



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**DIVERSIFIER LES SERVICES À DOMICILE EN CRÉANT UN
SAMSAH : UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX PERSONNES
LOURDEMENT HANDICAPÉES**

Francis PAILLARD

CAFDES

2007

Sommaire

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	1
INTRODUCTION.....	1
1 UN SERVICE EN DÉVELOPPEMENT DANS UN ENVIRONNEMENT EN PLEINE TRANSFORMATION, PROMU PAR UNE ASSOCIATION IMPLANTÉE SUR TOUT LE TERRITOIRE.....	3
1.1 L'évolution des réponses aux besoins d'aides humaines des personnes adultes lourdement handicapées vivant à domicile.....	3
1.1.1 Définition du public et caractéristiques	3
1.1.2 Les besoins d'aides humaines des personnes adultes lourdement handicapées : typologie et représentations concrètes	5
1.1.3 L'évolution des dispositifs publics favorisant le maintien à domicile.....	7
1.2 Le positionnement de l'offre de service de l'ADMR de Côte-d'Or à destination des personnes adultes handicapées vivant à domicile	10
1.2.1 L'origine du mouvement ADMR.....	10
1.2.2 L'ADMR dans le département de Côte-d'Or	13
1.2.3 Le cadre juridique actuel des services à domicile aux personnes handicapées..	16
1.3 Le diagnostic territorial et stratégique du service d'auxiliaire de vie ADMR dans ce contexte.....	18
1.3.1 Les atouts du service sur le territoire de Côte-d'Or.....	18
1.3.2 Les difficultés pour répondre aux besoins sur tout le territoire	20
1.3.3 Les axes d'adaptation inéluctables du service ADMR	22
2 LE DÉFI AU QUOTIDIEN DU « VIVRE À DOMICILE » DES PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES.....	27
2.1 Les limites du service d'auxiliaire de vie mises en perspective avec les évolutions des politiques publiques.....	27
2.1.1 Évolution de la prise en compte du handicap et de l'évaluation des besoins	27
2.1.2 Le changement de paradigme de la loi 2005-102 : modalités et limites du droit à compensation.....	29
2.1.3 Le cadre hésitant des services à la personne : le droit d'option entre logique d'action sociale et logique de marché.....	32

2.2	L'aide et d'accompagnement à domicile au quotidien : une stabilité précaire pour les personnes lourdement handicapées.....	35
2.2.1	La notion de domicile et ses limites : conséquences sur les interventions.....	35
2.2.2	Le positionnement subtil des aides humaines : entre l'autonomie et la dépendance des personnes.....	37
2.2.3	Le rôle essentiel de tous les acteurs dans la stabilité du maintien à domicile.....	40
2.3	Pour relever le défi, un positionnement professionnel qui s'impose : le management des compétences externes et internes au service d'une cohérence renforcée.....	43
2.3.1	La mobilisation et l'intégration des compétences externes.....	43
2.3.2	La valorisation et le renforcement des compétences internes	46
2.3.3	La conduite des équipes selon une dynamique transversale : démarches projet et évaluation – qualité.....	49
3	LA CRÉATION DU SAMSAH : UN MOYEN POUR ADAPTER LES RÉPONSES AUX BESOINS DES PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES	53
3.1	Les objectifs et modalités de création du SAMSAH : examen de leur bien-fondé dans le contexte	53
3.1.1	Le cheminement du projet et son inscription dans le projet associatif ADMR	53
3.1.2	L'adéquation du plan d'action aux contextes territoriaux	56
3.1.3	Une réponse de qualité spécifiquement adaptée aux besoins des personnes lourdement handicapées à domicile.....	59
3.2	Les moyens et l'organisation du SAMSAH : la recherche de l'efficience	61
3.2.1	Une organisation tournée vers l'optimisation des moyens existants.....	61
3.2.2	Les ressources humaines à mobiliser	63
3.2.3	Les moyens financiers requis à la création du service	66
3.3	Fonctionnement, outils et modes d'évaluation du projet.....	69
3.3.1	Le SAMSAH : un service innovant pour les usagers	69
3.3.2	Un fonctionnement structurant pour le personnel d'intervention	72
3.3.3	Un cadre souple et évolutif pour les différents partenaires	76
	CONCLUSION	79
	BIBLIOGRAPHIE	81
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation Adulte Handicapé
ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AFM :	Association Française contre les Myopathies
AFNOR :	Agence Française de Normalisation
ANESM :	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APF :	Association des Paralysés de France
AVS :	Auxiliaire de Vie Sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
CIH :	Classification Internationale du Handicap
CLIC :	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNESMS :	Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI :	Centre Régional d'Étude et d'Action sur le handicap et les Inadaptations
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
CTNERHI :	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DEAMP :	Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique
DEAVS :	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale

DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DIF :	Droit Individuel à la Formation
DPAS :	Diplôme Professionnel d'Aide-soignant
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GIR :	Groupe Iso Ressources
HID :	Handicap Incapacités Dépendance
IGAS :	Inspection Générale de l'Action Sociale
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MTP :	Majoration Tierce Personne
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA :	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PRIAC :	Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social aux Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEP :	Sclérose En Plaques
SMIC :	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SIAD :	Soins Infirmiers À Domicile
SLA :	Sclérose Latérale Amyotrophique
TISF :	Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale
VAE :	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

La manière dont notre société envisage la question du handicap a considérablement évolué au cours des dernières décennies. En atteste la terminologie utilisée auparavant où l'on nommait les infirmes, les mutilés... alors que l'on parle désormais de « personnes en situation de handicap ». Aujourd'hui, les concepts de compensation, d'égalité des chances et de citoyenneté des personnes handicapées traduisent aussi ces évolutions.

Rénovée en 2002, la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux met notamment l'accent sur les services proposant des prestations à domicile, ainsi que sur les droits des usagers, consacrant ainsi le libre choix de leur mode de vie, en institution ou à domicile. En 2005 et pour la première fois en France, le législateur va en outre définir le handicap et reconnaître de nouveaux droits aux personnes.

Implantée depuis 1947 en Côte-d'Or et ayant d'abord organisé des services aux familles, l'activité de l'ADMR s'est développée depuis les années soixante, notamment par le maintien à domicile des personnes âgées. En tant que réseau d'associations de services d'aide et de soins à domicile et de services de proximité destinés à tous publics et couvrant la totalité du département, l'« Aide à Domicile en Milieu Rural » (A.D.M.R) est devenue depuis 1998, « l'association du service à domicile » pour mieux correspondre à la diversité de ses activités et de ses territoires d'intervention.

Actuellement directeur des services d'action sociale au niveau de la fédération départementale, j'ai une responsabilité de gestion, de coordination et de développement des services dans les champs d'activité que sont l'aide à la vie quotidienne, la santé et le socio-éducatif. A l'interface d'une dimension opérationnelle et d'une dimension stratégique, mes missions consistent à consolider et promouvoir les activités gérées au plan local par les bénévoles et les salariés, d'en favoriser le développement, en adéquation avec les besoins et les attentes des populations en Côte-d'Or, en veillant à leur cohérence avec le projet politique du mouvement associatif.

Dans ce contexte, l'ADMR de Côte-d'Or s'est impliquée très tôt dans la gestion de services de maintien à domicile aux personnes handicapées. Le service « d'auxiliaire de vie » créé dès 1982 propose précisément aux personnes un soutien à domicile, pour les aider dans la réalisation des actes ordinaires de la vie quotidienne. L'intervention des professionnels a pour objectif, par un travail matériel et relationnel, de constituer une alternative à la vie en institution, notamment pour les personnes lourdement handicapées.

Sous l'effet de dispositifs expérimentaux ayant préfiguré la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en 2005, de nouvelles demandes ont émergé pour mettre en œuvre à domicile des interventions continues, complexes et de plus en plus techniques auprès de personnes lourdement handicapées. C'est désormais l'aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne qu'il nous est donné d'assurer au domicile, avec la réalisation de soins parfois constants et une surveillance active régulière.

Mais cette évolution du service nous confronte aujourd'hui à certaines difficultés. En effet, l'hétérogénéité et la mouvance des besoins d'aide humaine auxquels il faut répondre au quotidien, la technicité et la qualité relationnelle qu'elles requièrent spécifiquement auprès de personnes lourdement handicapées vivant à domicile nous oblige à renforcer les pratiques en termes de personnalisation, de qualité, de complémentarité et de continuité des interventions. Cette problématique qu'il m'appartiendra d'analyser renvoie alors directement à l'organisation du service et à la professionnalisation des interventions.

Ce travail de mémoire me donne donc aujourd'hui une opportunité remarquable pour explorer et traiter dans son contexte réel les multiples facettes du questionnement professionnel présent du service d'auxiliaire de vie ADMR. Mon action devra alors obéir aux enjeux de mutation et de diversification des services, pour mieux répondre aux besoins de stabilité du maintien à domicile des personnes lourdement handicapées.

La première partie me permettra d'abord de présenter les caractéristiques pluridimensionnelles des personnes auprès desquelles intervient le service d'auxiliaire de vie, ainsi que les modalités et le cadre dans lequel l'ADMR a pu le développer en Côte-d'Or. Le diagnostic territorial et stratégique du service dans son environnement me servira ensuite à délimiter les points clés de la problématique professionnelle.

La seconde partie proposée consistera en premier lieu en une analyse théorique des principaux obstacles rencontrés aujourd'hui quant à la stabilité du maintien à domicile des personnes lourdement handicapées, ce qui me conduira à en dégager ensuite un positionnement stratégique adapté en termes de direction.

Le plan d'action traité en troisième partie sera alors la réponse qu'il m'apparaît indispensable de proposer aujourd'hui. Le projet de création du SAMSAH par l'ADMR de Côte-d'Or démontrera ici sa capacité à mieux répondre en globalité aux besoins des personnes handicapées accompagnées au quotidien, renforçant ainsi l'équilibre de leur soutien à domicile dans la durée. L'objet sera aussi de montrer la pertinence du projet, positionné dans un cadre évolutif pour les personnels d'intervention et de manière efficiente au niveau des politiques publiques territoriales.

1 Un service en développement dans un environnement en pleine transformation, promu par une association implantée sur tout le territoire

Cette première partie va me permettre de poser le cadre du questionnaire professionnel qu'il m'est donné de traiter dans ce mémoire, en tant que directeur des services d'action sociale de la fédération ADMR de Côte-d'Or.

Je commencerai d'abord par définir les personnes auxquelles le service s'adresse, afin de mieux les identifier de manière globale mais aussi de manière plus précise sous l'angle de leurs besoins auquel il convient d'apporter des réponses en termes d'action sociale et médico-sociale. Ceci me donnera l'occasion de distinguer les principales étapes ayant conduit l'ADMR, en tant que mouvement national et en tant que structure départementale, à se positionner comme acteur des politiques de soutien à domicile des personnes handicapées grâce à la gestion d'un service d'auxiliaire de vie. Je terminerai alors par un diagnostic territorial et stratégique du service, afin de mettre en évidence objectivement ses atouts et ses faiblesses dans son environnement actuel, pour en discerner précisément la problématique qui servira de fil conducteur à toute ma réflexion.

1.1 L'évolution des réponses aux besoins d'aides humaines des personnes adultes lourdement handicapées vivant à domicile

1.1.1 Définition du public et caractéristiques

A) Données statistiques nationales

L'enquête INSEE - HID¹ réalisée en 1999 et 2001 nous permet de cerner quantitativement en France la population des personnes handicapées vivant à domicile. Il en ressort que près de deux millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et vivant à domicile ont un taux d'invalidité reconnu par une instance administrative².

Quarante pour cent d'entre eux, soit près de 760 000 personnes, déclarent recevoir une aide liée à leur état de santé. Cette aide se répartit ainsi : 62 % de ces adultes handicapés sont aidés par un ou plusieurs aidants non professionnels – au premier rang desquels les conjoints ou les parents - 25 % par une aide mixte entre des professionnels et des membres de leur entourage et 13 % par des aidants professionnels exclusivement.

¹ Institut National de la Statistique et des Études Économiques - Handicap Incapacités Dépendance

² Dutheil N, DRESS Études et résultats n° 186 août 2002 Les aidants des adultes handicapés

Quant à la nature des tâches effectuées auprès de ces personnes, les tâches ménagères sont prépondérantes pour 70 % des personnes, tout comme l'aide aux courses à 65 %. L'aide à la réalisation des « soins personnels », définis ici comme l'aide à la toilette, l'habillement et la prise des repas ne concernait alors que 44 % de la population.

Au sein de cette population, 216 000 personnes âgées de 20 à 59 ans vivent en domicile ordinaire et ne peuvent réaliser sans aide au moins l'un des neuf actes essentiels repérés dans les six domaines de la vie quotidienne que sont la toilette, l'habillement, l'alimentation, les éliminations, les transferts et les déplacements³. Ce sont un peu plus souvent des hommes qui déclarent des incapacités que des femmes (54%) mais c'est surtout l'âge de survenue de l'incapacité, en moyenne plus âgée (45 ans contre 39 ans en moyenne dans la tranche 20 – 59 ans) qui joue un rôle sur le mode de vie et le type d'aidant sollicité pour être aidé. Dans cette population de référence, les personnes déclarent des incapacités dans 2,1 domaines d'actes en moyenne dont la toilette et l'habillement sont les plus fréquents. 72 % de ces personnes déclarent une incapacité motrice seule ou associée et le taux de personnes qui déclarent avoir déjà une aide humaine pour pallier à ces incapacités lourdes est là de 90 %, dont un quart de personnes aidées par un aidant professionnel.

Ces chiffres mettent en évidence la nature particulière des besoins d'aides humaines des personnes lourdement handicapées vivant à domicile. La réponse à ces besoins est ciblée sur les actes essentiels de la vie quotidienne, qui, depuis la mise en œuvre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) au 1^{er} janvier 2006, sont précisément ceux désormais susceptibles d'être pris en charge dans le volet « aides humaines » du plan personnalisé de compensation.

B) Les premières réponses des politiques sociales en France : prestations d'invalidité et de compensation⁴

Les personnes adultes souffrant d'un handicap ou d'une invalidité peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de prestations sociales spécifiques versées soit au titre des politiques nationales de solidarité, soit au titre des régimes d'assurances sociales professionnelles. L'attribution de ces prestations, leur montant et leur nature, dépend alors de l'origine du handicap et du statut socioprofessionnel de la personne.

³ Reynaud P Weber A, DRESS Études et résultats n° 439 novembre 2005 Les adultes ayant des incapacités lourdes dans les actes essentiels de la vie quotidienne

⁴ Annexe 1 : *Prestations aux personnes adultes handicapées : conditions et montants au 1^{er} juillet 2007.*

En termes de ressources, les personnes adultes handicapées ayant des revenus inférieurs à un certain plafond peuvent bénéficier d'une aide financière de l'État (un minima social), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Cette allocation créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées en 1975⁵ a été réformée par la loi de février 2005. Elle concerne les personnes reconnues dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait de leur handicap. Les personnes les plus lourdement handicapées inactives et dans l'incapacité de travailler du fait de leur handicap (sans aucune perspective d'emploi) peuvent également bénéficier d'une garantie de ressources en plus de l'AAH si, entre autres conditions, elles disposent d'un logement indépendant. Cette garantie porte leurs ressources à 80 % du SMIC⁶.

Lorsque les personnes étaient actives au moment de la survenance du handicap, leur régime d'assurance sociale leur permet de bénéficier d'un revenu de remplacement. Les pensions d'invalidité civiles ou les rentes d'accidents du travail, sont attribuées lorsque la personne voit sa capacité de gain ou de travail réduite au moins des deux tiers. Lorsque l'invalidité est reconnue d'origine non professionnelle, elle est attribuée aux assurés sociaux de moins de 60 ans, pour être relayée par des pensions de retraite au-delà.

En termes de compensation des besoins d'aide humaine et avant 2006, les personnes présentant un handicap pouvaient bénéficier d'une aide spécifique, l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP). Créée par les lois de 1975, elle visait à atténuer les difficultés de la vie courante ou professionnelle induites par le handicap. Prise en charge par l'État et attribuée sous conditions de ressources, elle était destinée à compenser les dépenses liées à l'embauche d'une personne à domicile, ou le manque à gagner d'un proche qui se rendait disponible pour aider le bénéficiaire. Son montant variait de 40 % à 80% de la Majoration de Tierce Personne (MTP) qui est la prestation de référence du régime général versée pour les personnes relevant d'un régime d'assurance sociale. En 2005, 113 100 personnes en France étaient titulaires de l'ACTP⁷.

1.1.2 Les besoins d'aides humaines des personnes adultes lourdement handicapées : typologie et représentations concrètes

A) Typologie des besoins d'aides humaines

On peut distinguer trois types d'activités faisant l'objet d'intervention d'aides humaines :

⁵ Loi 75-534 du 30 juin 1975

⁶ Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

⁷ BOURGEOIS A et DUEE M, DRESS Études et résultats, n° 554 février 2007 Le compte social du handicap de 2000 à 2005

- l'aide et l'accompagnement des personnes dans les activités ordinaires de la vie courante : l'aide aux courses, à l'entretien du logement et du cadre de vie, à l'entretien du linge, à la préparation des repas,
- l'aide et l'accompagnement dans les activités de la vie sociale et relationnelle : stimulation et accompagnement des relations sociales, accompagnement dans les loisirs, les activités et les démarches administratives,
- l'aide et l'accompagnement des personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

C'est dans ce dernier domaine que les personnes lourdement handicapées vivant à domicile cumulent le plus de besoins d'aide. Par analogie au modèle théorique de la pyramide des besoins de Maslow⁸, on peut « hiérarchiser » les besoins d'aide, considérant que des besoins d'ordre « supérieur » ne peuvent être assouvis si des besoins d'ordre « inférieur » ne sont eux-mêmes satisfaits. Ainsi la notion d'actes essentiels de l'existence touche directement de manière restrictive les conditions de survie de la personne (alimentation, hygiène...) alors que les activités domestiques ou sociales de la vie courante (ménage, courses...) peuvent apparaître en second plan.

Les besoins d'aide dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne concernent donc directement les personnes ayant des incapacités lourdes : aide à la mobilisation, aux déplacements et aux transferts pour les atteintes au niveau moteur (personnes en fauteuil roulant par exemple), aide à l'habillage et au déshabillage, à la toilette (pour les personnes atteintes d'hémiplégie par exemple) aide aux fonctions d'éliminations (personnes atteintes d'une infirmité motrice cérébrale) ou d'aide à la prise de repas (personnes à malformations ou amputations sévères par exemple).

B) L'illustration de situations de maintien à domicile de personnes très lourdement handicapées

La situation de Madame G., 58 ans, est particulièrement significative du caractère pluridimensionnel des réponses à apporter aux besoins des personnes handicapées présentant des incapacités lourdes. Atteinte d'une forme de myopathie sévère, elle vit avec son époux retraité dans une maison rurale en rénovation. Très paralysée et souffrant d'une déficience visuelle importante, Mme G. dispose d'une alimentation externe et est trachéotomisée. Après une longue période d'hospitalisation inadaptée en service de réanimation dans un hôpital local, son projet de retour à domicile fut rendu possible grâce à la combinaison d'intervenants multiples pour l'aider au quotidien : aide à la toilette, à

l'habillement et à l'entretien du cadre de vie par les auxiliaires de vie, soins infirmiers quotidiens, passage régulier du kinésithérapeute pour solliciter les membres supérieurs...

Outre la sollicitation des différents acteurs professionnels indispensables au maintien à domicile, c'est toute une logistique qu'il a fallu organiser en amont : adaptation du logement avec un ergothérapeute, mise en place des aides techniques, formation du personnel aux transferts avec le matériel, formation aux aspirations endotrachéales...

Madame L., 53 ans, souffre d'une maladie neurologique dégénérative grave. En termes de déficiences et d'incapacités, ses besoins d'aides humaines sont techniquement assez proches de ceux de Mme G. Néanmoins, la situation de Mme L. est très différente car elle vit seule en appartement. S'ajoute donc à l'aide dans la réalisation des actes essentiels de l'existence, une surveillance constante assurée exclusivement de jour comme de nuit par des professionnels (pour l'oxygénothérapie par exemple).

Cette variable dans la situation de Mme L. met en évidence l'important travail qui doit être mené en matière de continuité des interventions, la moindre interruption imprévue étant rapidement très grave. De plus, l'approche de fin de vie de Mme L. conduit le personnel à privilégier un soutien relationnel particulier dans le déroulement des interventions.

Ces cas précis permettent de mesurer à quel point le maintien à domicile de personnes lourdement handicapées peut s'avérer fragile voire instable. A défaut de mobiliser de manière coordonnée et continue les compétences adaptées relatives aux interventions d'aide, de soin et de soutien, celui-ci ne peut s'inscrire dans la durée. Sans une vigilance constante sur la sécurité physique et psychologique des aides apportées aux personnes dans leur environnement, celles-ci peuvent être amenées à renoncer à contre-cœur à leur vie à domicile pour retourner en institution spécialisée ou en établissement de santé.

1.1.3 L'évolution des dispositifs publics favorisant le maintien à domicile

L'évolution des politiques publiques de soutien à domicile à destination des personnes handicapées vivant à domicile peut se décrire en distinguant deux grandes périodes :

A) Le rôle essentiel de l'État au départ

Les services d'auxiliaire de vie ont été créés sur la base des circulaires de juin 1981 et mars 1982⁹ afin de faciliter la vie à domicile des personnes lourdement handicapées qui

⁸ MASLOW A : Motivation and Personality, éditions 1954 et 1970

⁹ Circulaire n° 81/15 du 29 juin 1981 et circulaire n° 82/11 du 26 mars 1982

ont besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires et essentiels de la vie et constituer une alternative à la vie en établissement.

Par convention, les services prestataires gestionnaires de services d'auxiliaire de vie bénéficient de la part de l'État d'une subvention annuelle forfaitaire par poste financé via la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociale (DDASS). D'un montant de 9650 € (soit 804 € mensuels), cette subvention complète les autres financements couvrant le coût des interventions, principalement la participation horaire versée par les usagers et financée grâce aux prestations personnelles perçues type ACTP ou MTP.

Ce dispositif a été étendu en 2002 avec 500 nouveaux forfaits financés en France¹⁰ afin d'aider les personnes les plus lourdement handicapées vivant à domicile et mieux répondre à leur besoins. Les forfaits « classiques » auxiliaire de vie ont pu être complétés par 500 nouveaux forfaits renforcés dits de « grande dépendance » dès 2004¹¹, portant ainsi leur nombre total à plus de 5000 postes sur le territoire national.

En 2005, le dispositif de prise en charge complémentaire des besoins d'aide humaine pour les personnes adultes lourdement handicapées vivant à domicile¹² avait vocation à expérimenter les procédures et outils d'évaluation pour les personnes handicapées, déjà titulaires de l'ACTP ou de la MTP. Il visait spécialement celles ayant besoin d'une aide totale pour la réalisation de la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessitant une surveillance et des soins constants ou quasi constants en journée et d'interventions actives la nuit. Les crédits dégagés par l'État pour financer ce dispositif transitoire sont venus s'ajouter aux financements d'auxiliaire de vie et avaient « vocation à être transférés au Conseil général ». Le financement était assuré grâce aux moyens nouveaux apportés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et préfigurait la mise en place de la PCH prévue par la loi du 11 février 2005.

Dans le champ médico-social, les services de Soins Infirmiers à Domicile (SIAD) constituent un autre maillon essentiel du dispositif de soutien à domicile. Créés à l'origine pour intervenir auprès des personnes âgées vivant à domicile, ils avaient pour but, par une intervention régulière de soins de nursing et de coordination des interventions d'autres auxiliaires médicaux, d'éviter une hospitalisation, d'en écourter la durée et/ou de prévenir la dégradation de l'état de santé ou la perte d'autonomie. Financés par l'assurance maladie sous forme de prix de journée et par dotation globale aujourd'hui, les SIAD relèvent des services autorisés, contrôlés et tarifés par l'État. Leur régime juridique

¹⁰ Circulaire DGAS n°2002/522 du 11 octobre 2002

¹¹ Circulaire DGAS n°2004/72 du 18 février 2004

¹² Circulaire DGAS n°2005/140 du 11 mars 2005

a été remanié en 2004¹³ pour permettre notamment aux personnes handicapées de moins de 60 ans d'en bénéficier et pour favoriser l'organisation d'interventions coordonnées d'aide et soins à domicile.

B) Le rôle central du Conseil général aujourd'hui

La loi du 11 Février 2005¹⁴ pour « l'égalité des droits des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » se fixe pour but de garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce notamment à la création d'un véritable droit à la compensation des conséquences de leur handicap. Ce droit à compensation, quelles que soient l'origine et la nature du handicap a pour vecteur la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Cette prestation appelée à se substituer à l'ACTP, est versée par les Départements aux personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile depuis le 1^{er} janvier 2006. Chaque Conseil général assure désormais la tutelle administrative et financière des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Au sein de chaque MDPH est constituée une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) chargée de se prononcer sur l'attribution des prestations après évaluation des besoins par les équipes pluridisciplinaires et la proposition d'un plan personnalisé de compensation.

Le plan personnalisé de compensation du handicap est basé sur les besoins et attentes des personnes handicapées, exprimés dans leur projet de vie. La PCH est individualisée et peut prévoir différents volets que sont : les aides techniques, les aides animalières, les aides exceptionnelles ou extra légales, les aides d'aménagement du logement et du véhicule et les aides humaines. La prestation est attribuée lorsque la personne présente soit « une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité » soit « une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités » selon une liste d'activités fixée par décret et regroupées en quatre domaines : mobilité (se mettre debout...), entretien personnel (prendre ses repas...), communication, tâches et exigences générales - relation à autrui¹⁵.

Les montants sont attribués pour une durée déterminée (inférieure ou égale à un maximum de durée de dix ans) et sont définis par éléments. La prestation est versée directement à la personne handicapée chaque mois, en tenant compte d'un taux de prise en charge fixé selon ses revenus : 100 % si la personne a des ressources inférieures à

¹³ Décret n° 2004- 613 du 25 juin 2004 et circulaire DGAS n° 2C/ 2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

¹⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005

¹⁵ Décret n°2005-1591 du 19 décembre 2005 et notamment l'annexe 2.5

deux fois le montant annuel de la MTP, 80 % si ses ressources prises en compte sont supérieures à ce plafond révisé annuellement¹⁶.

