



**STRUCTURER UN SAAD POUR DÉVELOPPER DES
RÉPONSES ADAPTÉES AU PROJET DE VIE DE PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

Bruno MODICA

2009

cafdes



Sommaire

Introduction	1
1 Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap est une priorité récente dans l'histoire d'un secteur en constante mutation	3
1.1 Un secteur qui se construit en parallèle aux politiques publiques en faveur des personnes âgées.....	3
1.1.1 Le rapport Laroque : les fondations d'une politique de développement du maintien à domicile des personnes âgées	3
1.1.2 D'une volonté d'aider globalement les personnes âgées à vivre à leur domicile à des dispositifs qui ne viennent qu'en soutien des personnes.....	5
1.1.3 Les années 1980 : les personnes âgées deviennent une source de création d'emplois	6
1.2 La reconnaissance du domicile comme territoire d'intervention sociale pour les personnes en situation de handicap.....	8
1.2.1 De l'institution à la création de modes d'accompagnements à partir du domicile..	9
1.2.2 Les enjeux et les innovations de la Loi du 11 février 2005	11
1.3 Des dispositifs médico-sociaux divers participent au maintien à domicile des personnes handicapées.....	15
1.3.1 SAVS, SAMSAH, SESSAD : entre maintien à domicile et action éducative.....	16
1.3.2 SSIAD, HAD, réseaux de soins palliatifs : la prise en charge des soins.....	18
1.3.3 SAAD : un partenaire complémentaire de l'accompagnement social et sanitaire	19
2 Les personnes en situation de handicap, un public qui incite Espace Social à se structurer différemment.....	24
2.1 Des étapes importantes jalonnent le parcours d'Espace Social.....	24
2.1.1 La création de l'association : une histoire collective	24
2.1.2 Un préalable au développement de l'association : traiter les conditions de travail.....	27
2.1.3 Valoriser le parcours d'Espace Social par son intégration dans le secteur social et médico-social et par la certification de sa démarche qualité	28
2.2 Espace Social évolue grâce à l'observation de son environnement partenarial, social et économique.....	33
2.2.1 L'implication du service dans un travail partenarial	33

2.2.2	L'environnement social et économique est à prendre en compte pour projeter le service vers de nouvelles activités	35
2.2.3	Une activité de plus en plus dirigée vers des personnes en situation de handicap.....	38
2.3	Une inadaptation du service consubstantielle à la modification de son public	40
2.3.1	Des réglementations successives interfèrent sur les limites de compétences du service.....	40
2.3.2	Les personnes handicapées ont des attentes en contradiction avec le cadre légal des interventions.....	43
2.3.3	Le coût des accompagnements de personnes handicapées pèse sur le cadre budgétaire	45
3	S'adapter au projet de vie de personnes en situation de handicap.....	47
3.1	Choisir une stratégie de conduite du changement	47
3.1.1	S'appuyer sur la dynamique du service et de ses acteurs	47
3.1.2	Constituer un Groupe Projet.....	50
3.1.3	Les grands axes d'une nouvelle structuration	53
3.2	Mettre en mouvement les pratiques quotidiennes du service	54
3.2.1	Utiliser les plans de formation pour dynamiser les compétences du service	54
3.2.2	Le projet de vie des personnes handicapées : pivot d'une nouvelle organisation.....	58
3.2.3	Construire des partenariats et développer des réponses collectives	62
3.3	Une structuration qui doit s'inscrire dans le temps.....	66
3.3.1	La mise en place d'un service qui intervient à des horaires atypiques.....	67
3.3.2	Une organisation budgétaire au service du projet et des publics accompagnés..	71
3.3.3	L'élaboration d'une nouvelle démarche d'évaluation.....	74
	Conclusion	77
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AES : Allocation d'Education Spéciale
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
AMP : Aide Médico-Psychologique
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
APF : Association des Paralysés de France
CAFAD : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCN : Convention Collective Nationale
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale
CEDIFF : Centre de Documentation et d'Information des femmes et des Familles
CEMEA : Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active
CESU : Chèque Emploi Service Universel
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTOREP : COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DE-AVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DP : Délégué du Personnel
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EDDF : Engagement De Développement de Formation
ETP : Equivalent Temps Plein
FMAD : Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile
FPC : Formation Professionnelle Continue

GERIAPA : Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées

GIR : Groupes Iso Ressources

HAD : Hospitalisation à Domicile

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MTP : Majoration Tierce Personne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSD : Prestation Spécifique dépendance

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAP : Service Aux Personnes

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

La Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renversé la manière d'aborder la place et l'accompagnement des personnes handicapées. Elle passe de la recherche d'un statut pour les personnes à la question de leur participation à la vie sociale. Elle élabore une politique globale en faveur des personnes handicapées : de la reconnaissance du handicap aux ressources indispensables, de l'éducation à l'emploi, de l'accessibilité de son environnement aux compensations nécessaires. Pour se faire, elle instaure de nouveaux droits dont l'un va considérablement impacter les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)¹ : la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Cette prestation vise à satisfaire les besoins des personnes en aide humaine et technique, en aménagement de leur logement ou de leur véhicule, entre autres. Elle s'adresse essentiellement aux personnes qui ont choisi de vivre à leur domicile. L'aide humaine peut être servie de plusieurs façons : par un aidant familial, par l'embauche d'un salarié, par le recours à un service prestataire d'aide à domicile. De plus, la première phase de l'octroi de la prestation, nouveauté instituée par la loi, réside dans la détermination d'un projet de vie de la personne handicapée qui prend en compte ses aspirations. La PCH institue un besoin auquel il va falloir répondre. Puis en s'appuyant sur le projet de vie, elle fixe un nouveau cadre aux aides que les SAAD dispensaient traditionnellement.

Ce mode de financement offre à Espace Social, le SAAD que je dirige depuis avril 2003, la possibilité d'accueillir de nouveaux usagers. Espace Social a souvent accompagné des usagers en situation de handicap. Mais ils s'inscrivaient dans une partie marginale de son activité. Cela ne bousculait pas la structure. Or l'accueil en grand nombre dans le service de personnes en situation de handicap transforme implicitement une partie de ses fondations. En effet, Espace Social s'est construit à partir de l'aide et de l'accompagnement de personnes âgées. Malgré la volonté publique de fabriquer des prestations communes pour ces populations parce que l'origine de leurs besoins est similaire (dépendance et besoin d'aide dans les actes courants de la vie quotidienne), trouver des réponses adaptées au projet des personnes en situation de handicap ne relève pas des mêmes logiques. Je constate chaque jour que la structure du service ne garantit plus l'élaboration et la réalisation de réponses satisfaisantes. Et cela perturbe la qualité des accompagnements pour tous les usagers du service.

¹ Décret 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD

Malgré ces perturbations, Espace Social est un service qui dispose de nombreux atouts pour envisager le changement : un conseil d'administration impliqué, un taux d'activité qui lui permet de se projeter, une capacité d'adaptation de ses personnels, la volonté d'être un acteur des politiques sociales et médico-sociales de son territoire, des partenariats inscrits dans la durée. Ces atouts sont des points d'ancrage essentiels à la mise en œuvre d'une transformation de sa structuration. De plus, depuis 1997, au moins, pas une année ne s'est passée sans modification importante du cadre d'intervention des SAAD. Accueillir de nouveaux publics aux attentes et aux besoins différents s'inscrit dans ces modifications.

Depuis 2003, j'ai toujours dû impulser dans le service une dynamique d'adaptation : au cadre réglementaire (loi du 2 janvier 2002, loi sur l'APA, plan Borloo de développement des services aux personnes, accord de branche sur les classifications et les rémunérations, annualisation du temps de travail), aux usagers (de plus en plus dépendants), à l'environnement du secteur (accroissement de la concurrence entre services, démarche de certification). Repenser la structure parce que la Loi de février 2005 crée la PCH et provoque la nécessité de répondre à de nouveaux besoins devient une obligation. Cette obligation n'a de sens que par une appropriation collective des enjeux de la transformation d'Espace Social. C'est avec cette volonté que je souhaite structurer le service.

Afin de donner du sens à ce projet de structuration d'Espace Social, je propose, dans une première partie, d'observer et d'analyser comment le secteur de l'aide à domicile s'est constitué. A partir de ce retour sur son histoire, je montrerai les enjeux nouveaux que la Loi de février 2005 crée pour un service comme Espace Social. Enfin, je tenterai de comprendre comment le secteur de l'accueil des personnes handicapées s'est organisé pour aider les usagers à vivre à leur domicile quand ils le souhaitent afin d'y positionner le service.

Dans une seconde partie, je présenterai Espace Social en m'arrêtant sur sa situation actuelle et sur les liens que la structure entretient avec son environnement. La conjugaison de ces observations aboutit au repérage de ma problématique : nous accueillons des personnes handicapées, de plus en plus, mais nous ne sommes plus en mesure de fabriquer des réponses qui garantissent, d'une part, le respect des projets des usagers, d'autre part, le respect de l'intégrité des personnels.

Dans une troisième partie, je décrirai et j'argumenterai ma proposition de structuration d'Espace Social. Je m'appuierai sur ce qui existe pour agir sur l'organisation de ce projet, sur les compétences déployées par le service, sur le déploiement de nouveaux partenariats, la fabrication d'une nouvelle activité et une nouvelle répartition budgétaire. Enfin, je souhaite montrer comment la notion d'évaluation doit traverser tous ces axes de travail.

1 Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap est une priorité récente dans l'histoire d'un secteur en constante mutation

Plusieurs phases jalonnent l'histoire du domicile comme territoire d'intervention sociale et médico-sociale. Ces phases s'enchaînent, pas toujours de manière logique, en fonction des politiques publiques qui décident ou non de soutenir des usagers dans leur volonté de se maintenir à leur domicile en dépit de leurs dépendances.

1.1 Un secteur qui se construit en parallèle aux politiques publiques en faveur des personnes âgées

Le secteur de l'aide à domicile se développe au 20^{ème} siècle à partir, presque exclusivement, d'une population spécifique : les personnes âgées. C'est en répondant aux besoins de cette population que l'aide à domicile va commencer à exister dans la sphère publique. Or si certains besoins sont communs entre personnes âgées et personnes en situation de handicap, la manière dont ces besoins ont été reconnus et pris en compte par la société diffèrent.

1.1.1 Le rapport Laroque : les fondations d'une politique de développement du maintien à domicile des personnes âgées

L'histoire du secteur de l'aide et du maintien à domicile est ancienne. Dès le XVIème siècle, J.J Amyot² rappelle qu'en plein essor des structures d'enfermement des indigents, notamment par la création des hôpitaux généraux, un mouvement contestataire se forme pour parrainer des pauvres à domicile et leur éviter l'enfermement. Au XIXème siècle, des « nourrices sur lieu » sont imaginées pour laisser à leur domicile des enfants en bas âge qui souffrent de malnutrition. Puis la Loi du 14 juillet 1905 relative à « l'assistance aux infirmes, vieillards et incurables privés de ressources » tente d'aborder la vieillesse et l'infirmité sous un angle neuf et crée une aide dite « de secours à domicile obligatoire ». La première moitié du 20^{ème} siècle, comme le note Bernard Ennuyer³, reste « l'âge d'or de

² AMYOT J-J. Misère et splendeur de l'aide à domicile. Les Cahiers de l'Actif, mai-juin 1997, n°252-253

³ Bernard ENNUYER. Repenser le maintien à domicile. Paris. Editions DUNOD, 2006, p 48

l'hospice ». Les actions éparses de maintien à domicile qui existent sont l'œuvre de congrégations religieuses, d'associations de bénévoles et de solidarités familiales.

Après la seconde guerre mondiale, le vieillissement de la population provoque la mise en place de politiques de retraite et de fait la reconnaissance d'une population spécifique avec des besoins singuliers qu'il est nécessaire de prendre en compte pour la cohésion de la société.

Cependant ce n'est qu'au tournant des années 1960 que le secteur commence à s'organiser.

