maintien de clarté des objectifs à atteindre, il rend compte régulièrement au bureau de l'association et lors de la tenue d'une réunion trimestrielle générale des personnels.
- Le chef de service éducatif : Il dirige les travaux des personnels, organise et planifie les réunions. Il est le garant du suivi du projet éducatif, définit la chronologie des débats, collecte et synthétise les comptes-rendus de réunions, active les outils nécessaires (projets individuels, grille MAP) pour assurer l'objectivité et la pertinence des choix de changements de groupe ou d'orientation en famille d'accueil. Il anticipe aussi sur des constructions de plannings adaptés

aux nouvelles prises en charge afin que ce sujet délicat ne devienne pas un point de fixation et de résistance lors du changement des équipes.

- La responsable du service administratif : Elle travaille avec le secrétariat pour mettre en place les nouveaux outils administratifs et budgétaires nécessaires. Elle sélectionne tous les documents réglementaires pour une appropriation commune avec le directeur. Elle travaille avec le chef de service éducatif et la secrétaire sur la partie organisationnelle de l'accueil temporaire.
- L'équipe éducative : Elle travaille sous la responsabilité du chef de service selon le planning et le calendrier établis. 4 thématiques sont proposées et 4 ateliers formés autour des thèmes suivants :

atelier 1 : le rôle, les interventions, le partenariat et les liens possibles entre le SAMSAH et le foyer « Les Cèdres » ;

atelier 2 : l'accueil familial à temps plein et en accueil temporaire pour quels résidents ? quel partenariat possible ? les liens avec le SAMSAH ;

atelier 3 : les nouveaux enjeux des groupes : quelle prise en charge pour quels résidents ? l'aménagement nécessaires des locaux ;

Atelier 4 : l'accueil temporaire : quelle architecture pour quelle prise en charge, avec quelle organisation ?

L'inscription dans les ateliers est obligatoire et se fait sur la base de l'intérêt que les personnels portent à chaque service. Ils sont animés par les éducateurs spécialisés. Les membres du comité de pilotage tournent sur les groupes de travail. Pour désorganiser le moins possible la planification, les ateliers se réunissent dans un premier temps à raison de 3 heures par mois sur le temps des réunions hebdomadaires d'équipe.

- Les personnels des services généraux : Ils sont associés aux ateliers sur des thèmes les concernant et sont conviés à des réunions spécifiques portant sur l'organisation du travail, lors de la nouvelle distribution des groupes et de la mise en place de l'accueil temporaire. Ils sont également reçus par l'architecte lors de sa large consultation auprès de tous les personnels.

### 3.3.2 Une planification indispensable

Elle est essentielle pour marquer les étapes, réajuster le projet en fonction des aléas inévitables du parcours. Elle définit le plan d'action en interne et en externe et met en rapport les objectifs fixés et les moyens à mettre en œuvre. Le directeur et le comité de pilotage s'y réfèrent pour apporter les correctifs nécessaires aux imprévus et aux opportunités rencontrés. Des points de passage marqués servent d'indicateurs mensuels des écarts entre les objectifs espérés et les objectifs atteints. Cette évaluation en continue permet de rassurer les équipes en leur signifiant, soit que les objectifs sont atteints, soit qu'ils ne le sont pas, et si c'est le cas en indiquant les corrections à apporter.

Sans entrer dans le détail, les deux tableaux ci-dessous marquent, pour le premier les grandes étapes du projet, et pour le second un tableau préparatoire de l'organisation de la première année pour le directeur et le comité de pilotage.

**Tableau 1 : les grandes étapes du projet**

	SAMSAH	ACCUEIL FAMILIAL	REORGANISATION DES GROUPES	ACCUEIL TEMPORAIRE
Remise du projet	Septembre 2007			septembre 2007
Mise en place comité de pilotage	octobre 2007 : réunions hebdomadaires – créations des indicateurs d'évaluation-			
Réunion générale	décembre : présentation du projet au personnel et remise de la note de cadrage			
Formation des ateliers	Janvier 2008 (réunions mensuelles)	Janvier 2008 (réunions mensuelles)	Janvier 2008 (réunions mensuelles)	Janvier 2009 (réunions mensuelles)
Mise en service	Novembre 2008	Juin – sept. 2008	Janvier 2009	Fin 2010

**Tableau 2 : la planification du directeur**

Sept-oct 07	Nov.07	Dec.07	Janvier 08	Février 08	Mars 08	Avril – juin 08	Juillet 08	Sept – nov. 08
Finalisation du projet SAMSAH-AT - présentation à l'association - Remise du projet au CROSMS - BP	écriture note de cadrage - rencontre CE et préparation du plan de formation en accord avec les nouveaux enjeux	Retour du CROSMS - Réunion générale, présentation officielle du projet avec le président de l'assoc. - mise en place du comité de pilotage - rencontre avec le président du CG pour envisager une publicité pour l'accueil familial	Participation à la première réunion de chaque atelier - rencontre avec l'architecte pour l' AT qui engage une consultation	Publicité AT (affiche, presse, radio) - rencontre avec les communautés de communes, les services à dom., les SSIAD pour AT et partenariat SAMSAH	1 <sup>ère</sup> rencontre collective avec les candidats potentiels à l'accueil familial - rencontres individuelles fin mars - réunion générale et synthèse des trav aux	Aide aux demandes d'agrèments - finalisation du projet architectural - Avancement des travaux SAMSAH, redistribution - rencontre avec la CDAPH pour anticiper les orientations SAMSAH et AT - entretiens annuels d'évaluation et recueil des souhaits des personnels	Préparation des embauches, mise en place de grilles d'entretien - essai avec les premières familles d'accueil pour les temps de vacances	Finalisation De la préparation SAMSAH ( rencontre avec les personnes orientées) du redéploiement des groupes - travaux d'aménagement sur les groupes - embauche des personnels SAMSAH et du directeur adjoint - départ de résidents en accueil familial changements de groupes et accueil de nouveaux résidents - démarrage du SAMSAH

On imaginera qu'à compter de janvier 2009, ce même type d'organisation sera mis en place pour la création de l'unité d'accueil temporaire, soit l'atelier 4.

### 3.3.3 Les besoins en personnels et le nouvel organigramme

Les services du SAMSAH et de l'accueil temporaire vont permettre de créer des emplois. Le SAMSAH sera mis en service en deux temps. La première étape sera de pouvoir répondre aux besoins d'une quinzaine de personnes. En tenant compte des ratios d'encadrement habituellement appliqués, nous demanderons 5.75 ETP pour cette première tranche prévue en novembre 2008 . Nous pensons étendre l'accompagnement à 30 personnes à la fin de l'année 2010, (simultanément avec l'ouverture de l'unité d'accueil temporaire) soit à terme 11ETP répartis de la manière suivante :

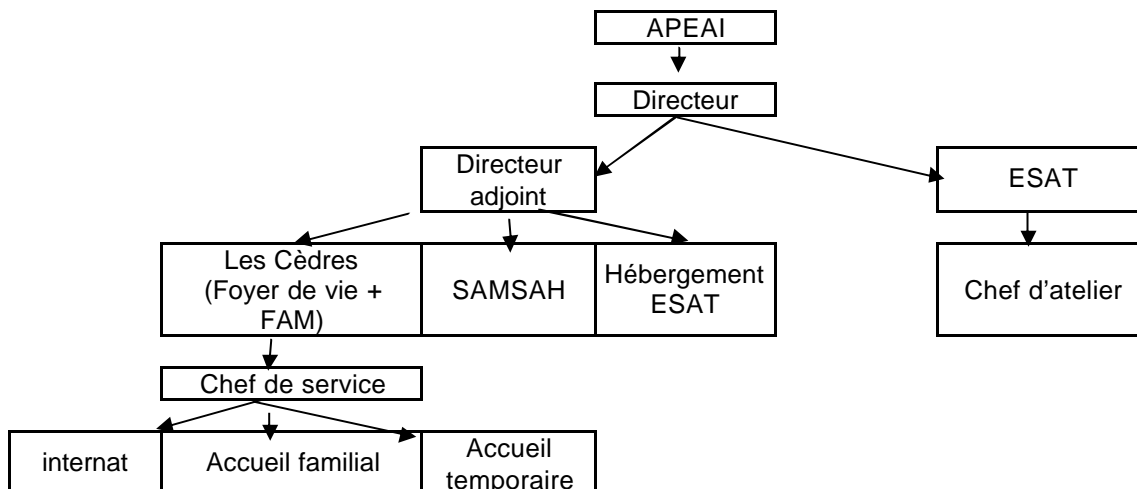
- 0,5 directeur adjoint ;
- 1,5 éducateur spécialisé ;
- 4 AMP ;
- 2,5 aide-soignante ;
- 0,35 infirmière ;
- 0,5 psychomotricien ;
- 0,5 d'ergothérapeute ;

- 0,75 secrétariat / comptabilité ;
- 0,4 psychologue.