Pour le volet des aides humaines du plan de compensation, le montant est calculé sur la base du nombre d'heures d'intervention accordé, avec une durée maximum pour chaque type d'acte, et sert à rémunérer un ou plusieurs salariés selon différents modes d'intervention possibles. Les salariés peuvent être directement employés par le bénéficiaire. Dans ce cadre, ce dernier peut employer un salarié sur le mode « gré à gré » des emplois familiaux, ou avoir recours à un organisme mandataire rémunéré pour être aidé dans sa fonction d'employeur (recrutement, contrats, plannings...). La personne peut aussi avoir recours à un prestataire de service (association ou entreprise de service à la personne) qui emploiera directement le personnel. Une dernière possibilité consiste à dédommager un aidant familial. Les aides sont accordées exclusivement pour répondre aux besoins essentiels de l'existence (entretien personnel, déplacements, participation à la vie sociale), aux besoins de surveillance régulière ou aux frais supplémentaires liés à une activité professionnelle.

1.2 Le positionnement de l'offre de service de l'ADMR de Côte-d'Or à destination des personnes adultes handicapées vivant à domicile

1.2.1 L'origine du mouvement ADMR

A) Objectifs et étapes de la création d'un réseau national de services de proximité

C'est en 1945 au lendemain de la seconde guerre mondiale que naît véritablement à Communay dans le Rhône le mouvement de l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR). Issu du monde rural, le mouvement s'est formé sous forme associative à l'initiative de militants provenant eux-mêmes du Mouvement Familial Rural (MFR) et des Jeunesses Agricoles Catholiques (JAC), réseaux très implantés dans les villages de campagne.

L'objectif des membres fondateurs à l'époque était double : proposer une aide à certains, et plus particulièrement les femmes en difficulté, et proposer aussi des emplois de proximité et une formation aux jeunes filles issues du milieu rural. La première association animée et gérée par des bénévoles actifs, va ainsi sélectionner et former à Saint-Galmier (Loire) les premières aides familiales rurales qui deviendront les premières salariées.

¹⁶ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge de la PCH

Progressivement reconnues, elles deviendront « travailleuses familiales », puis Techniciennes de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) aujourd'hui.

L'ADMR s'est positionnée dès l'origine en tant que réseau associatif de service aux personnes. Elle s'est progressivement développée et structurée par la création de services à domicile de proximité, en s'inscrivant dans le cadre des politiques sociales. Quelques dates marquantes jalonnent ainsi l'essor et la diversification des activités de l'ADMR en réponse aux besoins spécifiques de différents publics :

- En 1965 sont embauchées dans les associations ADMR les premières aides ménagères qui vont intervenir au domicile de personnes âgées pour les aider dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne qu'elles ne peuvent plus réaliser seules. Ces aides s'inscrivent dans le cadre de la politique d'action sociale de la CNAV¹⁷, la branche retraite du régime général de la Sécurité sociale.

- En 1981 sont créés les premiers services de Soins Infirmiers À Domicile (SIAD) sur la base du décret du 8 mai 1981, qui assurent sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, l'aide aux actes essentiels de la vie et éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux.

- En 1981 sont créés aussi les premiers services d'auxiliaire de vie suite à la circulaire du 29 juin 1981¹⁸, afin de proposer une intervention au domicile des personnes handicapées pour les aider au plan matériel, moral et relationnel dans l'accomplissement des gestes et activités de la vie quotidienne.

A partir des années quatre-vingt-dix, les activités et services des associations ADMR se sont développés selon différents axes :

- à destination de ses publics « traditionnels » - les jeunes familles, les personnes âgées et les personnes handicapées - par la création de services à domicile complémentaires ou innovants : livraison de repas à domicile, téléassistance, accompagnement transport, garde d'enfant... ou par des services de proximité : structures d'accueil de la petite enfance, petites unités de vie, accueils de jour...

- à destination de « tous publics » entendu par là des personnes « non fragilisées », grâce au développement d'associations intermédiaires ou au développement des activités mandataires dans le cadre des emplois familiaux.

¹⁷ Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

¹⁸ Circulaire n°81/15 du 29 juin 1981

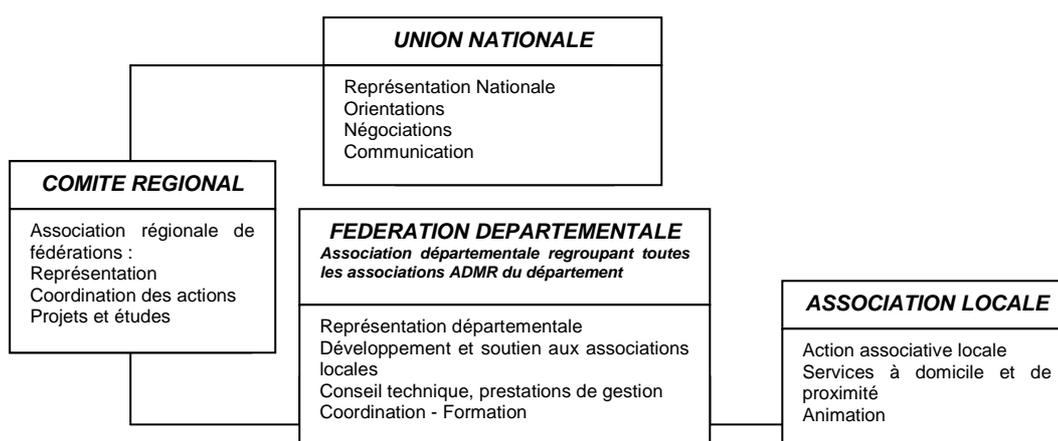
Le développement des activités, tant en milieu rural que dans les villes ou leur périphérie, s'est toujours attaché à respecter les caractères fondamentaux de son projet associatif et de ses modes d'organisation.

B) Une organisation décentralisée au service des valeurs du projet politique

La mission première qui préside à l'action des associations ADMR est de permettre aux familles de bien vivre chez elles. L'ADMR s'adresse à des personnes autonomes, libres de choisir le service ou la prestation qui leur convient. Les modes d'intervention qui découlent de ce projet politique sont donc fondés sur une action de proximité, décentralisée, pour être au plus près des personnes et proposer ainsi une offre de service qui correspond à leurs attentes et besoins, et sur une action solidaire où de petites équipes de bénévoles issues de la population locale, assistées par des professionnels salariés, vont promouvoir des activités créatrices de lien social et de solidarités.

L'équilibre des interventions et leur réciprocité reposent donc sur les actions conjuguées des bénévoles, qui s'inscrivent dans l'accompagnement et l'entraide locale, des professionnels intervenants, qui nouent une véritable relation d'aide et d'écoute à partir des tâches effectuées, et des personnes aidées, qui demeurent libres, éventuellement aidées par leur entourage et par les membres de l'association, de choisir ce qu'elles souhaitent en matière d'aide et de soutien.

L'organisation du réseau ADMR est bâtie selon plusieurs échelons ayant différents rôles à jouer et différents niveaux de responsabilité que l'on peut schématiser ainsi :



Fin 2006, le réseau national ADMR était constitué de 3200 associations locales, de 94 fédérations départementales et de l'Union Nationale. Ses activités sont animées par près de 100 000 bénévoles actifs et réalisées par plus de 75 000 salariés intervenant auprès de plus de 500 000 usagers pour un total de près de 75 millions d'heures d'intervention.

1.2.2 L'ADMR dans le département de Côte-d'Or

A) Un développement d'activités à destination de publics variés, sur tout le territoire

A l'instar du développement du mouvement au niveau national, l'ADMR s'est développée dès l'origine sur le territoire de la Côte-d'Or. La première association locale ADMR date de 1947 à Gevrey-Chambertin avec le service d'aide familiale. La fédération ADMR de la Côte-d'Or, créée en 1948, a de tous temps favorisé et promu la création de services par les associations locales, à destination des personnes fragilisées ou non, du milieu rural mais aussi du milieu urbain et périurbain depuis une décennie environ.

Le projet associatif départemental ADMR est marqué aujourd'hui par deux axes forts que sont d'une part la volonté de diversifier les services en réponse aux évolutions des besoins et des modes de vie des publics bénéficiaires et d'autre part de permettre à toute personne, en toute commune du département, d'avoir accès aux services proposés.

L'ADMR de Côte-d'Or s'appuie aujourd'hui sur un réseau de 32 associations locales, deux associations départementales (dont une association intermédiaire) et une fédération. Ce maillage du territoire Côte-d'Or permet véritablement de pouvoir proposer une offre de service à domicile à toute personne, sur les 707 communes du département. Animée par près de 400 bénévoles actifs, l'ADMR intervient dans le champ de la vie quotidienne (services d'aide à domicile prestataire, mandataire, auxiliaire de vie, livraisons de repas, téléalarme, petite unité de vie) du socio-éducatif (TISF, accueil de la petite enfance) de la santé (SIAD) et de l'insertion par l'activité économique (association intermédiaire).

La fédération départementale est structurée à partir d'une direction générale à laquelle se rattachent directement les pôles transversaux ressources humaines et gestion – finance. S'y rattache également le pôle action sociale dont je suis directeur.

Les services sociaux et médico-sociaux des trois grands domaines d'activité (vie quotidienne et santé, socio-éducatif et insertion) sont pilotés au niveau départemental par des chefs de services. Ceux-ci sont relayés sur le terrain par cinq « chargés de secteurs » assurant chacun des missions d'animation et de conseil technique au niveau de sept associations locales en moyenne, et par trente agents administratifs décentralisés effectuant les tâches quotidiennes d'accueil, de secrétariat et de comptabilité.

L'ensemble des personnels d'intervention et administratifs représente près de 700 équivalents temps plein. Ils permettent chaque année d'aider plus de 12 000 personnes par ses services à domicile ou de proximité sur le département.

B) Un service spécifique pour répondre aux besoins des personnes handicapées à domicile

En Côte-d'Or, bien que les circulaires auxiliaire de vie de 1981 et 1982 prévoyaient au départ que les institutions type Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), puissent expérimenter ou diversifier leur activité par la gestion de ce type de service, ce sont exclusivement des prestataires de services de maintien à domicile qui ont assuré dès 1982 le développement de ces services.

Par ailleurs, 21 places de SIAD spécifiques aux personnes adultes handicapées ont été créées depuis 2003 et gérées par ces mêmes acteurs. Cette capacité actuellement financée est très insuffisante au regard des besoins. Ainsi, 102 adultes de moins de 60 ans au total ont été aidés par un service de SIAD en 2006, dont plus de 40 ont été pris en charge à titre dérogatoire sur des lits financés pour personnes âgées de plus de 60 ans.

☛ Le tableau suivant récapitule l'offre existante au 1^{er} janvier 2006 en matière de services d'aide et de soins à domicile aux adultes handicapés en Côte-d'Or :

Prestataire	ADMR	Mutualité Française	APF	Fedosad	Total
Nombre de forfaits AV	12	4	12	-	28
Places SIAD pers. handicapées	-	7	-	14	21
Territoire	Toutes communes de Côte-d'Or	Côte-d'Or, principalement chefs - lieu de cantons	Agglomération dijonnaise	Agglomération dijonnaise	-
Nombre de personnes aidées 2006	110	97	40	15	262

Dans ce contexte, l'objectif du service d'auxiliaire de vie ADMR a toujours été de répondre de manière adaptée à la diversité et à l'hétérogénéité des besoins des personnes handicapées sur le territoire, quel que soit leur mode de vie à domicile.

Nous pouvons l'illustrer par les caractéristiques suivantes (bilan d'activité 2006 ADMR) :

☛ Les tranches d'âge des bénéficiaires,

Tranche d'âge	< à 30 ANS	31 à 50 ans	51 à 60 Ans	61 à 80 Ans	>= à 81 ANS	Total
Nombre de pers. aidées	13	33	48	15	1	110
% de bénéficiaires	12 %	30 %	43 %	14 %	1 %	100
% des heures d'intervention	10 %	37,8 %	43,8 %	7,3 %	1,1 %	100

La population aidée se compose d'un tiers d'hommes (37) et de deux tiers de femmes (73) avec des interventions plus importantes chez les femmes que chez les hommes (76 % contre 24 %) puisque celles-ci vivent plus souvent seules à domicile (58 % contre 42 %).

☛ Leur type de handicap,

Handicap / invalidité	Nombre de pers.	% sur total	Nombre d'heures effectuées	% sur total des heures
Déficience visuelle	6	5 %	730	3 %
Maladie de Charcot / SLA / Myopathie / SEP ¹⁹	22	20 %	6407,25	23 %
Hémiplégie / Paraplégie / Tétraplégie	30	27 %	10975	39 %
Maladies cardiovasculaires / respiratoires	2	2 %	393,5	2 %
Handicap mental / psychique	17	16 %	2802,25	10 %
Polyarthrite rhumatoïde	3	3 %	2405,75	9 %
Autre Handicap / non déclaré (PCH)	30	27 %	4051,5	14 %
Total	110	100	27765,25	100

En 2006, l'activité du service d'auxiliaire de vie a continué à se développer (de 23 015 à 27 765 heures d'intervention soit 20 % d'augmentation) et s'est adaptée pour répondre aux attentes formulées par les personnes éligibles à la PCH.

La première année de mise en place de la PCH s'est traduite en 2006 par 567 dossiers de demande²⁰ déposés auprès de la MDPH de Côte-d'Or. 205 plans personnalisés de compensation ont été soumis à l'examen de la CDAPH et 113 ont fait l'objet d'une acceptation.

Dix neuf bénéficiaires ayant sollicité et obtenu la PCH dès 2006 se sont adressés au service d'auxiliaire de vie ADMR pour mettre en œuvre leurs aides humaines variant de 16 heures à 360 heures mensuelles et représentant des montants mensuels d'allocation de 230 à 5194 euros²¹. Ces plans d'aide étaient centrés sur l'aide aux actes essentiels tels que : l'aide à la toilette, les transferts et la mobilité, la prise des repas, la surveillance régulière et dans une moindre mesure la participation à la vie sociale. Les interventions auprès de ces bénéficiaires ont représenté déjà en 2006 33 % des heures totales d'intervention à domicile auprès des personnes handicapées, soit autant que celles effectuées auprès des bénéficiaires de l'ACTP (33 %) et plus du double de celles réalisées auprès des titulaires de la MTP (16 %).

Ce développement s'est en outre effectué dans le souci de continuer à proposer une couverture du territoire la plus exhaustive possible, sans privilégier les réponses aux besoins sur les seules zones urbaines et périurbaines, plus « faciles » à desservir.

¹⁹ SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique et SEP : Sclérose En Plaques

²⁰ Source : MDPH de Côte-d'Or. Bilan d'activité 2006

²¹ Valorisation du volet aides humaines uniquement – Source : MDPH de Côte-d'Or

☛ La répartition des heures effectuées par bénéficiaire et par type de bassin de vie atteste de ce volet fort du projet associatif ADMR²² :

	Zone rurale	Zone urbaine et périurbaine	Total
Nombre de pers. aidées	69	41	110
% des bénéficiaires	63 %	37 %	100
% des heures d'intervention	76 %	24 %	100

1.2.3 Le cadre juridique actuel des services à domicile aux personnes handicapées

En tant que services ayant pour but l'amélioration des conditions de vie des personnes exprimant certaines difficultés matérielles ou sociales au quotidien, les services d'aide à la personne peuvent relever de deux logiques distinctes.

A) L'intégration dans le champ du secteur social et médico-social

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale a constitué une véritable reconnaissance pour les services de maintien à domicile s'adressant aux familles, aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Elle a notamment affirmé l'ancrage social et médico-social des services de maintien à domicile des personnes handicapées en les incluant dans la nomenclature des institutions sociales et médico-sociales²³.

Cette évolution s'est traduite pour les services par une nouvelle approche de la réponse aux besoins et de nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement. Les principaux aspects concernés sont les suivants :

- les services doivent d'abord procéder à une demande d'autorisation de création, de transformation ou d'extension auprès de l'autorité compétente, le Conseil général. Cette demande est soumise à l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS) et sera appréciée au regard des besoins, de leur évolution et des réponses existantes telles que recensées dans le schéma départemental d'organisation sociale médico-sociale des publics correspondants,
- l'application des règles relatives aux droits des usagers (projet de service, livret d'accueil et règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés, contrat de

²² Annexe 2 : Heures d'intervention et nombre de personnes aidées par canton – Service auxiliaire de vie ADMR de Côte-d'Or 2006.

²³ Article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles – CASF- (7°)

prestation de service, participation des usagers à la gestion du service, recours possible à une personne qualifiée),

- l'application des règles de tarification issues du décret budgétaire et comptable²⁴ alors que les services étaient jusqu'alors exclusivement soumis à l'application d'un tarif forfaitaire de prise en charge,
- l'intégration dans les pratiques de procédures d'évaluation internes et externes et de mesure de la qualité des prestations délivrées aux usagers.

Ce cadre juridique a marqué une volonté forte du législateur de garantir aux personnes aidées fragilisées des interventions de qualité à domicile, dès lors qu'elles seraient dispensées par des services autorisés. Le décret du 25 juin 2004²⁵ relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile en précise les modalités. Ces services assurent au domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels. Les prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale. Les professionnels doivent aussi renforcer leurs partenariats et leurs coopérations afin de coordonner leurs interventions et garantir la continuité des prises en charge.

B) Dans le champ des agréments de services à la personne

Antérieurement au cadre de la loi 2002-2, deux lois importantes ont contribué à partir des années quatre-vingt-dix à structurer le secteur des services à la personne²⁶. En 1992, le système de l'agrément qualité avait été rendu obligatoire pour les prestations de garde d'enfants de moins de 3 ans au domicile des parents, d'assistance aux personnes âgées ou aux personnes handicapées. Cet agrément était délivré aux seuls organismes non lucratifs. La loi de 1996 l'avait étendu aux entreprises privées ayant exclusivement une activité de services aux personnes en distinguant deux niveaux : l'agrément simple – facultatif pour intervenir auprès de publics « non fragilisés » et l'agrément qualité – obligatoire pour intervenir auprès des publics « fragilisés » (enfants de moins de 3 ans, personnes âgées de plus de 70 ans et personnes handicapées). Les agréments simples et/ou qualités étaient alors délivrés par décision du préfet du département, après

²⁴ Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003

²⁵ Décret n°2004- 613 du 25 juin 2004

²⁶ Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991 (chapitre 9 services aux personnes) et loi n°96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des services aux particuliers

instruction du dossier du promoteur auprès des services de la DDTEFP²⁷. L'agrément accordé devait alors faire l'objet d'une demande de renouvellement annuelle.

Le « plan Borloo » de développement des services à la personne²⁸ s'inscrit dans le cadre du plan de cohésion sociale et affiche donc des objectifs précis en matière de créations d'emploi et de réponses aux personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap. Pour atteindre ces objectifs et encourager le développement de l'offre de service, le régime des agréments est assoupli. L'agrément simple ou qualité est désormais accordé pour une durée de 5 ans (contre un an auparavant) et est valable sur tout le territoire national (alors qu'il était départemental). La distinction des activités relevant de l'agrément simple et celles relevant de l'agrément qualité est dorénavant établie selon les publics bénéficiaires et selon la nature des activités. L'agrément qualité²⁹ est obligatoire pour les prestations délivrées auprès d'enfants de moins de 3 ans, de personnes de 60 ans au moins, des personnes handicapées et des autres personnes ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile.

Dans ce cadre, les structures agréées peuvent développer les modes d'intervention prestataire ou mandataire et les prestataires de service à domicile disposent désormais d'un droit d'option³⁰ entre le régime de l'autorisation relevant du Conseil général et la procédure simplifiée des agréments délivrés par le préfet. Afin de garantir un certain niveau de qualité et de protection des bénéficiaires, un cahier des charges³¹ est défini et pose des obligations en termes d'accueil du client (livret), de proposition de service (devis et contrat), de suivi et d'évaluation, de sélection et de qualification du personnel.

1.3 Le diagnostic territorial et stratégique du service d'auxiliaire de vie ADMR dans ce contexte

1.3.1 Les atouts du service sur le territoire de Côte-d'Or

A) L'environnement : des orientations claires des pouvoirs publics sur le territoire

Le dernier schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes adultes handicapées de la Côte-d'Or a été adopté fin 2000 pour couvrir la période 2001 – 2006. Élaboré avant la loi du 13 août 2004 relative

²⁷ Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

²⁸ Présenté par M. Jean-Louis Borloo, Ministre de la Cohésion sociale, le 16 février 2005 et décliné dans la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005

²⁹ Art. L 129-1 du Code du travail

³⁰ Art. 4 ordonnance du N°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 dite de « simplification du droit »

aux libertés et responsabilités locales (Acte II de la décentralisation), celui –ci relevait d'un arrêté conjoint du président du Conseil général et du préfet représentant de l'État.

Avant même la loi du 11 février 2005, le schéma affirmait notamment plusieurs principes généraux qui indiquaient le sens des actions impulsées au plan local par les pouvoirs publics en matière d'aide et d'accompagnement du handicap en Côte-d'Or :

- la personne handicapée constitue la préoccupation centrale à laquelle les réponses et les structures doivent s'adapter (et non pas l'inverse),
- la personne handicapée doit pouvoir choisir son mode de vie et bénéficier des aides qui permettent de compenser son handicap.

Dans le souci de réellement prendre en compte les besoins des personnes handicapées souhaitant vivre à domicile et constatant l'insuffisance des moyens pour y répondre, notamment humains, la cinquième orientation du schéma faisait explicitement référence au développement de services d'auxiliaires de vie pour mieux accompagner les adultes handicapés ayant choisi de vivre à domicile. Ce développement était envisagé tant au plan quantitatif qu'au plan qualitatif, en termes de développement de réseaux de coordination à partir des services intervenant à domicile.

B) Une double reconnaissance du service par les autorités de contrôle

a) *L'autorisation :*

Le service prestataire d'auxiliaire de vie ADMR bénéficie par l'arrêté n° 202/2005 du 11 mai 2005 de l'autorisation du président du Conseil général de la Côte-d'Or telle que prévue par l'article L. 312-1 du CASF, alinéa 7 : « les établissements et les services, (...) qui accueillent des personnes adultes handicapées, (...), qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

L'autorisation est délivrée pour une durée de quinze ans à compter de cette date, après avis favorable du CROSMS du 7 avril 2005, et est notamment valable pour les interventions dispensées auprès des personnes adultes handicapées par les associations locales et la fédération départementale ADMR de Côte-d'Or. Cet arrêté est pris en considérant notamment « la professionnalisation des aides et employés à domicile engagée à l'ADMR de Côte-d'Or, avec l'objectif d'améliorer la qualité du service et d'une meilleure adéquation de l'offre aux besoins sur la totalité du territoire du département ».

³¹ Arrêté du 24 novembre 2005 relatif au cahier des charges de l'agrément qualité

b) L'agrément qualité :

Par arrêté préfectoral du 22 janvier 2007, les associations locales et la fédération ADMR de Côte-d'Or disposent également de l'agrément qualité n° 2007/2/21/6 délivré pour cinq ans au titre des emplois de services à la personne. Cet agrément « nouvelle formule », conforme au décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005, est venu prolonger les agréments qualité renouvelés chaque année depuis 1997.

La liste des activités relevant de l'agrément précise désormais qu'il est délivré notamment pour dispenser à domicile les prestations d'assistance aux personnes âgées et handicapées, de garde-malade à l'exclusion des soins, d'aide à la mobilité ou d'accompagnement des personnes handicapées en dehors du domicile (...).

Cette double caution administrative du service, validée par l'État et par le Conseil général de Côte-d'Or, positionne l'ADMR comme un prestataire légitime et reconnu sur le territoire pour intervenir à domicile auprès de personnes adultes handicapées.

1.3.2 Les difficultés pour répondre aux besoins sur tout le territoire

A) Les spécificités démographiques du département de Côte-d'Or³²

La population totale du département est estimée au 1^{er} janvier 2005 à 513 000 habitants (50^e rang national) pour une superficie très vaste de 8 763 km² (4^e rang national). D'où une densité de 58,5 habitants au km², très en-deçà de la moyenne nationale établie à 113 hab. / km². On dénombre en Côte-d'Or 707 communes, dont 383 de moins de 200 habitants³³. Le territoire est donc rural voire très rural, avec une large majorité de communes où la densité de population est inférieure à 20 habitants au km².

En outre, la répartition de la population est assez peu homogène sur le département dans la mesure où plus de 75 % de la population vit dans des communes qui ne représentent qu'un sixième du territoire. L'essentiel de la population se concentre dans la partie Sud Est du département, notamment dans les agglomérations de Dijon (plus de 250 000 habitants) et de Beaune (près de 25 000 habitants). A l'inverse, le Nord et plus largement l'Est du département sont très peu peuplés avec une tendance marquée au déclin démographique, notamment dans les cantons de Montbard et Chatillon - sur - Seine.

Ces caractéristiques démographiques et leur évolution ne sont pas sans incidence sur l'organisation des réponses aux besoins des personnes fragilisées vivant à domicile. Ces

³² Sources : <http://www.insee.fr>

éléments sont des paramètres essentiels pour un réseau comme l'ADMR dont le projet associatif entend précisément proposer une offre de service accessible à toute personne, en tous points du territoire.

B) La population des personnes adultes lourdement handicapées vivant à domicile en Côte-d'Or et l'offre de structures sociales et médico-sociales existantes

En Côte-d'Or, 6262 personnes³⁴ percevaient l'AAH au 31 décembre 2006 et 1024 personnes vivant à domicile étaient titulaires de l'ACTP. Sur les 862 adultes handicapés bénéficiaires de 20 à 59 ans, 690 (80%) en étaient titulaires à un taux compris entre 40 et 79 % de Majoration Tierce Personne (MTP) et 172 (20 %) à un taux de 80 %, correspondant aux personnes les plus lourdement handicapées³⁵.

Au titre du régime général de Sécurité sociale, 3387 personnes étaient titulaires d'une pension d'invalidité. Parmi elles, 130 personnes étaient reconnues en invalidité de 3^{ème} catégorie, c'est à dire dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle et reconnues obligées d'avoir recours à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie courante donc titulaires de la MTP.

Ainsi, hors prestation de compensation du handicap attribuée depuis 2006, ce sont au minimum 302 personnes que l'on peut dénombrer sur le territoire de Côte-d'Or et identifier comme très lourdement handicapées vivant à domicile.