Le Rapport Laroque

En 1962, il y a 7,7 millions de personnes âgées (soit 16,8 % de la population) en France. 1962, c'est la date de publication du rapport Laroque qui s'intitule « Politique de la vieillesse ». La Commission d'étude pour la vieillesse, sous l'impulsion du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille, devait « étudier les problèmes posés par l'emploi et les conditions des personnes âgées et proposer au Gouvernement des solutions à donner à ces problèmes dans le cadre d'une politique d'ensemble, compte tenu de l'évolution démographique prévisible au cours des années à venir » (décret du 8 avril 1960 instituant la commission).

Ce rapport met l'accent sur la nécessité de laisser vivre les personnes âgées avec les autres générations en organisant la société pour que cela soit possible. Le placement en institution d'hébergement devait demeurer exceptionnel.

Une série de propositions émaillent le rapport : « construction de logements adaptés, généralisation de l'aide ménagère à domicile, création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, pour l'organisation de leurs occupations et de leurs loisirs »⁴.

Ainsi, en 1962, le rapport donne une existence officielle à une politique du maintien à domicile. « Le maintien à tous égards souhaitable des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale, pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes. L'effort le plus important à cet égard doit porter sur l'aide ménagère »⁵.

Les politiques publiques s'emparent enfin de l'organisation du secteur.

⁴ *ibid*, p. 50

⁵ *ibid*, p. 50

1.1.2 D'une volonté d'aider globalement les personnes âgées à vivre à leur domicile à des dispositifs qui ne viennent qu'en soutien des personnes

Du rapport Laroque à 1981

A quelques exceptions, c'est toujours autour des personnes âgées que s'articule le développement et du maintien à domicile et des structures qui s'en saisissent. La circulaire du 24 septembre 1971, émanant du VI^{ème} Plan de Développement Economique et Social, liste les aides directes à mettre en œuvre :

- l'aide ménagère : elle doit éviter les hospitalisations et les placements en hébergement collectif. Une attention doit être portée à la formation des personnels.
- Les soins infirmiers ou médicaux à domicile : encore une fois il s'agit d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations.
- Les visites à domicile que doivent réaliser des assistantes sociales ou des bénévoles.

Le VII^{ème} Plan va encore plus loin et vise à « préserver et à développer l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale »⁶. Un des objectifs du Plan, c'est qu'en 1980, 270000 personnes âgées bénéficient d'un ensemble de services à proximité de leur domicile et qu'un million devraient participer à l'un, au moins, des services créés⁷. Les actions envisagées traitent de l'amélioration de l'habitat (adaptation du cadre de vie aux handicaps du grand âge, installation du téléphone, interphone, aide ménagère, lavage de linge, travaux d'entretien) et de la participation à la vie sociale et culturelle (création d'activités physiques, développement d'activités culturelles, services téléphoniques). Ne sont pas oubliées bien sûr les actions liées aux fonctions sanitaires (soins à domicile, centres de jour, consultation de gérontologie sociale / construction de foyers restaurants, services de portage de repas, restauration diététique).

Pour financer ces objectifs, les personnes âgées sont aidées par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV). Le nombre d'usagers assistés d'une aide ménagère financée par la CNAV ne cesse de croître.

Mais à partir de 1980, le maintien à domicile des personnes âgées n'est plus la solution à envisager en premier lieu et autour de laquelle doivent s'articuler les autres réponses. Ce n'est plus qu'une solution parmi d'autres. Comme le souligne Bernard Ennuyer, l'Etat passe d'une politique de maintien à domicile à une politique de soutien à domicile⁸.

⁶ Ministère de la Santé. DAS. Circulaire n°AS5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n°15 : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

⁷ ibid

⁸ Op.cit, p. 60-62

Seuls, en 1983, les retraités, lors de leurs Assises nationales des retraités et personnes âgées ré-affirment que « la personne âgée doit garder le libre choix de son lieu de vie quel que soit son degré de perte d'autonomie. « La société, après s'être donnée les moyens d'en évaluer le coût, doit être garante du respect de ce choix »⁹.

Dans tous les cas, la vision globale de la prise en charge de la vieillesse et donc de l'intervention des services d'aide à domicile prônée par le rapport Laroque a vécu. La vision sociale de cette prise en charge est devenue une vision médicale. Dans le même mouvement, les objectifs d'organisation collective et d'intégration des personnes âgées à la vie sociale se sont transformés en objectifs individuels de prise en charge centrée sur le soin.

1.1.3 Les années 1980 : les personnes âgées deviennent une source de création d'emplois

C'est au cours de ces années qu'une nouvelle approche du maintien à domicile va télescoper les actions en œuvre : les personnes âgées deviennent un gisement d'emplois. Toute une série de mesures voit le jour. Elles concernent avant tout l'aide aux personnes âgées, elles-mêmes envisagées comme une réponse potentielle aux problèmes du chômage et non pas comme des sujets de l'action sociale et médico-sociale.

Ce sont vingt années durant lesquelles les politiques publiques ne résolvent pas vraiment les tensions entre ces deux approches. Elles ne parviennent pas à s'engager réellement dans l'une ou l'autre voie, si tant est qu'elles soient si contradictoires.

Ainsi en 1987, la Loi dite Seguin (n° 87-39 du 27 janvier 1987) introduit une exonération de charges patronales et une exonération fiscale pour la garde d'enfants de moins de trois ans à domicile et l'aide aux personnes âgées de plus de 70 ans. L'objectif affiché est de développer l'emploi en rendant l'offre de service moins onéreuse. Cette loi provoque la naissance des services mandataires. Cette exonération est un effet d'aubaine pour les personnes âgées qui demandent de l'aide plus massivement.

Dans la même ligne, en 1991, sont créés « les emplois familiaux »¹⁰ ; en 1993, c'est la création du Chèque Emploi Service qui est un moyen simplifié pour rémunérer les salariés à domicile. Cela s'achève temporairement en 2005 avec la Plan Borloo relatif au développement des services aux personnes, loi qu'une fiche technique de décembre 2008 ré-interprète comme une Loi d'abord destinée à favoriser l'accès aux services par les personnes les plus vulnérables, essentiellement les personnes âgées.

⁹ Op.cit., p. 63

Ainsi, durant les années 1990, les politiques publiques de soutien à domicile, en agissant sur le coût du travail et donc sur le coût des interventions, ont permis aux personnes âgées de faire appel plus facilement aux structures d'aide à domicile. Par ailleurs, pour les personnes âgées les plus dépendantes et qui nécessitent plus d'aide, les gouvernements vont imaginer d'autres leviers de solvabilisation des besoins.

En 1995, la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) est expérimentée dans 13 départements. Entre 1995 et 1997, le gouvernement veut mettre en place une allocation grande dépendance dont l'objectif prioritaire est, déclare Alain Juppé, « la création d'emplois »¹¹. En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est instaurée. C'est une aide en nature destinée à des personnes de plus de 60 ans dépendantes et vivant à domicile. Elle est servie et gérée par les départements. Les personnes sont classées selon des profils de perte d'autonomie sur la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) qui comprend 6 Groupes Iso-Ressources (GIR). Les personnes classées dans les groupes 1, 2 et 3 peuvent bénéficier de l'aide. Cette aide est soumise à récupération sur succession, ce qui est la cause première de son échec.

Le 20 juillet 2001, la Loi 2001-647 instaure l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et se substitue à la PSD : ouverture des droits pour les quatre premiers groupes iso-ressources, abandon de la reprise sur succession, diminution des disparités territoriales d'octroi de la prestation, attribution de l'aide en établissement, généralisation dans le département de structures de coordination et d'évaluation, ancêtre des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), sont les principales améliorations apportées par l'APA.

A partir de 2002, comment une personne âgée peut être aidée à domicile et selon quel critère :

GIR	PROFIL	BESOINS	FINANCEMENTS
1	perte complète d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale	Présence continue	Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : PSD Après 2001 : APA
2	dépendance physique totale ou déments capables de se mouvoir	surveillance constante et activités répétitives	Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : PSD Après 2001 : APA
3	perte d'autonomie motrice avec conservation des facultés mentales	aide quotidienne mais non continue	Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : PSD Après 2001 : APA

¹⁰ Loi n° 91-1-405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi. JO du 4 janvier 1992.

¹¹ Journal Le Monde du 5 octobre 1995, cité par B. ENNUYER (Op.cit.3, p 69)

4	perte d'autonomie pour les transferts avec autonomie de locomotion à l'intérieur du domicile et pour les repas	aide aux repas, à la toilette, aux transferts ainsi que ponctuellement à la demande	Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : Aide ménagère Après 2001 : APA
5	autonomie pour les repas, les transferts, les déplacements à l'intérieur du domicile, l'habillage et la toilette	aide aux tâches ménagères ou aux courses à raison de quelques interventions hebdomadaires	Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : Aide ménagère Après 2001 : Aide ménagère
6	autonomie face aux actes de la vie courante		Avant 97 : Aide ménagère Entre 97 et 2001 : Aide ménagère Après 2001 : Aide ménagère

Ces mesures, si elles n'ont qu'imparfaitement résolu la question du maintien à domicile des personnes âgées, ont atteint un de leurs objectifs : le développement des emplois d'aide à domicile quel qu'en soit le cadre réglementaire (gré à gré, prestataire, mandataire). Autour de ces politiques de solvabilisation des besoins, le secteur s'est constitué.

Il en va tout autrement des politiques de maintien à domicile des personnes en situation de handicap. Ce qu'elles mettent en œuvre est d'une autre nature car les acteurs mêmes, à la différence des personnes âgées, ont une influence sur la définition des besoins et des solutions à apporter.

1.2 La reconnaissance du domicile comme territoire d'intervention sociale pour les personnes en situation de handicap

La question est toute autre. La première partie a tenté de l'exprimer : un SAAD peut aider une personne à son domicile quand elle est solvable. Le SAAD n'est pas financé en tant que tel. Ce sont les usagers bénéficiaires d'une aide de l'Etat qui pourront la reverser à un service. Pour recevoir cette aide, il faut que le besoin soit reconnu puis pris en charge. Les besoins des personnes en situation de handicap sont reconnus mais les réponses prises en charge par la collectivité ne concernent massivement le domicile que depuis 2005.

Qu'est-ce qui a permis cette prise en charge récente ?

1.2.1 De l'institution à la création de modes d'accompagnements à partir du domicile

Comme pour les autres populations, le maintien à domicile des personnes en situation de handicap n'est pas qu'une réponse contemporaine. Mais peu souvent, les politiques publiques l'ont rendu financièrement possible.

Ainsi, jusque la fin du XIX^{ème} siècle, les infirmes dépendent de la charité malgré le principe d'une obligation de la société à l'égard des infirmes et des invalides proclamée dès 1789. Comme le rappelle M. Borgetto et R. Lafore, la II^{ème} République revient sur le principe pour n'en faire qu' « un devoir social destiné à n'être mis en œuvre que dans la limite des ressources de la collectivité »¹².

Une allocation financière, la prise en charge des frais de soins et de rééducation, l'aide médicale gratuite instituée par la Loi du 14 février 2005 posent les mécanismes d'une assistance publique obligatoire pour « les vieillards, infirmes et incurables ». Pourtant la question est bien différente pour les personnes âgées. D'un côté le fait d'être un vieillard ne se conçoit qu'à travers le prisme de l'âge. Être infirme ou incurable s'habille de beaucoup plus d'hétérogénéité : au-delà des types d'infirmité, cela ne renseigne ni de l'âge, ni du degré d'autonomie. De nombreuses Lois vont tenter d'aborder ces différences. Il s'agit, soit d'ouvrir des droits à la réparation, financière souvent, d'un préjudice en raison de la responsabilité d'un employeur ou de la nation, soit d'assurer par un mécanisme assurantiel un revenu de substitution aux salariés en cas d'invalidité, soit d'obliger à la solidarité nationale quand les personnes n'ont jamais eu d'emploi¹³. L'ensemble des dispositifs réglementaires tentent successivement de toucher tous les types de personnes handicapées.