Le service d'accueil temporaire pourra bénéficier d'un ratio d'encadrement légèrement supérieur au taux pratiqués dans les foyers de vie pour pallier l'hétérogénéité des handicaps, la gestion de la file active et du turn-over rapide, le fait du rendu du service à plus de personnes, la réponse à l'urgence. Il sera donc demandé un ratio d'encadrement de 1,12 soit 9 ETP pour 8 places, répartis comme suit :

- 0,5 directeur adjoint
- 1 éducateur spécialisé coordonnateur
- 3 AMP
- 2,25 aides-soignants
- 0,5 IDE
- 1,25 ASI
- 0, 1 psychologue
- 0,4 secrétariat- comptabilité.

Cet extension des services va demander une réorganisation de l'équipe de direction au niveau des services globaux des établissements de l'APEAI et dès la mise en place du SAMSAH, il sera nécessaire de pouvoir recruter le directeur adjoint à plein temps pour arriver à l'organigramme fonctionnel présenté ci-dessous :



### 3.3.4 L'évaluation et la qualité

La spécificité de notre secteur non marchand, par rapport au secteur concurrentiel est qu'il doit répondre à deux niveaux de qualité comme l'écrit Jean-René LOUBAT<sup>41</sup> :

<sup>41</sup> JAEGER M., BAUDURET J-F, DUBREUIL B. et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris:Dunod,1995. Livre 3, le projet d'établissement pp.389–634.

- « - *la qualité du service rendu au bénéficiaire ;*
- *la qualité de la mission à effectuer.*»

Ces deux niveaux seront donc déclinés en deux démarches différentes :

- Le service rendu au consommateur fera l'objet d'une démarche qualité volontariste tendant vers une amélioration constante des prestations offertes ;
- la qualité de la mission à effectuer aura comme but de se mettre en conformité avec les exigences administratives, on parlera dans ce cas de procédure d'accréditation.

Jean-René LOUBAT<sup>42</sup> résume parfaitement cette double démarche : « *...l'accréditation est aux établissements ce que le contrôle technique est à l'automobile : un passage obligé ponctuel destiné à s'assurer que des points essentiels sont pris en compte régulièrement. En revanche, la démarche qualité correspond à l'entretien permanent qu'effectue l'automobiliste intelligent à l'endroit de son véhicule. Cet entretien s'avère bien plus efficace pour lui garantir la fiabilité de son véhicule, mais il est volontaire, et sans contrôle technique, certaines épaves pourraient continuer de rouler mettant en danger les autres automobilistes.* »

L'APEAI a déjà engagé ses établissements dans une démarche qualité depuis le début de l'année 2006. La phase d'évaluation est maintenant terminée, les plans d'actions définis et nous sommes maintenant dans la mise en place des actions correctives. Pour le foyer « Les Cèdres » ces actions correctives concernent bien évidemment le fonctionnement actuel, mais ont pris en compte la future offre de service, de la prise de contact des usagers potentiels jusqu'à la fin de leur prise en charge.

Des procédures d'admission sont en cours d'élaboration pour s'adapter aux différents services, les contrats de séjour devront être déclinés sous des formes différentes, ainsi que les projets individualisés.

Dans cette exigence de qualité, le directeur doit être particulièrement vigilant à la garantie de bienveillance des personnes accueillies. Pour ce faire une fiche et une procédure de signalement sont en cours d'élaboration. Des réunions d'information vont être mises en place pour tous les personnels, et un temps de parole sur ce sujet sera dédié aux remplaçants à raison de deux heures par trimestre.

L'évaluation étant « *un processus général de maîtrise de l'action par la mesure* » (J.R. LOUBAT)<sup>43</sup>, des outils adaptés seront mis en service pour chaque secteur d'activité. Le premier outil que nous aurons à consolider dans la perspective d'une entreprise

---

<sup>42</sup> op.cit.p.74

<sup>43</sup> ibid.

plateforme multiservices est celui de la qualité de la communication. L'équipe de direction montrera ainsi la volonté de prouver son engagement, dans un souci de recherche d'amélioration constante, de la prestation des services proposés. Cette communication sera également indispensable à la complémentarité des prises en charge, car sans communication entre les services et sans connaissance réciproque du travail effectué par les uns et les autres il devient impossible de réagir et d'anticiper les besoins d'accompagnement des personnes. Une réunion trimestrielle de toutes les équipes éducatives sera indispensable pour échanger sur les pratiques de chacun.

Il sera également nécessaire, afin de ne pas se contenter d'évaluations introspectives, de travailler sur des enquêtes de satisfaction destinées aux bénéficiaires des prestations et à leurs familles. Ces enquêtes seront ouvertes sur tous les services du foyer et renouvelées une fois par an. Le CVS et les groupes d'expression seront aussi des instances où la qualité pourra être discutée.

Quand au travail des équipes, il sera évalué par l'élaboration d'un référentiel qui définira les axes de qualité définis en fonction des prestations à fournir. Ces axes seront déclinés en objectifs-qualités qui seront atteints par des bonnes pratiques qui pourront être mesurées par l'élaboration d'indicateurs.

C'est donc dans un souci constant de qualité que les projets à venir vont voir le jour et prendre sens. Il est donc nécessaire d'intégrer cette dimension dans le fonctionnement global de l'institution. L'évaluation et la démarche qualité nécessitent donc d'avoir un pilote et un comité de pilotage.

Le pilote, pour avoir montré ses qualités d'organisation et de rigueur dans le travail déjà effectué, sera la responsable administrative. Son rôle central lui permet d'avoir une vision globale de l'établissement et la distance nécessaire pour garder l'objectivité indispensable dans les approches éducatives. Dans ce travail avec les équipes éducatives, elle collaborera étroitement avec le directeur adjoint et le chef de service.

Le comité de pilotage sera composé du président de l'association, du directeur, et des cadres. Une réunion trimestrielle sera prévue. Le directeur s'il est bien sur garant de la qualité de tous les services, sera chargé de garantir la qualité des grands principes et des valeurs de l'institution en faisant évoluer les outils d'éthique et de bonne gouvernance : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, les contrats de séjour, le CVS et les groupes d'expression, la bientraitance. Il sera le guide pour amener les établissements et services vers une auto évaluation de qualité et présenter le moment venu une organisation efficiente aux instances chargées de l'évaluation externe.

Le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) sera l'objet de toutes les attentions et le résultat d'une négociation approfondie entre le directeur et le comité d'entreprise, mais les formations individuelles et collectives devront répondre au plus près des actions prévues. L'une des priorités sera l'acquisition de compétences au fonctionnement en réseau,

organisation indispensable pour garantir la pérennité d'un projet où le partenariat est la base d'un accompagnement adapté.

### **3.4 L'OUVERTURE INSTITUTIONNELLE : LA NÉCESSITÉ D'UN TRAVAIL EN RÉSEAU**

Si par l'intermédiaire des contrats de séjour et des projets individualisés, les résidants, leurs parents et tuteurs sont devenus de vrais partenaires de par le fait même de la contractualisation des accompagnements, nous restons malgré tout dans une relation de prestataire de service à client, les contrats étant régis par le code du commerce.

L'ouverture de l'institution et la fin du monopole du service rendu par l'accueil temporaire, le SAMSAH et l'accueil familial, font que nous devenons un intervenant parmi d'autres dans l'aide apportée aux personnes. Cet état de fait donne l'obligation aux différents intervenants de collaborer pour offrir la garantie d'un accompagnement optimisé.

Dans la relation institution-famille, si nous pouvons évoquer le terme de partenariat, celui-ci est faussé de par la position de force de l'institution. A l'heure actuelle, si les parents ou les personnes prises en charge ne sont pas satisfaites du service rendu, le pouvoir d'expression de leur mécontentement reste minime, le recours à d'autres services étant aléatoire faute de place dans les établissements.

Dans la relation entre professionnels qui agissent auprès des personnes, la relation devient différente. Les actes délivrés par les intervenants ne doivent pas être une superposition de technicités, mais bel et bien la somme de services concertés et complémentaires, les différents prestataires oeuvrant dans leur domaine de compétence autour d'un problème commun : le mieux être de la personne handicapée. Ce problème commun à résoudre est la condition sine qua non de la création d'un réseau, comme l'écrit Régis DUMONT<sup>44</sup> : « ... on constate souvent que le problème qui mobilise un certain nombre de professionnels de première ligne d'un service ne peut être résolu que par leurs seules interventions, mais qu'il nécessite aussi un travail de qualité et surtout coordonné avec les actions d'autres collègues offrant des services spécifiques. Il s'agira donc pour ces professionnels de première ligne de conjuguer leurs actions avec celles d'autres partenaires pour pouvoir offrir une prestation qui réponde au mieux aux besoins de l'utilisateur. Autrement dit, pas de problème commun, pas de réseau professionnel ! ».