En termes de structures d'hébergement et d'accompagnement pour personnes adultes handicapées, la Côte-d'Or présente un taux d'équipement de 4,78 places pour 1000 habitants de 20 à 60 ans avec 1344 places au total. Ce taux est le plus bas de Bourgogne dont la moyenne est de 5,8³⁶. Et c'est surtout en termes de structures destinées aux personnes lourdement handicapées que le déficit se fait sentir. Ainsi, la Côte-d'Or ne disposait à fin 2004 que de 168 places en FAM et 45 place en MAS, soit des ratios respectifs de 0,6 et 0,16 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans alors que la moyenne régionale se situait sur la même période à 0,72 (FAM) et 0,21 (MAS).

Ces insuffisances d'équipements au regard des besoins sont de nature à renforcer tant quantitativement la demande d'aide et d'accompagnement émanant des personnes adultes handicapées qui vivent à domicile, que qualitativement dans la mesure où celle-ci

³³ Source : <http://www.cg21.fr> (Site du Conseil général de la Côte-d'Or)

³⁴ Source : Caisse d'allocations familiales de la Côte-d'Or

³⁵ Source : Conseil général de Côte-d'Or - Direction Solidarité Famille – Service aide sociale générale

³⁶ BOSSU M – CREA (juin 2005) : Les dépenses sociales des conseils généraux de Bourgogne en faveur des personnes adultes handicapées (...) et leurs évolutions.

concerne particulièrement les personnes les plus lourdement handicapées. Ceci n'est pas sans induire certaines limites au niveau des réponses proposées par notre service.

1.3.3 Les axes d'adaptation inéluctables du service ADMR

A) La nécessité de mieux structurer le service d'aide à domicile

L'intervention d'aide et d'accompagnement à domicile auprès des personnes lourdement handicapées qui s'adressent aujourd'hui à notre service nécessite une certaine anticipation. Ceci afin d'une part de personnaliser les réponses à chaque usager et d'autre part de garantir la continuité des interventions en mobilisant les complémentarités nécessaires le cas échéant. Deux fonctions essentielles d'organisation s'y rattachent : l'évaluation des situations et la coordination des interventions.

a) L'évaluation des besoins :

Évaluer la faisabilité en milieu rural d'un retour à domicile après hospitalisation d'une personne myopathe trachéotomisée, pour mettre en œuvre sept jours sur sept et douze heures par jour des interventions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne est assez complexe au niveau des paramètres à prendre en compte. Ceci ne requiert pas la même anticipation et la même technicité que l'évaluation des besoins pour une intervention d'aide à l'entretien du logement et du linge d'un jeune handicapé mental léger vivant en appartement en ville.

Cette fonction d'évaluation des situations individuelles est assurée en premier lieu par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH lorsque la personne sollicite l'attribution de la PCH et notamment le volet « aides humaines ». En pratique, il s'agit en Côte-d'Or d'évaluations réalisées par un travailleur social et/ou un infirmier qui se font d'abord au regard des critères légaux et réglementaires d'attribution de la prestation. Mais le plan personnalisé de compensation qui en découle devra faire l'objet d'une réévaluation afin de le rendre opérationnel pour le service et adapté à la situation de la personne, ses capacités, son environnement, ses ressources...Les besoins évalués sont très hétérogènes d'une personne à l'autre et devront être traduits en termes de projet d'intervention, lisible pour la personne et pour les équipes pour préciser l'organisation du travail, les durées et les séquences d'intervention, la nature et la répartition des tâches à effectuer...

L'enjeu du service d'auxiliaire de vie est aujourd'hui de professionnaliser cette fonction d'évaluation. Ce qui pouvait être réalisé jusqu'alors valablement par des bénévoles, animés par un esprit d'entraide et de solidarité au sein des associations doit se renforcer. La complexité, la technicité et la responsabilité ne sont pas les mêmes pour mettre en

œuvre des interventions d'aide aux actes ordinaires quelques heures par semaine que pour intervenir à domicile parfois vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

b) La coordination des interventions des différents professionnels :

Le maintien à domicile de personnes très lourdement handicapées n'est souvent possible que grâce à l'intervention d'équipes pluridisciplinaires de professionnels, proposant ainsi de répondre de manière globale aux besoins d'aide, de soins et de participation à la vie sociale des personnes.

Cette dimension pose avec acuité la question du « travailler ensemble » des personnels qui relèvent de surcroît de champs professionnels et de modes d'intervention différents. En matière d'aides humaines professionnelles et dans le champ social et médico-social, les personnes lourdement handicapées vont souvent avoir l'intervention successive ou simultanée des auxiliaires de vie (pour l'aide aux repas ou à la toilette, à l'habillage et à la mobilisation...), voire d'aides médico-psychologiques (accompagnements extérieurs...).

En outre, les personnes ont fréquemment à domicile l'intervention de professionnels du secteur sanitaire et paramédical : aide-soignant d'un SIAD (pour les soins d'hygiène), infirmier (pour les soins techniques), kinésithérapeute...

Dans ce cadre, le service d'auxiliaire de vie ADMR intervient de manière séquentielle ou continue dans les limites de ses attributions auprès des bénéficiaires de la PCH pour le volet aides humaines, entendu par là l'aide aux actes essentiels de la vie, la surveillance régulière (lorsque la présence est requise pour la sécurité de la personne et/ou pour intervenir en cas de besoin) et la participation à la vie sociale (sorties, loisirs...). Les interventions des aides à domicile du service doivent donc nécessairement être coordonnées avec les interventions d'autres professionnels à différents niveaux.

- au niveau du contenu - afin d'éviter de refaire un acte éprouvant déjà réalisé par un autre intervenant (exemple d'un transfert),
- au niveau du moment de l'intervention – afin de favoriser soit la continuité des interventions (faire les soins d'hygiène avant l'habillage) soit leur simultanéité (l'auxiliaire de vie avec l'infirmier pour les mobilisations complètes),
- au niveau de sa durée – afin de respecter le rythme de la personne au quotidien tout en intégrant les dimensions d'organisation du travail des services et des différents professionnels.

Or, cette coordination indispensable des interventions est aujourd'hui laissée à l'initiative des personnes handicapées elles-mêmes ou de leur entourage, ce qui les met parfois en sérieuse difficulté.

Intégrer cette fonction de coordination des interventions et la coupler avec l'évaluation est aujourd'hui une question majeure pour le service d'auxiliaire de vie ADMR. L'évaluation doit renforcer la personnalisation des projets d'intervention et leur adaptation à l'hétérogénéité des besoins entre les différentes personnes aidées alors que la coordination doit garantir à la personne aidée la continuité et la complémentarité des interventions des différents professionnels.

B) Le besoin de renforcer la professionnalisation du service

La mise en œuvre de la PCH fait naître des attentes nouvelles des personnes handicapées vivant à domicile en matière d'aides humaines, afin de répondre à leurs besoins liés à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne. L'aide à domicile qui intervenait jusqu'alors pour effectuer quelques heures par semaine le ménage, les courses, l'entretien du linge... n'est pas forcément la même qui pourra désormais intervenir tous les jours pour aider à la toilette, l'habillage, les transferts, les repas...

Ceci se traduit dès à présent par des besoins très différents en termes d'emplois et de compétences du personnel d'intervention alors que le service n'y est pas encore complètement adapté. Ce décalage entre les besoins des usagers à satisfaire et les ressources humaines disponibles du service pour y répondre est de nature à rendre précaire l'intervention si celle-ci ne peut y correspondre techniquement et humainement de manière précise et ce dès le début de sa mise en place. Or les interventions dans le registre des actes essentiels sont d'ordre vital et pour y faire face, les personnes ont besoin d'une part de qualité, et d'autre part de stabilité de leurs aides humaines. Pour atteindre cet objectif, nous pouvons cerner deux obstacles que sont le manque de qualification du personnel et un risque d'usure professionnelle importante.

a) Le manque de personnel qualifié :

Les fonctions occupées par les aides à domicile sont de plus en plus techniques et relèvent plus du « prendre soin » (exemple pour la toilette) que du « faire avec » ou « à la place de » (exemple pour le ménage). La véritable qualité des interventions consiste alors à pouvoir adapter en permanence au quotidien les activités à la « mouvance » des besoins des différentes personnes aidées à domicile. Pour y parvenir, les aides à domicile doivent alors mobiliser des connaissances et des compétences précises relatives aux pathologies et leur évolution, aux processus invalidants, à l'ergonomie et la manutention, l'hygiène et la prévention, la nutrition, l'animation et la vie sociale... Ces éléments se

retrouvent dans les référentiels du Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale³⁷ (DEAVS), ancien Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) ou de la mention complémentaire « aide à domicile » de l'Éducation Nationale. Ce niveau V de classification représente le niveau requis pour exercer en tant qu'auxiliaire de vie sociale, emploi consistant à effectuer un soutien et un accompagnement des publics fragiles dans tous les actes de leur vie quotidienne.

Les données recueillies en 2006 en Bourgogne pour l'élaboration du schéma régional des formations sociales montre que 15,6 % seulement des aides à domicile intervenant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées ou des jeunes familles (en complément d'une TISF) sont titulaires du DEAVS ou du CAFAD.

Ces chiffres dont les proportions se retrouvent aussi au niveau national sont encore plus marqués à l'ADMR de Côte-d'Or. En 2006, 9 % des aides à domicile sont qualifiées DEAVS pour 11,6 % des heures d'intervention effectuées. Même s'il apparaît que les heures effectuées auprès des personnes les plus dépendantes sont effectuées en priorité par le personnel le plus expérimenté et qualifié, il n'en demeure pas moins que les manques de personnel qualifié ne permettent pas de proposer systématiquement, à toute personne lourdement handicapée, une intervention de personnel diplômé.

b) La difficulté à gérer une usure professionnelle prononcée :

Les aides à domicile intervenantes auprès de personnes lourdement dépendantes sont particulièrement exposées aujourd'hui à l'usure professionnelle. Ce phénomène s'explique par des facteurs qui peuvent agir de manière isolée ou cumulée sur la mobilisation et la motivation du personnel d'intervention. Le travail d'aide à domicile est essentiellement un travail à temps partiel (0,49 ETP³⁸ en moyenne en prestataire) où les niveaux de rémunérations horaires conventionnels (agréés par les pouvoirs publics) sont assez modestes eu égard aux tâches demandées aujourd'hui pour intervenir auprès de personnes lourdement handicapées. De même que le métier d'aide à domicile confronte les salariés à des situations sociales et médico-sociales complexes et éprouvantes physiquement et psychologiquement.

Dans ce registre, l'usure professionnelle et le manque de reconnaissance qu'expriment les salariés peuvent être examinés sous différents aspects. D'abord du côté des publics pris en charge où les aides à domicile sont confrontées à la dépendance parfois très

³⁷ Décret n° 2002 – 410 du 26 mars 2002 portant création du DEAVS et arrêté du 30 janvier 2003 modifiant l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au DEAVS

³⁸ ETP : Équivalent Temps Plein, base 151,67 heures mensuelles. Source : schéma régional des formations sociales Bourgogne 2007

lourde (physique et psychologique), à l'accompagnement de fin de vie, à des comportements agressifs, à un environnement familial peu impliqué... Ensuite du côté des difficultés tenant à l'organisation des interventions qui imposent de fortes amplitudes, des horaires décalés et séquentiels, le travail le week-end, une mobilité constante... Enfin, en termes d'organisation du travail, les professionnels ont souvent à effectuer un travail isolé, avec peu de contacts en équipe. Les temps de concertation, d'analyse et de soutien sont souvent trop courts et sans doute insuffisamment valorisés.

Nous avons donc vu que dans un contexte en pleine évolution, le positionnement du service d'auxiliaire de vie de l'ADMR de Côte-d'Or montre aujourd'hui des atouts certains (agrément et autorisation, implantation sur le territoire, diversité des publics) pour répondre aux attentes des personnes lourdement handicapées vivant à domicile.

Ce diagnostic met toutefois en relief une problématique pluridimensionnelle où les enjeux sont multiples en termes de réponses médico-sociales à organiser en tous points du territoire de Côte-d'Or. Ils consistent à garantir la personnalisation, la continuité et la complémentarité, la qualité et la stabilité des interventions des aides humaines auprès des personnes lourdement handicapées vivant à domicile.

Cette adaptation continue des réponses à l'hétérogénéité et la mouvance des besoins des personnes apparaît alors comme essentielle pour la pérennité même de leur maintien à domicile. Or, face à ces demandes fortes portées par les personnes, nous pouvons identifier aujourd'hui des axes de progrès inévitables pour le service en termes de structuration et de professionnalisation pour y répondre.

J'analyserai dans la partie suivante les raisons qui expliquent cette problématique professionnelle. Ceci me permettra, en tant que directeur du service, d'en dégager un positionnement opérationnel et stratégique en termes de management.

2 Le défi au quotidien du « vivre à domicile » des personnes lourdement handicapées

Après avoir situé le rôle de l'ADMR de Côte-d'Or en matière d'aide à domicile aux personnes handicapées et son évolution actuelle orientée vers l'accompagnement des personnes les plus dépendantes, nous avons clairement dégagé une problématique en termes de structuration et d'organisation de service. Il convient d'en examiner les différents aspects, tant sur le plan théorique que sur le plan stratégique, afin de mieux en comprendre les enjeux et les leviers d'actions possibles.

Cette analyse sera focalisée d'abord sur l'évolution actuelle du cadre des politiques publiques de maintien à domicile des personnes handicapées, et ensuite sur les particularités de l'intervention à domicile auprès de personnes dépendantes. La synthèse de ces éléments me permettra de dégager un positionnement de direction qui démontrera comment la diversification du service devra être conduite avec le souci de renforcer la cohésion entre les compétences internes et externes à déployer au service des usagers.

2.1 Les limites du service d'auxiliaire de vie mises en perspective avec les évolutions des politiques publiques

2.1.1 Évolution de la prise en compte du handicap et de l'évaluation des besoins

A) Modélisations du handicap et approches dans les pays européens

En 1980 l'OMS³⁹ a contribué à clarifier la notion de handicap au niveau international en adoptant une Classification Internationale du Handicap (CIH). Élaborée essentiellement grâce aux travaux de P. Wood, cette classification a constitué une avancée conceptuelle majeure dans la mesure où le handicap a été décrit pour la première fois à travers l'atteinte du corps (les « déficiences ») mais aussi les difficultés à réaliser les activités de la vie courante (les « incapacités ») et les problèmes sociaux qui en résultent (les « désavantages »). Pour la première fois le handicap était analysé comme conséquence d'une maladie sans être assimilé à sa cause. Cette approche « médicale » du handicap a évolué pour mieux prendre en considération les interactions de l'environnement sur la situation de handicap vécue individuellement par les personnes. Tel fut l'objet en 2001 de la révision de la CIH pour aboutir à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Ce nouveau modèle distingue les trois composantes

³⁹ Organisation Mondiale de la Santé

fondamentales du handicap que sont : les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation⁴⁰ et assoit ainsi l'aspect pluridimensionnel du handicap.

L'examen de la question du handicap dans les différents pays européens se situe très souvent à la synthèse de ces analyses et modèles. Depuis le Traité d'Amsterdam de 1997, l'approche du handicap privilégie les principes de non discrimination et d'égalité des chances pour les personnes handicapées. Une tendance nette d'activation des dépenses publiques en faveur des personnes handicapées se dégage, sous l'angle de la compensation, marquée par la décentralisation et la privatisation dans les principaux pays d'Europe occidentale (Allemagne, Espagne, Pays Bas, Royaume Uni et Suède)⁴¹ Une structuration comparable est observée dans les politiques sociales où l'on retrouve globalement les trois fonctions essentielles de la compensation : financière, technique, et humaine⁴². En outre, l'intégration des dimensions sociales et environnementales dans les approches conduit aujourd'hui les principaux pays à développer des systèmes d'évaluation individualisés des besoins et proposant des réponses prenant la forme de plans d'aide personnalisés et concertés.

Ces observations nous montrent d'abord que l'ancrage de la question du handicap dans nos politiques sociales est finalement assez récent. Elles situent aussi le contexte international dans lequel s'inscrivent les dispositifs français de compensation du handicap issus de la loi de février 2005 et les modes d'évaluation qui en découlent.

B) Les outils d'évaluation des besoins et leurs limites

Compte tenu de ses composantes pluridimensionnelles, le degré de sévérité du handicap est difficile à appréhender de manière globale pour chaque individu. Afin de rendre possible une analyse plus fine des différentes catégories de personnes handicapées et de leurs besoins, l'utilisation d'indicateurs a permis de synthétiser les informations. Les indicateurs de Katz ou de Colvez, les plus utilisés, permettent d'identifier les personnes les plus handicapées ayant besoin d'aides humaines dans les actes essentiels de la vie alors que l'analyse des besoins d'aide dans les actes ordinaires n'y apparaît pas.

En ce sens et comme le souligne en 2004 le rapport de B Roussille⁴³, inspectrice IGAS, « notre pays est amené (...) à repenser, notamment dans l'optique de la création de la

⁴⁰ CTNERHI : Le handicap en chiffres, février 2004 p 9

⁴¹ Revue française des affaires sociales n°2 Avril Ju in 2005 Politiques en faveur des personnes handicapées. Grandes tendances dans quelques pays européens. Paris : La documentation française, 2005, 334 p.

⁴² NOURY D et SEGAL P, IGAS Rapport n°2003 120 : Étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe, septembre 2003, 41 p.

⁴³ ROUSSILLE B, IGAS Rapport n° 2004 150 : L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, octobre 2004, p. 13

prestation de compensation, ses modes d'évaluation du handicap, encore essentiellement assis aujourd'hui sur les taux d'incapacité. L'évolution du modèle biomédical du handicap vers un modèle plus social (...) ne pourra pas manquer d'être prise en compte ». En matière de compensation, le guide barème de 1993, remanié en 2004⁴⁴ restait centré sur l'évaluation des déficiences et des incapacités. Focalisé sur une approche médicale, il intégrait peu le désavantage social ou les facteurs environnementaux aggravant les conséquences du handicap et ne permettait pas de quantifier le besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de l'existence.

Le référentiel d'accès à la prestation de compensation du handicap⁴⁵ désormais utilisé pallie en partie aux limites des précédents outils que nous venons d'évoquer. Les besoins sont évalués par domaines d'activités et en matière d'aides humaines, des temps quotidiens maximum sont indiqués. Par exemple : « Habillage : le temps quotidien d'aide pour l'habillage et le déshabillage peut atteindre 40 minutes ».

Néanmoins, l'évaluation des situations individuelles ainsi définie ne peut s'adapter de manière continue à la mouvance des besoins au quotidien des personnes handicapées à domicile. C'est ce que traduit l'analyse de B Ennuyer⁴⁶ qui indique que « le premier problème de l'évaluation est de statuer sur un standard de vie moyen acceptable, pour une personne (...) avec des incapacités ». Quel que soit l'outil utilisé, l'évaluation n'est pas neutre et permet de confronter les besoins individuels des personnes à une norme collective socialement acceptée. Cette norme renvoie à un niveau de réponse moyen qui doit être assuré à chaque individu pour qu'il ait une vie considérée comme décente.

2.1.2 Le changement de paradigme de la loi 2005-102 : modalités et limites du droit à compensation

- A) Les carences du plan personnalisé de compensation comme traduction fidèle du projet de vie des personnes

La loi du 11 février 2005 réaffirme⁴⁷ le droit à la compensation « des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » accordé à toute personne handicapée⁴⁸. Les besoins de compensation

⁴⁴ Décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004, annexe 2.4 guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités

⁴⁵ Décret n° 2005-1591 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées – annexe 2.5 du CASF « référentiel pour l'accès à la PCH »

⁴⁶ ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod, 2006, p 179.

⁴⁷ Après les lois n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et n°2002-303 du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁸ Art. L. 114-1-1 CASF

sont inscrits dans le plan personnalisé de compensation, qui doit être élaboré en prenant en considération les besoins et aspirations de la personne handicapée. Lesquels doivent être exprimés dans un projet de vie formulé par elle ou avec elle.

Au service de cet objectif ambitieux, la loi a repris en partie les préconisations du rapport Briet–Jamet⁴⁹ de 2004. Celui ci proposait une réforme institutionnelle des structures concernées par la prise en charge du handicap qui soit à-même d’assurer d’une part une gestion de proximité des dispositifs, et d’autre part une évaluation pluridisciplinaire des besoins. Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) s’inscrivent dans ce premier volet. Le but du plan personnalisé de compensation est quant à lui de traduire les besoins de compensation issus du projet de vie exprimé par la personne. Mais certains obstacles restent à lever aujourd’hui quant à l’atteinte de cet objectif. C’est ce que souligne J-C Cunin⁵⁰, administrateur de l’AFM⁵¹. Alors que la loi « donne un rôle central à la personne en situation de handicap elle-même et à son entourage (...) principal expert de sa situation », cette « culture partagée de co-évaluation des besoins avec la personne est encore longue à acquérir ».

Autre frein rencontré, la constitution d’équipes véritablement pluridisciplinaires au sein des MDPH. L’article R 146-27 du CASF précise que « l’équipe pluridisciplinaire (...) réunit des professionnels ayant des compétences médicales et paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social... Sa composition doit permettre l’évaluation des besoins de compensation du handicap quels que soient la nature de la demande et le type de handicap (...) ». Très souvent en réalité, cette évaluation « clinique » des situations individuelles n’est réalisée que par un seul professionnel (une infirmière ou une assistante sociale par exemple), ce qui limite la vision à une situation plutôt médicale ou plutôt sociale. B Moreau⁵², responsable du département « compensation » à la CNSA, précise en effet que l’évaluation gagnerait à être enrichie par l’appel aux compétences d’autres professionnels tels que des psychiatres, des ergothérapeutes...même si les ressources sont parfois difficiles à mobiliser au plan local.

La mise en œuvre du droit à compensation dans sa réalité nous interpelle donc quant à notre problématique professionnelle identifiée. Nous verrons comment notre plan d’action devra intégrer cette dimension pluridisciplinaire et de co-évaluation pour proposer des prestations personnalisées, adaptées aux situations hétérogènes des personnes, à leurs handicaps, leurs environnements et leurs projets.

⁴⁹ BRIET R et JAMET P, Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d’autonomie – Mission de préfiguration de la CNSA – Rapport au Premier ministre, Mai 2004 62 p

⁵⁰ Actualités Sociales Hebdomadaires n°2496 du 2 mars 2007, p 40

⁵¹ Association Française contre les Myopathies

B) Les effets de la décentralisation sur le financement des services

Les premières lois de décentralisation en France avaient déjà confié aux départements dans les années quatre-vingt la gestion de l'aide sociale « générale ». Ce mouvement s'est récemment renforcé avec la mise en œuvre de « l'acte II de la décentralisation », matérialisé dans le texte du 13 août 2004⁵³. Par cette loi, le département « définit et met en œuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de Sécurité sociale ; il coordonne les actions menées sur le territoire qui y concourent⁵⁴ ». Le directeur général de l'action sociale, J-J Trégoat⁵⁵ souligne qu'« en matière d'action sociale, le département est reconnu comme chef de file, ce qui correspond à une volonté de cohérence des interventions, au souci de meilleure prise en compte des besoins locaux et mise sur la capacité d'initiative locale au plus près du terrain comme facteur d'efficacité ». Dans ce contexte, l'État se recentre sur ses missions fondamentales et se positionne avant tout en garant de la solidarité nationale (quant à la nature et aux conditions d'attribution des prestations sociales), et comme garant de l'égalité de traitement des citoyens devant la loi, indépendamment des écarts de richesses entre les territoires.

Dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées, une innovation institutionnelle d'envergure est venue faciliter l'articulation des missions et compétences entre l'État et les Conseils généraux. La CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004. La loi du 11 février 2005 en a renforcé les missions. C'est surtout en matière de collecte et de répartition des crédits que la CNSA dispose de leviers d'action actuellement. La CNSA verse aux Conseils généraux une partie des ressources servant à couvrir les aides individuelles aux personnes handicapées, dont les crédits relatifs à la PCH.

On saisit alors que la PCH, chargée de répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées tels que formulés dans leur projet de vie n'en demeure pas moins rigoureusement cadrée financièrement. Ceci dans un souci d'éviter un dérapage des finances publiques locales et nationales. Ce que ne dément pas D Piveteau⁵⁶, Directeur de la CNSA, répondant au fait que les départements ne semblent pas trop inquiets sur le financement de la PCH, entendu par là que les droits accordés ont été strictement

⁵² Journal de l'Action Sociale – février 2007 p 27 « MDPH : un bilan couleur pastel »

⁵³ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁵⁴ Article L. 121-1 CASF

⁵⁵ Article dans GUEGUEN J-Y *Le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale 2006*. Dunod, 2006, p 4

⁵⁶ Actualités Sociales Hebdomadaires n°2497 du 9 mars 2007 p 45

calibrés : « la création de la PCH est une réforme financée. La question qui se pose à cet égard est celle de la distribution des fonds, de son efficacité, de sa pertinence ».

Les aides humaines prévues au plan de compensation sont en effet encadrées par une double limite. Au niveau de la tarification horaire des interventions et au niveau des montants et durées maximum pris en charge, fixés par arrêté⁵⁷ et plafonnés. Ce manque de souplesse et ce cadrage financier de la PCH vient alors contrarier la vocation de réponse réelle aux projets de vie des personnes handicapées que doit promouvoir le plan personnalisé de compensation. Cet aspect fait directement écho aux axes de progrès identifiés pour notre service quant à la proposition d'interventions personnalisées adaptées à la mouvance des besoins des personnes, à leurs modes de vie. Notre plan d'action devra alors avoir pour objectif d'atténuer ces rigidités.

2.1.3 Le cadre hésitant des services à la personne : le droit d'option entre logique d'action sociale et logique de marché

- A) L'ouverture à la concurrence des services à domicile, des effets encore incertains sur les interventions

Le « plan Borloo » de développement des services à la personne s'inscrit dans la continuité des mesures prises en France depuis une quinzaine d'années visant à la fois à favoriser la prise en charge des besoins des populations fragiles (personnes âgées, personnes handicapées...) et la création d'emplois en nombre, peu qualifiés et non délocalisables de surcroît. Cette ouverture du champ des services à la personne à la concurrence s'inscrit selon J Defontaine⁵⁸ dans un mouvement inéluctable, au niveau national et européen, de « quaternisation de l'économie » au XXI^e siècle, correspondant à l'avènement d'une économie tournée vers les activités de services, où la demande des ménages est de plus en plus orientée vers le « mieux vivre ».