La question du financement d'actions qui offrent la possibilité de se maintenir à domicile en dehors des solidarités familiales et du financement des soins médicaux ou infirmiers n'est abordée que par intermittence. Le principe de ce choix n'est pas nié. Mais l'institutionnalisation demeure la règle.

C'est la Loi d'Orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées qui visera à promouvoir une politique globale en faveur des personnes handicapées. La Loi affirme le devoir de la nation envers les personnes handicapées. L'article 1^{er} : « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé

¹² M. Borgetto, R. Lafore. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. Paris. Editions Montchrestien, 2006, p. 364

(...) constituent une obligation nationale ». Comme le rappelle Agnès Julien, elle sort « les intéressés de l'aide sociale facultative pour en faire des assurés sociaux relevant de la solidarité nationale »¹⁴.

De nouveaux droits sont institués dont l'emploi protégé, une garantie de ressources et des prestations comme l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou la Majoration Tierce Personne (MTP).

Or l'ACTP est une mesure directe du financement du maintien à domicile qui ne relève pas directement du soin médical ou infirmier.

L'ACTP reconnaît la légitimité de l'aide d'une tierce personne pour les adultes handicapés ne pouvant effectuer un ou plusieurs actes essentiels de la vie. Elle s'adresse aux personnes entre 20 et 60 ans. Cette mesure de financement ne s'entoure pas d'un cadre contraignant. L'usager reste en partie libre de son utilisation. Quand le bénéficiaire a un taux de sujétion moyen (< 80 %) il peut la donner à sa famille, s'en servir en complément d'un revenu, la placer, rémunérer une tierce personne sans la déclarer... Quand le taux de sujétion est supérieur à 80 %, il doit apporter la preuve qu'il emploie une tierce personne ou qu'il verse la somme à un membre de sa famille qui a du renoncer pour cela à une activité salariée.

Dans la réalité, en 1990, 60 à 80 % des personnes percevant l'ACTP avaient plus de 60 ans. Il leur fallait pour cela faire assimiler leur dépendance à un handicap. Afin de redifférencier les aides, la PSD sera créée en 1997.

Le manque d'encadrement de la mesure, la liberté laissée aux usagers poussera l'Etat à légiférer autrement.

Malgré tout, un certain nombre de personnes handicapées ont utilisé cette enveloppe pour embaucher des aides à domicile, soit directement, soit par l'intermédiaire d'associations. Le besoin était créé et diverses réponses existaient.

Pour continuer ce soutien de la vie à domicile des personnes handicapées, l'Etat, par la circulaire n°81/15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de création d'emplois, finance la création de 250 services d'auxiliaires de vie. Ces services doivent intervenir au domicile de personnes lourdement handicapées pour accomplir des gestes essentiels de la vie quotidienne : lever, coucher, toilette, soins d'hygiène et de prévention (à l'exclusion des soins infirmiers), l'aide à l'appareillage, la préparation et la

¹³ P. CAMBERLEIN (2008) Politiques et dispositifs du handicap en France. Paris. Editions Dunod, 2008, p. 1-3

¹⁴ A. JULIEN. Les Droits des personnes handicapées. ASH Suppléments. N°2470, 22 septembre 2006

prise des repas, les travaux ménagers, les sorties, les courses...La liste n'est pas exhaustive¹⁵.

Prétendent à l'usage de ces services : les personnes dont le besoin d'une tierce personne est reconnu par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP), les personnes qui perçoivent l'ACTP ou la MTP, les enfants qui ouvrent droit au complément des 2^{ème} et 3^{ème} catégorie de l'Allocation d'Education Spéciale (AES).

Ces services sont financés sous la forme d'un forfait annuel versé à des associations. Le dernier montant de ces forfaits était de 9650 €. En 2003, l'Etat participait à ces services à hauteur de 48,5 millions d'euros.

Ce sont les deux mesures phares des politiques de maintien à domicile des personnes handicapées. S'y ajoute de façon plus anecdotique la MTP allouée aux invalides 3^{ème} catégorie par l'assurance maladie.

Pourtant la souplesse de l'ACTP, les difficultés d'octroi des forfaits d'auxiliaires de vie n'ont pas donné d'ampleur à cette politique volontariste d'aider les personnes qui le désirent à vivre chez elles. Malgré la tentative de créer des alternatives à l'institutionnalisation d'une part ou à « l'abandon » d'autre part, le choix de vivre à son domicile n'est pas encore un choix aisé pour les personnes handicapées. En 2005, un nouveau pallier est franchi.

1.2.2 Les enjeux et les innovations de la Loi du 11 février 2005

La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées entend réformer la Loi de 1975 à partir d'une philosophie générale¹⁶ : « toute personne handicapée a le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de la citoyenneté. L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. »¹⁷ A partir de ce principe, c'est une nouvelle définition du handicap qui prend corps. La définition retenue est celle élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou

¹⁵ Circulaire n°82/11 du 26 mars 1982

¹⁶ Op. cit., p. 370

définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » A partir de cette définition, la Loi reconnaît l'ensemble des handicaps et ce sont autour de quatre axes qu'elle va s'organiser :

- Le libre choix du projet de vie
- La participation à la vie sociale
- La logique de service (réunion de l'ensemble des institutions)
- La prévention du handicap

La mesure phare du texte repose sur le droit à la compensation : « donner aux personnes handicapées des ressources et des moyens spécifiques en fonction des contraintes imposées par leur situation »¹⁸. Ce droit recouvre toutes les réponses collectives et individuelles des personnes. De ce droit est instaurée la prestation de compensation. Elle vise à satisfaire les besoins des personnes à plusieurs niveaux : aides humaines, techniques, animalières, en aménagement du logement ou du véhicule. Cette prestation est le volet de la Loi qui a une influence directe sur les SAAD car elle permet de solvabiliser les besoins à prendre en charge de manière beaucoup plus globale. Ce volet suppose que des réponses existent ou sont à imaginer. La responsabilité des SAAD dans sa mise en œuvre est donc fondamentale.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

C'est une prestation versée en nature ou en espèces selon le choix de la personne. Elle doit financer les surcoûts liés à son handicap. Plusieurs conditions régissent sa perception : condition de résidence, conditions d'âge (depuis l'origine, les personnes de plus de 60 ans y ont droit sous certaines conditions ; depuis avril 2008, les mineurs y ont accès), condition liée au handicap. Il faut présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités. Les difficultés relevées doivent être définitives ou d'une durée d'au moins un an. Pour percevoir la PCH, il faut suivre une instruction qui diffère des procédures d'obtention de l'ACTP car elle s'inscrit dans une nouvelle architecture et ne dépend pas que d'un taux d'incapacité. Sa mise en œuvre ne relève plus des compétences directes de l'Etat. Il faut déposer une demande dans une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui, dans les départements, devient l'interlocuteur des personnes handicapées. La MDPH est sous le statut d'un Groupement d'Intérêt Public. Elle réunit les anciennes COTOREP et Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) ainsi que

¹⁷ CASF, art. L.114-1

¹⁸ Op. Cit., p. 375

tous les espaces que les départements avaient créés de manière isolée et qui intervenaient pour les personnes handicapées.

La demande de PCH a deux volets : l'évaluation des besoins de compensation et la formalisation d'un plan personnalisé de compensation. Ces deux volets sont assurés par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et accordés par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH). La CDAPH est la commission qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, notamment pour l'attribution de prestations et l'orientation. Elle est composée de représentants du département, de services de l'Etat, des organismes de protection sociale, d'organisations syndicales, d'associations de parents d'élèves et bien sûr de représentants de personnes handicapées et de leur famille.

Elle peut être utilisée pour plusieurs actes : aide humaine, aide animalière, aide technique, aménagement du logement, aménagement du véhicule, surcoût des frais de transport, charges spécifiques au handicap.

Enfin, la PCH, à la différence de l'ACTP, est soumise à contrôle annuel. Les bénéficiaires doivent justifier de son utilisation dans les termes du plan de compensation sous peine de récupération.

Le rapport d'information au sénat de Mr Paul Blanc et Mme Annie Jarraud-Vergnolle¹⁹ sur le fonctionnement des MDPH donne quelques renseignements sur l'utilisation de la PCH. Tout d'abord, malgré une montée en charge régulière, l'engouement pour la PCH est faible. 70 % des personnes qui reçoivent la PCH ou l'ACTP préfèrent conserver le bénéfice de l'ACTP, a priori plus légère dans son utilisation.

Le montant moyen perçu par les allocataires en 2008 est de 1090 € par mois. Pour un service comme Espace Social, cela représente environ 60 heures d'aide mensuelle. A la fin du premier semestre 2008, il y avait 43000 allocataires de la PCH sur tout le territoire. 44 % de ces allocataires utilisent la PCH pour solvabiliser des aides humaines.

Le volet aide humaine

Il est ouvert à toute personne handicapée qui nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour la réalisation d'actes essentiels de l'existence ou une surveillance régulière. Les actes essentiels sont l'entretien personnel (la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination), les déplacements, la participation à la vie sociale²⁰. Un référentiel prévoit le temps nécessaire à la réalisation de chacun des actes. L'addition de

¹⁹ Rapport d'information de Monsieur Paul Blanc fait au nom de la commission des affaires sociales. N°359 (2006-2007), juillet 2007. Partie 1-B-1.

²⁰ Annexe VI

ces temps donne la durée quotidienne, hebdomadaire puis mensuelle du plan de compensation. Des variations des durées existent dans des situations spécifiques : pour les personnes atteintes d'une altération substantielle (troubles graves de l'orientation dans le temps et l'espace, dans la gestion de sa sécurité, dans l'utilisation des appareils et techniques de communication, dans la maîtrise de ses comportements avec autrui) ; pour les personnes nécessitant une aide totale et des soins constants.

Plusieurs modalités d'utilisation de la partie « aide humaine » de la prestation sont possibles : la rémunération directe d'un salarié, y compris un membre de sa famille ; le recours à un service mandataire ; le recours à un service prestataire ; le dédommagement d'un aidant familial.

A chacune de ces modalités le gouvernement fixe et actualise les montants de la PCH. Il est important de noter que pour un service autorisé au sens de la Loi du 2 janvier 2002, c'est le tarif fixé par le Président du Conseil Général qui prévaut. C'est le cas pour Espace Social.

L'évaluation des besoins et la détermination du plan individualisé de compensation ont un préalable également instauré par la Loi qui n'est pas sans conséquence sur la demande des personnes handicapées : il s'agit de l'élaboration voire de la rédaction d'un projet de vie.

Le projet de vie

Le projet de vie est un socle sur lequel l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire va s'effectuer.

Dans la Loi de février 2005, la notion de projet de vie est un moyen pour donner une place d'acteur à la personne en situation de handicap, qui doit pouvoir sortir d'une logique d'assistanat.

Ce préalable s'adresse à tous les demandeurs. Le projet de vie est l'expression d'une projection dans l'avenir, d'aspirations et de choix. En cela il donne du sens à ce que vit la personne. Cependant, handicapés ou non, les individus ne se posent pas chaque matin la question de leur projet de vie. Cette question ne se pose qu'à des moments charnières. Or la demande de compensation est aujourd'hui un des moments charnières dans le parcours d'une personne handicapée. C'est un moment où les personnes peuvent changer de perspective : passer d'une notion d'assistanat à une notion d'élaboration singulière et personnelle qui dépend de ce qu'on vit et de ce qu'on a vécu. C'est un moment qui doit permettre, comme le souligne le Professeur Louis Ploton, «de donner des raisons de vivre, des raisons narcissiques de prendre le risque de vivre (...) de sortir

du piège des images négatives (qui vampirisent) »²¹. C'est de plus insisterait Marcel Nuss l'occasion de ne pas renvoyer l'individu aux incapacités de son corps et à la seule nécessité d'en prendre soin²².