---

<sup>44</sup> JAEGER M., BAUDURET J-F, DUBREUIL B. et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 1995. Livre 4, le travail en réseau pp. 635-752.



Pour nous, intervenants, le problème commun est l'inclusion de la personne dans la société. Pour y parvenir des synergies devront se créer entre accompagnants directs de la personne (personnels éducatifs, soignants, services à la personne) mais aussi les acteurs de la vie sociale (association culturelles, sportives, centres communaux d'action sociale, MDPH, etc.). Des rapports informels de partenariat sont déjà mis en place et pourront se renforcer, mais il s'agira de les structurer et de les organiser pour les faire évoluer en un réseau qui lui seul pourra créer un lien entre les professionnels, centrer les missions en aidant à mieux comprendre les compétences des partenaires, et qui devra être en capacité de faire une évaluation commune des impacts des actions sur l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées.

Le réseau pourra apporter une réponse systémique car il est la seule structure à pouvoir donner une vision globale des besoins du sujet, et faire sortir les professionnels d'interventions individuelles basées sur leur propre logique sans apporter l'articulation nécessaire.

Si le réseau doit être formalisé dans un plan vertical, par les instances hiérarchiques qui lui donneront sa valeur par l'élaboration de chartes et de conventions, il doit fonctionner dans une démarche horizontale et participative. C'est aux équipes de terrain de le faire vivre pour créer le mouvement indispensable à son existence. Il fonctionnera lui aussi sur un mode participatif car comme le précise Philippe DUMOULIN<sup>45</sup> : « *...l'expérimentation sur le terrain de collaborations inter-professionnelles démontre que les stratégies innovantes sont plutôt issues d'interventions à la base, au plus près des problèmes, qu'à partir des partenariats formels institutionnels. La logique hiérarchique du "vertical descendant" est battue en brèche par les stratégies participatives et le développement d'un "horizontal remontant". C'est donc l'efficacité pragmatique des démarches en réseau d'acteurs qui va progressivement s'imposer aujourd'hui* ».

Dans les années 70 les acteurs institutionnels ont largement contribué à l'évolution du métier du social, mais sont restés centrés sur leur domaine spécifique d'intervention. Aujourd'hui, c'est l'interaction de professionnels issus d'horizons divers qui fera évoluer les services. Et pour atteindre ces objectifs où les acteurs de terrain auront un rôle prépondérant à jouer, il faudra qu'ils soient managés par des directeurs volontaires et réactifs capables d'offrir une organisation solide aux professionnels qui pourront animer des réseaux vivants, car par essence en perpétuelle évolution.

---

<sup>45</sup> op.cit.p.77

## Conclusion

Comme je l'ai relaté dans ce mémoire, l'un des défis majeurs de l'accompagnement des personnes handicapées mentales est de leur assurer des services variés de qualité tout au long de leur vie, dont l'espérance est de plus en plus longue. Cette nouvelle vision de la prise en charge est une chance également pour les équipes de professionnels. Dans nos structures, dédiées jusqu'à maintenant à l'internat « classique » le principal risque à courir, et plus particulièrement dans les départements ruraux comme le Lot où les opportunités d'emplois sont peu nombreuses et la mobilité des personnels réduite, est que des équipes usées, fatiguées, démotivées, ne deviennent, au mieux, moins innovantes et plus routinières dans leurs accompagnements, et au pire maltraitantes.

Or, l'ouverture exposée dans ce mémoire représente une opportunité intéressante. L'évolution des politiques sociales qui préconisent l'inclusion et donc le maintien, dans ou au plus près de la cité des personnes fragiles, conforté par des lois et des décrets qui nous donnent le chemin à suivre, va nous permettre à nous acteurs du secteur médico-social de créer les synergies nécessaires à l'évolution de nos métiers et au maintien du dynamisme des acteurs de terrain. Et c'est à nous directeurs qu'incombe la tâche de piloter ces changements.

Le projet que j'ai argumenté, au service des personnes, est un pari exaltant car il fait bouger les frontières habituelles du secteur d'intervention. Les aides apportées ne le sont plus forcément dans les murs de l'institution, elles s'exportent à la rencontre des gens. Cette nouvelle conception du travail va évidemment susciter des interrogations, des réticences, de la part de toutes les parties concernées. Des personnes aidées, de par la crainte d'une intrusion dans leur vie, des professionnels, de par la peur des changements d'organisation et de leurs conditions de travail, des partenaires, que l'on devra convaincre du bienfait et de la nécessité des échanges professionnels.

Mon premier rôle, dans ce projet d'élaboration d'une plate forme de services sera de faire œuvre de pédagogie intra et extra-muros. Expliquer aux équipes, aux partenaires les fondements de la réflexion, est la première démarche à effectuer pour rencontrer l'adhésion au projet et de pouvoir le construire en profitant des richesses de la réflexion collective.

Car je suis persuadé, dans ce monde en mouvement où la marchandisation de la sphère médico-sociale est en route, que c'est par une approche didactique auprès des personnels et en prouvant la qualité des services rendus auprès des financeurs, que

nous pourrons nous adapter aux évolutions inéluctables du secteur. Si les entreprises marchandes ont une place à prendre dans certains domaines de l'aide aux personnes, le secteur non lucratif doit garder la sienne en défendant ses valeurs et son savoir faire.

Notre métier a été créé sur des valeurs humanistes qui se sont quelquefois heurtées à la nécessité de rendre des comptes sur le service rendu. Aujourd'hui la démarche qualité et l'évaluation sont devenus des principes admis et menés avec sérieux dans les établissements de l'APEAI. Cette exigence de compétence, allée aux valeurs défendues par l'association et à une politique de professionnalisation, feront que nous pourrons être les garants d'interventions de qualité auprès des personnes fragiles.

Notre exigence professionnelle passera aussi par le fait de rechercher sans relâche la parole des personnes accompagnées. La loi de février 2005 leur donne le droit à un projet de vie, il faut qu'il reste le leur en leur donnant les moyens d'utiliser de manière harmonieuse la plateforme de services proposée ici.

Mais déjà d'autres défis sont à relever et il faudra après la mise en route du SAMSAH, de l'accueil familial et de l'accueil temporaire, penser à leur évolution.

Faire de l'accueil temporaire à domicile ? Exporter notre savoir faire en apportant un vrai soutien aux parents pour les adultes autistes, mais aussi pour les enfants en faisant des interventions éducatives le soir à la maison ? Etendre l'accueil temporaire aux enfants en accédant ainsi aux désirs de jeunes parents qui ne souhaitent pas de placement en institution, mais demandent juste une aide adaptée complémentaire du droit à l'école ordinaire ?

Autant de questions auxquelles il faudra apporter des réponses dans les années à venir. Le premier pas de l'ouverture est fait, il faut maintenant sur la base des nouveaux services proposés, anticiper les besoins, ce qui aussi le rôle du directeur.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

Classement par ordre d'apparition dans le texte

## ETUDES ET ENQUETES

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées – Services Etudes et Statistiques (éd.). *Les adultes handicapés accueillis dans les Établissements et Services de Midi-Pyrénées – Exploitation de l'enquête ES01*, 2004. 115 p.

Conseil Général du Lot. Préfecture du Lot. *Schéma départemental des services et établissements pour adultes handicapés- 2001-2006*.

L'accueil familial des adultes. *ASH*. Supplément au n°2458 du 2 juin 2006, pp 5-9.

OLIVIN J.J. *guide méthodologique pour la mise en œuvre de l'accueil temporaire dans les établissements médico-sociaux pour enfants, adolescents et adultes handicapés* ; Lanester : éditions GRATH, 2006. 89 p.

## OUVRAGES

AZEMA B. et MARTINEZ N., (2003), *les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs*, Rapport d'étude pour la DRESS, ministère des Affaires sociales du Travail et de la Solidarité – Ministère de la Santé de la famille et des personnes handicapées. CREAL Languedoc-Roussillon, Montpellier, 317 p.

KRISTEVA J. GARDOU C. *handicap: le temps des engagements*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006. 355 p.

BAUDURET J.F, JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Liège : Dunod, 2002. 320 p.

PRIOUX J. *les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale .Projet de vie et participation sociale*. Paris ; Dunod, 2007. 326 p.

LAFORE R., BORGETTO M. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. Paris : Montchrestien, 2004. 653 p. Domat droit public

BAUDURET J.F, JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Liège : Dunod, 2002. 320 p.

JAEGER M., BAUDURET J-F, DUBREUIL B. et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 1995. 1233 p.

MIRAMON J.M. *manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 2001, 105 p.

RAWLS J. Une théorie de la justice ; Points, 1997. 665 p. Points Essais, n° 354.