L'objectif est alors de développer l'offre de service en favorisant la création d'activités pourvoyeuses d'emplois, notamment par les entreprises, alors que les services d'aide aux personnes fragilisées relevaient jusqu'alors majoritairement du secteur associatif non-lucratif. Les services agréés n'ont donc pas à s'inscrire dans le cadre des schémas d'organisation sociale d'appréciation des besoins sur le territoire et les prestataires n'ont pas à respecter le cadre de la loi 2002-2, notamment en termes de tarification. Dès lors

⁵⁷ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément « aides humaines » de la prestation de compensation et arrêté du 2 mars 2007 modifiant ce tarif pour les interventions prestataires

⁵⁸ DEFONTAINE J. *Les services à la personne*. Paris : Liaisons, 2006, p 73

que les promoteurs remplissent une condition d'activité exclusive d'aide à domicile aux personnes fragiles et qu'ils sont agréés, ceux-ci bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux. Ces mesures ont clairement pour but de faire diminuer le prix des prestations proposées aux bénéficiaires, sur un marché désormais concurrentiel. Les prestataires peuvent alors fixer librement le tarif de leurs prestations, par contrat, même s'il s'agit de services solvabilisés grâce à des fonds publics (PCH...).

D'où certaines interrogations quant à l'application du modèle marchand aux interventions d'aide à domicile auprès des personnes fragilisées et de ses conséquences sur la qualité et la stabilité des interventions. La mise en concurrence des prestations par les prix proposés aux bénéficiaires présente le risque de voir appliquer : soit des tarifs plus élevés que les coûts réels, incluant marge et bénéfice au détriment des principes d'équité sociale, soit a contrario des tarifs les plus bas possibles, au détriment de la formation et de la qualification du personnel, donc de la qualité des interventions.

Or l'intervention à domicile auprès de personnes fragilisées requiert à la fois qualité (technicité, relationnel) et stabilité (prévention de l'usure professionnelle) du personnel d'intervention, afin de permettre dans la durée un maintien à domicile en toute sécurité. La mise en concurrence des prestataires du champ des services à la personne, sous couvert des politiques de l'emploi, présente alors un risque d'effet pervers en favorisant une logique contraire. Ce que souligne d'ailleurs le récent rapport du Conseil économique et social sur le développement des services à la personne : « La tension permanente entre qualité et prix du service » est un frein au développement des services et « contribue à leur trop lente professionnalisation »⁵⁹.

B) Du financement des services à la solvabilisation des personnes : le passage d'une logique de l'intervention à une logique de prestation

La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale utilise à de multiples reprises le terme de « prestation » pour définir les actions à mettre en œuvre auprès des différents publics. L'article L. 116-1 du CASF définit les fondements de l'action sociale et stipule « qu'elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux (...) et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature ». En matière de droit des usagers, l'art. L. 311-3 du CASF précise que l'utilisateur a le « libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ». Le contrat de séjour doit indiquer la « liste et la nature des prestations

offertes ». Cette évolution s'explique pour D Gacoin⁶⁰ par la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes, leur application dans le fonctionnement des institutions. La personne reconnue comme sujet de droit est érigée en qualité « d'utilisateur » et participe à la définition et à l'organisation des actions qui la concernent. Les prestations librement choisies font alors l'objet d'une contractualisation entre le service et la personne, formalisant l'engagement respectif (au moins unilatéral) et responsable des parties.

La loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées s'appuie sur ces postulats. Une des répercussions concrètes de leur application est l'accent fort mis aujourd'hui par les politiques publiques sur la solvabilisation directe des personnes au détriment du financement de l'offre de services au sein d'institutions. La PCH créée par la loi 2005-102 s'inscrit dans cette logique comme l'APA⁶¹ l'avait déjà fait précédemment dans le champ des prestations aux personnes âgées. Le plan Borloo renforce aussi cette dimension de solvabilisation directe de la demande avec la création du Chèque Emploi Service Universel (CESU). Sous forme de chèques nominatifs pouvant être préfinancés par les entreprises, les comités d'entreprises ou les organismes sociaux, son champ d'application est étendu aux prestations en nature type APA ou PCH et permet de rémunérer directement une personne salariée ou acquitter les services d'un prestataire.

Cette logique de libre choix, en apparence, des prestations de service par les usagers pose surtout avec acuité la question de la coordination des interventions permettant d'en assurer la complémentarité et la continuité (remplacements, plannings, gestion du personnel). Cet aspect est fondamental en matière d'aide quotidienne aux personnes dans la réalisation des actes essentiels de la vie. Dans un entretien au magazine ASH et présentant son dernier ouvrage *Promouvoir la relation de service (Dunod) Paris 2007*, J-R Loubat⁶² analyse ce nouveau cadre qui s'instaure entre professionnels et usagers de l'action sociale : « une même personne doit pouvoir bénéficier des prestations de plusieurs services, agencées en fonction de ses besoins spécifiques. (...) Cette diversité doit nous amener à travailler davantage en réseau, en partenariat avec de multiples équipes et services, ce qui pose la nécessité d'une coordination (...). Dès lors, l'unité de référence d'une personne bénéficiaire n'est plus à proprement parler un établissement mais un coordinateur qui assure une liaison opérante entre les divers intervenants, ainsi que l'ajustement entre les besoins et la situation de cette personne d'une part, et les services qui lui sont proposés d'autre part ».

⁵⁹ VEROLLET Y, Conseil Économique et Social – Rapport de la section des affaires sociales : le développement des services à la personne. 10 janvier 2007, p 61- p 89

⁶⁰ GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2002, p 97-99

⁶¹ Allocation Personnalisée d'Autonomie, créée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001

⁶² Entretien dans Actualités Sociales Hebdomadaires n°2 497 du 9 mars 2007 p. 39

2.2 L'aide et d'accompagnement à domicile au quotidien : une stabilité précaire pour les personnes lourdement handicapées

2.2.1 La notion de domicile et ses limites : conséquences sur les interventions

- A) Du concept de domicile au « chez soi » : la position délicate de l'intervention entre aide et intrusion

Dans l'alternative entre vie à domicile et vie en institution qui se présente aux personnes en situation de handicap, la volonté de vivre à domicile est la solution qui reste largement privilégiée dans l'opinion des Français. Huit personnes sur dix en situation de dépendance feraient ce choix⁶³. Afin d'analyser cette tendance forte en faveur de la vie à domicile et ses implications pour les personnes et pour le service, nous nous appuyerons ici essentiellement sur les travaux développés par E Djaoui⁶⁴ et B Ennuyer⁶⁵.

Le domicile est une notion multiforme que l'on peut regrouper sous deux dimensions principales. L'une est d'ordre « sociale » : il s'agit de définir par là le logement, le foyer, la résidence... L'autre est d'ordre « légale » dans le sens où le domicile est en droit le lieu où une personne a son siège légal, son principal établissement officiel. Même si toutes ces notions renvoient à un objet unique pour les habitants concernés, en l'occurrence leur lieu de vie principal, elles recouvrent des réalités bien différentes. Le domicile est à la fois un chez soi, un territoire, un repère, mais aussi un cadre juridique qui situe la personne. Le domicile renvoie donc à une dimension collective, mais aussi à une dimension individuelle, délimitée par la notion de « chez soi ». Se regroupent ici les perspectives affectives, intimes, subjectives, entourant l'idée plus « intérieure » du domicile. Dans ce registre se situe aussi la dimension de sécurité qui est attachée au domicile.

Les intervenants professionnels doivent tenir compte de ces aspects multidimensionnels auprès de chaque personne aidée, et de cette intrusion dans l'espace intime d'une personne ou d'une famille que constitue leur action au quotidien. Comme le rappelle B Ennuyer⁶⁶, « intervenir » veut dire dans ses acceptations les plus courantes « se trouver entre, s'immiscer, se mêler à... ». Intervenir à domicile est bien alors un entre-deux : entre restauration et effraction de l'espace privé (...) car opérer au domicile n'est pas agir sur

⁶³ WEBER A, DRESS Études et résultats n°491 mai 2006 Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005

⁶⁴ DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : ENSP Éditions 2004, p 13 - 18

⁶⁵ ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod, 2006, p 18- 45

⁶⁶ *Op.cit.*, p. 35

un cadre neutre selon E Djaoui⁶⁷. Cette ambivalence de la relation d'accompagnement à domicile, entre aide et intrusion, est accentuée par la situation de fragilité des personnes. Assumer l'intervention d'un tiers chez soi est d'autant plus difficile qu'elle s'impose comme une condition pour pouvoir rester à domicile. Même en situation de handicap sévère et consciente de sa situation, une personne aura du mal à accepter pleinement cette ingérence dans son univers intime.

Au regard de la problématique de notre service, cette analyse met en évidence les spécificités du domicile comme espace d'action sociale qui nécessite alors des moyens d'organisation pour personnaliser finement les interventions à chaque individu et son environnement « psycho-social ». Des outils sont aussi nécessaires pour le personnel d'intervention, en termes de compétences voire de qualification, pour être véritablement positionné comme aidant, au carrefour des différents paramètres en tension potentiels.

B) Les limites du maintien à domicile : un paramètre à géométrie variable

La notion de « maintien » ou de « soutien » à domicile caractérise de manière pertinente cette spécificité du domicile comme espace regroupant à la fois le lieu de vie privé des personnes et le lieu d'exercice professionnel d'une action sociale et médico-sociale auprès de personnes fragilisées. B Ennuyer⁶⁸ nous rappelle la définition de « maintenir » qui étymologiquement veut dire : « tenir avec la main ». Cette idée de protéger, défendre, a laissé la place dans l'usage d'aujourd'hui à l'idée de conserver dans le même état, de faire durer dans la continuité. Cette définition précise que le « maintien » à domicile désigne à la fois une action de soutien auprès des personnes et à la fois une action de préservation d'une situation existante dans la durée. Soutenir signifie en effet « tenir en dessous », servir de support ou d'appui. Le maintien à domicile n'est donc possible que grâce à des actions de soutien à destination des personnes, dans leur environnement.

Mais cette conception de l'intervention sociale fait débat et ne manque pas d'être controversée par les partisans de l'institutionnalisation comme mode de prise en charge mieux adapté, a fortiori pour les personnes âgées ou handicapées très dépendantes. Sont alors souvent évoquées les « limites » du maintien à domicile. De quoi s'agit-il en fait ?

La première limite que l'on peut identifier en matière de maintien à domicile tient à la personne elle-même et à son projet de vie. En effet, vivre à domicile ne saurait être imposé aux personnes. Ceci renvoie à la dimension du choix de vie à domicile et à la

⁶⁷ *Op. cit.*, p 168

⁶⁸ *Op. cit.*, p 29 - 30

liberté des personnes en la matière. Considérant que chaque personne est a priori autonome et responsable, elle est à même de décider (seule, avec son entourage voire ses représentants) de ses conditions de vie. En dépit du handicap, ce choix s'inscrit dans un environnement donné et inclut une part de risque qui doit être mise en perspective avec le niveau de sécurité que tout un chacun peut souhaiter pour sa vie à domicile. En dehors des cas où les personnes choisiraient volontairement d'élire domicile dans un établissement d'hébergement collectif, les limites au maintien à domicile, réelles ou supposées, tiennent surtout à des facteurs externes. Ce n'est jamais la personne ou son état de santé (ses incapacités) en tant que tel qui requiert une institutionnalisation, sauf dans les cas d'hospitalisation.

Les limites au maintien à domicile tiennent donc souvent au manque de moyens, notamment financiers, permettant aux personnes de disposer des aides humaines et techniques réellement adaptées à leur besoin, en nature et en quantité. Elles tiennent aussi parfois à l'inadaptation ou aux contraintes de leur environnement au regard de leur handicap. Qu'il s'agisse de l'environnement matériel (logement, accessibilité...) ou de l'environnement socioprofessionnel (accessibilité, disponibilité et capacité des services sociaux et des professionnels de santé sur le territoire...). Enfin, dernière dimension essentielle dans la délimitation des limites du maintien à domicile, l'entourage familial et social. Maillon indispensable du soutien à domicile d'une personne lourdement handicapée, cet élément peut s'avérer aidant ou insuffisamment présent pour de multiples raisons, objectives ou non : craintes pour la sécurité de la personne, usure physique et morale, choix de vie remis à la décision de professionnels...

Ces illustrations démontrent à quel point le projet de vie à domicile d'une personne lourdement handicapée tient à l'équilibre de multiples paramètres et de limites spécifiques au domicile. Notre plan d'action devra intégrer cette dimension et proposer aux personnes un niveau de professionnalisation apte à assurer le plus possible une stabilité dans la relation, indépendamment de facteurs source de précarité.

2.2.2 Le positionnement subtil des aides humaines : entre l'autonomie et la dépendance des personnes

A) Les multiples facettes de la relation d'aide : de la coopération au rejet

Dans le langage courant, l'autonomie est souvent associée à l'idée de pouvoir satisfaire seul ses besoins personnels, de pouvoir prendre des initiatives, de ne pas être dépendant. Le terme de dépendance est apparu en France dans les années soixante-dix pour caractériser au départ les personnes âgées obligées d'avoir recours à une tierce

personne du fait de leurs difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et surtout lorsque celles-ci nécessitent une surveillance liée à des troubles de cohérence ou d'orientation. La notion de dépendance est alors souvent présentée comme opposée à celle d'autonomie. Il est fréquent de parler de personnes « en perte d'autonomie » pour parler de personnes dépendantes.

Au sens premier, l'autonomie correspond à la capacité d'établir soi-même ses propres lois, à la faculté de se gouverner seul, à décider ou à gérer soi-même les situations. C'est donc de souveraineté et de liberté des personnes dont il s'agit dans l'organisation et la réalisation des différentes activités de la vie courante. Les différentes activités étant ensuite réalisées seul, partiellement ou totalement avec ou par un aidant. Cette analyse est développée par A Loher-Goupil, et tient en une formule pertinente : « être autonome ne signifie nullement ne pas avoir de dépendances »⁶⁹. Une source profonde de malaise ressenti par les personnes handicapées tient souvent au regard porté sur elles lorsque quelqu'un qui ne les connaît pas croit voir en leur atteinte corporelle, physique ou motrice, une diminution de leur capacité de décision. Cette impression est souvent d'autant plus forte que les incapacités sont lourdes.

Lorsque face à la dépendance s'impose la nécessité de recourir à une aide humaine, différents types de réactions des personnes peuvent être observés, que nous pouvons regrouper d'une extrémité à l'autre, de la coopération au rejet.

Les personnes qui vont coopérer avec les intervenants sont celles qui auront intégré leur dépendance et qui accepteront d'être « dépossédées » de la réalisation, de l'exécution par leur soins propres de certains actes, intimes parfois, pour n'en garder que la décision, l'organisation. Ce cadre d'intervention n'est possible que si l'intervention n'est pas vécue comme une infantilisation, une atteinte à soi. A l'opposé, certaines personnes vont complètement rejeter l'intervention d'une tierce personne et vont soit adopter une attitude très dure d'employeur à employé, en dévalorisant systématiquement le travail effectué, soit avoir un comportement agressif, méprisant. Ces attitudes s'expliquent souvent par la difficulté des personnes à admettre leur besoin de suppléance et constitue en exutoire à leur sentiment de forte dégradation de l'image de soi. Ces comportements « fragilisent le professionnel qui n'arrive jamais à remplir sa mission ou à satisfaire son client »⁷⁰.

Entre ces deux extrêmes, les aides humaines à domicile doivent donc faire preuve d'un professionnalisme affirmé pour s'adapter, pour aider sans contraindre, pour ajuster le

⁶⁹ LOHER-GOUPIL A. Autonomie et handicap moteur. Représentation et accompagnements. Lyon : Chronique Sociale, 2004, p 13

⁷⁰ DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : ENSP Éditions 2004, p 181

contenu de leurs interventions à chaque personne aidée, pour valoriser leur place dans les actes et les choix effectués... Autant de dimensions d'un positionnement difficile à acquérir, et qui expose les intervenants à une usure professionnelle accrue, source de précarité dans la relation d'aide. Sans reconnaissance et soutien régulier, le risque de dérive peut exister vers des comportements maltraitants, ou vers une atteinte de l'aidant au plan personnel, du fait d'une charge affective trop forte dans son action au domicile.

B) L'aide et l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique pour les aides humaines

Les professionnels du domicile, ceux dont la quasi totalité de la durée de l'intervention se déroule au domicile des personnes aidées, agissent dans deux champs principaux que sont l'aide à la vie quotidienne et le soin. Ces domaines d'intervention mobilisent des acteurs relevant donc de professions différentes (soignants, auxiliaires de vie sociales...) qui s'inscrivent sous différents statuts au sein de différents types d'établissements, services ou modes d'activité. Malgré la multiplicité des modes d'interventions, la position d'aide et d'accompagnement peut se définir par des modes d'action communs.

Au plan plutôt technique, l'action des professionnels du domicile va consister essentiellement à « faire avec » ou « faire à la place de » la personne. Dans le premier cas la posture professionnelle impose de considérer que la personne, même lourdement handicapée, est non seulement capable de décider de ce qu'elle veut mais aussi de faire des choses qui la concernent, de participer directement à leur réalisation. Cette posture tend à la fois à restaurer une image valorisante pour la personne sur le plan psychologique et contribue à une éducation ou une rééducation quasi pédagogique de ses fonctions. Dans le second registre, celui du « faire à la place », on peut regrouper là les interventions effectuées soit pour pallier à l'impossibilité de la personne de réaliser certaines tâches (de manière partielle ou totale, temporaire ou durable), soit la nécessité de les faire effectuer par une personne ayant une compétence et/ou une formation spécifique. Il s'agit notamment là des interventions relevant d'auxiliaires médicaux ou paramédicaux dans le domaine du soin.

Au plan humain, relationnel et social, l'intervention des professionnels du domicile doit se situer dans le domaine du soutien, de l'écoute et de l'attention. Quel que soit leur champ ou leur filière d'affiliation (sanitaire, sociale médico-sociale) tous les intervenants ont un

rôle social. Ce qui relève, d'après M Métivier⁷¹, du rôle social de l'aide à domicile peut en effet être aussi attribué à d'autres professionnels : « L'intervenant demeure un témoin privilégié, une présence attentive, formé à la réalité physique et psychique du vieillissement et du handicap. Cela nécessite une écoute et une connaissance de l'autre et de veiller à ne pas mélanger son univers et celui de la personne aidée ».

Vivant dans une situation de totale dépendance depuis plus de 50 ans, M Nuss va plus loin dans la définition de ces fonctions dévolues aux professionnels de l'aide à autrui à domicile. *La présence à l'autre* consiste à « accompagner, suppléer, compenser, donc être disponible, attentif et ouvert, toutes choses qui exigent de la maîtrise et de l'amour vrai »⁷². Le rôle d'aidant se limite à une notion de service, avec l'intention, la conviction de « travailler pour », alors que l'accompagnement consiste à assister quelqu'un, et implique une notion de partenariat, de collaboration étroite, avec l'idée de « travailler avec ».

Cette analyse nous conforte donc aussi dans les réponses à apporter à la problématique de notre service d'auxiliaire de vie ayant à répondre aujourd'hui aux besoins d'aide de personnes de plus en plus lourdement handicapées vivant à domicile. La stabilité du maintien à domicile passe immanquablement par une véritable professionnalisation des interventions, permettant de promouvoir un lien d'accompagnement adapté aux plans technique et humain, ainsi qu'au contexte des différents partenaires intervenants.

2.2.3 Le rôle essentiel de tous les acteurs dans la stabilité du maintien à domicile

- A) La place incontournable des « aidants » : la reconnaissance de leur rôle et les complémentarités possibles

Dans l'examen du rôle respectif des différents acteurs concourant au maintien à domicile des personnes lourdement handicapées, les aidants « familiaux » occupent une place spécifique qu'il convient d'analyser également. Appelés aussi aidants « informels » par opposition aux aidants « formels » que sont les intervenants professionnels, se regroupent là tous les proches qui interviennent dans le quotidien du maintien à domicile d'une personne dépendante : conjoints ou concubins, ascendants ou descendants... L'accompagnement, le « vivre avec » une personne handicapée se traduit souvent pour l'aidant par un travail matériel d'aide à la vie quotidienne (tâches ménagères, domestiques, aide administrative...) par l'aide aux actes essentiels (soins personnels),

⁷¹ METIVIER M L'intervention à domicile : du dedans au dehors institutionnel Les Cahiers de l'Actif n°364/ 365 p 84

⁷² NUSS M. *La présence à l'autre. Accompagner les personnes en situation de grande dépendance*. Paris : Dunod, 2005, p 15

mais aussi par le soutien moral, psychologique et affectif entourant la relation particulière entre l'aidant et l'aidé. B Ennuyer souligne que : « la complexité des relations familiales va se trouver mise en jeu dans ces mécanismes d'aide »⁷³.

L'aide familiale s'inscrit alors dans une relation d'échange, de réciprocité sociale naturelle, ce qui la différencie le plus de la relation d'aide professionnelle. Sont précisément concernées là les personnes les plus lourdement handicapées pour lesquelles le maintien à domicile n'est possible que grâce à l'articulation et la complémentarité des aides humaines familiales et professionnelles. La reconnaissance d'un statut pour l'aidant familial⁷⁴, voire son indemnisation ou sa rémunération ne permet pas d'en retirer pour autant toutes les conséquences perçues comme négatives sur leur bien être. Une des difficultés majeures dont font état les aidants familiaux touche en effet à l'usure. Dans neuf cas sur dix, fatigue morale, stress, anxiété sont les principales conséquences négatives associées au rôle d'aidant⁷⁵. De plus en plus, les limites se posent pour les aidants en termes de disponibilité, de compétences, donc de répartition des rôles entre les différents intervenants nécessairement amenés à agir auprès de la personne aidée. Comme le souligne la psychanalyste M Guimelchain-Bonnet dans un entretien accordé au magazine « Faire Face », il est important que l'aidé et l'aidant distinguent les moments d'aide et de vie de tous les jours. « Les soins doivent se faire à un moment et dans un lieu prévus d'avance (...) c'est important aussi pour que l'aidant puisse ensuite redevenir l'enfant ou le conjoint de l'aidé et qu'il ne soit pas que l'infirmier »⁷⁶.

L'aidant professionnel doit alors savoir se positionner en soutien à l'aidant familial, au plan matériel et moral parfois, afin de lui assurer une part de répit. Ce travail d'ajustement continu avec la famille privilégie une approche qualité de l'accompagnement à domicile, une complémentarité allant au delà de la stricte « prise en charge » des personnes.

B) Les professionnels du maintien à domicile : diversité de cadres et acteurs clés

L'action des professionnels concourant au maintien à domicile s'inscrit au sein de différents types de services et relève de différentes catégories d'acteurs. Comme le qualifie justement E Djaoui⁷⁷, « ces professionnels constituent une nébuleuse extrêmement vaste marquée par un certain nombre de clivages ». Le premier clivage tient au type d'intervention, où l'on peut distinguer les acteurs intervenant de manière

⁷³ ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod, 2006, p 150

⁷⁴ Art. L 245-3, 1° nouveau CASF

⁷⁵ Dutheil N, DRESS Études et résultats n°186 août 2002 Les aidants des adultes handicapés

⁷⁶ Faire Face (APF) n°636 novembre 2005 : « L'aidant et l'aidé sont embarqués dans la même galère » p 43.

⁷⁷ DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : ENSP Éditions 2004, p 37

ponctuelle au domicile (ou pour une partie de leur temps seulement), des acteurs intervenant quasi exclusivement au sein du domicile. Tel est ce qui différencie par exemple l'intervention du médecin traitant à domicile de celle de l'auxiliaire de vie. Un autre point de différenciation tient au statut du service ou au mode réalisation des prestations. Les interventions à domicile peuvent être portées par des structures publiques ou privées, associatives ou à but lucratif. Les actions relèvent alors de prestations de service, d'actes de soins d'un service financé directement par un organisme de protection sociale ou d'actes réalisés dans le cadre d'un exercice libéral.

De cette diversité apparente, certains acteurs peuvent néanmoins être identifiés comme ayant un rôle pivot dans le maintien à domicile des personnes lourdement handicapées.

L'aide à domicile d'abord, se positionne comme un maillon capital et occupe souvent le premier plan quantitatif en termes d'aides humaines. L'auxiliaire de vie sociale effectue un « accompagnement et un soutien des personnes dans leur vie quotidienne : actes essentiels, activités de la vie ordinaire et activités sociales »⁷⁸. Lorsque l'état de santé de la personne le justifie et que les capacités des services en place le permettent, l'aide-soignant peut effectuer dans le cadre d'un service de SIAD les soins de base ou relationnels à domicile et concourir à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Pour les personnes en situation de dépendance, le médecin généraliste est souvent aussi un acteur privilégié du maintien à domicile. Acteur du quotidien, aux confins du sanitaire et du social parfois, il connaît souvent très bien les personnes, leurs pathologies, leurs modes et habitudes de vie. A ce titre, il est un interlocuteur indispensable entre les services de maintien à domicile et les aidants familiaux et a souvent une influence décisive quant aux suites données pour résoudre les situations problématiques : orientation sur un établissement, hospitalisation... L'infirmière libérale est également un acteur important du maintien à domicile, comme l'aide à domicile, « de par la régularité de ses soins chez certaines personnes, de par la proximité qu'elle entretient avec certaines personnes depuis longtemps sur un territoire rural restreint. Elle est aussi un relais important avec le médecin, avec les professionnels libéraux (kinésithérapeute) (...) »⁷⁹.

Cette analyse nous confirme l'approche nécessairement partenariale et territoriale que nous devons promouvoir aujourd'hui dans les réponses aux projets de vie à domicile exprimés par les personnes lourdement handicapées.

⁷⁸ Arrêté du 26 mars 2002 relatif au Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS).

⁷⁹ ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod, 2006, p 161

Les éléments ainsi analysés démontrent la singularité de la relation professionnelle d'accompagnement médico-social à domicile des personnes handicapées dans notre société. Elle nous permet aussi de mieux identifier certains facteurs clés de réussite du maintien à domicile que sont notamment la personnalisation des interventions, la garantie de leur continuité et de leur complémentarité, leur qualité technique et relationnelle...

Assurer le maintien à domicile de personnes lourdement handicapées, en couvrant tout le territoire de Côte-d'Or, relève aujourd'hui d'un véritable défi pour le service ADMR. Le positionnement qui en découle en termes de direction doit permettre d'une part de piloter la mise en synergie des différents acteurs pour renforcer notre organisation externe, tout en consolidant d'autre part notre professionnalisation interne.