Compte tenu de la diversité des personnes handicapées, un accompagnement à son élaboration peut être nécessaire. Dans tous les cas, ce projet n'est jamais à juger ou évaluer. Il ne doit demeurer qu'un point de départ à la définition des compensations. Or un projet de vie dépend du moment de son élaboration, et il n'est pas figé. Du coup, les moyens de la compensation peuvent également se transformer et changer de nature, notamment sur le versant de l'aide humaine.

Les moyens théoriques sont à disposition pour compenser les handicaps que des personnes subissent : une loi qui reconnaît le droit de choisir (Loi du 2 janvier 2002) de vivre à domicile ; une loi qui donne des moyens pour mettre en œuvre ces choix (Loi du 11 février 2005) ; une architecture qui rend la démarche plus accessible (MDPH, équipe pluridisciplinaire, CDAPH). Des plans de compensation peuvent être accordés. Mais il demeure une multitude d'opérateurs à rencontrer pour déterminer ce qui correspond le mieux à chacun des usagers.

1.3 Des dispositifs médico-sociaux divers participent au maintien à domicile des personnes handicapées

Plusieurs types de services peuvent concourir au maintien à domicile des personnes en situation de handicap. Ce sont des services dont les origines se situent dans les années 1970. La nouveauté de la Loi du 2 janvier 2002, puis de la Loi du 11 février 2005, c'est d'en faire des acteurs clés du choix de vie de certaines personnes et de laisser la possibilité aux opérateurs de se coordonner via, entre autre, l'invitation à passer des conventions de coopération. Je propose de classer ces services en trois parties : ceux qui relèvent des politiques d'accompagnement du handicap et qui sont l'émanation d'associations déjà implantées dans ce secteur ; ceux qui relèvent du soin et de la santé ; ceux qui relèvent de l'aide à domicile.

²¹ Professeur Louis Ploton (janvier 2005). La notion de projet de vie a-t-elle un sens ? Conférence, Université Lumière Lyon 2, Laboratoire de psychologie de la santé et du développement

²² Marcel NUSS. Propositions pour un accompagnement plus humanisé et humanisant et une formation plus adaptée. Paris, juin 2006, p 6-12

Je vous propose un inventaire le plus complet possible de ces services afin de montrer la nécessité pour un SAAD de comprendre ce secteur en partie structuré et de le prendre en compte dans l'organisation de ses réponses.

1.3.1 SAVS, SAMSAH, SESSAD : entre maintien à domicile et action éducative

Ce sont des services dont l'histoire s'inscrit pleinement dans les mouvements du secteur du handicap. Ils sont des réponses complémentaires aux besoins des familles et des usagers que les associations rencontrent. Ils ont su profiter de l'évolution des politiques publiques pour répondre aux choix des personnes handicapées de continuer à vivre à domicile. Ils demeurent des espaces éducatifs mais ancrent leurs pratiques dans le quotidien des usagers.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

Les SAVS sont définis par le décret du 11 mars 2005²³. Cependant, il existait déjà des services de même type. Dans le Gard, les premiers services ont été créés en 1988. Ils ont ensuite bénéficié des mesures « emplois jeunes » que le Conseil Général a financé en totalité afin d'élargir leurs interventions. Ce sont les premiers Services d'Accompagnement à la Vie Autonome (SAVA) qui sont devenus les SAVS.

Ils ont pour vocation première de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes handicapées adultes. Les personnes aidées ont un besoin d'assistance dans les actes essentiels de l'existence et un besoin d'accompagnement social en milieu ouvert. Cette assistance et cet accompagnement visent à l'apprentissage de l'autonomie.

Pour réaliser cet objectif, le SAVS favorise le maintien et/ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires et professionnels en facilitant l'accès à l'ensemble des services de la collectivité.

Pour ce faire, les équipes des SAVS sont composées de divers métiers : assistant de service social, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, psychologue, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, moniteur éducateur, chargé d'insertion. Cette complémentarité met à disposition des usagers des interventions qui embrassent la globalité de leurs problématiques.

Dans le Gard, les SAVS ont fait le choix de ne pas s'occuper des interventions d'assistance dans les actes essentiels. En revanche, ils ont sur la réalisation de ces actes des missions d'évaluation et de coordination qui en font des partenaires centraux d'un SAAD comme Espace Social.

²³ Article D. 321-162 à D. 312-165 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH)

Le SAMSAH est défini par le même décret²⁴. Sa vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, comportant des prestations de soins, est de contribuer à la réalisation du projet de vie des adultes accompagnés. Les adultes handicapés accompagnés diffèrent de ceux d'un SAVS en ce que les soins réguliers, l'assistance médicale et para-médicale sont prépondérants.

De ce fait, se retrouvent dans les équipes, en plus des métiers présents dans un SAVS, des auxiliaires médicaux, des aides soignants, des infirmières, des médecins, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes.

Dans le Gard, de la même façon que pour les SAVS, choix a été fait de ne pas développer dans ces services des interventions directes d'assistance dans les actes essentiels. Le SAMSAH évalue, coordonne, procède au suivi de la réalisation des actes et des soins médicaux et paramédicaux.

Dans les deux cas, les services favorisent le libre choix entre le maintien à domicile et le placement en institution. Les publics accompagnés diffèrent en fonction de la nécessité des soins des uns et des autres. En revanche les SAAD sont susceptibles d'intervenir en collaboration avec ces deux services.

Le travail en collaboration avec les SESSAD est plus rare mais n'est pas exclu.

Les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)

Depuis avril 2008, la PCH est accessible aux mineurs. De ce fait, il est important de repérer quel type de structure peut devenir partenaire des interventions d'un SAAD.

Le SESSAD, comme les autres établissements pour enfants et adolescents handicapés, relève d'un dispositif autorisé et tarifé par le préfet et contrôlé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ce sont les décrets dits « annexes XXIV » qui régissaient missions et fonctionnements de ces établissements. Depuis janvier 2005, elles sont codifiées sous la référence D. 312-11 à D.312-22 du CASF en relation avec l'article L. 312-1 de la Loi du 2 janvier 2002.

Le SESSAD agit autour de deux dimensions : intervention de professionnels sur le lieu de vie de l'enfant et centralité de la dimension éducative. Le SESSAD peut intervenir directement en milieu scolaire. Il y avait 34000 places en SESSAD en 2006, soit 48 % d'augmentation depuis 2001 (source : enquête DRESS n°669).

L'irruption des enfants et des adolescents dans la sphère de la prestation de compensation doit alerter un SAAD comme Espace Social de la nécessité de se rapprocher de ces services.

1.3.2 SSIAD, HAD, réseaux de soins palliatifs : la prise en charge des soins

Ces services ne sont pas spécifiques aux personnes en situation de handicap. En revanche, ils sont centrés sur la notion de soins médicaux. Malgré une Loi qui ne pose plus la question du soin comme la seule question du handicap, ces services sont un maillon essentiel du choix de vivre à domicile.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Les SSIAD existent depuis les années 1970. Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 définit leurs missions : soins, hygiène et maternage. Ils dispensent, sur prescription médicale, des soins techniques, des soins de base relationnels. De fait, ils sont intégralement financés par l'assurance maladie. Les équipes sont constituées de professionnels de la santé : infirmier, aide-soignant, pédicure, podologue, ergothérapeute, psychothérapeute.

Ils doivent prévenir voire différer l'hospitalisation ou l'institutionnalisation des usagers. A l'inverse, ils doivent rendre le retour à domicile rapide et dans des conditions optimales.

Depuis 2004, les SSIAD interviennent auprès de toutes les populations adultes dites dépendantes (personnes de plus de 60 ans, malades ou/et dépendantes / personnes de moins de 60 ans présentant un handicap / personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologie chronique).

Le SSIAD était déjà un acteur essentiel du maintien à domicile des personnes âgées. L'augmentation régulière des places financées dans le cadre des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'Autonomie (PRIAC) en fait un partenaire essentiel du maintien à domicile de toutes les personnes en situation de dépendance.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'HAD est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle est régie par la Code de la santé Publique (articles L. 6121-2, L.6121-4, D. 6124-306 et suivants). Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement. Les domaines de la santé pris en charge sont de plus en plus larges. Ils peuvent concerner des maladies orphelines invalidantes pour lesquelles une hospitalisation classique n'est

²⁴ Articles D. 312-166 à D. 312-169 du Code de l'Action Sociale et des Familles

pas adaptée. Le dispositif est financé par l'assurance maladie au même titre qu'une hospitalisation classique.

Dans le Gard, il existe plusieurs structures d'HAD. Le règlement de chacune d'entre elles insiste sur la nécessité de coupler l'HAD avec une tierce personne présente 24 heures sur 24. Encore une fois, cette possibilité supplémentaire de se maintenir à domicile ne peut se suffire à elle-même et oblige les partenaires, le SAAD évidemment, à collaborer.

Les réseaux de soins palliatifs

Ce sont des réseaux qui naissent d'initiatives locales. Ils se constituent souvent à partir d'un établissement hospitalier. Leur objet se construit autour de l'évaluation et de la coordination la plus adaptée possible de l'ensemble des intervenants qui assurent une partie du maintien à domicile des usagers.

C'est un réseau de proximité, qui relie entre eux les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients en fin de vie. Les objectifs de deux de ces réseaux du Gard sont posés ainsi :

- L'amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie par la mise en place de soins palliatifs.
- La formation et le soutien des professionnels.
- L'identification des personnes ressources pour la prise en charge des patients en fin de vie.
- L'accessibilité aux soins palliatifs pour le patient quelque soit son lieu de vie et de soins
- La coordination des soins entre hôpital et domicile et entre les professionnels constituant l'équipe de proximité.

Ces réseaux deviennent essentiels quand il s'agit d'accompagner des personnes handicapées qui relèvent de maladies chroniques.

1.3.3 SAAD : un partenaire complémentaire de l'accompagnement social et sanitaire

Je m'attarderai bien-sûr un peu plus longuement sur cette partie qui touche directement le cadre du service que je dirige. Je m'attacherai à donner une image globale de ce qui constitue ce secteur.

Agréments et autorisations

La manière dont le secteur est constitué aujourd'hui dépend de deux cadres légaux distincts : le régime de l'autorisation médico-sociale et le régime des agréments préfectoraux.

Lors de la réforme du Code de l'Action Sociale et des Familles en 2002²⁵, l'Etat décide que les associations d'aide à domicile, qui deviennent les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) en 2004, doivent être soumises au même régime d'autorisation d'existence que tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Dès l'instant qu'une association s'adresse ou veut s'adresser à des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, elle doit, dans les cinq ans après la promulgation de la Loi du 2 Janvier 2002, avoir fait sa demande d'autorisation auprès du Président du Département et donc avoir répondu, malgré une procédure simplifiée pour les services qui existent déjà, à toutes les démarches d'autorisation. Cette partie de la Loi ne se fixait plus comme objectif prioritaire la création d'emplois mais bien la nécessité de coordonner, de planifier, de contrôler les coûts et les actions engagées par les services pour le maintien à domicile des plus vulnérables.

Les associations devaient donc entrer dans un régime à l'économie administrée, ce qui avait sa logique compte tenu des publics accueillis et du financement sur fonds publics de leurs aides. Les structures ont fait un grand travail de mise en conformité : projet de service, outils du droit des usagers, détermination de capacités, négociation budgétaire, négociation sur les résultats...

Cependant en 2005, une nouvelle Loi vient bousculer cette tentative de régulation du secteur : le Plan Borloo pour le développement des services aux personnes. La création d'emplois revient au centre de l'activité de maintien à domicile. Il existe un gisement de 500000 emplois affirme le ministère dans ce type d'activités de services. Mais il manque de porteurs de projets. Plusieurs raisons l'expliquent selon le ministère : la complexité administrative pour exister, les coûts pour les « clients », l'illisibilité du secteur. Il faut donc organiser le secteur, inciter à consommer, simplifier les créations d'entreprise. Le vocabulaire change et quelques mesures viennent contredire la Loi du 2 janvier 2002.