### **SOURCES INTERNET**

NOURY D., SEGAL P., AUBIN C. *Etude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe*. Rapport n° 2003 119 p. Septembre 2003 la Documentation Française. Disponible sur Internet : <http://lesrapports-ladocumentationfrancaise.fr/>

Synthèses de la législation. *Europa* (en ligne). Janvier 2006 [visité le 12 mai 07]. Disponible sur Internet : <http://europa.eu>

REICH W. MICHAELAKIS D. La notion d'égalité des chances—une analyse théorique. [Visité le 8 mai 2007]. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv./dress>

DIDIER-COURBIN P., GILBERT P. Eléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005. Février 2005. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/>

Source Info – Tools. [Visité le 8 mai 2007]. Disponible sur Internet : <http://www.info-tools.net/>

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

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

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

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

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

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 – loi complétant la loi 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état.

Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Décret 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au 1 de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire n° DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.

Circulaire n° 83-3EF relative au placement d'enfant en structure d'accueil non traditionnelle.

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

Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

---

# LISTE DES ANNEXES

---

**Annexe 1 : plan du foyer « Les Cèdres »**

**Annexe 2 : organigramme de l'APEAI**

**Annexe 3 : carte du Lot**

**Annexe 4 : questionnaire du Conseil Général remis aux personnes handicapées à domicile bénéficiant de l'ACTP**

Enquête en vue d'évaluer les besoins des personnes handicapées à domicile

**Annexe 5 : décret du 17 mars 2004 relatif à l'accueil temporaire**

**Annexe 6 : accueil temporaire foyer « Les Cèdres »**

Tableau 1 – accueil temporaire FOYER DE VIE

Tableau 2 – accueil temporaire FAM

**Annexe 7 : annexes budgétaires**

Budget prévisionnel SAMSAH

Charges (groupe 1)

Charges (groupes 2 et 3)

Produits (groupes 1, 2 et 3)

Prix de journée

Budget prévisionnel ACCUEIL TEMPORAIRE

Charges (groupe 1)

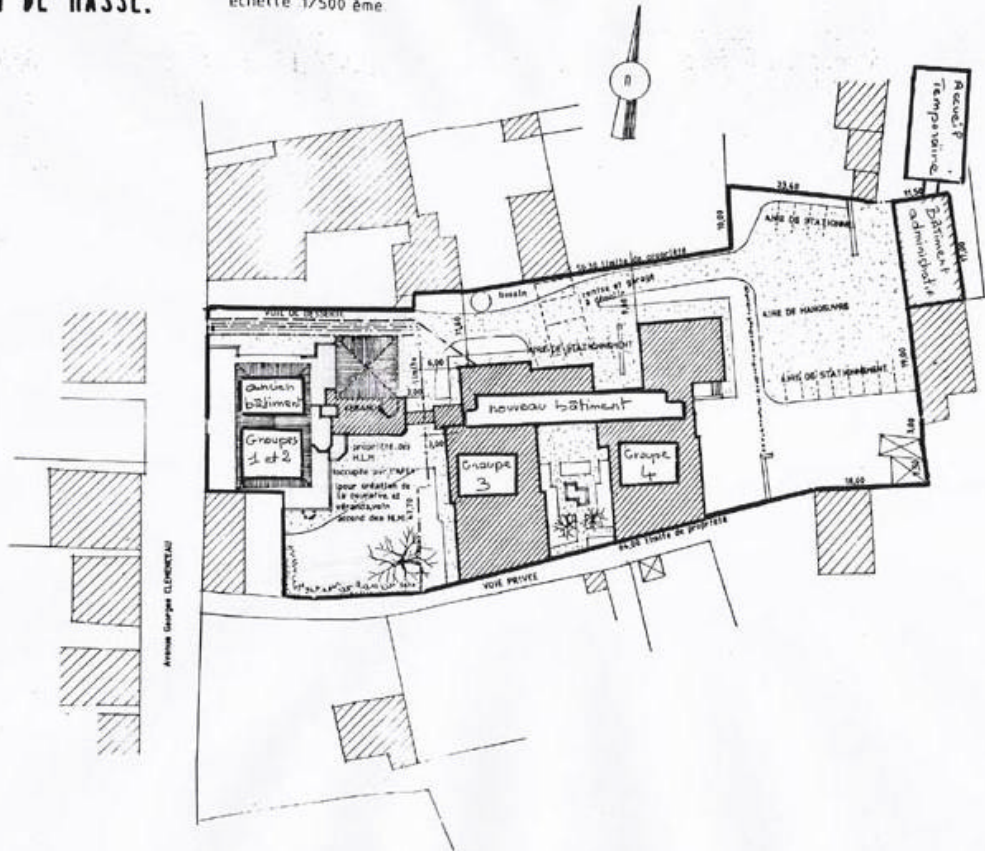
Charges (groupes 2 et 3)

Produits (groupes 1, 2 et 3)

Prix de journée

PLAN DE MASSE.

échelle 1/500 ème



ANNEXE 1



<b>PRESIDENT</b>	<b>VICE-PRESIDENTS</b>	<b>SECRETAIRE</b>	<b>TRESORIER</b>	<b>ADMINISTRATEUR</b>	<b>ADMINISTRATEUR</b>	<b>ADMINISTRATEUR</b>
			<b>DIRECTEUR</b>			
<b>CHEF D'ATELIER</b>			<b>CHEF DE SERVICE</b>			
<b>SIEGE</b>	<b>CAT L'ABEILLE</b>	<b>HEGER, LIMOGNE</b>	<b>HEBER, FIGEAC</b>	<b>S.A.V.S</b>	<b>FOYER DES CEDRES</b>	
Service Administratif	Centre d'Aide par le Travail Atelier Cuisine	Foyer d'Hébergement des Ouvriers du CAT l'Abelle		Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	Foyer de vie pour Adultes Handicapés	
		<b>Figeac</b>	<b>Limogne</b>		<b>GRUPE 1</b>	<b>GRUPE 2</b>
SECRETAIRE DIRECTION 1	MONITEUR ATELIER 6	ANIMATEUR 1°C	ANIMATEUR 1°C 1	ANIMATEUR 1°C 1	ANIMATEUR 1°C 2	ANIMATEUR 1°C 2
COMPTABLE 1	OUVRIER DE PRODUCTION 2	ANIMATEUR 2°C	ANIMATEUR 2°C 2		A.M.P. 4	A.M.P. 3
AIDE COMPTABLE 1		A.M.P.			<b>total: 6</b>	<b>total: 5</b>
AGENT ADMINISTRATIF 1		A.S.S.G.	PSYCHOLOGUE 1		<b>GRUPE 3</b>	<b>GRUPE 4</b>
<b>total: 4</b>	<b>total: 8</b>	<b>total: 5</b>	<b>total: 4</b>	<b>total: 1</b>	ANIMATEUR 1°C 1	ANIMATEUR 1°C 2
					A.M.P. 3	A.M.P. 5
					<b>total: 4</b>	<b>total: 7</b>
					<b>Educateurs Technique</b>	<b>A.S.S.G.</b>
					ANIMATEUR 1°C 2	
					MONITEUR ATELIER 1	
					<b>total: 3</b>	<b>total: 6</b>
					<b>Infirmières</b>	<b>A.S.S.G. NUIT</b>
					<b>total: 2</b>	<b>total: 5</b>
					<b>PARAMEDICAL</b>	
					PSYCHIATRE 1	PSYCHOLOGUE 1
					PSYCHOMOTRICIENNE 1	<b>total: 3</b>

ANNEXE 2

ANNEXE 3  
DEPARTEMENT DU LOT



ANNEXE 4

**ENQUÊTE EN VUE D'EVALUER LES BESOINS  
DES PERSONNES HANDICAPÉES A DOMICILE**

**1. Identification de la personne**

NOM :

Prénoms :

Adresse :

1.1 Sexe

masculin 1

féminin 2

1.2 Année de naissance

1.3 Situation familiale

marié 1 - célibataire 2 - veuf 3 - divorcé 4

1.4 Enfants à charge

**2. - Environnement social**

2.1 La personne handicapée a **son père**

vivant 1

décédé 2 - ne sait pas 3

âge :



2.2 La personne handicapée a **sa mère**

vivante 1

décédée 2 - ne sait pas 3

âge :



Lors de la dernière année, les contacts de la personne handicapée ont été avec :

	quoti dien	hebdo ou +	men suel ou +	trimes triel ou +	rare	inexis tant	
2.3 ses parents	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2.4 sa fratrie	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2.5 une famille d'accueil	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2.6 le voisinage	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2.7 le tuteur	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2.8 autres personnes préciser :	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4

**3. Lieu de résidence principale**

**3.1 La personne habite :**

	en semaine 1	en week-end 2	semaine	week-end
3.1 chez son père	1	1	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.2 chez sa mère	2	2	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.3 chez ses deux parents	3	3	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.4 dans famille d'accueil	4	4	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.5 dans logement avec accompagnement	5	5	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.6 dans logement sans accompagnement	6	6	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3.7 autre préciser :	7	7	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>