2.3 Pour relever le défi, un positionnement professionnel qui s'impose : le management des compétences externes et internes au service d'une cohérence renforcée

J'entendrai par *management* dans les développements qui suivent « l'ensemble des décisions prises et les actes accomplis par le système décisionnaire visant à faire fonctionner avec l'optimum d'efficacité une organisation », et la *stratégie* comme « l'ensemble des orientations relevant de la responsabilité finale des dirigeants, à partir desquels cette organisation (...) est pilotée⁸⁰.

2.3.1 La mobilisation et l'intégration des compétences externes

- A) La mobilisation des ressources nécessaires au projet sur le territoire : le réseau, un outil incontournable

Les concepts de partenariats et de travail en réseau sont très en vogue aujourd'hui dans le secteur social et médico-social. Ils témoignent de la nécessité de décroiser les institutions, de les rendre ouvertes sur l'extérieur, pour favoriser le développement de modes de réponses aux besoins des usagers sur les territoires selon des logiques « projets » plus que sur des logiques « institutions ». Afin de mieux cerner ces notions, leurs objectifs et ce qu'elles peuvent induire dans le cadre de notre problématique, nous nous appuyerons principalement ici sur les récents travaux de P Bechler et B Pourprix⁸¹.

⁸⁰ BECHLER P et POURPRIX B. *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005, p 76 et p. 239.

⁸¹ *Op. cit.* p 111 à 126

Le réseau n'a d'existence qu'en ce qu'il est un lieu de communication et de collaboration entre des acteurs hétérogènes relevant d'institutions d'appartenance différentes. Dans ce cadre, il répond alors aux objectifs de coordination des interventions sociales et médico-sociales à promouvoir autour d'usagers précisément identifiés, concourant à une prise en charge globale et pluridisciplinaire, articulée entre différents partenaires mobilisés sur un territoire géographique défini. Il présente aussi l'intérêt de la rationalité économique en limitant la multiplication des intervenants et des spécialistes devant concourir à un but commun, tout en relevant d'institutions différenciées.

Les principaux facteurs clés de succès du travail en réseau sont alors :

- la promotion d'approches coordonnées entre acteurs aux compétences plurielles ayant développé des liens personnalisés et permettant de ne pas traiter les difficultés des personnes de manière sectorisée ou appropriée selon une seule logique dominante (médicale, sociale, psychologique...),
- la mise en place de dispositifs de coordination et de pilotage stratégique favorisant l'appropriation de référentiels d'action communs, à même de développer des complémentarités indispensables, sans créer de « supra-organisation » ayant un caractère permanent ou obligatoire.

Ces conceptions et les conditions qu'elles recouvrent sont opérationnelles pour notre action car elles correspondent aux enjeux actuels identifiés pour notre service. L'enjeu aujourd'hui est de formaliser et de légitimer le pilotage d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire et personnalisée au service des personnes lourdement handicapées vivant à domicile, dont les besoins relèvent tant de l'aide que du soin à domicile. Assumer cette fonction de référent, de coordinateur pour les bénéficiaires doit clairement répondre à une double priorité repérée comme problématique dès notre première partie : d'une part garantir la continuité et la complémentarité des interventions auprès des personnes dans le champ de l'aide à la vie quotidienne et les soins, et leur permettre d'autre part de réaliser leur projet de vie à domicile en tous points de Côte-d'Or.

L'ADMR de Côte-d'Or doit donc clairement aujourd'hui se positionner comme « tête de réseau », comme animateur capable de mettre en synergie les différents partenaires développant des compétences pluri-professionnelles et relevant d'institutions ou de statuts différents. Ce positionnement stratégique implique une démarche plus ouverte sur l'extérieur et plus largement contractualisée.

B) L'intégration de nouvelles compétences : l'intérêt d'une démarche de GPEC⁸²

Penser aujourd'hui l'évolution de notre service de maintien à domicile aux personnes handicapées ne peut se faire sans réfléchir aux compétences requises pour la mener à bien, ni sur les modes d'organisation nécessaires pour la rendre efficace et pérenne. La GPEC est aujourd'hui une démarche définie comme un ensemble de processus et d'outils de gestion des ressources humaines qui visent à mettre en adéquation de manière anticipée les ressources à mobiliser au service d'une stratégie et celles disponibles au sein d'une structure ou d'une institution, tant au plan qualitatif que quantitatif.

Certains domaines d'application de la GPEC nous intéressent particulièrement parce qu'ils touchent au recrutement - afin de raisonner sur le long terme et pas seulement sur les besoins d'adéquation aux postes présents - et à la formation – afin de faire un lien direct entre les objectifs nécessaires en termes d'emploi et les possibilités de développement des compétences. Nous nous arrêterons spécialement ici sur le volet recrutement, en tant que processus de management et d'intégration de compétences externes, le volet formation – qualification étant quant à lui traité sous le registre du développement des compétences internes.

Envisager stratégiquement cette démarche est aujourd'hui une exigence pour renforcer l'organisation de notre service d'auxiliaire de vie ADMR. Une méthodologie globale devra nous permettre d'identifier précisément les nouvelles fonctions devant être mises en œuvre pour répondre à l'évolution des besoins des usagers, repérer les métiers qui s'y rattachent, les traduire en emplois puis en postes de travail, en recherchant un positionnement compatible avec les modes d'organisation du service. Nous avons vu notamment en première partie que de nouvelles fonctions doivent être mobilisées au sein de notre service autour de l'évaluation et de la coordination des interventions.

Le processus à suivre va nous imposer d'abord de mener une analyse « quantitative » des métiers en identifiant les grandes finalités à atteindre et les familles professionnelles y répondant. Ce travail de répertoire des métiers devra être complété par une étude « qualitative » consistant à analyser les situations de travail représentatives du métier. Le référentiel métier pourra être décliné en référentiel d'activités et de compétences, en prenant soin à chaque fois de distinguer la position actuelle dans le référentiel (le métier aujourd'hui) et sa position prospective (tel qu'il est susceptible d'évoluer). L'analyse qui en découlera devra aussi être mise en perspective avec le territoire. Cette démarche

⁸² Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, d'après « Guide GPEC 2007 », Union Nationale ADMR

permettra alors de mieux cibler les profils recherchés pour répondre aux besoins et les méthodes permettant de rationaliser le recrutement comme véritable mode de sélection de compétences individuelles externes. L'enjeu sera clairement de les intégrer et de les positionner au sein d'un objectif collectif. Cette phase d'adaptation devra aussi s'accompagner d'un renforcement de la professionnalisation interne du service.

2.3.2 La valorisation et le renforcement des compétences internes

A) La VAE : un nouvel outil au service de la professionnalisation

Nous avons déjà montré dans l'analyse des spécificités de l'intervention à domicile auprès de personnes lourdement handicapées que la qualité des interventions passe par un professionnalisme avéré des intervenants. Cette notion est difficile à saisir, et particulièrement dans le secteur social et médico-social, longtemps organisé sur une opposition binaire entre compétences et qualification. Longtemps définie selon une typologie sommaire : savoirs, savoir faire et savoir être, la compétence est une notion multiforme et complexe. Comme le précisent P Bechler et B Pourprix, la compétence d'une personne se définit essentiellement dans un ensemble de « savoir agir opérationnels », en situation. La compétence dépend donc « de la capacité de la personne à mobiliser ses ressources (intellectuelles, techniques, personnelles...) lui permettant de faire face aux situations qu'il rencontre professionnellement ». La compétence n'est donc pas un état plus ou moins permanent et définitif mais un processus⁸³. P Zarifian⁸⁴ confirme que si cette approche compétence s'est substituée depuis le milieu des années quatre – vingt à celle de qualification, c'est qu'elle traduit un changement substantiel dans la reconnaissance des qualités humaines au travail, donc dans les composantes de la performance au travail. Il s'agit donc d'une attitude de prise d'initiative et de responsabilité que l'individu exprime dans les enjeux et problèmes qui caractérisent des situations de travail qu'il prend en charge.

F Batifoulier et F Noble⁸⁵ nuancent quelque peu ces propos en soulignant qu'il semble pertinent de penser de manière complémentaire la logique statutaire de la qualification et la logique gestionnaire de la compétence individuelle. Et d'ajouter que la qualification des intervenants constitue la condition d'un exercice optimal de leur professionnalité, notamment dans une relation de service.

⁸³ BECHLER P et POURPRIX B. *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005, p 170 - 171

⁸⁴ ZARIFIAN P, L'évolution des modèles de GRH De la notion de qualification à celle de compétence. Cahiers français n°333, La documentation française - 3^otr im. 2006 p 8 à 13

Ces analyses nous encouragent dans la direction qu'il convient de donner au service d'auxiliaire de vie en matière de management des compétences internes. Leur développement, leur valorisation et la promotion de l'accès à la qualification du personnel d'intervention sont une exigence qui doit nous permettre de répondre aux axes d'amélioration de la qualité de notre service. La qualification est un but pour les personnes car elle leur permet de disposer d'une reconnaissance et d'une légitimité sociale en vue d'exercer un métier et d'occuper un emploi en lien avec ce métier. Les perspectives désormais offertes par la validation des acquis de l'expérience (VAE) sont une réelle opportunité à saisir et à promouvoir.

La VAE est un droit nouveau et récent. Depuis 2002⁸⁶, toute personne peut faire valider les acquis de son expérience, notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification. Les acquis peuvent résulter d'expérience salariée, non salariée ou bénévole, à condition d'être en rapport avec le contenu du diplôme ou du titre professionnel visé et que les activités exercées l'aient été pendant une durée minimum d'au moins trois ans. P Bechler⁸⁷ y voit là une véritable rupture avec les modes de certification traditionnels, où l'on reconnaît que les apprentissages formels et didactiques ne sont pas le seul et unique moyen de développer des compétences à finalité professionnelle, notamment dans le champ de l'action sociale et médico-sociale.

Cette reconnaissance a aussi pour conséquence d'organiser des parcours qualifiants car les personnes peuvent se voir reconnaître tout ou partie d'un diplôme, qu'elles peuvent accéder à un cursus de formation sans justifier du niveau d'études ou du diplôme normalement requis, et enfin qu'elles peuvent bénéficier d'allègement dans les parcours de formation. La promotion de ces parcours qualifiants dans ce nouveau cadre est d'autant plus accessible que plusieurs diplômes en lien direct avec les situations professionnelles d'intervention à domicile auprès des personnes fragilisées sont d'ores et déjà ouverts à la VAE : tel est le cas pour le DEAVS, le DEAMP ou encore le DPAS⁸⁸. Le renforcement de la professionnalisation donc de la qualité des interventions à domicile passe alors par la mobilisation de tous les outils disponibles.

⁸⁵ BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2005, p 227.

⁸⁶ Loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002

⁸⁷ *Op. cit.* p 202

⁸⁸ Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002), Diplôme d'État d'aide médico-psychologique (Décret n° 2006-255 du 2 mars 2006) et Diplôme professionnel d'aide-soignant (Arrêtés du 22 octobre 2005 et du 8 février 2007)

B) Le management du travail en équipe : la communication comme outil de renforcement de la cohésion interne et externe

Envisager de manière stratégique l'organisation du travail en équipe de notre service est devenu un impératif de management aujourd'hui. L'intervention à domicile ne permet en effet que rarement de réunir en un même lieu et en un même instant les différents professionnels d'une équipe collaborant au service de personnes lourdement dépendantes. Se succédant la plupart du temps dans des séquences d'interventions individuelles, les acteurs doivent néanmoins intégrer une dimension collective. Dans cette perspective, le management du travail en équipe peut être analysé essentiellement sous l'angle de la communication, utilisant différents outils au service de la cohésion, de la motivation et de moyens de régulation individuelle et collective. Nous reprendrons principalement ici les arguments de D Gacoin⁸⁹ développés en ce sens.

Le concept « d'équipe » se définit comme un groupe de personnes, qui a une matérialité et qui s'inscrit dans des interrelations. C'est un groupe finalisé qui représente donc plus que l'addition de ses membres. L'équipe est un groupe institué, conformément à un objet, un but mais ne l'est pas de fait ou par elle-même, mais à partir du moment où un responsable l'institue. L'existence d'un responsable formel de l'équipe aura donc pour premier objet de fixer le cadre commun de la mission, délimitée dans le temps et dans l'espace. Cette fonction passe par certaines modalités de communication où au contraire sont entravées par elles.

Communiquer au sein d'une équipe a aussi pour vocation, comme le précise P Bechler⁹⁰ de motiver les individus au service d'un projet, en intégrant la double dimension relationnelle et managériale, en créant les conditions, un environnement de travail, qui facilitent l'émergence de comportements performants. Enfin, la communication interne a en quelque sorte un stade ultime : la construction d'une identité d'équipe. Construite grâce à une « culture d'équipe », P Lefèvre⁹¹ la définit comme « un ensemble de valeurs, de normes intériorisées, partagées par ses différents membres, appréhendées et transmises au travers de l'histoire ».

Plusieurs outils de communication sont alors à mobiliser. Il s'agit par exemple des moyens facilitant la transmission des informations entre les acteurs, au niveau fonctionnel et au niveau hiérarchique (messageries, cahiers de transmission, rapports d'activité...).

⁸⁹ GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, p 198 - 205

⁹⁰ BECHLER P et POURPRIX B. *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005, p 107 - 108

⁹¹ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Dunod, 1999, p 219 - 223.

L'équipe étant une organisation en mouvement et ouverte, une procédure d'intégration devra permettre de faciliter l'introduction de nouvelles personnes. Des réunions d'équipe régulières et des comptes rendus écrits permettront de laisser trace des objectifs, des discussions et des décisions retenues en termes d'action. Des temps d'analyse et de réflexion sur les pratiques permettront de remettre en perspective les objectifs de la relation d'aide usager – professionnels.

Promouvoir une dimension de travail en équipe forte doit se concevoir au sein du service comme une opposition délibérée au caractère trop isolé du travail des intervenants, car cet isolement peut être une source d'usure professionnelle accentuée, au point de menacer parfois la stabilité même du maintien à domicile des usagers.

2.3.3 La conduite des équipes selon une dynamique transversale : démarches projet et évaluation – qualité

Renforcer la professionnalisation et de la structuration du service de maintien à domicile ne prendra toutefois sa pleine mesure que lorsque le management des compétences internes et externes les feront converger dans une dynamique commune.

- A) Participation des usagers et conduite de projets individuels : le fil conducteur commun des interventions à domicile

La mise en œuvre d'une véritable participation des usagers à leur intervention et le management des équipes orienté vers la promotion et la réalisation des projets de vie individuels des usagers à domicile est désormais un véritable enjeu stratégique plus qu'une contrainte administrative ou réglementaire.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a placé les droits des usagers au cœur de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Afin de promouvoir les droits des personnes prises en charge dans les institutions sociales et médico-sociales, ont été définis des principes fondamentaux et créés des outils spécifiques pour en garantir l'exercice effectif. Ainsi, ce sont sept catégories de droits et libertés qui sont énoncées par l'article L. 311-3 du CASF. Parmi elles, certaines consistent à rendre l'utilisateur actif dans les décisions concernant sa prise en charge. Il s'agit de la reconnaissance à chaque usager : « du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, soit dans le cadre d'un service à domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé », « d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité (...) respectant son consentement éclairé », ou encore « de la participation directe (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne ».

Le conseil de la vie sociale⁹² a pour but de garantir l'application de ces principes et d'associer les usagers au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités... D'autres formes de participation des usagers sont possibles lorsque celles ci ne sont pas adaptées au mode de fonctionnement de l'établissement ou du service (groupes d'expression, enquêtes de satisfaction...). De même que le contrat de séjour écrit⁹³ conclu entre l'utilisateur et le service qui précise les objectifs et la nature de la prise en charge ainsi que la nature des prestations doit être élaboré avec la participation de la personne prise en charge.

Mais l'analyse de R Janvier et Y Matho⁹⁴ nous incite à nous positionner plus stratégiquement au niveau du « projet » comme contenant l'ensemble des outils et comme moyen d'en assurer la cohérence. En effet, « le projet constitue le cœur de notre problématique. Comment envisager de contractualiser la prestation avec l'utilisateur si aucune limite n'est apportée par le cadre contenant (et contraignant) du projet ? ». Et même s'il s'agit ici du projet d'établissement ou de service, celui ci ne peut pas être considéré isolément : « il s'emboîte avec les autres niveaux de projet qui l'entourent, du plus général au plus particulier ». Le niveau le plus fin du projet est le projet personnalisé et c'est à ce niveau que vont se vérifier les cohérences en amont. On devra pouvoir vérifier à ce niveau, en termes d'actions concrètes auprès de l'utilisateur, les objectifs opérationnels et les modes d'organisation du projet de service, voire au delà, les intentions éthiques du projet associatif. Le projet personnalisé se construit à la fois à partir des objectifs de l'organisation et des compétences issues des pratiques quotidiennes. L'objectif des équipes sera de s'engager à réduire cette tension entre le niveau « théorique » et les actions concrètes. Le directeur est quant à lui garant de l'ajustement du projet à cet engagement. In fine, le contrat n'est alors que « le compromis issu de la confrontation du projet personnalisé (élaboré par l'équipe) et de la demande de l'utilisateur ».

Notre plan d'action devra donc tenir compte de cette logique qui doit placer l'utilisateur comme acteur, où ses besoins et attentes sont le point de départ de l'organisation de ses interventions. Les projets individuels ainsi formalisés et communiqués seront une grille de lecture commune pour les équipes pluriprofessionnelles chargées de leur mise en œuvre.

⁹² Article L. 311-6 CASF

⁹³ Article L. 311-4 CASF

⁹⁴ JANVIER R. et MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2004, p. 114 - 120

B) Démarches d'évaluation et amélioration continue de la qualité : vers une culture commune aux intervenants

Les réponses pluriprofessionnelles aux besoins des personnes très lourdement handicapées doivent nécessairement s'inscrire dans une logique d'intervention commune, dans une culture partagée. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a introduit l'obligation d'évaluation pour les établissements sociaux et médico-sociaux⁹⁵, qui doivent « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » notamment au regard de procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par les acteurs et validées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale ou à défaut, élaborées par lui. Ce conseil (CNESMS) prévu aussi au départ pour accompagner la réalisation des démarches qualité a été transformé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 en Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Cette évaluation interne (ou autoévaluation) doit être réalisée au moins tous les cinq ans et les résultats doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements doivent aussi faire procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité par un organisme extérieur. Les résultats sont aussi transmis à l'autorité délivrant l'autorisation, tous les sept ans, et sont une condition de son renouvellement.

Même s'il s'agit des mêmes termes qui définissent deux obligations distinctes, le CNESMS a précisé dans une note approuvée le 21 octobre 2006⁹⁶ que l'évaluation interne est centrée sur la qualité des prestations, sur la manière dont elles sont délivrées. Il s'agit de mesurer si les pratiques quotidiennes témoignent bien de la personnalisation de la prise en charge, de la réponse aux attentes des personnes et du réel respect des usagers. L'évaluation externe embrasse un champ plus large et doit se prononcer sur la qualité du projet d'établissement, sur l'efficacité atteinte par la structure et sur son insertion dans son environnement institutionnel.

Se saisir de l'évaluation est une opportunité en termes de management, au-delà du strict cadre de l'obligation légale. La démarche doit créer une dynamique transversale, de mesure des résultats obtenus en référence aux objectifs déterminés et en fonction des moyens mobilisés. Nous nous plaçons là clairement dans la perspective d'un processus d'amélioration des pratiques du quotidien. Les particularités de l'intervention à domicile, mobilisant des professionnels de l'aide et du soin relevant de divers services et statuts justifient la valorisation d'une démarche qui soit à même de générer de manière

⁹⁵ Article L. 312 – 8 CASF

⁹⁶ CNESMS : l'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Septembre 2006. p 24

intrinsèque ses propres ajustements. Comme le souligne R Janvier⁹⁷, « l'évaluation, c'est la mise en pratique d'une conflictualité positive qui permet de repérer les positions, les intérêts en présence, les attentes des différents acteurs ». « Des espaces de débats entre tous les acteurs doivent réguler ces échanges, non pour aplanir les différences mais pour développer une véritable culture de la délibération contradictoire ».

L'évaluation présente néanmoins sous cet angle un caractère relativement ponctuel, rythmé dans le temps. C'est pourquoi nous pouvons considérer qu'il s'agit d'un préalable indispensable à l'inscription de l'action dans une démarche plus globale et continue d'amélioration de la qualité des prestations fournies. Les deux notions sont liées. L'enjeu d'une telle démarche collective et volontariste est de conforter les points forts identifiés et réduire progressivement les points faibles. Alors que l'évaluation permet de mesurer les écarts, la démarche qualité vise à réduire les écarts entre les quatre dimensions de la qualité définies⁹⁸ : la qualité attendue par le « client », la qualité perçue, la qualité voulue par les établissements et par l'autorité publique et la qualité réellement délivrée.

La première partie de ce mémoire était consacrée à l'examen de l'environnement dans lequel évolue le service de maintien à domicile aux personnes handicapées de l'ADMR de Côte-d'Or. Elle a mis en évidence, grâce à un diagnostic pluridimensionnel de la situation, des axes de progrès indispensables.

La seconde partie nous a permis de discerner d'abord dans une approche théorique les facteurs éclairant cette problématique pluridimensionnelle, pour en dégager ensuite des axes stratégiques de direction, tout en mettant en relief les points clés de management à valoriser, centrés sur la recherche d'une meilleure cohésion et du développement des compétences internes et externes.

Nous verrons désormais dans la troisième partie de ce mémoire le plan d'action qu'il m'appartient en tant que directeur du service de proposer, de mettre en œuvre et d'évaluer. En cohérence avec les principes dégagés précédemment, le but sera de conduire le changement à même d'assurer une meilleure adaptation des prestations proposées aux personnes lourdement handicapées vivant à domicile en Côte-d'Or.

⁹⁷ BOUQUET B JAEGER M et SAINSAULIEU I (sous la direction de) *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2007, chapitre 8, p 151.

⁹⁸ Guide méthodologique – Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire (DGAS) p 10

3 La création du SAMSAH : un moyen pour adapter les réponses aux besoins des personnes lourdement handicapées

Le maintien à domicile des personnes handicapées, leitmotiv la loi du 11 février 2005, ne sera donc un réel moyen pour les personnes de réaliser leur « projet de vie » que s'il s'inscrit dans une véritable perspective de stabilité. Pour répondre à cet objectif, nous avons vu que le service d'auxiliaire de vie présentait aujourd'hui certaines limites, et particulièrement pour répondre aux attentes des personnes très lourdement handicapées.

C'est pourquoi, en tant que directeur des services d'action sociale, il me semble opportun aujourd'hui de nous orienter sur une diversification du service, en créant un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social aux Adultes Handicapés). Le but sera de proposer une réponse médico-sociale globale et coordonnée de qualité aux besoins d'aide, de soins et d'accompagnement des personnes à domicile, en leur procurant une alternative pérenne à la vie en institution spécialisée. Le défi sera également d'organiser cette réponse, même avec une capacité limitée, sur tout le territoire de la Côte-d'Or.

Pour y parvenir, l'ADMR dispose d'une certaine légitimité grâce à son expérience dans le maintien à domicile et sa capacité à mobiliser les ressources locales en partenariats pour assurer un véritable maillage territorial. Nous verrons donc d'abord les objectifs et les modalités de création de ce nouveau service, puis ses moyens et son organisation, pour terminer sur les modes de fonctionnement et les indicateurs de réussite à retenir.

3.1 Les objectifs et modalités de création du SAMSAH : examen de leur bien-fondé dans le contexte

3.1.1 Le cheminement du projet et son inscription dans le projet associatif ADMR

A) Émergence du projet en interne et positionnement associatif

La réflexion me conduisant à envisager aujourd'hui une diversification des services de maintien à domicile de la fédération ADMR de Côte-d'Or s'inscrit aussi dans un processus de décision politique, stratégique et organisationnel interne qu'il convient de préciser.

Après un an complet de mise en œuvre des premiers plans personnalisés de compensation incluant les volets « aides humaines » à domicile, j'ai pu effectuer un bilan écrit détaillé des pratiques du service d'auxiliaire de vie en la matière. Celui-ci met en relief la spécificité des interventions sur lesquelles nous nous sommes progressivement

positionnés, au fil des sollicitations qui nous sont parvenues de la MDPH ou des établissements de santé. Proposer des interventions continues, parfois sept jours sur sept et 24 heures sur 24, auprès de personnes très lourdement handicapées à domicile a constitué un challenge et une mutation de notre service en de nombreux points.

Ce bilan souligne à partir de situations concrètes, le travail effectué aux étapes clés quant à la réussite du maintien à domicile : la préparation en amont, le retour à domicile lui-même et le suivi. Il montre aussi les moyens, les acteurs mobilisés et les limites de notre service dans sa configuration actuelle. Sont développées aussi les propositions que nous pouvons faire en matière d'aide et de soins à domicile auprès de personnes handicapées lourdement dépendantes qui, grâce à la solvabilisation de leur besoin d'aides humaines par la PCH, peuvent désormais (ré)envisager un projet de vie à domicile.

Cet outil d'analyse, de réflexion et de proposition sera soumis aux membres de la commission « personnes âgées, personnes handicapées » de la fédération départementale ADMR. Conformément aux statuts, cette commission de travail créée par le conseil d'administration, a un objet déterminé et rend compte de ses travaux. Sans pouvoir de décision autonome, elle se réunit tous les trimestres, étudie et propose, à la lumière des évolutions juridiques, économiques et techniques, les solutions pouvant être apportées aux problématiques rencontrées par les services à domicile dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées. Pour être proposé à la délibération du conseil d'administration fédéral, le plan d'action devra être préalablement validé en commission. Les membres seront alors attentifs aux réponses proposées aux personnes sur le territoire, mais aussi au respect des axes de développement et des modes d'organisation des champs d'activité du projet associatif ADMR.

Dans ce cadre, le projet de création du SAMSAH que je présenterai pourra s'appuyer notamment sur les références du projet « santé » ADMR qui entend promouvoir « une approche globale de la personne, la mise en place de services complémentaires, la qualité et la continuité des services, un accueil médico-social des personnes ou encore le travail en partenariat avec tous les acteurs du milieu ». Le rapport d'orientation et les plans d'action approuvés en 2006 lors de l'assemblée générale nationale du mouvement ADMR soulignent la possibilité de développer des SAMSAH, certes en réponse aux projets de vie de personnes fragilisées dans leur environnement, mais aussi comme cadre propice à la réalisation des objectifs transversaux de structuration, de professionnalisation et d'inscription des services dans le cadre de démarches continues d'amélioration de la qualité voire de certification.