- Un droit d'option est institué : le choix du régime d'existence. Pour accueillir des personnes vulnérables au sens du CASF, les porteurs, devenus prestataires, peuvent choisir entre l'autorisation du Président du Département ou l'agrément qualité délivré par la Préfecture.
- La création du Chèque Emploi Service Universel (CESU) qui vise la simplification des moyens de paiement des salariés d'une part ; d'autre part, il incite les entreprises à participer au financement des CESU de leurs salariés pour diminuer les coûts des prestations à domicile.

²⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

- Diverses exonérations de cotisations patronales et d'allègements fiscaux diminuent les coûts donc favorisent la consommation de services.
- Des enseignes sont mises en place pour rendre lisible le paysage en structurant l'offre de services.

Pour intervenir, un service d'aide à domicile peut donc être autorisé par le Président du département et dépendre d'une économie administrée. Il relève du secteur des SAAD.

Il peut aussi être agréé « qualité » par la Préfecture²⁶. En outre, il peut être agréé « simple » pour les tâches d'entretien de la maison auprès de tout type de publics, personnes âgées et personnes en situation de handicap comprises. Dans ces deux cas, il est libre de ses capacités d'intervention et de la détermination de ses tarifs. Il relève du secteur des « services à la personne ».

Cependant, existe-t-il, comme la notion de « services aux personnes » le laisse supposer, un secteur cohérent, organisé qui réponde à des logiques et des enjeux communs ? F-X. Devetter, F. Jany-Catrice, T. Ribault²⁷, en analysant cette nébuleuse par le prisme des conditions de l'emploi, répondent par la négative. Malgré une communication qui vise à regrouper les métiers en cause autour du dénominateur « services aux personnes », il n'y a pas d'unité à la diversité de traitement des situations rencontrées. Tout au plus, peut-on distinguer deux dimensions : les acteurs qui interviennent dans les « activités domestiques » et ceux qui fournissent de « l'aide à domicile classique ». Dans cette seconde hypothèse, se trouveront confondus des services autorisés et des services agréés qualité.

Prestataire / mandataire / gré à gré

Une structure d'aide à domicile, qu'elle soit associative ou privée lucrative, peut intervenir sous plusieurs modes.

Le mode prestataire (c'est le mode privilégié dans le régime de l'autorisation médico-sociale) consiste en la fourniture globale d'un service en échange d'un paiement. Ce service est contractualisé entre la structure et l'utilisateur. L'utilisateur demande qu'on intervienne à son domicile ou à partir de son domicile et il s'en remet à l'association pour la gestion des personnels, l'organisation des interventions et la continuité du service.

²⁶ En application de l'article L. 7231-1 du Code du Travail

²⁷ FX. DEVETTER, F. JANY CATRICE, T. RIBAUT. Les Services à la Personne. Editions La Découverte, Paris, 2009

Le mode mandataire consiste en la fourniture d'une aide administrative à l'embauche d'un salarié par un particulier. Les prérogatives de l'employeur sont du ressort du particulier. La structure n'aura en charge, de manière contractuelle également, que l'élaboration des documents administratifs : déclaration unique d'embauche, contrat de travail, bulletin de salaire, documents de fin de contrat... Eventuellement, la structure peut faire de la mise en relation entre salariés potentiels et particuliers employeurs.

Enfin le gré à gré consiste pour une personne à devenir employeur d'un salarié et d'en assurer l'entière responsabilité.

Tout type de public peut requérir à de l'aide à domicile sous l'un de ces trois modes. Certains usagers peuvent se servir des trois modes en même temps. Ce qui arrive pour des personnes en situation de handicap dont l'accompagnement est très important.

Cette complexité des approches administratives du secteur a provoqué un effet attendu au demeurant : une exacerbation de la concurrence entre services, entre modes d'interventions. Cette concurrence n'est pas sans effet sur les populations accueillies ni sur les méthodes de communication des structures. La frontière entre activité commerciale et activité sociale se brouille. Cela demande une discipline importante que de continuer à intervenir dans le cadre social et médico-social qui est un cadre contraint, certes, mais qui semble être celui qui accorde le plus de garantie de qualité aux usagers.

Les SAAD sont devenus des acteurs du maintien à domicile des personnes en situation de handicap

Le secteur de l'aide à domicile a besoin pour intervenir que les publics soient solvables. L'Etat a permis, quel qu'aient été ses objectifs, de rendre solvables un certain nombre d'usagers relevant de l'action sociale et du devoir de la collectivité de protéger ou de compenser les incapacités. Les SAAD, habilités à répondre aux besoins d'aide humaine de ces personnes, deviennent un partenaire des politiques publiques mais aussi de ceux qui les mettent en œuvre.

Au-delà de la solvabilisation, la Loi a mis en lumière des besoins auxquels il est impératif de répondre. C'est le cas des besoins d'aide humaine des personnes handicapées quand elles font le choix de vivre à leur domicile. Le secteur historique de l'aide aux personnes handicapées a déjà construit des réponses au maintien à domicile de ces publics. La PCH positionne de nouveaux acteurs, les SAAD, comme partenaires de ces dispositifs. Ils doivent intervenir pour la réalisation d'actes indispensables à une politique globale de maintien à domicile, actes jusqu'alors peu réalisés. Espace Social, en tant que SAAD

autorisé dans le cadre de la Loi 2002-2, veut s'inscrire dans ce dispositif. Mais c'est en tenant compte de sa situation actuelle, de son environnement et des problématiques qu'il rencontre dans l'organisation de réponses adaptées à ces nouveaux publics que cette inscription doit se structurer. Ce sont les points autour desquels s'articule cette seconde partie.

2 Les personnes en situation de handicap, un public qui incite Espace Social à se structurer différemment

Il est primordial pour repérer les difficultés d'Espace Social dans l'organisation de réponses adaptées au projet de vie de personnes en situation de handicap de les resituer dans leur contexte. Ce contexte doit permettre de repérer les atouts du service, atouts qui serviront ensuite à construire du projet ; mais aussi ses faiblesses sur lesquels je dois agir pour rendre efficaces toutes les propositions de transformation de la structure actuelle. Voilà pourquoi je propose dans cette partie une photographie du service et de son environnement.

2.1 Des étapes importantes jalonnent le parcours d'Espace Social

2.1.1 La création de l'association : une histoire collective

Origine et projet

Espace Social est créé en 1992. L'association est l'émanation de la rencontre entre des stagiaires, des formateurs et des institutions.

En 1988, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD), est le diplôme du secteur. Pour préparer ce certificat, les postulants doivent avoir un emploi d'aide à domicile et le préparer dans le cadre des plans de formation des établissements. Les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA) en partenariat avec le Centre d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CEDIFF) proposent à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc Roussillon (DRASS) d'organiser une formation CAFAD accessible en voie directe. Ils justifient leur demande par le recensement auprès des associations d'aide à domicile de Nîmes des besoins en personnel formé. De plus, ils imaginent que ces sessions puissent s'adresser à des femmes isolées de la ZUP sud de la ville afin de les aider à trouver une voie d'insertion professionnelle vers un métier d'avenir. La DRASS valide le projet en 1989 et le reconduit trois années de plus au vu des résultats : les employeurs potentiels ont embauché les diplômées, les femmes en formation ont rompu leur isolement vers un métier qui les valorise.

Lors de la troisième session, la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) apprend à l'équipe de formateurs la mise en œuvre du dispositif « emplois familiaux » et leur suggère de créer une nouvelle structure pour augmenter l'offre de service et proposer directement de l'emploi aux stagiaires diplômées.

Les formateurs soumettent le projet aux stagiaires et, ensemble, ils décident de créer leur propre association qu'ils nomment Espace Social.

Dès 1992, Espace Social est agréé « emplois familiaux » par la DDTEFP du Gard et commence à intervenir à domicile auprès de personnes âgées, en prestataire et en mandataire. Les formateurs constituent le conseil d'administration ; les stagiaires deviennent les premières salariées.

Le projet associatif se construit autour de deux objectifs transversaux : aider des personnes à s'insérer dans la vie professionnelle ; aider des personnes à se maintenir à leur domicile quand elles le souhaitent. Ce sont deux objectifs qui traversent un grand nombre d'associations du secteur qui se sont créées dans les années 1990. C'était la marque d'une inscription dans son environnement institutionnel. Comme je le rappelai dans la première partie, ce sont les années où le soutien à domicile des personnes âgées avait comme objectif principal la création d'emplois. Cependant, répondre à cet objectif de création d'emplois, si cela a immédiatement servi l'association, ne pouvait être la justification de son action.

Ainsi dès le début de son activité, la question de l'aide à domicile des personnes les plus vulnérables est la question centrale du projet de l'association. Autour d'elles se sont construits des projets, des organisations, des pratiques. Et pour cela l'association a toujours privilégié le développement de son service prestataire qui lui semblait mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables. Même si elle dispose d'un service mandataire qui peut aussi répondre aux projets de vie à domicile des personnes aidées.

A l'écoute des politiques institutionnelles

De sa création à 2002, Espace Social suit une progression qui s'apparente à celle du secteur : emplois familiaux, développement du mandataire, service d'auxiliaires de vie PED puis PSD.

En 1999, le Conseil d'Administration a répondu favorablement à une demande de la DDASS : accepter de gérer le mandat administratif d'une personne lourdement handicapée en échange de la distribution de postes d'auxiliaires de vie. Ces postes consistaient en une aide financière annuelle délivrée à l'association. Elle devait redistribuer cette aide, en diminuant les coûts de la prestation, aux personnes handicapées qui faisaient appel à ses services. Ce service était contrôlé chaque année par la DDASS. Il a permis à nouveau d'élargir les collaborations et de construire des réponses à des besoins auxquels nous ne répondions pas.

A partir du 20 juillet 2001, la Loi 2001-647 instaure l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) en remplacement de la PSD. Cette mesure est la source principale du

fort développement de l'association à partir de septembre 2002. Cependant si elle a été un effet d'aubaine, l'APA a permis de donner corps aux jalons qu'avait posés le service : volonté de travailler en collaboration, nécessité de répondre à des besoins définis de manière concertée, capacité d'adaptation et de réaction aux problématiques quotidiennes.

Il faut noter qu'Espace Social n'est conventionné par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) que depuis 2007. De ce fait, jusqu'à cette date, elle n'a jamais eu accès à l'aide ménagère financée par la Caisse Nationale d'assurance Vieillesse (CNAV). L'APA a représenté la seule solution pour donner une nouvelle dimension au service. Or la mise en place de l'APA correspond à la diminution des montants d'aide attribués par la CNAV. Si ne pas bénéficier de conventions avec la CRAM était un handicap pour se développer avant 2001, les effets, à partir de cette date, n'ont plus été qu'anecdotiques pour Espace Social.

En quelques chiffres

C'est à ce moment là que l'activité de l'association augmente. Elle passe d'une logique « familiale » à l'obligation radicale de structurer son fonctionnement et son organisation pour assumer la hausse du nombre d'usagers accompagnés et des salariés.

De 2001 à 2008, l'activité croît de 7300 heures par an à 107500 heures.

Dans le même temps le nombre des usagers passe de 90 à 550.

Pour accompagner ces personnes, il y avait, en 2001, 5 Equivalent Temps Plein (ETP) répartis entre 12 salariés. Pour coordonner ces 12 salariés, deux personnes, pour 1,5 ETP, travaillaient à l'administratif. Ces deux personnes étaient essentiellement financées par le service mandataire qui demeurait important grâce au mandat de gestion que la DDASS avait confié en 1999.

En 2008, il y a 85 ETP répartis sur 103 salariés, auxquelles s'ajoutent 8 salariés, pour 7,5 ETP dans l'équipe administrative. Ces 8 salariés sont financés aujourd'hui à 99% par le service prestataire.

En revanche, la répartition du type de personnes aidées ne change pas profondément jusque 2007. Espace Social accompagne surtout des personnes âgées. Ce qui s'est modifié, c'est le type d'allocation qu'elles perçoivent pour se faire aider. Ainsi en 2005 et 2006, c'est pratiquement 85 % des personnes que nous servons qui perçoivent l'APA. Les autres personnes perçoivent des aides de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), dans le cadre des soins palliatifs, des aides de la CRAM, dans le cadre de l'aide au retour à domicile après hospitalisation, quelques aides de leurs mutuelles.