**3.2 Intervenant à domicile :**

Infirmière	1	<input type="text"/>
Aide-Soignante	2	<input type="text"/>
Auxiliaire de vie	3	<input type="text"/>
Aide-Ménagère	4	<input type="text"/>
Autre	5	<input type="text"/>

## ANNEXE 4

### 4. Les activités journalières de la personne handicapée

4.1 La personne handicapée participe actuellement à une ou plusieurs des activités citées ci-dessous :

cuisine, pâtisserie	1	<input type="checkbox"/>
entretien, ménage	2	<input type="checkbox"/>
lavage -repassage	3	<input type="checkbox"/>
couture	4	<input type="checkbox"/>
jardinage	5	<input type="checkbox"/>
bricolage	6	<input type="checkbox"/>
autres	7	<input type="checkbox"/>
les nommer :		

4.2 La personne handicapée a abandonné une ou plusieurs activités pendant les 3 dernières années :

oui 1	non 2	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

4.3 En cas d'abandon, il s'agit de quelle(s) activité(s) ?  
mettre le ou les codes correspondant à la question 4.1.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.4 En cas d'abandon, c'est en raison :

d'une altération de ses facultés physiques	1	<input type="checkbox"/>
d'une altération de ses facultés intellectuelles	2	<input type="checkbox"/>
de la nature de l'activité	3	<input type="checkbox"/>
du rythme de l'activité	4	<input type="checkbox"/>
des relations entre les personnes	5	<input type="checkbox"/>
autre(s) raison(s)	6	<input type="checkbox"/>
préciser :		

## ANNEXE 4

### 5. Loisirs - Vacances

5.1 La personne handicapée s'investit pendant ses temps de loisirs dans des activités :

		un peu	beaucoup	pas du tout	
Sportives	1	1	2	3	<input type="text"/> <input type="text"/>
Culturelles (cinéma, lecture ...)	2	1	2	3	<input type="text"/> <input type="text"/>
Artistiques (peinture, dessin, musique)	3	1	2	3	<input type="text"/> <input type="text"/>
dans ses projets de vacances	4	1	2	3	<input type="text"/> <input type="text"/>

5.2 Avez-vous remarqué depuis les 3 dernières années que l'intérêt de la personne pour ses temps de loisirs :

a grandi	1		<input type="text"/>
est le même	2		<input type="text"/>
a diminué	3		<input type="text"/>
Dans ce dernier cas, quelle en est la raison principale ?			

## ANNEXE 4

### 6. La santé de la personne handicapée

#### 6.1 La personne handicapée a-t-elle nécessité des soins particuliers durant les 3 dernières années ?

elle a été alitée sans hospitalisation	1	<input type="checkbox"/>
elle a été hospitalisée en médecine générale	2	<input type="checkbox"/>
elle a subi une ou plusieurs opérations chirurgicales	3	<input type="checkbox"/>
elle a été hospitalisée en psychiatrie	4	<input type="checkbox"/>
elle fait l'objet de soins infirmiers réguliers	5	<input type="checkbox"/>
elle est allée en maison de convalescence	6	<input type="checkbox"/>
autre	7	<input type="checkbox"/>
préciser :		

#### 6.2 L'Etat de santé de la personne handicapée est :

stabilisé 1	évolutif + 2	évolutif - 3	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------	--------------	--------------------------

#### 6.3 Dans le cas où l'état de santé de la personne handicapée évolue négativement il s'agit de troubles ou modifications :

état général 1	respiratoires 2	nerveux 3	cardiaques 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visuels 5	auditifs 6	locomoteurs 7	du comportement 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de mémorisation 9	de sommeil 10	sphinctériens 11	de localisation 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6.4 Indépendamment de la pathologie de départ, l'état de la personne handicapée a subi, les 3 dernières années, des modifications :

<b>physiques 1</b> : cheveux 1 - rides 2 - état cutané 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baisse de la force musculaire 4 - incontinence 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>intellectuelles 2</b> : perte de mémoire 1 - perte des repères temporo-spatiaux 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
état confusionnel 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>du comportement 3</b> : état dépressif 1 - modification du caractère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>de troubles anciens stabilisés 4</b> - 1 lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANNEXE 4

### 7. La vie quotidienne de la personne handicapée

Dans les différentes situations de la vie quotidienne, autonomie de la personne handicapée :

		fait seul	a besoin de stimulation	a besoin d'aide concrète	ne sait plus faire	n'a jamais su faire	
Lever	1	1	2	3	4	5	[ 1 ]
Coucher	2	1	2	3	4	5	[ 2 ]
Repas	3	1	2	3	4	5	[ 3 ]
Habilleme nt	4	1	2	3	4	5	[ 4 ]
Toilette	5	1	2	3	4	5	[ 5 ]
Ménage	6	1	2	3	4	5	[ 6 ]
Courses	7	1	2	3	4	5	[ 7 ]
Gérer l'argent	8	1	2	3	4	5	[ 8 ]
Prendre des médicaments	9	1	2	3	4	5	[ 9 ]
Utiliser le téléphone	10	1	2	3	4	5	[ 10 ]
Sortir de son lieu de résidence pour ses loisirs	11	1	2	3	4	5	[ 11 ]
Sortir pour des fins utilitaires	12	1	2	3	4	5	[ 12 ]
Prendre des moyens de transport	13	1	2	3	4	5	[ 13 ]



## ANNEXE 4

### 8. La personne handicapée et son devenir

8.1 La personne handicapée fait-elle part actuellement de préoccupations concernant :

		souvent	rarement	jamais	ne sait pas	
son handicap	1	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
son lieu de vie	2	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
ses vacances	3	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
sa retraite	4	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
sa mort	5	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
ses amis	6	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
sa famille	7	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
sa santé	8	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
autre(s) les nommer :	9	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

8.2 Dans le cas où la personne handicapée ne pourrait continuer à vivre dans les lieux actuels, dans les prochaines années, quel placement pourrait alors être envisagé ?

une maison d'accueil spécialisée (MAS)	1	<input type="checkbox"/>
un foyer de vie	2	<input type="checkbox"/>
une structure pour personnes handicapées vieillissantes	3	<input type="checkbox"/>
un logement foyer	4	<input type="checkbox"/>
un E.H.P.A.D.	5	<input type="checkbox"/>
une unité de soins longue durée	6	<input type="checkbox"/>
autre : préciser	7	<input type="checkbox"/>
la question ne devrait pas se poser avant 10 ans (à moins d'événements imprévisibles)	8	<input type="checkbox"/>

## ANNEXE 4

### 9. Le questionnaire a été renseigné par : *(cocher la case correspondante)*

#### 9.1 La personne handicapée

- |   |               |                          |
|---|---------------|--------------------------|
| 1 | en totalité   | <input type="checkbox"/> |
| 2 | partiellement | <input type="checkbox"/> |
| 3 | pas du tout   | <input type="checkbox"/> |

#### 9.2 Une personne de son entourage *(préciser)*

- |                       |   |       |                          |
|-----------------------|---|-------|--------------------------|
| membre de la famille  | 1 | ..... | <input type="checkbox"/> |
| intervenant extérieur | 2 | ..... | <input type="checkbox"/> |
| tuteur                | 3 | ..... | <input type="checkbox"/> |

### 10. Autres renseignements nécessaires à la compréhension des besoins de la personne handicapée :

ANNEXE 5

DECRET 2004-231 DU 17 MARS 2004

J.O n° 66 du 18 mars 2004 page 5252 (NOR: SOCA0420508D)

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

**Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 314-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6111-2 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 16 décembre 2003 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004,

Décrète :

**Article 1**

I. - L'accueil temporaire mentionné à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

II. - L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale. L'accueil temporaire peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services, qu'il s'agisse d'établissements de santé au sens de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ou d'établissements sociaux ou médico-sociaux au sens du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. L'accueil temporaire vise, selon les cas : a) A organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ; b) A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

III. - L'accueil temporaire est mis en oeuvre par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

**Article 2**

I. - L'accueil temporaire est organisé dans le respect des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services mentionnés au III de l'article 1er.

II. - Les établissements et services mentionnés au I du présent article peuvent pratiquer exclusivement l'accueil temporaire. Ils peuvent accueillir des personnes présentant plusieurs formes de handicaps ou de dépendances. L'établissement ou le service doit disposer d'unités d'accueil ou de vie qui prennent chacune en charge au maximum douze personnes. Les locaux répondent aux règles d'accessibilité et de sécurité en vigueur, ainsi qu'aux normes particulières existantes pour l'accueil de certains publics concernés par le projet d'établissement. Ces locaux tiennent également compte du contenu du projet d'établissement afin notamment de s'adapter aux caractéristiques des publics accueillis.