B) L'ancrage médico-social du plan d'action et ses étapes

La prise en charge des personnes lourdement handicapées à domicile constitue pour l'ADMR une diversification des interventions qui doit à mon sens s'insérer sans ambiguïté dans le cadre de services médico-sociaux balisé par la loi 2002-2 et ses principes.

Les SAMSAH relèvent du I. 7° de l'article L 312-1 du CASF⁹⁹, et ont pris place de manière formelle dans la nomenclature rénovée des établissements et services sociaux et médico-sociaux après avoir longtemps existé, avec les SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale) comme des services expérimentaux, dépourvus de base légale. Les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement de ces services, SAVS et SAMSAH, ont été fixées par décret le 11 mars 2005¹⁰⁰. Ils ont pour vocation de prendre en charge et d'accompagner les personnes adultes handicapées de façon permanente, temporaire ou séquentielle dans le but de les aider à réaliser leur projet de vie, de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et de faciliter leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les SAMSAH doivent apporter en plus de l'accompagnement médico-social des prestations de soins réguliers et coordonnés et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Pour atteindre ces objectifs, les SAMSAH mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes : « évaluation des prestations, suivi et coordination des actions (...), accompagnement ou aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie... ». Nous voyons bien là, à travers ces définitions, que l'organisation de ces fonctions au sein du SAMSAH correspond précisément aux axes inéluctables de progrès de notre service, identifiés dès notre problématique.

Relevant des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les SAMSAH sont soumis à autorisation pour toute création, transformation ou extension. S'agissant de services proposant des prestations d'aide et d'accompagnement et des prestations de soins, nous devons solliciter une demande d'autorisation conjointe auprès du président du Conseil général de Côte-d'Or et auprès de l'État¹⁰¹. Le dossier justificatif de notre demande devra donc être constitué et déposé simultanément auprès des services du « pôle autonomie » de la Direction Solidarité Famille du Conseil général et auprès du pôle « handicap » de la DDASS de Côte-d'Or. Afin de faire l'objet des consultations préalables

⁹⁹ Art. L. 312-1 I. 7° « Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert. »

¹⁰⁰ Annexe 3 : Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux SAVS et SAMSAH

¹⁰¹ Art. L 313-3 CASF

nécessaires, il devra être déposé dans les « fenêtres » de recevabilité (de deux mois) qui sont fixées, pour les dossiers « personnes handicapées », du 1^{er} novembre au 31 décembre¹⁰²(2007). Les projets sont soumis à l'examen du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui est compétent pour émettre un avis. La séance d'examen correspondant à la fenêtre de dépôt de notre dossier est prévue en janvier (2008), afin que l'autorisation soit délivrée au plus tard avant le 30 juin (2008). Une fois accordée, l'autorisation est valable 15 ans, alors que le défaut d'autorisation conjointe expresse notifiée à cette date vaudrait rejet de notre demande.

A l'appui de notre demande, un dossier justificatif complet devra notamment comporter les parties suivantes : présentation du promoteur, catégories de bénéficiaires, étude de besoin, desserte et capacité du service, avant projet de service, modalités d'exercice des droits des usagers, évaluation et coopérations ainsi qu'un dossier relatif aux personnels et un dossier financier. Les choix présentés, leur pertinence et leur efficacité conditionneront l'avis du CROSMS sur le dossier et surtout les décisions des autorités compétentes, prises au regard de la compatibilité du projet avec le schéma d'organisation sociale correspondant, la conformité des règles d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation et un coût de fonctionnement compatible avec les dotations limitatives de crédits.

3.1.2 L'adéquation du plan d'action aux contextes territoriaux

A) Une proposition cohérente au regard des politiques publiques actuelles

Le plan d'action proposé s'inscrit certes en phase avec la réponse aux besoins des personnes lourdement handicapées vivant à domicile mais aussi en pleine cohérence avec les orientations des politiques publiques actuelles.

La circulaire du Ministère de la santé et des solidarités du 6 avril 2007, relative à la campagne budgétaire 2007¹⁰³ des établissements et services médico-sociaux et sanitaires fixe des objectifs précis et propose des moyens accrus pour y parvenir. Ainsi en 2007 doit s'achever le renforcement du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées. Ce programme avait notamment pour objectif « d'offrir une solution aux personnes les plus lourdement handicapées (...), de permettre le libre choix en mobilisant l'ensemble de la palette des réponses, d'individualiser et de diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement en fonction des situations et des parcours de vie ». L'enjeu du plan était entre autres de soutenir l'accompagnement à domicile et en

¹⁰² Source : DRASS Bourgogne sur <http://www.bourgogne.sante.gouv.fr>

¹⁰³ Notamment l'annexe 4 de la circulaire

milieu de vie ordinaire. Pour y parvenir, les moyens mobilisés au titre de l'assurance maladie et de la CNSA doivent permettre la création de 6 000 places de SAMSAH et de services SIAD destinés aux personnes handicapées. Sur 2007, 2 500 places sont inscrites au titre des mesures nouvelles pour une enveloppe de 34,6 M €.

Les modalités d'application précisent aussi que la déclinaison des objectifs nationaux doit « permettre la meilleure adéquation possible avec l'observation faite des besoins sur les territoires et les conséquences tirées dans les PRIAC ». Créés par la loi 2005-102, les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont des outils transversaux de coordination nationale des politiques en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. En s'appuyant sur les schémas départementaux, les PRIAC doivent définir les priorités de financement de créations ou d'extensions des établissements ou services pour personnes âgées ou handicapées, favoriser un niveau d'accompagnement géographiquement équitable et promouvoir une articulation de l'offre sanitaire et sociale.

Le premier PRIAC de Bourgogne arrêté pour la période 2006-2008 par le Préfet de région, après avis du CROSMS, va dans le sens de la logique nationale. Les orientations stratégiques précisent notamment que pour répondre aux besoins non satisfaits, il convient de : « privilégier le maintien dans le milieu de vie normal, prendre en compte la nécessité de prise en charge en continu des handicaps lourds ». En Côte-d'Or, un plan de création de 15 places en 2007 et 20 places en 2008 est inscrit en termes de programmation financière au titre de la compétence État – assurance maladie.

Ces éléments nous confortent à penser que notre projet a toute sa place dans les plans nationaux et locaux de renforcement et de diversification de l'offre tournée vers l'accompagnement à domicile des personnes lourdement handicapées. D'autant qu'aucun SAMSAH ne fonctionne en Côte-d'Or à ce jour (1^{er} septembre 2007) et que les actuels SAVS, récemment autorisés à convertir une partie de leur activité en SAMSAH (15 places sur 275) sont exclusivement orientés vers les personnes handicapées déficientes intellectuelles¹⁰⁴. L'insuffisance et la spécialisation de l'offre actuelle pour répondre aux besoins du territoire explique en partie les problématiques particulières rencontrées pour les personnes lourdement handicapées vivant à domicile.

¹⁰⁴ Source : <http://www.creaibourgogne.org>

B) La valorisation légitime d'une réelle expérience du travail en réseau pour l'ADMR

La fédération ADMR dispose d'un savoir-faire varié en termes de travail en réseau. En tant que prestataire de services à domicile implanté sur tout le département, notre participation à différentes formes de partenariats peut être illustrée à différents titres.

Au niveau du service de SIAD, les partenariats avec les professionnels libéraux locaux sont institués depuis les débuts du service en 1988. La gestion de 78 lits de SIAD répartie sur 10 sites (entre 4 et 14 lits par site) s'est toujours faite en association étroite avec les acteurs de terrain. Conformément au décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SIAD (art. 7), des conventions sont passées entre les professionnels (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures podologues) et le service. Ceux-ci s'engagent alors à s'inscrire dans le cadre du projet de service et notamment à collaborer avec l'infirmier coordinateur du service, à respecter le projet de soins du patient et participer à la tenue du dossier individuel de soins. Ainsi, le SIAD ADMR n'emploie aucun infirmier salarié (hors coordination) mais travaille localement avec trente deux praticiens libéraux conventionnés sur neuf cantons du département.

Dans le champ gérontologique, l'implication de l'ADMR est forte depuis 2002 dans les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) qui sont des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes âgées et de leur famille. Les CLIC ont été créés avec la loi APA de 2001 et sont des structures ayant pour objectif la proximité, l'accès facilité aux droits et la mise en réseau des professionnels, notamment de santé et du maintien à domicile. La fédération ADMR est administrateur du CLIC « Val de Saône » sur le Sud Est de la Côte-d'Or, au même titre que des établissements de santé publics et d'autres organismes d'aide et de soins à domicile. Au Nord du département, l'ADMR est associée aux travaux du « Réseau de santé de Haute Côte-d'Or », réunissant les établissements de santé, les services ambulatoires et de milieu ouvert.

Aujourd'hui, cette expérience concrète du travail en réseau dans le champ de l'aide aux personnes âgées, tant avec les acteurs locaux libéraux que les différents établissements et services, peut être étendue dans le champ du handicap. Le travail de terrain effectué en collaboration étroite avec les équipes pluridisciplinaires de la MDPH pour la mise en œuvre de la PCH nous conforte aussi dans notre démarche. Le rapprochement de notre réseau d'associations nationales représentantes des personnes handicapées¹⁰⁵ ancre aussi nos pratiques dans la coordination et la complémentarité avec d'autres acteurs.

¹⁰⁵ Accord cadre national entre l'ADMR et l'APF (Association des Paralysés de France) signé le 5 juillet 2006

La création du SAMSAH offrira précisément un cadre approprié au travail en partenariat. Acteurs expérimentés sur le territoire départemental, nous pourrions légitimement nous inscrire dans une fonction de pilotage, de « tête de réseau », et garantir des modes de coopérations multiples, adaptés aux spécificités des acteurs locaux.

3.1.3 Une réponse de qualité spécifiquement adaptée aux besoins des personnes lourdement handicapées à domicile

Les deux points qui suivent vont me permettre de préciser les axes essentiels qui constitueront « l'avant projet de service » du dossier de demande d'autorisation, notamment en termes de d'objectifs, de modes d'organisation et de fonctionnement et en cohérence avec les éléments de problématique identifiés en première partie.

A) L'intérêt de garantir une offre sociale et médico-sociale globale

L'objectif fondamental du SAMSAH sera de proposer aux personnes lourdement handicapées de 20 à 60 ans souhaitant vivre à domicile ou y demeurer, une alternative stable et pérenne à l'institutionnalisation. L'admission des personnes dans le service se fera nécessairement par une décision d'orientation de la Commission des droits et de l'autonomie de la MDPH. La personne sera placée au centre de l'organisation, qui aura pour mission de répondre à la fois aux besoins d'aide et d'accompagnement dans la réalisation des actes essentiels de l'existence : se laver, s'habiller, prendre ses repas, gérer ses éliminations, ses transferts et déplacements, et à la fois à ses besoins de soins : surveillance des paramètres vitaux, surveillance et distribution des médicaments, entretien des dispositifs d'alimentation par sonde gastrique, soins préventifs d'escarres, surveillance et aspiration endotrachéales des personnes trachéotomisées...

L'intérêt est de proposer aux personnes, à partir d'une même structure, des prestations d'accompagnement social et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie. La particularité du SAMSAH que nous souhaitons développer sera alors de présenter un volet important de médicalisation, afin de répondre aux difficultés que rencontrent les personnes dans la mobilisation des différents professionnels dont elles ont besoin. Alors que la dimension thérapeutique est omniprésente dans l'accompagnement au quotidien des personnes lourdement handicapées (personnes myopathes, scléroses...) celle-ci se heurte souvent à des difficultés d'organisation importantes à domicile. En effet, les professionnels de santé intervenant au domicile agissent principalement dans le cadre d'une activité libérale. Très sollicités et parfois en nombre insuffisant sur certaines zones

rurales¹⁰⁶ (notamment en Côte-d'Or), ceux-ci sont parfois peu enclins pour intervenir seuls de manière continue et répétitive auprès des personnes pour des actes techniques peu rémunérateurs au regard du temps mobilisé et des déplacements effectués.

Dans le domaine des soins, la qualité de la prise en charge se mesure beaucoup par la continuité et la complémentarité des actions effectuées par les intervenants : entre le médecin et l'infirmière (ou le kinésithérapeute) ou entre l'infirmière et l'aide-soignant... Les personnes handicapées fragilisées ou leur famille ne peuvent gérer seules de manière optimale l'organisation et la cohérence de l'ensemble de ces interventions. Celle-ci est alors reportée sur les professionnels libéraux qui n'y sont ni préparés ni rémunérés pour.

B) La valeur ajoutée du SAMSAH par rapport aux services existants

L'intérêt spécifique que présente la réponse SAMSAH pour les usagers tient donc à la mobilisation combinée de professionnels spécialistes non seulement de l'aide, et/ou du soin, mais aussi de l'intervention à domicile, et qui ont une bonne connaissance des impératifs qu'elle requiert. Nos modes d'organisation devront favoriser l'exercice de ces compétences au service des personnes et leur mise en synergie les unes avec les autres.

C'est sous cet aspect que le SAMSAH doit présenter une plus value par rapport aux interventions « à l'acte » dont pourraient bénéficier les personnes vivant à domicile, qu'il s'agisse des soins infirmiers, de l'aide à domicile, du médecin, de l'ergothérapeute... L'enjeu pour les usagers est d'avoir un interlocuteur unique, véritable référent médico-social, à-même de répondre à deux fonctions essentielles que ne peuvent proposer actuellement les services à domicile prestataires « classiques ».

Le service intégrera de manière stratégique la fonction d'évaluation des besoins des usagers afin d'identifier et d'adapter les aides à mettre en œuvre. Au delà de l'évaluation effectuée dans l'élaboration du plan personnalisé de compensation, le référent médico-social du service aura la responsabilité de le traduire en termes opérationnels avec chaque personne, dans la durée et de manière personnalisée en fonction du handicap, des incapacités... Dans le cadre de cette « co-évaluation » des besoins et des moyens seront précisées les tâches à réaliser, leur fréquence, les intervenants, les durées, les aides à utiliser etc. Par rapport à notre service actuel ceci garantira un ajustement des prestations en fonction de l'hétérogénéité des besoins des personnes, de l'évolution de leur projet de vie, de leur état de santé ou des contraintes de leur environnement.

¹⁰⁶ <http://www.bourgogne.sante.gouv.fr>. Études et statistiques – Démographie des professionnels de santé en Bourgogne - Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – D BRION 2004 P 27 à 35.

En outre, le service assurera une fonction de suivi et de coordination des actions des différents intervenants. Ce rôle d'interlocuteur unique du service pour les usagers pris en charge à domicile est capital. La mission de coordination dévolue au référent médico-social permettra de mieux assurer la continuité et la complémentarité des interventions en interne, l'articulation de tous les acteurs, tant dans le domaine de l'aide et l'accompagnement des actes de la vie quotidienne que dans le domaine du suivi médical. Dans ce registre toutefois, le référent médico-social saisi fera appel au médecin coordonnateur du service qui sera responsable du volet soin (prescriptions, orientation vers des spécialistes...). La coordination devra être également tournée vers l'extérieur, au delà du strict cadre de l'organisation de l'intervention, mais à destination de l'ensemble des prestataires, des services et institutions concourant au maintien à domicile des personnes handicapées. Un lien approfondi sera donc assuré avec les services en charge de l'amélioration de l'habitat et de l'adaptation du logement, avec les prestataires de matériel paramédical et d'aides techniques ou encore les équipes de la MDPH.

Évaluation continue et coordination sont donc deux dimensions du projet SAMSAH au cœur de la réponse globale et pluriprofessionnelle que nous devons proposer aux personnes très lourdement handicapées vivant à domicile. L'accent du projet mis sur le volet médical permettra de répondre prioritairement aux besoins d'un public ciblé de personnes très lourdement handicapées.

3.2 Les moyens et l'organisation du SAMSAH : la recherche de l'efficience

Après avoir vu les objectifs fixés au SAMSAH et les conditions de leur mise en œuvre à l'ADMR de Côte-d'Or, je présenterai maintenant les principaux moyens à mobiliser et à mettre en synergie pour les réaliser.

3.2.1 Une organisation tournée vers l'optimisation des moyens existants

A) Le SAMSAH : un réseau structuré à plusieurs niveaux distincts¹⁰⁷

En cohérence avec le positionnement stratégique dégagé en fin de seconde partie, notre organisation doit traduire en actes la nécessité de piloter un service nouveau, associant des professionnels d'horizons divers, fédérés autour d'une mission commune.

¹⁰⁷ Annexe 4 : organigramme prévisionnel du SAMSAH au 1^{er} novembre 2007 illustrant la représentation de ces différents niveaux

A la base du SAMSAH, pour ce qui en constituera le socle, sera mis en place un plateau technique départemental reprenant les deux volets de notre projet de service. Outre la direction qui assurera de manière transversale la responsabilité, le pilotage stratégique et financier du service, nous aurons d'un côté le référent médico-social, qui sera responsable de la mise en œuvre de la partie aide et accompagnement médico-social du projet de vie des personnes handicapées, et de l'autre côté, le médecin coordinateur qui sera chargé de la mise en œuvre de tout le volet du suivi médical et paramédical.

A un second niveau, le SAMSAH sera doté d'équipes locales de personnels d'intervention spécialisées dans la prise en charge des personnes lourdement handicapées vivant à domicile. Ces équipes seront issues de professionnels des associations locales ADMR implantées sur tout le territoire de la Côte-d'Or. Là aussi, nous retrouverons les deux axes des volets de la prise en charge des personnes handicapées : l'aide et le soin. Ainsi, au niveau local, ce sont les auxiliaires de vie qui seront intégrées au SAMSAH. De même que les aides-soignants et aides médico-psychologiques qui interviennent dans le cadre des SIAD aux personnes âgées pourront se voir proposer de prendre en charge une ou plusieurs personne(s) handicapée(s) admise(s) au SAMSAH, selon leur zone géographique d'intervention. A ce niveau également, seront associés les responsables de secteur qui agiront au plan technique dans l'organisation des interventions et ce de manière transversale (plannings, remplacements...).

A un troisième niveau se situent tous les partenaires qui pourront être associés de manière ponctuelle ou continue à la prise en charge des personnes handicapées à domicile. Leur intégration au service devra se faire par une sensibilisation et une adhésion en amont (rencontres des syndicats professionnels, des associations de praticiens dans les établissements de santé...), afin que le réseau constitué puisse être activé de manière rapide en fonction des besoins des personnes. Même s'ils seront sollicités pour intervenir à l'acte, ces professionnels devront s'engager par convention à inscrire leur action dans le cadre du projet de service du SAMSAH et à personnaliser leurs interventions selon les objectifs définis dans le plan d'accueil et d'accompagnement de chaque usager.

B) La recherche d'une rationalisation des ressources disponibles

Les besoins que nous pouvons estimer aujourd'hui en matière de prise en charge de personnes très lourdement handicapées à domicile nous conduira à solliciter une demande de création de 25 places SAMSAH. Cette capacité prévisionnelle demandera à être justifiée par une étude de besoin précise et actualisée qui sera fournie à l'appui de notre dossier CROSMS. Néanmoins, les éléments statistiques issus du diagnostic élaboré

en première partie, notre expérience en tant qu'acteur du maintien à domicile et nos partenariats locaux (APF, AFM) nous permettront d'argumenter cette demande.

Cette capacité, ciblée sur l'aide aux personnes ayant besoin d'une aide quasi constante et d'une surveillance régulière dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie, devrait être dans un premier temps adaptée quantitativement aux besoins des personnes sur le territoire, dans un contexte de « montée en charge » de la PCH. En outre, cette capacité de 25 places est un seuil d'organisation de service qui semble pertinent à plusieurs titres.

En premier lieu, la proposition d'un plateau technique départemental est réaliste dans la mesure où depuis le siège départemental (à Chenôve en périphérie de Dijon) le référent médico-social et le médecin coordinateur peuvent se rendre au domicile de tout usager, en tous points de Côte-d'Or, en 1 heure 15 mn maximum environ. A l'échelle de 25 usagers pris en charge, ceci permet de véritablement constituer une équipe spécialisée en évitant la multiplication géographique des moyens. L'organisation locale des interventions auprès des personnes à partir de l'existant (aide et soins) permet quant à elle de développer dans la proximité une offre de service sur la base d'une mutualisation des moyens, et ce de manière à assurer la couverture de tout le département. Cette rationalisation s'applique tant aux équipes du personnel d'intervention et d'encadrement intermédiaire ADMR, qu'aux praticiens libéraux locaux dans le cadre de partenariats. Enfin, cette capacité de 25 places ne nécessitera pas à court terme de développer une logistique administrative, comptable et ressources humaines hautement spécialisée. Ainsi, les fonctions essentielles en la matière (saisies comptables, paye, déclarations sociales...) seront assurées par les services de la fédération départementale.

La création du SAMSAH proposée s'avère donc pertinente pour les autorités publiques et pour la population, notamment en termes de couverture territoriale. Il s'agira d'un service qui s'appuiera d'abord sur l'existant en le développant et le consolidant plutôt qu'en le remplaçant par une organisation créée ex-nihilo.

3.2.2 Les ressources humaines à mobiliser

Après avoir vu les fonctions essentielles que le SAMSAH devra développer pour répondre pleinement à ses missions, je préciserai ici les emplois, classifications et niveaux de responsabilité des postes clés du service¹⁰⁸, ainsi que les niveaux de formation souhaités voire exigés pour certains d'entre eux. Les personnels qui seront recrutés relèveront tous

¹⁰⁸ Annexe 5 : Tableau des effectifs salariés du SAMSAH au 1^{er} novembre 2007

de la convention collective ADMR du 6 mai 1970,¹⁰⁹ qui intègre notamment l'accord de la branche de l'aide à domicile « emplois et rémunérations » du 29 mars 2002.

A) Un double niveau d'encadrement spécifique au service du projet

En termes d'encadrement de direction, les postes de directeur et de chef de service du SAMSAH seront définis de manière « classique » par rapport à tout autre établissement ou service du secteur et relèveront des emplois de la filière de direction. Compte tenu de la capacité initiale du service, ils seront néanmoins ouverts à temps partiel.

En revanche, l'encadrement stratégique, véritable pivot de l'adéquation du projet de service aux besoins des usagers, s'articulera autour du poste de référent médico-social et du poste de médecin coordinateur. Le premier sera positionné sur un emploi de cadre technique (grille F), dont la finalité est de « contribuer à la réalisation d'actions dans son domaine spécifique d'expertise, selon les directives données ». Ses activités seront définies par l'évaluation des besoins des usagers, la formalisation des projets individuels d'intervention, la coordination des prestations internes et externes nécessaires à la réponse aux besoins exprimés ou non. Ce poste à temps plein, en contrat à durée indéterminée, sera accessible à une personne ayant un diplôme d'État d'assistant de service social ou de conseiller en économie sociale et familiale. Le second sera positionné comme médecin coordinateur (grille H) dans la filière encadrement des services généraux. Nécessairement recruté en étant titulaire du doctorat en médecine, la personne aura de préférence une expérience préalable dans le secteur médico-social en direction des publics handicapés. Le médecin sera responsable du projet de soins du service, du suivi des dossiers individuels, des relations avec les professionnels de santé et sera garant de l'adéquation des capacités du service à l'état de santé des usagers.

L'encadrement opérationnel sera assuré par les responsables de secteur (grille E) et les infirmiers coordinateurs de service de soins (grille F) actuellement en poste à la fédération sur les services d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées et handicapées. Leur temps de travail et leur affectation viendra consolider les postes existants, en fonction des besoins et de la localisation des usagers qui seront pris en charge. Les activités exercées dans le cadre du SAMSAH relèveront de la planification, de l'organisation, du soutien et de la mise en adéquation qualitative et quantitative des équipes d'intervention d'aide et soins à domicile aux besoins des usagers. Ces postes, où les personnes sont recrutées au minimum au niveau III ou II de l'éducation nationale intègrent donc aussi une dimension importante en termes d'évaluation de terrain des activités, de coordination, de

¹⁰⁹ Convention collective n°3321 (JO du 12 avril 2005)

transmissions et de création de liens par une communication appropriée, entre les différents intervenants à domicile.

B) La mise en synergie des professionnels intervenants de l'aide et du soin

En termes de formation, de culture ou d'identité professionnelle, nous pouvons constater que les métiers restent structurés selon un certain effet de filière. Particulièrement dans le secteur médico-social, où les interventions d'aide et les interventions de soin effectuées auprès des personnes relèvent d'autorités de tarification et de financement différentes.

Un des objectifs premiers du SAMSAH est de proposer aux usagers un soutien global et coordonné d'aide et de soin par des professionnels compétents, salariés ou conventionnés, placés sous la responsabilité d'un référent médico-social. Lorsque les interventions nécessiteront de surcroît une ou plusieurs prescriptions, elles seront alors placées sous la responsabilité du médecin qui devra être saisi. La définition conventionnelle des emplois clés de l'intervention à domicile auprès des personnes fragilisées prend désormais en compte cette dimension de transversalité et de décroisement des interventions.

Les emplois d'auxiliaire de vie sociale (AVS), d'auxiliaire médico-psychologique (AMP) et d'aide-soignant (AS) sont tous positionnés en catégorie C et à qualification et ancienneté égale, ils sont donc aujourd'hui rémunérés au même niveau. Tous correspondent aussi à un niveau V de qualification. La finalité définie pour chaque emploi renvoie à « l'accompagnement social et le soutien aux publics fragiles, dans leur vie quotidienne » (AVS), à « l'accompagnement des personnes dépendantes, pour leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état » (AMP) ou encore à « la prise en charge d'une personne, en répondant aux besoins de la continuité de la vie, en visant à compenser (...) une diminution de leur autonomie » (AS).

Cette convergence relative de la définition de ces postes d'intervenant à domicile se retrouve aussi dans la définition des principales activités exercées. Toutes se situent de manière transversale en termes d'aide et d'accompagnement dans les actes ordinaires et essentiels de la vie quotidienne (soins d'hygiène et de confort), dans le soutien à la vie relationnelle et sociale. Ainsi l'AVS « coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs », l'AMP « participe à la prévention et la sécurité de la personne », ou encore l'AS « situe son action au sein d'une équipe pluridisciplinaire de travail ».