Enfin, jusque 2007, nous disposions encore des postes d'auxiliaires de vie. Nous accueillions donc des personnes lourdement handicapées qui complétaient le financement de leur prise en charge par l'ACTP ou la MTP.

En 2003, le Conseil d'Administration d'Espace Social, au début de cette évolution, décide de créer un poste de directeur. C'est en avril que je suis recruté. Les missions sont vite clarifiées par le contexte :

- organiser le développement de l'association pour faire face aux besoins exponentiels des usagers
- structurer le service au niveau des ressources humaines et des ressources financières
- mettre en œuvre une démarche qualité

2.1.2 Un préalable au développement de l'association : traiter les conditions de travail

J'arrive à Espace Social après la promulgation de la Loi du 2 janvier 2002 qui réforme et rénove le Code de l'Action Sociale et des Familles. Une nouveauté importante de la loi est l'intégration dans son champ d'application des SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile). Une analyse rapide du contexte de l'association (histoire, projet, partenariats, environnement social et économique) me convainc de la nécessité de s'intégrer au tissu des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cependant, avant d'engager la démarche proprement dite, il fallait agir sur un préalable :

La normalisation des conditions de travail

La façon de gérer les conditions de travail dans l'aide à domicile a toujours été aléatoire. Malgré une Convention Collective Nationale (CCN) qui date de 1983²⁸, sa non-extension a souvent autorisé des pratiques abusives du droit du travail. Or engager un service dans la voie de la professionnalisation n'est qu'un leurre sans un travail de fond sur les conditions d'exercice du métier. Espace Social ressemblait en cela aux structures de son environnement. La pratique la plus symptomatique résidait dans le paiement des salariées aux heures qu'elles effectuaient au domicile des usagers et ce en dépit des contrats de travail.

J'ai démarré cette normalisation à partir de cet abus. J'ai utilisé la signature de l'Accord de Branche sur les rémunérations et les classifications de juillet 2003²⁹, accord un temps étendu, puis remis en cause puis ré-étendu. Cet accord revoyait la classification des métiers³⁰ en même temps que les salaires afférents. Il distingue, pour ce qui nous concerne, trois métiers d'intervention : les agents à domicile, les employés à domicile et

²⁸ Convention Collective Nationale des Organismes d'Aide et de Maintien à Domicile, 1983

²⁹ Accord du 29 mars 2002 relatif aux emplois et aux rémunérations

les auxiliaires de vie sociale. Le classement dans une catégorie dépend à la fois des publics auprès desquels le salarié est affecté et des qualifications et diplômes. C'était l'occasion de revoir tous les contrats de travail à partir d'un modèle conforme au droit du travail et à la CCN.

Au 1^{er} juillet, tous les salariés et futurs salariés étaient mensualisés, ce qui n'était pas une mince « innovation » dans le secteur. Les temps de déplacement devenaient enfin du temps de travail. Les frais de déplacement étaient remboursés. Mais le respect des dispositions conventionnelles ne devait se suffire de ce progrès.

L'économie de l'association s'est tendue immédiatement par le respect de ses deux points : la mensualisation et la nouvelle classification. Après une année, il était évident qu'une mensualisation simple ne correspondait pas à notre contexte. J'ai alors négocié avec les délégués syndicaux un accord sur la modulation du temps de travail.

C'est à partir de cet accord agréé en 2004 que le réel travail de cadrage des conditions de travail a démarré. En effet, les partenaires sociaux partaient du principe que la modulation, en fait une annualisation aux bornes précises, constituait une régression de leurs nouvelles conditions de travail. Nous avons donc sur chaque point négocié les contreparties à cet accord indispensable pour le service. Et ces contreparties consistaient en la mise en œuvre de mesures légales que nous peinions à formaliser : travail un dimanche par mois et repos compensateur, amplitude de travail, délai de prévenance et de transmission des plannings, négociation annuelle sur le temps de travail...

Avoir redéfini les conditions de travail en négociant avec les représentants des salariés a été une étape importante dans le trajet du service. Cela a favorisé un esprit de concertation dont nous restons largement bénéficiaires.

2.1.3 Valoriser le parcours d'Espace Social par son intégration dans le secteur social et médico-social et par la certification de sa démarche qualité

Espace Social était une association au fonctionnement « familial ». C'est à la découverte d'un problème, d'une situation complexe que les moyens d'y répondre se mettaient en œuvre. Les salariés ont acquis des compétences en terme de réactivité mais prévoir et organiser son travail étaient des notions absentes. Le Conseil d'Administration a compris que le développement probable et souhaité de l'association ne s'accommoderait pas de ce fonctionnement.

³⁰ Annexe I

Entre avril 2003 et août 2005, en même temps que la normalisation des conditions de travail, Espace Social a structuré son service à partir de deux entrées : la Loi du 2 Janvier 2002 et la démarche qualité valorisée par la certification « NF services aux personnes à domicile ». Ces deux entrées me semblaient complémentaires car elles offraient la possibilité de traiter à la fois du projet (la loi) et de la question des procédures (la certification). Elles répondaient ensemble aux logiques parfois contradictoires à l'œuvre dans notre secteur. Le Conseil d'Administration a validé l'entrée dans ces deux approches.

La mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002

Nous avons vite compris, au-delà de l'obligation, l'opportunité que représentait l'intégration des SAAD dans le champ d'application de la réforme du CASF. Cette entrée reconnaissait et validait que l'intervention au domicile des publics vulnérables s'inscrivait dans une démarche globale de cohésion sociale, de lutte contre les formes de maltraitance et nécessitait, en plus de compétences singulières, des espaces de régulation et de planification. Ces points étaient mis en exergue par les fondateurs d'Espace Social depuis son origine. Il fallait les transformer en projet, passer d'une culture de l'évidence à la formalisation de ces évidences.

Le projet

S'il y en avait un à Espace Social, il était implicite. L'obligation de déposer notre dossier d'autorisation sociale et médico-sociale fut l'occasion de retravailler collectivement le projet de l'association puis de le décliner en projet de service.

Cependant, je n'ai pas voulu que ce soit un travail déconnecté de ce qui existait. C'est donc à partir de l'observation des pratiques en cours, des relations entre les salariés et les usagers, de leur rapport à la notion d'aide qu'il s'est construit.

Ce travail a permis d'affiner les causes de nos interventions, la manière dont nous les envisagions et de se mettre d'accord sur la direction que devait prendre l'association. J'ai pu mobiliser en plus du Conseil d'Administration, tous les salariés administratifs, quelques intervenantes ; des usagers se sont prêtés au jeu de la formalisation.

Comme souvent, ce type de travail a eu des effets en terme de cohésion d'équipe et de mise en mouvement mais, à plus long terme, il permet de se référer à un cadre et d'en vérifier l'actualité ou l'obsolescence.

La déclinaison du projet associatif, enfin écrit, en projet de service m'a permis de l'intégrer à un environnement social et économique : définir des publics, des territoires, des organisations cohérentes, projeter des évolutions, ouvrir des partenariats, prévoir des moyens.

De plus, avec le projet, il a fallu mettre en forme les outils du droit des usagers.

Les outils

Leur définition a été la base d'une mobilisation collective des équipes. Ecrire un livret d'accueil, soit. Mais comment le présenter, le commenter, en faire la base de relations contractuelles avec des usagers dont les préoccupations se situent dans l'urgence de leur gestion quotidienne : entretenir le cadre de vie, manger, s'habiller... Quand ces usagers sont atteints de démence sénile, qu'ils n'ont pas de représentants, le défi consiste à allier sa réalisation et sa transmission.

Je parle également des annexes au livret : charte des droits et libertés des personnes accueillies, règlement de fonctionnement, information sur les personnes qualifiées.

Dans tous les cas, cet ensemble doit offrir la possibilité aux personnes aidées de choisir si oui ou non, elles auront à faire avec Espace Social.

Ainsi, en même temps que son élaboration, les équipes le testaient auprès des usagers jusqu'à trouver la forme la plus adaptée à leur diversité.

La notion du contrat a été plus formelle. Le contrat répond pour notre secteur à des obligations liées au code de la consommation. Mais ces obligations ont recentré les professionnels sur la notion de service, de prestation de service. Je ne pense pas que notre intervention relève de la simple prestation de service. Même si tout notre environnement nous y pousse. Ecrire un contrat qui fixe les droits et devoirs de chaque partie, qui fixe les termes de l'échange clarifie cependant la nature de notre relation. Or dans le secteur, cette relation était trop souvent construite sur de l'usage et aucune référence ne pouvait servir de régulateur aux conflits, aux négociations. Le contrat offre cette opportunité et il était fondamental que chacun s'y penche.

L'autre aspect sur lequel j'ai insisté fortement, c'est la nécessaire participation des intervenantes à tout ce processus. L'entrée dans le secteur médico-social est une reconnaissance et une valorisation de leurs fonctions bien sûr. Mais elle change la manière de les aborder. Passer du statut plus ou moins défini d'aide ménagère à celui d'acteur de l'action sociale implique une transformation de sa culture professionnelle. Dès mon arrivée, chaque mois, par petits groupes, les intervenantes devaient participer à des temps de réunion : de l'analyse des pratiques professionnelles avec une psychologue clinicienne afin de resituer chaque situation dans un environnement personnel ; des informations générales pour replacer les interventions dans leur environnement social et professionnel. Les premiers effets ont été rapides : l'investissement dans leur métier, l'attention portée à la nécessaire collaboration entre coordination et intervention, la volonté de prévenir les situations à risque, mais aussi un sentiment d'appartenance à cette association et son projet.

Toute cette phase de mise en adéquation des projets, des objets de travail avec la loi du 2 janvier 2002 a montré une réelle capacité de mise en mouvement de tous les acteurs de l'association, une vraie capacité d'adaptation à des publics qui augmentent et qui se modifient dans leurs besoins, leurs attentes, leurs origines, leur cadre de vie. Espace Social est autorisé, après avis du Comité Régionale de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), par le Président du Département le 15 août 2005.

La certification NF « Services aux personnes à domicile »

Lors de mon embauche, le Conseil d'Administration d'Espace Social m'a missionné également pour concrétiser la tentative de démarche qualité initiée en 2002 par l'obtention de la certification « NF X 50-056 Services aux personnes ». Fin 2002, un assistant qualité avait été recruté. Sa première fonction consistait en la description de l'organisation du service.

A mon arrivée, il y avait donc une trame relativement précise de la manière dont fonctionnaient les salariés pour mettre en œuvre les interventions : de l'administratif aux aides à domicile.

J'ai constitué un comité qualité (deux usagers, deux intervenantes, un administratif, l'assistant qualité, la présidente) pour être garant de la démarche et vérifier que les procédures n'étaient pas en contradiction ni avec le projet du service ni avec les attendus de la norme et de son règlement. Ce comité a de plus été l'occasion de nouer des relations avec des usagers et d'accréditer l'idée qu'il valait mieux leur soutien et leurs conseils pour engager toute démarche de transformation qui les concerne directement.

Cette démarche, Espace Social s'en est servi comme d'un véritable outil de mobilisation des personnels. Elle a touché tous les aspects de la prise en charge des usagers mais elle a aussi contraint à examiner la façon de recruter, de former, de fixer les fonctions.

Avec l'assistant qualité, nous avons référencé, mis à jour, indicé et diffusé l'ensemble des documents utilisés. Nous avons normalisé les modèles et organisé les enregistrements, leur classement et leur archivage. Ensuite des procédures ont décrit les modes opératoires sur chacun des axes de nos missions : l'offre de service / l'accueil / l'analyse des besoins / la préparation de l'intervention / le suivi / l'évaluation de la qualité perçue par l'utilisateur / le traitement des réclamations / la mise en place d'actions correctives / la mise en place d'actions préventives / la gestion documentaire. Ces documents sont répertoriés dans un plan qualité remis à jour au moins une fois par an auquel une note d'engagement de la direction est jointe.