III. - Pour les établissements pratiquant l'accueil temporaire de manière non exclusive, les demandes et les décisions d'autorisation visées aux articles L. 313-2 et L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles mentionnent le nombre de places réservées à l'accueil temporaire. Le projet d'établissement ou de service et le règlement de fonctionnement, visés respectivement aux articles L. 311-8 et L. 311-7 de ce même code, prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire.

**Article 3**

I. - L'admission en accueil temporaire dans une structure médico-sociale qui accueille des personnes handicapées est prononcée par le responsable de l'établissement, après décision des commissions départementales visées aux articles L. 242-2 et L. 243-1 du code de l'action sociale et des familles. Dans la

[http://www.accueil-temporaire.com/accueil\\_temporaire/decret\\_2004-231\\_17\\_mars\\_2...](http://www.accueil-temporaire.com/accueil_temporaire/decret_2004-231_17_mars_2...) 11/09/2007

## ANNEXE 5

limite de quatre-vingt-dix jours par an, ces commissions se prononcent pour chaque personne handicapée, sur un temps annuel de prise en charge en accueil temporaire dans ces structures. Elles déterminent en tant que de besoin sa périodicité et les modalités de la prise en charge.

II. - A titre dérogatoire, en cas d'urgence, l'admission directe d'une personne handicapée présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % peut être réalisée pour des séjours inférieurs à huit jours pour les enfants et quinze jours pour les adultes. Le directeur qui a prononcé cette admission en informe la commission départementale dont relève la personne visée au premier alinéa du présent article dans un délai maximal de vingt-quatre heures suivant l'admission. Il est également tenu d'adresser à cette même instance, à l'issue du séjour, une évaluation sur ledit séjour dans un délai de quinze jours après la sortie de la personne. La commission fait connaître dans les meilleurs délais, le cas échéant au vu de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, sa décision à l'égard de cette admission et peut décider, s'il y a lieu, d'autres périodes de prise en charge en accueil temporaire.

**Article 4**

A compter de la date de publication du présent décret, les établissements et services existants mentionnés au III de l'article 1er disposent d'un délai de trois ans pour se mettre en conformité avec les dispositions de l'article 2 dudit décret.

**Article 5**

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 17 mars 2004.  
Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
François Fillon

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales,  
Nicolas Sarkozy

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,  
Jean-François Mattei

Le ministre délégué aux libertés locales,  
Patrick Devedjian

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,  
Marie-Thérèse Boisseau

Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées,  
Hubert Falco

[Fermer](#)

[Imprimer](#)

[www.accueil-temporaire.com](http://www.accueil-temporaire.com)  
Portail de l'Accueil Temporaire pour les Personnes Handicapées

## ANNEXE 6

TABLEAU 1  
ACUEIL TEMPORAIRE FOYER DE VIE

2 <sup>ème</sup> semestre 2004 – année 2005 et 2006				
Nom	Nombre de jours d'accueil	rythme	raison	suite
Corinne M.	29 en 2004	Une fois	Vit à domicile. Accueil d'urgence suite à maladie de la maman	A trouvé une place en foyer de vie
Marie de H.	7 en 2004	Une fois	Vit à domicile	Plus de nouvelles
Patrick C.	11 en 2005	Une fois	Usure en ESAT. Essai en foyer de vie	Réorientation en foyer de vie. Accepté en 01/06. demande le foyer "les cèdres" en 2007 pour rapprochement familial
Juliana J.	12 en 2005	Une fois	Amendement creton Essai en foyer de vie	Toujours en attente d'une place en foyer de vie
Leslie Y.	16 jours en 2005 16 jours en 2006	4 fois une semaine	Amendement Creton permettre à la famille de souffler pendant les périodes de fermeture de l'IME d'accueil	Toujours en attente
Sylvie F.	42 en 2006	6 fois une semaine	Suivi par l'hôpital de jour. besoin d'un soutien éducatif occasionnel	Reprise de confiance. A intégré une famille d'accueil
Sylvanie B.	3 en 2006	1 semaine écourtée 1 semaine annulée	Suivi par l'hôpital de jour. pas de solution du secteur psychiatrique pour cette personne qui nécessite un accompagnement permanent	Plus de nouvelles
Sandrine R.	12 en 2006	1 fois	Accueillie en ESAT. Accueil pas satisfaisant à cause de problèmes de comportement	Retour à l'ESAT. Pas de nouvelles
Pierre-Antoine F.	12 en 2005 12 en 2006	2 fois 2 semaines	Amendement Creton Accueil pour "patienter"	Attente d'une place en foyer de vie
Michel R.	90 en 2006	1 fois	Vivait à domicile avec sa mère âgée qui a été hospitalisée	Place en famille d'accueil avec prise en charge 2 jours par semaine au foyer "les Cèdres"
Valérie C.	50 en 2005 50 en 2006	20 fois 1 semaine	Externe au foyer "les Cèdres" .permet à la famille d'accueil de souffler	Prise en charge en internat

	2004	2005	2006
Nombre de personnes accueillies	2	5	7
Nombre de jours d'accueil	36	101	209
Pourcentage d'occupation	19,5	27,6	57,2

ANNEXE 6

TABLEAU 2  
ACCUEIL TEMPORAIRE FAM

2005-2006				
Nom	Nombre de jours d'accueil	Rythme	Raison	suite
Adrien B.	100 jours en 2005 110 en 2006	Entre 4 et 12 jours à chaque séjour	Attente d'une place en institution Climat familial difficile	A intégré le foyer "les Cèdres" début 2007
Florence T.	46 jours en 2005 45 jours en 2006	Séjours d'une semaine tous les deux mois	Amendement Creton. Accueil pour soulager la famille et prise en charge spécifique	En attente d'une place en MAS
Karine B.	48 en 2005 48 en 2006	2 séjours d'un mois	Placement dans un foyer de vie de la région parisienne. Séjours pour faciliter un rapprochement familial	Reste en attente d'une place dans le Lot
Stéphane S.	14 en 2005 81 en 2006	Week-ends et semaine	Amendement Creton Accueil sur les temps de fermeture de l'IME car climat familial difficile	A intégré un FAM dans le Tarn avec accueil spécifique pour les autistes. Accueil temporaire les Cèdres pour rapprochement familial

	2005	2006
Nombre de personnes accueillies	4	4
Nombre de jours d'accueil	208	284
Pourcentage d'occupation	57	77,8

**BUDGET PREVISIONNEL SAMSAH**

CHARGES : (GROUPE 1)

N° COMPTE	GROUPE : 1 EXPLOITATION COURANTE	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECROISSANCES	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
<b>60</b>	<b>ACHATS</b>							
601	ACHATS STOCKES DE MATIERES PREMIERES ET FOURNITURES				-	-		
602	ACHATS STOCKES (AUTRES APPROVISIONNEMENTS)				-	-		
603	VARIATION DE STOCKS (DEBIT)				-	-		
606	ACHATS NON STOCKES DE MATIERES ET FOURNITURES				6 000	6 000		
	<b>TOTAL 60 ACHATS</b>	-	-	-	<b>6 000</b>	<b>6 000</b>		-
<b>61</b>	<b>SERVICES EXTERIEURS</b>							
6111	SOUS-TRAITANCE A CARACTERE MEDICAL				600	600		
6112	SOUS-TRAITANCE A CARACTERE MEDICO-SOCIAL				4 200	4 200		
	<b>TOTAL 61 SERVICES EXTERIEURS</b>	-	-	-	<b>4 700</b>	<b>4 700</b>		-
<b>62</b>	<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>							
6241	TRANSPORT DE BIENS				-	-		
6242	TRANSPORT D'USAGERS				-	-		
6247	TRANSPORT COLLECTIF DU PERSONNEL				-	-		
6246	TRANSPORT DIVERS				-	-		
625	DEPLACEMENTS, MISSIONS ET RECEPTIONS				900	900		
626	FRAIS POSTAUX ET FRAIS DE COMMUNICATIONS				900	900		
6281	BLANCHISSAGE A L'EXTERIEUR				400	400		
6282	ALIMENTATION A L'EXTERIEUR				900	900		
6283	NETTOYAGE A L'EXTERIEUR				1 200	1 200		
6284	INFORMATIQUE A L'EXTERIEUR				150	150		
6286	AUTRES PRESTATIONS DIVERSES				-	-		
	<b>TOTAL 62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>	-	-	-	<b>4 050</b>	<b>4 050</b>		-
	<b>TOTAL 61 ET 62 SERVICES EXTERIEURS</b>	-	-	-	<b>8 750</b>	<b>8 750</b>		-
	<b>TOTAL 65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	-	-	-	-	-		-
	<b>TOTAL GROUPE 1</b>	-	-	-	<b>14 750</b>	<b>14 750</b>		-