3.2.3 Les moyens financiers requis à la création du service

A) Axes de gestion et principaux postes du budget prévisionnel de fonctionnement

La création d'un nouveau service au sein de l'ADMR de Côte-d'Or ne pourra se faire sans mobilisation de moyens financiers nouveaux. Néanmoins, certains principes stratégiques de gestion peuvent être présentés à l'appui de notre demande aux autorités de tarification. Ces axes retenus auront un impact direct sur le budget prévisionnel de fonctionnement dont je préciserai les choix proposés aux principaux postes budgétaires.

Le démarrage du service et sa montée en charge au plan logistique pourra se faire assez rapidement, c'est-à-dire dans un délai de un à trois mois à compter de la décision d'autorisation et de financement. Indépendamment des questions de recrutement, de formation et d'adaptation du personnel, la création du service bénéficiera du pool administratif et technique de la fédération départementale ADMR de Côte-d'Or déjà en place pour l'ensemble des autres services. Les infrastructures existantes permettront d'une part de limiter les investissements nouveaux à envisager exclusivement pour le SAMSAH, et d'autre part à mieux répartir l'utilisation des moyens fixes déjà en place.

Ainsi, une partie des locaux du siège départemental pourra être spécifiquement affectée au SAMSAH (65 m²), afin d'installer dans un premier temps les bureaux du référent médico-social, du médecin coordinateur, ainsi qu'un espace d'accueil - secrétariat. Ces charges seront alors valorisées au budget prévisionnel du service par un loyer de 4800 € annuels et par un prorata au niveau des achats (eau, électricité...) pour 1200 €. Les fonctions qui n'ont pas été valorisées par des embauches de personnel au sein du SAMSAH (pour la partie ressources humaines et comptable notamment) seront mutualisées avec les services généraux du siège départemental. Aussi, ces prestations effectuées seront valorisées par des dépenses imputées en « quote-part de résultat sur opérations faites en commun » pour 5000 € annuels, équivalentes à des frais de siège (dépenses de groupe 3 à 100 % sur le forfait accompagnement).

En termes de financement, l'ADMR de Côte-d'Or pourra mobiliser une partie de ses fonds propres pour assurer le démarrage du service. Le financement d'environ un tiers du programme d'investissement¹¹⁰ sera néanmoins sollicité par un emprunt de 15 000 € sur 5 ans afin d'obtenir auprès des autorités de tarification une pérennisation financière de la capacité d'investissement du service par une dotation aux amortissements (9500 €) et par l'inscription de frais financiers au budget (750 €) dès la première année.

¹¹⁰ Programme d'investissement : véhicules : 39 000 €, matériel de bureau : 2000 €, matériel informatique : 6000 €. Total : 47 000 €.

Le budget prévisionnel des charges de fonctionnement de première année (au 30 novembre 2007) s'articulera donc sur la répartition des grandes masses présentées ici :

Groupe fonctionnel dont <i>principaux postes</i>	Total	Financement forfait soins (compétence État – assurance maladie)	Financement forfait accompagnement (compétence Conseil général)
Groupe 1 : Exploitation courante	201 250 €	142 480 €	58 770 €
dont <i>sous-traitance médicale et médico-sociale</i>	110 320 €	79 430 €	30 890 €
dont <i>déplacements</i>	60 220 €	40 950 €	19 270 €
Groupe 2 : Personnel <i>masse salariale totale¹¹¹ (cf. annexe 5)</i>	517 220 €	351 920 €	165 300 €
Groupe 3 : Charges de structure	32 110 €	18 430 €	13 680 €
Total des charges	750 580 €	512 830 €	237 750 €
Tarifs journaliers (Base activité année pleine 25 places = 9125 journées)	82,25 €	56,20 €	26,05 €

Il apparaît que le principal poste de dépense du service, les dépenses de personnel du groupe 2, ne représentent que 69 % des dépenses totales du service. Ce ratio de la masse salariale sur les dépenses totales peut paraître a priori assez faible au regard de certains services qui approchent les 85 %. Ceci est dû à l'organisation et la vocation du service qui s'adresse exclusivement à des personnes lourdement handicapées. Toutes ou presque seront titulaires de la PCH à titre individuel (pour solvabiliser leurs dépenses d'aide à domicile). N'apparaît donc dans notre budget que la part réduite des dépenses du personnel aide à domicile affectée aux interventions ne relevant pas des actes essentiels de la vie courante. En outre, la structuration en réseau du service nous conduit à un recours très important à des prestations sous-traitées qui ne sont pas directement valorisées en masse salariale mais en services extérieurs : psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers.

B) Les avantages de la double tarification État – Conseil général

En tant que service médico-social aux adultes handicapés vivant à domicile, le SAMSAH relève donc d'une tarification mixte. Ce qui pourrait apparaître comme une difficulté peut en fait se révéler être un atout, et ce sous différents aspects.

En termes de lisibilité pour le service d'abord. Les règles applicables, notamment en matière de tarification des SAMSAH, ont été précisées récemment par une note

d'information du Ministère.¹¹² Elles indiquent les rôles respectifs du président du Conseil général et du préfet en la matière. Ce dernier fixe le forfait global soins mais il n'entraîne aucune approbation des dépenses, ni par groupe fonctionnel ni pour un montant global de classe 6. En effet, les dépenses afférentes aux soins ne sont pas définies réglementairement, ce qui laisse une certaine souplesse dans leur définition. Seul s'impose la limite du forfait plafond fixé par arrêté en application de l'article R. 314-141 du CASF. Pour 2007, l'arrêté du 4 juin 2007¹¹³ a fixé le plafond du tarif journalier de soins applicable aux SAMSAH à 7,66 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance¹¹⁴. Ce plafond de 63,35 € par jour en 2007 reste très supérieur au tarif de 56,20 € que nous allons solliciter. Après notification du forfait soins par le préfet, le président du Conseil général doit fixer le tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale en prenant en compte l'intégralité des charges qu'il approuve par groupe fonctionnel. Cela nous laissera donc une marge de manœuvre et de négociation intéressante, surtout avec le Conseil général de Côte-d'Or, pour justifier de la spécificité des interventions et de l'organisation que nous proposons sur le territoire, dont la répartition des dépenses n'est que la traduction chiffrée.

Dans ce cadre, la création du SAMSAH pourrait s'inscrire dès le départ dans un mode de gestion pluriannuel des budgets. Ce mode de gestion, prévu depuis 2003 en application de la loi de janvier 2002, a reçu une nouvelle impulsion en 2006¹¹⁵. La conclusion d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) permettrait au SAMSAH de l'ADMR de sécuriser la reconduction annuelle actualisée de son financement. La garantie serait aussi d'adapter ses objectifs et ses indicateurs d'évaluation aux orientations données par les pouvoirs publics, notamment à celles issues du schéma départemental adultes handicapés en Côte-d'Or pour 2008 – 2012. La souplesse de gestion et la simplification des procédures budgétaires qui pourraient en découler présenteraient alors un avantage partagé entre nos services et ceux de nos autorités de contrôle et de tarification.

Soulignons aussi que le mode mixte de tarification du SAMSAH présentera un intérêt pour les usagers pris en charge. Le financement direct accordé au service sous forme de forfait global d'aide et de soins permet de rompre avec le caractère individuel et un peu rigide du financement des prestations accordées aux personnes à titre individuel. Outre la simplification des démarches, la tarification du SAMSAH ainsi proposée est plus stable et sécurisante et répond ainsi à une limite identifiée dès l'analyse de notre problématique. La

¹¹¹ Valeur du point convention collective ADMR au 1^{er} juin 2007 : 5,182 €

¹¹² Note DGAS/SD5B/2007/162 du 19 avril 2007, en particulier le 7^e point

¹¹³ Journal Officiel du 26 juillet 2007

¹¹⁴ SMIC horaire applicable au 1^{er} janvier 2007, soit 8,27 € bruts

mutualisation des moyens du service rend en effet possible une fluctuation des différentes interventions entre les usagers, pour les adapter au mieux à la mouvance de leurs besoins au quotidien, en affinant la personnalisation des réponses et sans mettre les différents modes possibles d'intervention dans une concurrence basée sur les coûts.

3.3 Fonctionnement, outils et modes d'évaluation du projet

Après avoir détaillé le cadre dans lequel s'inscrit le projet proposé puis les moyens à combiner pour le mettre en œuvre, je terminerai cette partie relative au plan d'action par la présentation des outils concrets utilisés dans le fonctionnement du service. L'accent sera mis à la fois sur leur capacité à répondre aux différents volets de la problématique, tant pour les usagers que les professionnels ou les autres partenaires, qu'à s'inscrire dans les différents axes et moyens d'évaluation conférés au service.

3.3.1 Le SAMSAH : un service innovant pour les usagers

- A) La mise en œuvre d'outils adaptés à l'approche globale des projets personnalisés de maintien à domicile

Le projet de service développera donc de manière forte et équilibrée deux axes fondamentaux de réponse aux besoins par l'aide et le soin à domicile. Bien qu'indispensable pour retourner vivre à domicile plutôt que de rester en établissement de santé, l'organisation d'interventions de trois salariées par jour, 7 jours sur 7 et couvrant 24 heures sur 24 apparaît plus comme une contrainte qu'un véritable choix. C'est pourtant en ces termes que se pose la question pour une personne alitée souffrant de SLA et ayant besoin d'aide et de surveillance constante dans les actes essentiels de la vie.

La valeur ajoutée du SAMSAH se situe donc plus au niveau de l'adaptation continue des prestations aux besoins des personnes dans leur environnement matériel, social et familial et à leur coordination, garante de leur continuité. Le SAMSAH n'apporte alors pas directement aux usagers de réponses radicalement nouvelles en termes d'intervention de professionnels mais le service doit créer du lien, de la synergie entre les différents professionnels sollicités, renforçant ainsi la stabilité et la sécurité du maintien à domicile.

Aussi, pour que le SAMSAH ne soit pas perçu comme un nouveau type « d'établissement à domicile » mais qu'il soit bien identifié comme une coordination de prestations librement

¹¹⁵ Décret n°2006 – 422 du 7 avril 2006 et circulaire du 18 mai 2006

choisies par les personnes, nous devons assurer la mise en place des outils adaptés à ces objectifs. Concrètement, les outils d'évaluation des situations et de contractualisation des interventions devront prendre en compte ces dimensions, afin de tendre à « sortir du prêt-à-porter pour accompagner sur mesure les personnes handicapées ¹¹⁶».

- Le contrat de prestation d'aide et d'accompagnement que nous proposerons dès l'admission à chaque usager ou son représentant sera élaboré avec la participation de toutes les parties. Ce document individualisé pour chaque personne engagera à la fois le service et l'usager. Pour être opposable, il sera élaboré conjointement par un représentant de la direction du service, le référent médico-social, le médecin coordinateur et la personne handicapée.

Dans ses grandes lignes, le contrat précisera de manière explicite, en fonction des objectifs retenus, les conditions d'intervention au domicile de tous les intervenants, leur statut et leur mode de rémunération selon le plan d'aide et d'accompagnement défini. Seront indiquées les conditions d'exécution des prestations et leurs modalités d'évaluation régulières. Pour chaque partie : plan d'aide et d'accompagnement et plan de soins, seront précisées les conditions de transmission des informations entre les intervenants, dans le respect des personnes en termes de confidentialité, des règles déontologiques et du secret professionnel, et du droit d'accès aux informations.

Conformément au positionnement stratégique que nous avons pu dégager en seconde partie, le SAMSAH privilégiera d'autres formes de participation que le conseil de la vie sociale, plutôt adapté aux établissements. Nous proposerons donc un mode de participation plus atypique, adapté aux conditions des interventions à domicile « dispersées » sur le territoire.

- Des groupes d'expression des usagers pourront être réunis régulièrement. Ces groupes d'expression pourront se tenir de manière décentralisée par rapport au siège du service, dans des locaux accessibles des associations ADMR locales, après avoir pris soin d'organiser le transport et l'accompagnement adapté des personnes pour ces réunions.

Animés par le référent médico-social, les chargés de secteur et les infirmières coordinatrices, ils permettront de recueillir et d'échanger directement avec les personnes aidées et leurs familles sur les différents aspects du fonctionnement du service, son organisation...L'enjeu sera aussi d'inscrire les personnes dans une dimension collective de service, au-delà de la seule perception de l'organisation mise en place à leur domicile.

¹¹⁶ Actualités Sociales Hebdomadaires n°2514-2515 du 29 juin 2007 M Paquet *Les acteurs* p. 43

B) Une démarche d'évaluation à envisager selon une double vocation

Dans un premier temps, et dans le droit fil des orientations stratégiques de direction dégagées auparavant, le champ de l'évaluation devra être centré sur les activités et la qualité des prestations délivrées aux personnes. Le guide relatif à l'évaluation interne publié par le CNSMS en septembre 2006¹¹⁷ cible quatre domaines de l'évaluation : l'établissement dans son environnement - l'organisation - le projet de service - le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations.

C'est sur ce dernier axe d'évaluation que nous nous focaliserons, afin de vérifier dans les différentes dimensions de la prise en charge proposée par le SAMSAH (aide, soin et accompagnement), que les pratiques professionnelles internes sont en adéquation avec les besoins des personnes et de leur famille vivant à domicile et notamment au niveau du respect des droits des usagers et de la personnalisation des prestations.

- Une analyse écrite des situations par les équipes d'intervention, à travers la réponse à des questions simples permettra a posteriori de revoir comment a fonctionné (ou non) le mécanisme schématique entre professionnels et usagers : transmission – participation – appropriation des différents outils clés (livret d'accueil, charte des droits, règlement de fonctionnement, contrat de prestation) destinés à garantir l'adaptation et la personnalisation des réponses aux besoins des personnes et de leur famille.

Une attention particulière sera accordée à la consultation des aidants des personnes handicapées vivant à domicile, dans la mesure où la prise en compte de leurs attentes, ou de leurs limites permet aussi de prévenir l'usure voire la rupture de la relation d'aide. Le soutien et la responsabilisation des aidants seront privilégiés comme vecteurs de renforcement de la sécurité du maintien à domicile de la personne handicapée.

- Des questionnaires de satisfaction individuels, remplis librement et laissant une large place aux questions ouvertes, seront soumis régulièrement aux usagers.

Compte tenu de la fragilité des personnes « enquêtées » et de leur dépendance relative aux intervenants extérieurs, une précaution particulière sera prise pour ne pas orienter les questions sur la satisfaction quant au personnel d'intervention lui-même (même si la dimension relationnelle ne saurait être négligée), mais sur la manière dont les différentes

¹¹⁷ CNSMS : l'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Septembre 2006. p 13 - 18

fonctions mobilisées au SAMSAH permettent de répondre –et selon quelles conditions- au projet de vie de maintien à domicile de la personne handicapée.

Dans un second temps, en vue de garantir une continuité des modes de fonctionnement du service indépendamment des personnes, il convient à mon sens de déplacer le champ de l'évaluation interne vers celui plus large de l'amélioration continue de la qualité.

- Les outils et procédures issus de la démarche qualité des services à domicile conduite au niveau départemental et visant à obtenir la certification AFNOR X50-056 « services aux personnes »¹¹⁸, pourront être dans certains domaines capitalisés de manière pertinente pour le SAMSAH.

En effet, cette démarche se situe plus du côté de l'évaluation des processus de mise en œuvre des interventions que du contenu des interventions d'aide à domicile. Elle vise à optimiser le fonctionnement des services en obligeant la formalisation, l'évaluation et l'amélioration continue des pratiques dans les chapitres incontournables que sont : la déontologie, l'accueil, l'analyse de la demande, l'offre de service, la préparation de l'intervention, la réalisation de l'intervention, le suivi et la conduite d'actions correctives.

Dans une optique de certification, l'évaluation est certes centrée sur la mesure des écarts entre les pratiques et un référentiel intangible. L'intérêt de la démarche se situe néanmoins au niveau des liens dynamiques à créer entre les enquêtes de satisfaction, la participation des usagers et l'analyse des situations par le personnel d'intervention, dont le suivi au quotidien constitue aussi un levier efficace au service de l'évaluation.

3.3.2 Un fonctionnement structurant pour le personnel d'intervention

- A) L'utilisation d'outils adaptés aux particularités du public et de la prise en charge

L'intervention à domicile auprès de personnes lourdement handicapées expose au quotidien les intervenants à des situations médicales, sociales ou psychologiques complexes et éprouvantes. Cette difficulté est renforcée par le fait que les intervenants à domicile sont en général peu sensibilisés à l'approche psychosociale du handicap lourd. Leur intervention, seul au domicile, génère un isolement parfois insécurisant dans la relation d'aide. Le handicap et la dépendance accentuent de surcroît la tension entre la personne aidée, dans son environnement matériel et social, et les intervenants, qui ont pour mission de remplir auprès d'elle une fonction de compensation « externalisée ».

¹¹⁸ Agence Française de Normalisation – Norme Française de Septembre 2000 règlement NF 311

Le risque d'usure professionnelle plus ou moins prononcé qui en découle doit toujours être pris en compte en tant que directeur de service. L'épuisement professionnel peut, s'il n'est pas entendu ou suffisamment considéré, être source de comportements problématiques de la part des intervenants. Le « burn out » devient alors source d'absences imprévisibles, de retards injustifiés... qui perturbent gravement l'équilibre du travail d'équipe et au final, la stabilité de l'intervention auprès de l'utilisateur qui a besoin d'une tierce personne pour la réalisation d'actes essentiels de la vie ! Dans les cas les plus graves, la dérive peut se transformer en maltraitance physique, psychologique ou matérielle. Qu'elle soit passive (négligences, aide partielle, refus de communiquer...) ou active (agressivité verbale ou physique par des comportements brutaux voire violents), de tels actes auprès de personnes vulnérables prises en charge doivent être repérés, dénoncés et écartés. De tels dysfonctionnements ne sont jamais satisfaisants, ni pour l'utilisateur et son entourage, ni pour le service qui n'a pas pu les éviter ou les prévenir.

Afin de prévenir et d'éviter en amont du mieux possible la survenance de telles situations, le SAMSAH mettra en place des outils de gestion du personnel au quotidien permettant de sécuriser les interventions. Le référent médico-social et le médecin coordinateur, en lien avec les chargés de secteur et les infirmières coordinatrices seront particulièrement mobilisés sur le suivi et l'encadrement du personnel d'intervention.

- Des réunions de coordination et de soutien du personnel se dérouleront à périodicité fixe (au moins mensuelle malgré la dispersion géographique des équipes) et seront l'occasion de faire le lien entre les différents intervenants, d'analyser l'évolution de la situation auprès de la personne, des mesures à engager pour renforcer la qualité et/ou la sécurité du maintien à domicile.

La communication développée devra renforcer la cohésion et l'efficacité du travail en équipe. Elle s'appuiera sur les outils de transmission mis en place au sein du service : dossier de soin individuel, classeur de liaison des intervenants au domicile de l'utilisateur.

- Des groupes de soutien psychologique permettront aux salariés intervenants de bénéficier à intervalle régulier (au moins trimestriel) d'un espace de discussion, de développement des compétences par le dialogue et l'échange de l'information.

Ces groupes seront animés par un psychologue ayant une compétence reconnue dans l'analyse des pratiques professionnelles touchant à la relation d'aide et d'accompagnement auprès de personnes fragilisées et dépendantes. Ils devront notamment permettre aux intervenants de prendre du recul sur les situations, de resituer leur action dans le cadre du travail en partenariat et de repositionner les responsabilités

de chacun. Ils auront aussi pour but de consolider le travail d'équipe par la continuité des questions traitées et analysées sur de longues périodes.

De manière transversale, les outils de gestion du personnel « au quotidien » ainsi mis en place auront pour objectif affiché de prévenir les risques de manquements éthiques du personnel d'intervention à l'égard des usagers. L'enjeu sera de promouvoir une véritable culture de prévention de la maltraitance, en utilisant toutes les instances possibles, au service des usagers et des salariés, pour inscrire cette prévention dans les objectifs même du SAMSAH. Les questions de prévention, d'information ou d'alerte seront volontairement abordées régulièrement. La sensibilisation et la formation à ces questions seront pleinement articulées avec les démarches d'évaluation du service. Un protocole de vigilance, de signalement et de traitement des situations de maltraitance sera proposé puis diffusé auprès de l'ensemble des intervenants. Enrichi au fur et à mesure par les différentes expériences et compétences professionnelles des équipes il sera rapidement accessible à tous et servira de base au suivi des actions menées en la matière.

Cette présentation peut apparaître assez rigide a priori. Mais au delà de la responsabilité directe du directeur qui peut être engagée et notamment au plan pénal, c'est de l'essence même de la sécurité du maintien à domicile qu'il s'agit. Comment se prévaloir d'être un prestataire légitime et fiable au service des projets de vie à domicile des personnes très lourdement handicapées, si les difficultés inhérentes aux interventions à domicile génèrent un surcroît de risque d'insécurité non maîtrisé pour les usagers ?

B) Une démarche GPEC renforçant la professionnalisation

En dehors des actions « du quotidien » à mettre en œuvre, c'est aussi une démarche de fond que nous devons instiller pour renforcer la professionnalisation des intervenants. La garantie de qualité des interventions et d'adaptation des réponses aux besoins des usagers sera aussi en filigrane un moyen de prévention des situations de maltraitance.

En amont de la prise en charge des usagers et dans le cadre d'une démarche globale de GPEC, c'est d'abord une méthodologie de recrutement et d'intégration du personnel d'intervention que nous devons élaborer au sein du SAMSAH. Le pilotage de cette démarche sera placé sous la responsabilité directe du directeur et du chef de service, en lien avec l'encadrement de terrain. Une procédure détaillera les étapes incontournables à respecter afin de mettre le service dans les meilleures dispositions pour susciter, analyser et sélectionner les candidatures aux différents postes que nous devons pourvoir à partir du démarrage du SAMSAH. Cette procédure précisera les étapes clés que sont :

- le dépôt des annonces d'offre d'emploi, en interne et externe,
- la sélection des candidatures selon les critères définis auparavant,

- le déroulement et l'évaluation des candidats lors des entretiens d'embauche,
- l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés à leur poste de travail, avec la mise en place de tutorats avec des professionnels expérimentés.

Cette démarche s'appuiera sur des fiches de poste préalablement rédigées le plus précisément possible et qui reprendront pour chaque poste salarié du service :

- les objectifs généraux des associations ADMR et du SAMSAH en particulier,
- la définition de l'emploi à pourvoir, en référence au métier concerné, à la grille conventionnelle de référence et la qualification requise le cas échéant,
- le positionnement hiérarchique, les éventuelles délégations consenties, et les liens fonctionnels à développer avec les principaux collaborateurs,
- la description sommaire des activités exercées et les moyens mis à disposition.

Ces outils serviront de trame commune à la sélection du personnel, sur toute la zone d'intervention géographique du service, afin de mettre le mieux en adéquation possible les profils de candidats recherchés et les exigences techniques et relationnelles des postes d'auxiliaire de vie sociale, AMP ou aide-soignant notamment. L'objectif sera le recrutement prioritaire de salariés diplômés à ces postes. Selon les besoins de prise en charge des personnes orientées SAMSAH par la MDPH, les candidatures des personnels des associations ADMR actuellement en poste, notamment des personnes à temps partiel souhaitant augmenter leur temps de travail, seront examinées en priorité.

Toutefois, l'objectif de couverture territoriale potentielle de toute la Côte-d'Or par le SAMSAH risque de nous confronter, et notamment dans les zones les plus rurales, à des difficultés de recrutement de personnels qualifiés, mobiles et disponibles rapidement.

En cohérence avec notre positionnement de direction, nous seront donc particulièrement réactifs pour utiliser les nouveaux outils de gestion des emplois et des compétences issus de la loi du 4 mai 2004¹¹⁹ relative à la formation professionnelle, dont les principes ont été déclinés dans un accord de branche de l'aide à domicile du 16 décembre 2004. Le développement des compétences et la mobilité professionnelle seront donc prioritairement intégrés dans les outils utilisés au service de la formation continue du personnel, afin de pouvoir constituer de manière décentralisée des petites équipes de personnels d'intervention spécialisés et qualifiés dans l'accompagnement de personnes très lourdement handicapées vivant à domicile. Les principaux leviers dont nous disposerons en plus du plan annuel de formation sont :

¹¹⁹ Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation tout au long de la vie et au dialogue social

- la VAE (validation des acquis de l'expérience), dont l'accès aux diplômes DEAVS, DPAS ou DEAMP sera encouragé grâce à des moyens spécifiques mobilisés par Uniformation¹²⁰ dans le cadre des congés VAE, des congés bilans de compétence, ou des périodes de professionnalisation,
- les entretiens professionnels individuels qui permettront aux salariés et à leur responsable d'échanger leur point de vue pour faire des propositions de formation professionnelle selon l'adaptation au poste, les compétences à développer, les parcours professionnels envisagés...
- le droit individuel à la formation (DIF) des salariés qui pourra être mobilisé en accord avec l'employeur pour « l'acquisition d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle ».

3.3.3 Un cadre souple et évolutif pour les différents partenaires

A) Des outils adaptés aux acteurs directs de la prise en charge

Après avoir vu en quoi le SAMSAH offre un cadre et une organisation particulièrement adaptés aux usagers et aux personnels d'intervention, je terminerai par illustrer en quoi ce service que nous proposons aujourd'hui de créer sera aussi approprié aux réalités socioprofessionnelles et territoriales des différents acteurs du maintien à domicile.

La fonction essentielle de « tête de réseau » et de pilotage que remplira le SAMSAH par ses missions d'évaluation et de coordination des interventions constituera la plateforme de base incontournable pour tous les usagers. Compte tenu de leur profil et de leur orientation MDPH, les personnels d'intervention et d'encadrement intermédiaire qui seront systématiquement mobilisés au service des usagers seront salariés au plan local de manière flexible selon la nature, la fréquence et la durée des interventions requises.

Mais pour répondre à l'hétérogénéité des besoins de chaque usager, le service devra proposer un mode de partenariat souple et mobilisant pour les acteurs du champ médical et paramédical. Intégrer en son sein des spécialistes de certaines disciplines nécessiterait au service de proposer des temps de travail « attractifs ». Recruter un psychologue salarié à temps plein au niveau départemental serait sans doute possible mais serait un non-sens pour le service. Du fait de la dispersion des usagers, il consacrerait la moitié de son temps de travail en déplacements. Cela nous conduirait de surcroît à privilégier l'admission de personnes ayant a priori besoin de soins de psychologue.

¹²⁰ Uniformation : Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de la branche aide à domicile

- Des conventions individuelles signées entre les professionnels et le service offriront alors un cadre partenarial adéquat et limitant de tels effets pervers.