Ce plan, sans doute moins utile aujourd'hui, a astreint le service à rendre visible et lisible ses pratiques. En les fixant à l'écrit, un outil de référence est consultable, modifiable, partageable. Les usages, les pratiques ne sont plus seulement la propriété des personnes en cause car ils ont été diffusés.

Bien sûr en lien direct avec les deux aspects évoqués précédemment (la normalisation des conditions de travail et l'entrée dans la Loi du 2 janvier 2002), la démarche de certification m'a contraint de la même manière à formaliser les pratiques de traitement des salariés : construire un organigramme, définir des fonctions et des fiches de poste, mettre en œuvre des évaluations professionnelles annuelles, activer des plans de formation, organiser des procédures de recrutement, d'accueil et d'accompagnement des nouveaux salariés.

Une politique de formation a été mise en œuvre par le biais d'un Engagement de Développement de la Formation (EDDF) jusqu'en 2006 puis avec le Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile (FMAD) puis avec des fonds de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) gérés par l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de branche (UNIFORMATION). Au-delà des possibilités de financement individuel, par ces actions, le plan de formation de l'association a été multiplié par 5 dans ses possibilités de prise en charge. Malgré les difficultés d'organisation que posent les départs en formation, je ne renonce toujours pas à utiliser ces fonds pour adapter, hausser, déplacer le niveau de compétences des salariés.

Cet accompagnement dans la démarche qualité, qui nous a aussi servi dans la fabrication du dossier d'autorisation, a été réalisé grâce à un financement FMAD. Ce financement a été obtenu par la mutualisation d'un consultant sur plusieurs services du département qui étaient dans une dynamique similaire. De plus, l'ensemble de la démarche a été une opération presque sans douleur financièrement, jusqu'à l'obtention de la certification dans tous les cas : l'assistant qualité était un des derniers « emploi jeune », le FMAD a payé le consultant, le Groupement d'Etudes, de Recherche et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées (GERIAPA) nous a remboursé tous les frais d'audit car nous faisons partie en octobre 2004 des dix premières associations certifiées en France.

Grâce aux liens tissés puis entretenus sur ses territoires d'intervention, Espace Social a appréhendé sereinement sa structuration et son développement.

2.2 Espace Social évolue grâce à l'observation de son environnement partenarial, social et économique

2.2.1 L'implication du service dans un travail partenarial

Espace Social, au-delà de sa structuration interne, de la satisfaction des usagers pour les services apportés, a également su tisser des liens avec son environnement, créer des partenariats et des collaborations qui lui ont permis de ne pas s'enfermer et d'être souvent en capacité de rebondir, de s'adapter quand cela était nécessaire. Ces liens sont multiples et à plusieurs niveaux.

Au niveau du département

L'organisation de l'APA dans le département a été constitutive de la création de CLIC par territoire. Nos lieux d'intervention se situent sur trois territoires couverts chacun par un CLIC. L'importance des CLIC dans le Gard est primordiale. Ils sont de niveau 3 : ils accueillent et orientent les personnes âgées, ils définissent les GIR et les plans d'aide APA, ils coordonnent les prises en charge, ils impulsent des dynamiques de collaboration. Dès lors, sans relations proximales, il est quasiment impossible d'accéder aux prises en charge. Espace Social s'est inscrit dans tous les groupes de travail qu'ils ont impulsés : commission technique, groupe de projet, actions collectives, conseil d'administration. De plus, j'ai demandé aux équipes de ne jamais oublier de leur rappeler leurs fonctions de coordination et de toujours s'y référer en cas de modification d'une prise en charge, de nouveaux besoins à prendre en compte. Leur confiance dans notre capacité d'embrasser globalement les accompagnements des usagers et de répondre au plus près des besoins repérés et exprimés a aidé Espace Social à s'installer comme un partenaire indispensable au niveau local.

Par extension, nos bonnes relations avec ces bras armés de l'APA dans le Gard, ont donné de l'association une image favorable aux services départementaux. Du fait d'une certaine rigueur et d'une vraie transparence dans le système de facturation, la direction de l'action sociale du département a vite décidé de nous impliquer fortement dans les perspectives d'organisation sociale et médico-sociale. Les axes internes de travail étant connus, le département a proposé à Espace Social de participer activement au groupe sur les démarches qualité et d'évaluation dans le cadre de la rédaction du schéma départemental « personnes âgées » 2003-2008. Au-delà du travail interne sur le projet d'établissement et les outils de la loi du 2 janvier 2002, c'est dans une vraie collaboration que le dossier d'autorisation s'est constitué avec des allers retours fréquents entre leurs services et celui de l'association. Et cela jusqu'au niveau budgétaire : notre tarif horaire est important en comparaison des autres établissements mais nos choix et obligations de

structuration le justifient. Malgré les tensions classiques de définition des tarifs, Espace Social, plus que soutenu, est avec trois ou quatre autres services, devenu une base de référence sur les questions de la convergence tarifaire.

Enfin, la DDASS du Gard, en plus d'un vrai rôle de conseil, a toujours accompagné nos projets : financement d'actions annuelles, financement de la démarche qualité, augmentation des postes d'auxiliaires de vie.

Au niveau associatif

Espace Social a besoin de relations avec des partenaires aux problématiques communes. L'Union Régionale Inter-fédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), dès 2003, a initié un espace de travail qui réunit des SAAD de la région. Ce groupe a une fonction de veille juridique, d'échanges sur les pratiques et les réalités locales plus que disparates. Ces temps peuvent être complétés par des journées de formation (mise en place des outils de la Loi du 2 janvier, le décret budgétaire, le plan de financement...) Une autre fonction essentielle de cet espace consiste en la mise en relation de structures a priori uniquement concurrentes. Cela a provoqué un déplacement de cette question sur des objets bien plus pertinents : comment collaborer sur les territoires, que mettre en commun pour améliorer les prises en charge...

De plus, Espace Social a été l'initiateur en 2002 d'un regroupement de SAAD du département. A la mise en place de l'APA, le Conseil Général a décidé de n'octroyer des accompagnements qu'aux structures conventionnées avec la CRAM. Des usagers accompagnés par certains de ces SAAD devaient, en passant de la PSD à l'APA, changer d'association, en dépit de leur liberté de choix. Pendant huit mois, ce regroupement s'est battu avec le département jusqu'à son revirement de position. Il est devenu une association, le Comité Gardois des Associations d'Aide à Domicile, et agit depuis sur des projets collectifs : démarche qualité, annualisation du temps de travail, télégestion..., en plus d'être un vrai lieu d'échanges et de positionnement politique.

Ainsi de 2003 à 2008, Espace Social s'est structuré en cherchant à ne pas nier ce qui l'avait construit et en s'adaptant à un environnement qui s'est inexorablement transformé.

Ces cinq dernières années ont contribué à faire de l'association un espace reconnu pour aider et accompagner les personnes âgées à domicile. Fort de cette expérience, en plus de quelques expériences avec des personnes en situation de handicap, les prescripteurs lui accordent la même confiance depuis la mise en place de la PCH.

Cette confiance se traduit depuis 2008 par une hausse très importante du nombre d'usagers handicapés accompagnés par le service. Avant d'insister sur les questions et les problèmes d'inadaptation du service liés à cette arrivée de nouveaux usagers, je vous

propose une cartographie des personnes en situation de handicap qui, dans le Gard, demandent de l'aide humaine et de mettre ces données générales en relation avec le service.

2.2.2 L'environnement social et économique est à prendre en compte pour projeter le service vers de nouvelles activités

Depuis janvier 2008, Espace Social accompagne de plus en plus de personnes en situations de handicap. Il me semble important de mettre en parallèle les données statistiques du service avec des données plus générales pour comprendre dans quel environnement ce service évolue mais aussi pour le situer dans une dynamique globale.

Données 2002

Entre 1998 et 2002, l'INSEE effectue la première enquête d'envergure sur les personnes handicapées en France³¹. Cette enquête va permettre, en plus des propositions de Julia Kristeva³² et du rapport du groupe présidé par M. Lyazid, d'être une source de la réforme de la Loi de 1975.

En ce qui concerne l'aide humaine, les constats sont frappants. 40 % des deux millions de personnes dont le taux d'incapacité ou d'invalidité est reconnu, reçoivent une aide régulière de professionnels et/ou d'aidants proches (9 fois sur 10, il s'agit des membres de la famille, répartis comme suit : 36 % des situations par le conjoint, 23 % par les ascendants, 21 % par les enfants).

62 % sont aidés par des aidants non professionnels ; 25 % sont aidés par cumul entre aide de professionnels et aide naturelle ; 13% seulement sont aidés par des professionnels uniquement.

Les aides professionnelles, dans un tiers des cas, concernent les activités d'aide à domicile : aide-ménagère et aide aux actes essentiels par des auxiliaires de vie. Les autres intervenants sont des professionnels médicaux et paramédicaux et des assistantes sociales.

Voilà une répartition des aides :

- 70 % des personnes sont aidées dans le cadre des tâches ménagères
- 65 % sont aidées pour effectuer les courses

³¹ Enquête INSEE – HID « Handicaps, incapacités, dépendance » 1998-2002. Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap

³² KRISTEVA Julia. Lettre au Président de la république sur les citoyens en situation de handicap. Paris. Editions Fayard, 2003

- 58 % sont accompagnées dans la gestion de leur budget (que les personnes soient ou non majeurs protégés)
- 44 % pour la réalisation d'actes essentiels (toilette, habillage, alimentation)
- 5 % pour les déplacements intérieurs
- 38 % pour les déplacements extérieurs

Il est constaté que les personnes handicapées qui sont aidées pour les tâches ménagères et la réalisation des actes essentiels le sont par les aidants naturels. Les professionnels interviennent essentiellement autour de la gestion de leur budget et la défense de leurs droits.

Dans le Département du Gard, sur la même période, ces résultats se déclinent sensiblement de la même manière³³. En revanche, l'enquête se centre sur les personnes lourdement handicapées.

Dans le Gard, 74,8 % des personnes vivent à leur domicile et 16% au domicile de leurs parents. Parmi ces personnes 22,5 % vivent seules leur situation de handicap.

69,5 % affirment que le choix de vivre à domicile est délibéré.

Cependant 80 % ont recours à une tierce personne dans la vie quotidienne et les soins.

Pour les aides à la vie quotidienne, la répartition est classique :

- 66,6 % des aides sont le fait de l'entourage amical ou familial
- 18,2 % sont effectuées par des employés de maison directement embauchés par la personne
- 15,2 % des aides (7,6 pour l'aide ménagère et 7,6 pour les actes essentiels) sont le fait de salariés d'organismes agréés.

A ce moment là, ce type de données est largement confirmé dans l'activité d'Espace Social. L'accompagnement de personnes handicapées est une activité à la marge des autres populations accueillies.

Données 2009

La mise en œuvre de la Loi du 15 février 2005 donne-t-elle déjà des effets ? On a bien vu, dans l'histoire de l'aide à domicile, que la solvabilisation de l'aide humaine provoque l'arrivée de nouveaux publics dans les organismes prestataires. Est-ce le cas après l'activation de la PCH ?

Données nationales³⁴

³³ Enquête régionale Octobre-Novembre 2002. Personnes lourdement handicapées en Languedoc-Roussillon. DRASS – CREA, 2003

³⁴ DRESS. L'APA et la PCH au 31 décembre 2008. Etudes et Résultats, n°690 – Mai 2009

Tout d'abord, 104300 personnes qui percevaient l'ACTP et qui auraient pu choisir de passer en PCH ont préféré conserver le bénéfice de celle-ci. Sans doute, l'aspect apparemment plus contraignant de la PCH en est la raison première.