ANNEXE 7

**BUDGET PREVISIONNEL SAMSAH**

**CHARGES : (GROUPE 2 et 3)**

N° COMPTE	GROUPE : 2 PERSONNEL	REEL N-2	BUDGET EXECUTORE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECROUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTORE
621	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT							
622	REMUNERATIONS D'INTERESAIRES ET D'HONORAIRES							
631	IMPOTS, TAXES, ET VERSEMENTS ASSIM. SUR REVEN. (IMPOTS)							
632	IMPOTS, TAXES, ET VERSEMENTS ASSIM. REVEN. (AUTRES ORGAN.)							
641	REMUNERATIONS DU PERSONNEL NON MEDICAL				292 917	292 917		
641 9	REMBOURSEMENT SUR REMUNERATION DU PERSONNEL							
641	REMUNERATIONS DU PERSONNEL F A M				116 900	116 900		
645	CHARGES DE SECURITE SOCIALE ET DE PREVOYANCE							
646	AUTRES CHARGES SOCIALES							
647	AUTRES CHARGES SOCIALES							
648	AUTRES CHARGES DE PERSONNEL							
	<b>TOTAL GROUPE 2</b>				<b>313 017</b>	<b>313 017</b>		
N° COMPTE	GROUPE : 3 STRUCTURE	REEL N-2	BUDGET EXECUTORE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECROUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTORE
612	REDEVANCES DE CREDIT-BAI							
6132	LOCATIONS IMMOBILIERES							
6135	LOCATIONS MOBILIERES							
614	CHARGES LOCATIVES ET DE COPROPRIETE							
6152	ENTRETIEN ET REPARATIONS SUR BIENS IMMOBILIERS				510	510		
6155	ENTRETIEN ET REPARATIONS SUR BIENS MOBILIERS				530	530		
6166	MAINTENANCE				500	500		
616	PRIMES D'ASSURANCE				1 590	1 590		
616	ASSURANCES VEHICULES							
616	SERVICES EXTESRIEURS DIVERS				500	500		
623	INFORMATION, PUBLICATIONS, RELATIONS PUBLIQUES				250	250		
627	SERVICES BANCAIRES ET ASSIMILES							
633	AUTRES IMPOTS, TAXES, VERSEMENTS ASSIM. (IMPOTS)				700	700		
637	AUTRES IMPOTS, TAXES, VERSTIS ASSIM. (AUTRES ORGAN.)							
655	CHARGES COMMUNES ADMINISTRATIVES							
658	CHARGES DIVERSES DE GESTION COURANTES				600	600		
66	CHARGES FINANCIERES				5 500	5 500		
	INTERETS COURUS NON ECHUS							
671	CHARGES EXCEPTIONNELLES SUR OPERATIONS DE GESTION							
672	CHARGES SUR EXERCICES ANTERIEURS							
676	VALEURS COMPTABLES DES ELEMENTS D'ACTIF CEDES							
679	AUTRES CHARGES EXCEPTIONNELLES							
6881	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS DES IMMOB. INCORP. ET CORPORA				12 868	12 868		
6882	DOTATIONS AUX AMORTS CHARGES D'EXPLOIT. A REPART.							
6885	DOTATIONS AUX PROV. RISQUES ET CHARGES EXPLOIT. R.F.F.							
6888	DOT. AUX PROVISIONS POUR DEPREC. DES IMMOB. INCORP. ET CORPORA							
6887	DOT. AUX PROVISIONS POUR DEPREC. ACTIFS CIRCULANTS							
689	DOTATIONS AUX AMORTS. ET PROV. (CH. FINANCIERES)							
687	DOTATIONS AUX AMORTS. ET PROV. (CHARGES EXCEPT.)							
68741	DONT : DOTATIONS A LA RESERVE DE TRESORERIE							
68746	DONT : DIFFERENCE SUR REALISATION D'IMMOBILISATIONS							
	<b>TOTAL GROUPE 3</b>				<b>23 446</b>	<b>23 446</b>		
	<b>TOTAL GENERAL (GR. 1 + GR. 2 + GR. 3)</b>				<b>351 213</b>	<b>351 213</b>		
	DEFICIT DE LA SECTION D'EXPLOITATION REPORTE							
	EXCEDENT SECTION D'EXPLOITATION A REPORTE N+2							
	<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>				<b>351 213</b>	<b>351 213</b>		

ANNEXE 7



**BUDGET PREVISIONNEL SAMSAH**

PRODUITS : (GROUPES 1, 2 et 3)

N° COMPTE	GROUPE : 1 TARIFICATION ET ASSIMILES	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
731	PRODUITS DE LA TARIFICATION DU FOYER DES CEDRES				351 213	351 213		
731	PRODUITS DE LA TARIFICATION DE LA F.A.M.				-	-		
732	FORFATS JOURNALIERS HOSPITALIERS				-	-		
734	TARIF DEPENDANCE				-	-		
736	TARIF SOINS (ENPAD)				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 1</b>	-	-	-	<b>351 213</b>	<b>351 213</b>		-
N° COMPTE	GROUPE : 2 AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
70	PRODUITS (ACTIVITES ANNEXES)				-	-		
71	PRODUCTION STOCKEE				-	-		
72	PRODUCTION IMMOBILISEE				-	-		
75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 2</b>	-	-	-	-	-		-
N° COMPTE	GROUPE : 3 PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
76	PRODUITS FINANCIERS				-	-		
771	PRODUITS EXCEPTIONNELS SUR OPERATIONS DE GESTION				-	-		
772	PRODUITS SUR EXERCICES ANTERIEURS				-	-		
775	PRODUITS DE CESSION D'ELEMENTS D'ACTIF				-	-		
777	QUOTE-PART SUBV. D'INVESTIS VERSEE AU CTE DE RESULTAT				-	-		
78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS				-	-		
693	VARIATION DE STOCKS (CREDIT)				-	-		
609	RABAIS, REMISES, RESTITUTIONS OBTENUS SUR ACHATS				-	-		
619	RABAIS, REMISES, RST. OBTENUS SUR SERV. EXTERIEURS				-	-		
629	RABAIS, REMISES, RST. OBTENUS/AUTRES SERV. EXTER.				-	-		
70	TRANSFERTS DE CHARGES				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 3</b>	-	-	-	-	-		-
	<b>TOTAL GENERAL PRODUITS</b>	-	-	-	<b>351 213</b>	<b>351 213</b>		-
	EXCEDENT DE LA SECTION D'EXPLOITATION REPORTE	-						
	DEFICIT SECTION D'EXPLOITATION A REPORTER N-2	-						
	<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>	-	-	-	<b>351 213</b>	<b>351 213</b>		

ANNEXE 7

Calcul des tarifs ou de la dotation globale de financement

Prix de journée SAMSAH

Proposition de l'établissement

Retenu par l'autorité de tarification

A	TOTAL CHARGES GROUPES I + II + III	351 213,00	
B	PRODUITS EN ATTENUATION + III TOTAL GROUPES II		
C	(+/-) Reprises de résultat		
	Total à prendre en compte = A - B + ou - C	351 213,00	
<b>Dotation globale de financement</b>			
<b>Nombre de journées <sup>(1)</sup></b>			
	- Externat		
	- Semi-internat		
	- Internat		
<b>Prix de journée moyen de l'année</b>			
	- Externat		
	- Semi-internat		
	- Internat		
<b>Nombre de forfaits ou de séances</b>		<b>5 475</b>	
<b>Prix moyen sur l'année du forfait ou de la séance</b>		<b>64,15</b>	

Page

ANNEXE 7

## BUDGET PREVISIONNEL ACCUEIL TEMPORAIRE

**CHARGES : (GROUPE 1)**

N° COMPTÉ	GROUPE : 1 EXPLOITATION COURANTE	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
<b>60</b>	<b>ACHATS</b>							
601	ACHATS STOCKES DE MATIERES PREMIERES ET FOURNITURES				-	-		
602	ACHATS STOCKES (AUTRES APPROVISIONNEMENTS)				-	-		
603	VARIATION DE STOCKES (DEBIT)				-	-		
606	ACHATS NON STOCKES DE MATIERES ET FOURNITURES				24 078	24 078		
	<b>TOTAL 60 ACHATS</b>				24 078	24 078		
<b>61</b>	<b>SERVICES EXTERIEURS</b>							
6111	SOUS-TRAITANCE A CARACTERE MEDICAL				500	500		
6112	SOUS-TRAITANCE A CARACTERE MEDICO-SOCIAL				4 200	4 200		
	<b>TOTAL 61 SERVICES EXTERIEURS</b>				4 700	4 700		
<b>62</b>	<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>							
6241	TRANSPORT DE BIENS				-	-		
6242	TRANSPORT D'USAGERS				-	-		
6247	TRANSPORT COLLECTIF DU PERSONNEL				-	-		
6248	TRANSPORT DIVERS				-	-		
625	DEPLACEMENTS, MISSIONS ET RECEPTIONS				900	900		
626	FRAS POSTAUX ET FRAS DE COMMUNICATIONS				900	900		
6281	BLANCHISSAGE A L'EXTERIEUR				1 500	1 500		
6282	ALIMENTATION A L'EXTERIEUR				25 484	25 484		
6283	NETTOYAGE A L'EXTERIEUR				2 200	2 200		
6284	INFORMATIQUE A L'EXTERIEUR				150	150		
6286	AUTRES PRESTATIONS DIVERSES				-	-		
	<b>TOTAL 62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>				30 654	30 654		
	<b>TOTAL 61 ET 62 SERVICES EXTERIEURS</b>				35 354	35 354		
	<b>TOTAL 65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 1</b>				59 432	59 432		