La proposition d'adhésion à une convention aux seuls professionnels requis par les besoins des usagers permet au service de conserver un potentiel de recours à des compétences pluriprofessionnelles variées de spécialistes (ergothérapeutes, psychomotriciens...). Cette souplesse d'engagement avec le service permet néanmoins d'inscrire certains actes de professionnels exerçant essentiellement en mode libéral (infirmiers, kinésithérapeutes...) dans un cadre structuré et coordonné autour de la personne, dont le libre choix du praticien est néanmoins respecté¹²¹.

Afin que le SAMSAH ne soit néanmoins pas réduit à une plateforme de mise en relation, l'équipe de direction du service devra conduire une démarche de projet et d'animation du réseau des différents partenaires. L'objectif sera d'assurer la cohérence des démarches et des interventions effectuées auprès des usagers, quels que soient leur lieu de domicile, leur environnement, leur mode de vie... Pour atteindre ces buts, nous prévoyons :

- la constitution d'un groupe de travail au niveau départemental, piloté par le SAMSAH ADMR, associant des représentants des professionnels salariés et des intervenants externes.

Des réunions de travail thématiques, avec production de comptes rendus écrits, permettront grâce à un mode de fonctionnement adapté aux contraintes des différents acteurs d'enrichir les pratiques d'éclairages nouveaux dans les domaines fondamentaux du service : l'évaluation, la démarche d'amélioration continue de la qualité, la coordination et la continuité des interventions... La dynamique recherchée dans ce cadre sera de disposer d'outils fédérateurs, contribuant à l'évolution du projet du service sur le moyen terme et concourant à la spécialisation de la connaissance en matière de prise en charge des personnes lourdement handicapées vivant à domicile.

B) Des pistes possibles de renforcement au fil des expériences

A sa création, le SAMSAH ADMR de Côte-d'Or devra d'abord « faire sa place » en tant que service en milieu ouvert à destination des personnes lourdement handicapées vivant à domicile. Les besoins que nous pouvons recenser sur le terrain et les analyses qui ressortent des schémas d'organisation sociale nous confortent aujourd'hui dans la pertinence du service à créer pour les usagers. Les réponses médico-sociales apportées par notre action légitimeront progressivement notre action, tant du côté des usagers et

¹²¹ Annexe 6 : Cadre type - Convention SAMSAH ADMR – Infirmier libéral

des associations représentatives des personnes handicapées, que des partenaires publics, ou que des autres organismes gestionnaires d'établissements et services.

Diversifier les services à domicile aux personnes handicapées en créant un SAMSAH est un pari que nous pouvons réussir en nous appuyant sur notre savoir-faire et nos expériences réussies en matière de partenariats et de travail en réseau, notamment dans le cadre des SIAD. L'animation et la gestion du SAMSAH nous obligera à aller au-delà. Le service ADMR, spécialisé dans l'intervention d'aide et de soins à domicile auprès de personnes adultes handicapées sera ouvert sur l'extérieur, en « état de veille » par rapport aux autres établissements et services sociaux et médico-sociaux s'adressant aux personnes très lourdement handicapées.

En concertation avec la MDPH et la DDASS, des rapprochements pourront s'effectuer entre les services intervenant à domicile (SAVS, SAMSAH...) et les établissements spécialisés, notamment type MAS ou FAM. En termes de direction d'établissement ou de service social, le but aujourd'hui me semble être de se positionner au-delà de la simple coordination autour de situations ponctuelles d'usagers. Des contacts approfondis entre les différents établissements et services concourant à la prise en charge médico-sociale d'une population fragilisée doivent nous permettre d'avoir une vision stratégique de l'évolution des projets d'établissement à conduire.

A plus ou moins brève échéance, c'est sans doute en termes de coopération sociale et médico-sociale qu'il faudra penser l'organisation de nos services. Les groupements de coopération sociale et médico-sociale – (GCSMS), qui restent encore d'adhésion volontaire aujourd'hui seront des pistes de réflexion et de structuration de nos services demain. Le SAMSAH pourra pleinement s'inscrire dans cette logique car il s'agit dès l'origine d'un service qui propose une prise en charge globale et graduée des usagers. En outre, les « passerelles » entre domicile et établissement ou entre les dispositifs destinés aux enfants puis aux adultes handicapés pourraient être facilitées par une orientation SAMSAH en amont ou en aval d'une institutionnalisation, et ce quel que soit l'âge.

Ce décloisonnement des services et les possibilités de « filière » que nous pourrions proposer répondront alors à l'avenir de manière plus précise tant aux projets et aux parcours de vie des usagers, qu'aux objectifs de rationalisation de l'offre médico-sociale des pouvoirs publics. A ce titre, le SAMSAH propose dans ses fondements mêmes, basés sur le partenariat, une organisation capable de s'inscrire dans le cadre des objectifs de mutualisation des moyens assignés aux groupements de coopération.

Conclusion

Terminer un travail d'une certaine ampleur est une étape à la fois exaltante et délicate. Les trois parties de ce mémoire « dispositif », progressent du diagnostic à l'analyse pour aboutir à la proposition d'un plan d'action opérationnel. Elles m'ont permis de structurer une réflexion professionnelle qu'il devenait incontournable de conduire en tant que directeur des services d'action sociale de la fédération ADMR de Côte-d'Or.

La déclinaison concrète sur le terrain du projet SAMSAH de l'ADMR permettra d'en vérifier prochainement la validité. J'en rappellerai ici les principaux points qui me permettent d'ores et déjà d'en évaluer la pertinence, conformément aux axes de progrès identifiés dès la problématique et selon le positionnement de direction retenu.

La diversification du service d'auxiliaire de vie vers la prise en charge de personnes lourdement handicapées à domicile s'inscrit d'abord dans le courant fort de nos politiques publiques d'action sociale. Les moyens mobilisés aujourd'hui favorisent nettement le maintien à domicile, souvent en conformité d'ailleurs avec le souhait des personnes, quant au respect du libre choix de leur projet de vie.

Le SAMSAH constituera pour les usagers une offre de service médico-sociale globale et adaptée, et ce sur la totalité du territoire départemental. L'évaluation continue des besoins et la coordination des interventions intégrées au service garantiront à la fois la personnalisation, la continuité et la complémentarité entre les différents intervenants.

Remplir ces conditions *sine qua non* de la stabilité du maintien à domicile renforce déjà durablement notre structuration. Mais pour proposer aux personnes une alternative véritablement pérenne à la vie en institution en toute sécurité à leur domicile, le projet met aussi l'accent sur la professionnalisation du service.

Une démarche volontariste d'intégration et de développement des compétences viendra s'articuler avec le soutien et le suivi régulier du personnel d'intervention. Les nouveaux outils de gestion des ressources humaines encourageant la mobilité des personnels entre les services et facilitant l'accès à la qualification seront aussi de précieux moyens activés au service de la qualité des interventions.

Enfin, l'organisation du service basée sur un travail en partenariat assurera l'apport de compétences adaptées aux usagers dans un cadre souple mais structurant grâce au pilotage de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Sous cet angle, la mutualisation des moyens présente aussi l'intérêt d'une rationalité économique pour toutes les parties : les usagers, le service et la collectivité publique.

Au sein des services d'action sociale dont je suis responsable à l'ADMR de Côte-d'Or, créer un SAMSAH aujourd'hui est donc un positionnement stratégique fort qui permet de prolonger l'offre de service à domicile aux personnes handicapées par un ancrage dans le champ de l'action sociale et médico-sociale. L'expérience de gestion des SIAD ou des multiples formes de travail en réseau seront donc de véritables atouts pour asseoir la légitimité et la qualité des prestations proposées aux personnes lourdement handicapées.

Au cœur du projet SAMSAH, une question de fond qui se pose est de savoir si les services médico-sociaux ne sont pas en train de transformer leur métier. La valorisation des projets personnalisés des personnes contribue sans doute à faire basculer notre action d'une logique d'intervention plutôt protectrice et individualisée à une logique de coordination, de mise en synergie, où à partir d'un plateau technique s'articulent diverses prestations externalisées, personnalisées aux besoins de chaque situation.

Au-delà des services de maintien à domicile aux personnes handicapées, la conduite de ce travail de mémoire m'aura également interpellé de manière plus large en termes d'organisation et de diversification des services de l'association. Ces préoccupations déjà en débat avec le Conseil d'administration départemental, laissent entrevoir certaines perspectives, toujours en phase avec les bases essentielles du projet associatif ADMR.

Au niveau des publics, le rapprochement des problématiques du handicap et de la vieillesse, déjà inscrit dans la loi de 2005, va sans doute connaître un nouvel élan début 2008 avec l'annonce faite par le président de la République de la création d'une cinquième branche de protection sociale, afin de faire converger sous une même logique et quel que soit l'âge, la prise en charge solidaire de la dépendance dans notre pays. Cette évolution impactera sans doute de manière forte notre façon d'appréhender et de gérer les services de maintien à domicile que nous proposons en Côte-d'Or, tant à destination des personnes âgées que des personnes handicapées.

Au niveau des services, les limites du maintien à domicile analysées pourraient nous conduire à moyen terme à envisager d'autres plans d'action complémentaires. Les dispositifs d'accueil temporaire constituent par exemple une voie intermédiaire entre le domicile et l'établissement, particulièrement adaptée aux personnes lourdement dépendantes. En créant des solutions professionnelles de répit et de relais aux aidants familiaux, ils peuvent contribuer aussi de manière efficace à la stabilité du maintien à domicile dans la durée et la sécurité, contribuant ainsi à renforcer les possibilités d'intégration des personnes fragilisées dans notre société.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2005, 256 p.

BECHLER P et POURPRIX B. *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005, 414 p.

BOUQUET B JAEGER M et SAINSAULIEU I (sous la direction de) *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2007, 286 p.

BRUNELLES P. *Comment vivre avec une personne atteinte d'un handicap moteur*. Paris : J. Lyon : 2006, 195 p.

DEFONTAINE J. *Les services à la personne*. Paris : Liaisons, 2006, 256 p.

DJAOUI E. *Intervenir au domicile*. Rennes : ENSP Éditions 2004, 232 p.

ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod, 2006, 288 p

GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2002, 340 p.

GUEGUEN J-Y *Le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale 2006*. Paris : Dunod, 2006, 199 p.

HAMONET C. *Les personnes handicapées*. Paris : PUF Que sais-je ? 2004, 123 p

JANVIER R. et MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2004, 314 p.

LEFEVRE P ; *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Dunod, 1999, 305 p.

LOHER-GOUPIL A. *Autonomie et handicap moteur. Représentation et accompagnements*. Lyon : Chronique Sociale, 2004, 144 p.

NUSS M. *La présence à l'autre. Accompagner les personnes en situation de grande dépendance*. Paris : Dunod, 2005, 153 p.

STIKER H-J. *Corps infirmes et société* 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2005, 253 p.

Revues :

BAUDET–CAILLE V La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale ASH juin 2004 98 p.

JULIEN A Les droits des personnes handicapées ASH septembre 2006 n°2470 134 p.

METIVIER M L'intervention à domicile : du dedans au dehors institutionnel Les Cahiers de l'Actif n°364/365 p. 79 à 91

Revue française des affaires sociales N° 2 avril juin 2005 Politiques en faveur des personnes handicapées. Grandes tendances dans quelques pays européens. Paris : La documentation française, 2005, 334 p.

TSA Hebdo N° 1087 et 1088 des 3 et 10 novembre 2006 - Handicap : une prise en charge enfin « universelle » ?

ZARIFIAN P, L'évolution des modèles de GRH. De la notion de qualification à celle de compétence. Cahiers français n°333, La documentation française - 3^e trim. 2006 p 8 à 13

Études et rapports publics :

BLANC P. Rapport d'information au Sénat n°359 sur l'application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005, 3 juillet 2007, 95 p.

BLANC P. Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes. Un nouveau défi pour leur prise en charge, 11 juillet 2006, 99 p.

BONNET M, Conseil Économique et Social – Avis et rapports : pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap. 3 mars 2004, 99 p

BRIET R JAMET P, Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie – Mission de préfiguration de la CNSA – Mai 2004 62 p

CNSA : Rapport annuel 2006 octobre 2006 73 p.

CTNERHI : Le handicap en chiffres, février 2004 78 p

Cour des Comptes : Les personnes âgées dépendantes, rapport public particulier N° 4499. Paris, Journaux Officiels, 2005, 448 p.

NOURY D et SEGAL P, IGAS Rapport N° 2003 120 : Étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe, septembre 2003, 41 p.

ROUSSEL P, CTNERHI : La compensation des incapacités au travers de l'enquête HID – juin 2002, 94 p.

ROUSSILLE B, IGAS Rapport N° 2004 150 : L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, octobre 2004, 111 p.

VEROLLET Y, Conseil Économique et Social – Rapport de la section des affaires sociales : le développement des services à la personne. 10 janvier 2007, 161 p

Sites internet :

CNSA : <http://www.cnsa-infos2005.org>

Conseil général de la Côte-d'Or : <http://www.cg21.fr>

CREAI de Bourgogne : <http://www.creaibourgogne.org>

DRASS de Bourgogne et DDASS de Côte-d'Or : <http://www.bourgogne-sante.gouv.fr>

INSEE : <http://www.insee.fr>

Légifrance, service public de diffusion du droit : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Secrétariat d'État aux personnes handicapées : <http://www.handicap.gouv.fr>

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Prestations aux personnes adultes handicapés au 1 ^{er} juillet 2007	II
Annexe 2 :	Heures d'intervention et nombre de personnes aidées par canton - Service auxiliaire de vie ADMR de Côte-d'Or 2006	III
Annexe 3 :	Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et SAMSAH	IV
Annexe 4 :	Organigramme prévisionnel du SAMSAH au 1 ^{er} novembre 2007	VI
Annexe 5 :	Tableau des effectifs salariés du SAMSAH au 1 ^{er} novembre 2007	VII
Annexe 6 :	Cadre type – Convention SAMSAH ADMR –Infirmier libéral	VIII

A) ANNEXE 1

Prestations aux personnes adultes handicapés¹²²

au 1^{er} juillet 2007

Leurs bases et montants s'établissent comme suit :

• Allocation adultes handicapés (AAH)

621,27 € par mois.

Complément de ressources :

179,31 € par mois (versé aux titulaires de l'AAH reconnus dans l'incapacité de travailler et disposant d'un logement indépendant)

Majoration pour la vie autonome :

103,63 € par mois (versé aux titulaires de l'AAH qui peuvent travailler mais au chômage en raison de leur handicap et disposant d'un logement indépendant)

• Majoration pour Tierce Personne (MTP)

999,83 € par mois.

• Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)

Au maximum (80 % de la MTP) :

799,86 € par mois ;

Au minimum (40 % de la MTP) :

399,93 € par mois.

• Plafond de ressources annuelles pour attribution ACTP et AAH

7 455,24 € pour une personne seule ;

14 910,48 € pour un couple ;

3 727,62 € en plus par enfant à charge.

• Prestation de compensation à domicile

Aide à domicile employée en gré à gré :

11,02 € par heure,

Aide à domicile en mandataire :

12,12 € par heure,

Aide à domicile prestataire (service agréé) :

17,19 € par heure

Dédommagement d'un aidant familial :

3,25 € par heure (aide à domicile)

4,88 € par heure (si l'aidant cesse ou renonce à une activité professionnelle) dans la limite de 837,98 € par mois

¹²² Source : Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2518 du 20 juillet 2007 p 35 « Aide mémoire du travailleur social » au 18 juillet 2007

C) ANNEXE 3

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et SAMSAH

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code du travail ;
Vu le code de l'éducation ;
Vu le décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;
Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 9 septembre 2004 ;
Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 novembre 2004,

Décète :

A r t . 1^{er}. - La sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un paragraphe 10 ainsi rédigé :

« Paragraphe 10

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

« Sous-paragraphe 1

« Services d'accompagnement à la vie sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

« Sous-paragraphe 2

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

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

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

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

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

- « a) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;
 - « b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.
- Les prestations mentionnées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.
- « Art. D. 312-155-12. - Les prestations mentionnées à l'article D. 312-155-11 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, en sus des personnels mentionnés à l'article D. 312-155-8, tout ou partie des professionnels suivants :
- « a) Des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;
 - « b) Des aides-soignants.
- « L'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin.

« Sous-paragraphe 3

« Dispositions communes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

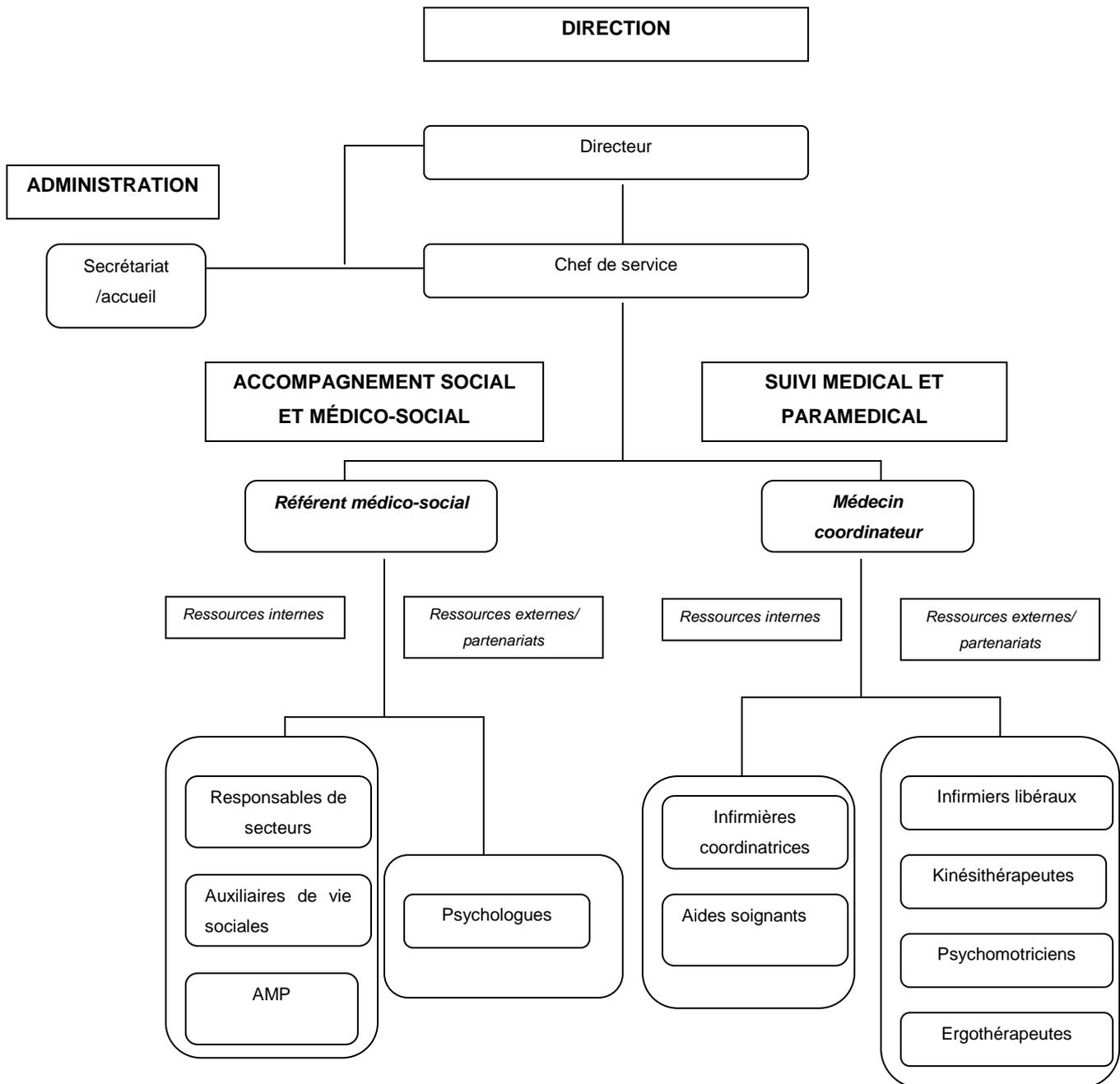
- « a) D'informer l'ensemble des personnes composant l'environnement de la personne handicapée des besoins de celle-ci ;
- « b) D'identifier les difficultés susceptibles de survenir et de définir les actions permettant d'y mettre fin ou de les éviter ;
- « c) De conduire une évaluation périodique des besoins de la personne handicapée afin de procéder, le cas échéant, aux adaptations nécessaires.

« Art. D. 312-155-19. - Les services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent paragraphe dans un délai de trois ans à compter de la publication du décret no 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. »

A r t . 2 . - Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité, la ministre déléguée à l'intérieur et la secrétaire d'État aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

D) ANNEXE 4

Organigramme prévisionnel du SAMSAH ADMR de Côte-d'Or – 1^{er} novembre 2007



E) ANNEXE 5

Tableau des effectifs salariés SAMSAH ADMR de Côte-d'Or
Au 1^{er} novembre 2007

Catégorie	Total N-1		Variations en équivalent temps plein N		Nombre de personnes	Nombre d'équivalents temps plein total retenu N
	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein	Proposée			
			En plus	En moins		
Direction						
Directeur	0	0	0,25		1	0,25
Chef de service	0	0	0,5		1	0,5
TOTAL 1	0,00	0,00	0,75	0,00	2	0,75
Administration / Accueil						
Secrétaire	0	0	0,5		1	0,5
TOTAL 2	0,00	0,00	0,50	0,00	1	0,50
Encadrement social et médico social						
Cadre technique (réfèrent médico-social)	0	0	1		1	1
Chargés de secteur	0	0	0,45		5	0,45
TOTAL 3	0,00	0,00	1,45	0,00	6	1,45
Encadrement médical et paramédical						
Médecin coordinateur	0	0	0,6		1	0,6
Infirmière coordinatrice	0	0	0,66		8	0,66
TOTAL 4	0,00	0,00	1,26	0,00	9	1,26
Personnel d'intervention à domicile						
Auxiliaires de vie sociale / aides médico-psychologiques	0	0	2,65		12	2,65
Aides soignants	0	0	9,1		12	9,1
TOTAL 5	0,00	0,00	11,75	0,00	24	11,75
TOTAL GENERAL	0,00	0,00	15,71	0,00	42	15,71

F) ANNEXE 6

Cadre type – Convention SAMSAH ADMR – Infirmier libéral

Entre :

Le Service d'Accompagnement Médico-Social aux Adultes Handicapés (SAMSAH) de la fédération ADMR de Côte-d'Or intervenant sur le canton de..... en collaboration avec l'association locale ADMR de

Et Madame/Monsieur infirmier(e) libéral(e) diplômé(e) d'État domicilié(e) , ci après dénommé l'infirmier.

La présente convention a pour but de fixer les conditions dans lesquelles les deux parties collaborent aux soins dispensés par le SAMSAH sur le canton de

ARTICLE 1 – SOINS et ORGANISATION

1.1 Pour toute personne prise en charge par le SAMSAH, le service demande à l'intéressé, au moment de la prise en charge, de choisir librement parmi les infirmiers libéraux celui qui lui dispensera les soins. Celui-ci devra être signataire de la présente convention. Dans tous les cas, l'infirmier(e) habituel(le) du malade sera contacté(e) pour qu'il (elle) confirme son accord sur la prise en charge du malade.

S'il accepte, le cadre de son intervention sera défini sur prescription du médecin coordinateur du service et en collaboration avec l'infirmière coordinatrice et consigné sur le dossier de soins personnalisé du patient.

En cas de refus ou d'impossibilité du patient d'exprimer un choix, le médecin coordinateur du service et l'infirmière coordinatrice peut faire appel à un(e) infirmier(e) signataire de la convention.

1.2 L'infirmier exerce son activité sous sa seule responsabilité et selon les directives du médecin prescripteur, en collaboration avec le médecin coordinateur du service. Il (elle) utilise son propre matériel et son propre véhicule.

1.3 L'infirmier s'engage à transmettre au médecin coordinateur du service et à l'infirmière coordinatrice toutes les informations utiles à une prise en charge satisfaisante de la personne par le service. Les informations non confidentielles sont consignées sur le dossier de soins. Les informations confidentielles sont adressées directement et personnellement au médecin coordinateur du service.

L'infirmier s'engage également à participer, le cas échéant et selon une périodicité fixée d'un commun accord, à des réunions de coordination du service ayant pour objet l'évaluation de la situation des personnes et l'ajustement de leur plan personnalisé de prise en charge.

L'infirmier s'engage à faciliter tout contact ou toute transmission d'information, dans le respect des règles du secret médical et de la déontologie professionnelle, qui serait utile à la réalisation du projet de soins individualisé élaboré pour le patient et avec sa participation.

L'infirmier n'a pas pour mission d'encadrer les personnels d'intervention : aides soignantes, AMP employées par le service. Il n'existe aucun lien de subordination entre L'infirmier et le SAMSAH.

L'infirmier accepte de transmettre à la demande du service en cas de besoin (selon contrôles) : la copie de son diplôme d'Infirmier Diplômé d'Etat, son n° SIRET, son n° ADEL et une attestation cotisations URSSAF à jour.

1.4 En cas de congé ou d'empêchement, l'infirmier s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à son remplacement par un(e) infirmier(e). Elle (il) propose en temps utile au service son remplaçant qui est dès lors investi des mêmes droits et obligations.

L'infirmier s'engage à assurer si besoin une continuité des soins la nuit et les samedis, dimanches et jours fériés.

ARTICLE 2 – HONORAIRES

Mme/Mr..... s'engage à signer à chacun de ses passages le cahier de suivi et noter la codification correspondante aux soins.

Avant le 5 de chaque mois, Mme/Mr..... transmet au service un relevé mensuel signé récapitulatif pour tous ses patients pris en charge, la totalité des actes effectués auprès de chaque personne, leur cotation selon la nomenclature des actes professionnels et les frais accessoires y afférents.

De son côté, le service s'engage à régler les honoraires correspondants aux actes effectués ainsi que les indemnités de déplacement, selon le tarif en vigueur, dans les 15 jours qui suivent la réception du relevé.

ARTICLE 3 – DUREE ET RESILIATION

La présente convention est conclue pour une année, à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis d'un mois.

En cas de manquement aux obligations de l'une des parties, la convention peut être résiliée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à le

Le SAMSAH ADMR
Le médecin coordinateur du service,

L'Infirmier(e) libéral(e)
(faire précéder la signature de la
mention « lu et approuvé »)