ANNEXE 7

**BUDGET PREVISIONNEL ACCUEIL TEMPORAIRE**

**CHARGES : (GROUPE 2 et 3)**

N° COMPTÉ	GROUPE : 2 PERSONNEL	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECOURS N-1	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
621	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT							
622	REMUNERATIONS D'INTERMEDIAIRES ET D'HONORAIRES				3 990	3 990		
631	IMPOTS, TAXES, ET VERSEMENTS ASSIM. SUR REMUN. (IMPOTS)				21 737	21 737		
633	IMPOTS, TAXES, ET VERSEMENTS ASSIM./REMUN. (AUTRES ORGAN.)				12 885	12 885		
641	REMUNERATIONS DU PERSONNEL NON MEDICAL				241 901	241 901		
641 8	REMBOURSEMENT SUR REMUNERATION DU PERSONNEL							
641	REMUNERATIONS DU PERSONNEL F.A.M				32 990	32 990		
645	CHARGES DE SECURITE SOCIALE ET DE PREVOYANCE				127 452	127 452		
648	AUTRES CHARGES SOCIALES							
647	AUTRES CHARGES SOCIALES							
648	AUTRES CHARGES DE PERSONNEL							
	<b>TOTAL GROUPE 2</b>	-	-	-	<b>438 865</b>	<b>438 865</b>		
N° COMPTÉ	GROUPE : 3 STRUCTURE	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
					MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
612	REDEVANCES DE CREDIT-BAIL							
612	LOCATIONS IMMOBILIERES							
613	LOCATIONS MOBILIERES							
614	CHARGES LOCATIVES ET DE COPROPRIETE							
612	ENTRETIEN ET REPARATIONS SUR BIENS IMMOBILIERS				2 200	2 200		
615	ENTRETIEN ET REPARATIONS SUR BIENS MOBILIERS				2 400	2 400		
615	MAINTENANCE				4 200	4 200		
616	PRIMES D'ASSURANCE				1 500	1 500		
616	ASSURANCES VEHICULES							
618	SERVICES EXTERIEURS DIVERS				1 800	1 800		
623	INFORMATION, PUBLICATIONS, RELATIONS PUBLIQUES				681	681		
627	SERVICES BANCAIRES ET ASSIMILES							
636	AUTRES IMPOTS, TAXES, VERSEMENTS ASSIM. (IMPOTS)				3 211	3 211		
637	AUTRES IMPOTS, TAXES, VERSEMENTS ASSIM. (AUTRES ORGAN.)							
666	CHARGES COMMUNES ADMINISTRATIVES							
668	CHARGES DIVERSES DE GESTION COURANTES				3 650	3 650		
66	CHARGES FINANCIERES				27 500	27 500		
	INTERETS COURUS NON ECHUS							
671	CHARGES EXCEPTIONNELLES SUR OPERATIONS DE GESTION							
672	CHARGES SUR EXERCICES ANTERIEURS							
675	VALEURS COMPTABLES DES ELEMENTS D'ACTIF CEDES							
678	AUTRES CHARGES EXCEPTIONNELLES							
6911	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS DES IMMOB. INCORP. ET CORPOR.				46 810	46 810		
6912	DOTATIONS AUX AMORTIS. CHARGES D'EXPLOIT. A REPARAT.							
6915	DOTATIONS AUX PROV. RISQUES ET CHARGES D'EXPLOIT. N.Y.Y							
6916	DOT. AUX PROVISIONS POUR DEPREC. DES IMMOB. INCORP. ET CORPOR.							
6917	DOT. AUX PROVISIONS POUR DEPREC. ACTIFS CIRCULANTS							
696	DOTATIONS AUX AMORTIS. ET PROV. (CH. FINANCIERES)							
697	DOTATIONS AUX AMORTIS. ET PROV. (CHARGES EXCEPT.)							
69741	DOTAT. DOTATIONS A LA RESERVE DE PREVISIONS							
69742	DOTAT. DIFFERENCE SUR REALISATION D'IMMOBILISATIONS							
	<b>TOTAL GROUPE 3</b>	-	-	-	<b>95 961</b>	<b>95 961</b>		
<b>TOTAL GENERAL (GR. 1 + GR. 2 + GR. 3)</b>		-	-	-	<b>594 258</b>	<b>594 258</b>		
DEFICIT DE LA SECTION D'EXPLOITATION REPORTE								
EXCEDENT SECTION D'EXPLOITATION A REPORTEUR N+2								
<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>		-	-	-	<b>594 258</b>	<b>594 258</b>		

ANNEXE 7



### BUDGET PREVISIONNEL ACCUEIL TEMPORAIRE

PRODUITS : (GROUPE 1, 2 et 3)

N° COMPTE	GROUPE : 1 TARIFICATION ET ASSIMILES	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
731	PRODUITS DE LA TARIFICATION DU FOYER DES CEDEES				594 258	594 258		
731	PRODUITS DE LA TARIFICATION DE LA P.A.M.				-	-		
732	FORFATS JOURNALIERS HOSPITALIERS				-	-		
734	TARIF DEPENDANCE				-	-		
735	TARIF SOINS (ENPAD)				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 1</b>	-	-	-	<b>594 258</b>	<b>594 258</b>		

N° COMPTE	GROUPE : 2 AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
70	PRODUITS (ACTIVITES ANNEXES)				-	-		
71	PRODUCTION STOCKEE				-	-		
72	PRODUCTION IMMOBILISEE				-	-		
75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 2</b>	-	-	-	-	-		

N° COMPTE	GROUPE : 3 PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES	REEL N-2	BUDGET EXECUTOIRE N-1	BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE			BUDGET	
				RECONDUCTIONS	MESURES NOUVELLES	TOTAL	AUTORISE	EXECUTOIRE
76	PRODUITS FINANCIERS				-	-		
771	PRODUITS EXCEPTIONNELS SUR OPERATIONS DE GESTION				-	-		
772	PRODUITS SUR EXERCICES ANTERIEURS				-	-		
775	PRODUITS DE CESSION D'ELIEMENTS D'ACTIF				-	-		
777	QUOTE-PART SUBV. D'INVESTIS VIREE AU CTE DE RESULTAT				-	-		
78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS				-	-		
603	VARIATION DE STOCKS (CREDIT)				-	-		
609	RABAIS, REMISES, RESTOURNES OBTENUS SUR ACHATS				-	-		
619	RABAIS, REMISES, RIST. OBTENUS SUR SERV. EXTERIEURS				-	-		
629	RABAIS, REMISES, RIST. OBTENUS/AUTRES SERV. EXTER.				-	-		
79	TRANSFERTS DE CHARGES				-	-		
	<b>TOTAL GROUPE 3</b>	-	-	-	-	-		

<b>TOTAL GENERAL PRODUITS</b>	-	-	-	-	<b>594 258</b>	<b>594 258</b>		
-------------------------------	---	---	---	---	----------------	----------------	--	--

EXCEDENT DE LA SECTION D'EXPLOITATION REPORTE	-							
DEFICIT SECTION D'EXPLOITATION A REPORTER N+2	-							
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>	-	-	-	-	<b>594 258</b>	<b>594 258</b>		

ANNEXE 7

Calcul des tarifs ou de la dotation globale de financement

Prix de journée accueil temporaire

Proposition de l'établissement

Retenu par l'autorité de tarification

A	TOTAL CHARGES GROUPES I + II + III	594 258,00	
B	PRODUITS EN ATTENUATION TOTAL GROUPES II + III		
C	(+/-) Reprises de résultat		
	Total à prendre en compte = A - B + ou - C	<b>594 258,00</b>	
<b>Dotation globale de financement</b>			
<b>Nombre de journées <sup>(1)</sup></b>		<b>2 900</b>	
	- Externat		
	- Semi-internat		
	- Internat	2 900	
<b>Prix de journée moyen de l'année</b>		<b>204,92</b>	
	- Externat		
	- Semi-internat		
	- Internat	204,92	
<b>Nombre de forfaits ou de séances</b>			
<b>Prix moyen sur l'année du forfait ou de la séance</b>			

Page

ANNEXE 7