Cependant au 31 décembre 2008, 58000 personnes ont des droits ouverts à la PCH, ce qui est le double des données 2007. On trouve 51 % de femmes ; 45,3 % ont entre 45 et 59 ans ; 14 % ont plus de 60 ans et rentrent dans un régime dérogatoire ; 1 % a moins de 20 ans (mais l'ouverture de la mesure aux mineurs ne date que d'avril 2008).

88 % des personnes ont reçu des versements PCH au titre de l'aide humaine ; 3 % au titre des aides techniques ; 8 % pour l'aménagement du logement ou du véhicule ; 18 % pour des aides spécifiques ou exceptionnelles.

Pour les aides humaines :

- 57 % des heures attribuées le sont aux aidants familiaux
- 17 % à des organismes prestataires
- 21 % en emploi direct
- 5 % par l'intermédiaire d'organismes mandataires

La répartition du type de fournisseur d'aide humaine se modifie donc peu.

Données Départementales³⁵

L'activité globale de la MDPH a connu un tassement en 2008. Le nombre moyen mensuel de personnes reçues, pour tout type de demande, était en 2007 de 1100. Il est de 960 en 2008.

28170 décisions concernant l'accès aux droits ont été rendues en 2008. Ce sont à 47 % des premières demandes.

5 % des demandes adultes d'accès aux droits concernent la PCH ; 1.2 % pour les mineurs.

Pour les adultes, 43 % des demandes de PCH ont été refusées ; 41 % pour les mineurs. Ce sont donc 649 adultes et 25 mineurs qui ont une ouverture de droits à la PCH. Par ailleurs ces données traduisent une stabilisation du nombre de nouvelles ouvertures de droits en 2008.

A 61% les demandes de PCH concernent l'aide humaine. La CDAPH a validé à 81 % les demandes d'aide humaine portées par l'équipe d'évaluation.

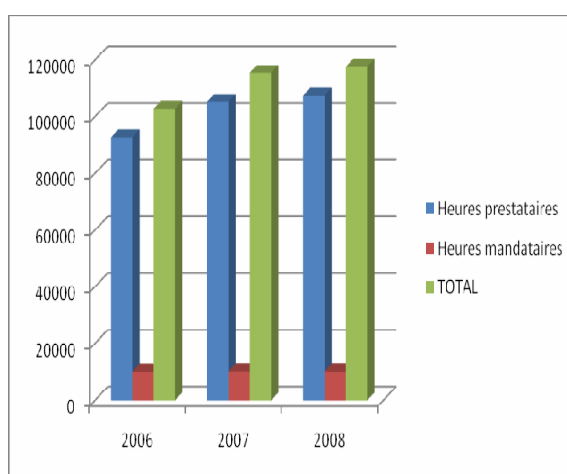
Répartition de la manière dont l'aide humaine est servie :

Aidant familial	Prestataire	Emploi direct	Multiples	Autres
40 %	26 %	11%	12.5 %	10.5 %

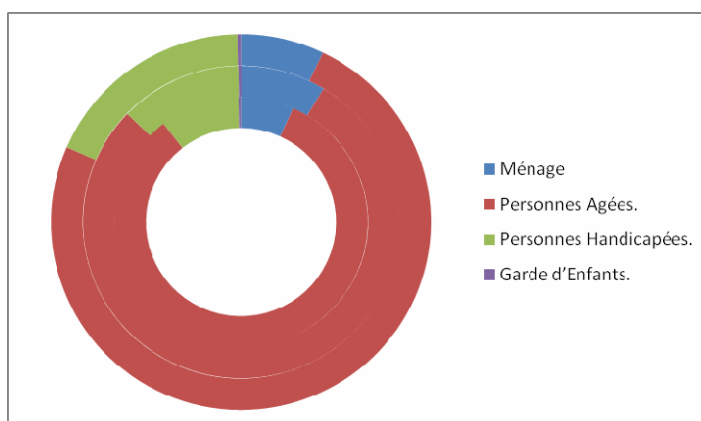
Ce sont donc 111 personnes qui sont accompagnées dans le Gard par un service prestataire dont Espace Social fait partie.

2.2.3 Une activité de plus en plus dirigée vers des personnes en situation de handicap

Espace Social intervient donc en prestataire et en mandataire. Entre 2006 et 2008, l'activité du service progresse en prestataire mais 2008 est l'année de la stabilisation. Le mandataire stagne depuis longtemps.



L'activité se stabilise mais les publics évoluent : moins de personnes âgées et plus de personnes en situation de handicap.



Entre 2006 et 2008 le nombre d'heures effectuées au domicile des personnes en situation de handicap a doublé.

³⁵ Rapport d'Activités 2008. MDPH du Gard.

Les personnes aidées financent leur prise en charge de plusieurs façons. Chacun des modes de financement a des conséquences sur le type d'activités à réaliser au domicile des usagers.

Financement des prises en charge en %			
	2006	2007	2008
APA	78	72,55	63,40
PCH	5,49	8,41	15,18
Aide Sociale	2.02	2.01	2.98
CPAM	2,01	2,93	2,53
CRAM		0,24	0,23
Mutuelles	0,93	0,56	0,82
Clients Directs	11,55	13,3	14,86

Les personnes handicapées financent leur prise en charge soit directement (notamment en ayant conservé le bénéfice de l'ACTP), soit par la PCH, soit par l'aide sociale. En 2008 elles représentent plus de 23 % des heures effectuées par le service, soit près du double qu'en 2007.

Au 31 décembre 2008, ces heures sont effectuées auprès de 55 personnes, soit 15 % du nombre de personnes aidées. 95 % des personnes aidées ont été orientées vers Espace Social par l'équipe d'évaluation de la MDPH. Le nombre d'heures dont elles disposent par mois varient entre 12 et 360. La moyenne se situe plus autour des 100. Ce qui, dans le secteur de l'aide à domicile, est un montant d'aide très important.

Ces 55 personnes ont des handicaps très différents :

Handicap visuel	Handicap moteur	Handicap mental	Polyhandicap	Handicap psychique
1	15	26	9	4

Depuis avril 2008, date d'ouverture des droits à la PCH pour les mineurs, la moyenne d'âge se situe autour de trente ans.

-18 ans	18-35 ans	36-55 ans	+55 ans
7	33	12	3

Les six premiers mois de 2009 confirment cette montée en charge. Les chiffres du service sont des données moyennes qui correspondent aux moyennes relevées par la MDPH. Depuis que le nombre de personnes handicapées augmentent dans les statistiques du service, des questionnements nouveaux concernant les accompagnements ne cessent de surgir.

2.3 Une inadaptation du service consubstantielle à la modification de son public

Il ne s'agit pas dans cette partie de nier les atouts d'Espace Social pour accompagner de nouveaux publics : une assise administrative, une organisation cohérente, des personnels qui ont déjà su s'adapter et qui sont engagés, des partenariats solides, un climat social apaisé, un Conseil d'Administration en perpétuel réflexion sur le / les projets, une activité en progression qui atteste d'une image positive. Ces atouts se sont construits au fur et à mesure de l'évolution des demandes des usagers « âgés » et des partenaires impliqués dans leur accompagnement.

En revanche, les quelques mois de pratique de l'accueil de personnes handicapées montrent les limites du service sur de nombreux aspects et son inadaptation à des demandes qui ne sont pas les mêmes malgré la volonté de confondre la réponse aux besoins. « Actuellement, on essaie d'adapter les dispositifs "personnes âgées" à ces populations de handicapés ou de malades dont les problématiques sont identiques à la base (besoins d'aide et de soins à domicile), mais il y a des résistances émanant des dispositifs réglementaires et financiers³⁶. »

Certaines de ces limites sont le fait de la structure ; d'autres sont en lien avec l'environnement réglementaire et partenarial. Ces limites, que je vais décrire, doivent être traitées sous peine de ne pouvoir, à la fois accompagner justement les personnes déjà usagers du service mais aussi en accueillir de nouvelles.

2.3.1 Des réglementations successives interfèrent sur les limites de compétences du service

La Loi a créé des droits à la compensation pour les personnes en situation de handicap. Mais de qui parle-t-on ? Aider des personnes âgées à domicile revêt des invariants. La situation est beaucoup plus complexe avec des personnes handicapées. Ce ne sont plus de tâches à effectuer (ménage, lessive, repas..., actes essentiels de la relation d'aide que l'APA finance) dont il est question lors de la visite au domicile des personnes âgées par les responsables de secteur³⁷ mais de tous les moyens de compenser des incapacités qui vont participer à leur inscription dans la vie sociale. Il ne s'agit plus d'évaluer du temps nécessaire à l'accomplissement de tâches et de sa répartition dans l'emploi du temps d'une aide à domicile, mais de chercher comment une intervenante pourra aider, à partir d'objectifs individuels, des usagers à maintenir leur autonomie dans un espace privé.

³⁶ Florence LEDUC. Interview sur dunod.com. © DUNOD EDITEUR, 10 Janvier 2002

Pour la majorité des personnes âgées qui sont aidées par Espace Social, dès la première rencontre, elles expriment leur difficulté : faire appel à un service extérieur pour accomplir ce que toute leur vie, elles ont effectué seules. Leur besoin consiste surtout en la réalisation de tâches qu'elles regrettent de ne pouvoir assumer. Les intervenantes sont préparées pour intervenir dans ces conditions et ont acquis des savoirs pour faire avec, pour s'effacer, pour conseiller, pour dédramatiser leur intervention.

Quand nous rencontrons les personnes handicapées, la première approche est toute différente. Beaucoup n'ont jamais accompli les actes pour lesquels nous allons intervenir, qu'elles aient vécu en institution ou que des aidants familiaux aient assumé ces fonctions. Ce qu'elles vont demander est beaucoup plus complexe dans la relation car deux questions sont centrales : celle du projet et celle du corps. Laurence, une participante au Comité d'Usagers de l'association, le répète souvent : « les intervenantes sont un bout de mon corps. Je comprends bien quand vous me dites de conserver de la distance. Mais c'est de mon corps dont on parle ». Notamment chez les handicapés moteurs, les aides à domicile peuvent être des prolongements de ce corps invalide. Les modes de structuration du service (fonctionnement : procédures, évaluation / organisation des compétences : expérience, formation), en raison de la nature des accompagnements qui en sont à l'origine, s'ils n'avaient pas rejeté ces questions, n'en avaient pas fait des éléments centraux de la prise en charge. Je fais l'hypothèse que ce changement de paradigme n'a pas seulement des conséquences sur les notions d'accompagnement et de place de chacun dans sa réalisation. Il modifie en profondeur ce qui structure le service : une demande, une analyse du besoin, sa réalisation, son évaluation. Cette rationalisation participe d'un mode de relation marchand que l'association a participé à mettre en avant et qui correspondait à une évolution du statut d'utilisateur d'un service médico-social³⁸. Ce mode est battu en brèche quand la relation d'aide devient complexe, quand la majorité des actes n'entrent pas en statistiques. C'est ce qui arrive avec les personnes handicapées et s'accroît quand on prend la peine de décomposer un peu plus ce terme générique : handicapé mental, handicapé sensoriel, handicapé psychique, handicapé moteur, polyhandicapé... Car le SAAD doit accueillir tous ces types de publics. L'Association des Paralysés de France (APF)³⁹ le souligne fortement : on constate qu'à chaque type d'affection, les comportements, les attitudes, les réactions, les besoins sont singuliers. Or les salariés qui interviennent chez ces personnes sont les mêmes qui ont construit leurs compétences en aidant à domicile les personnes âgées où les invariants, d'où qu'ils proviennent, demeurent l'assise d'une pratique.

³⁷ Annexe III

³⁸ Michel Chauvière. *Trop de gestion tue le social*. Paris. Editions La Découverte, 2009

A la fois cette nouveauté et cette variété touchent les compétences même du service en soulignant les limites : la mécanisation, alors nécessaire à l'aide à domicile aux personnes âgées (se rappeler que les politiques publiques décrites par Bernard Ennuyer sont passées d'une politique globale de maintien à domicile à des actions de soutien à domicile pour les personnes âgées ; ce qui a pour conséquence un appauvrissement de la relation d'aide qui n'est plus que mécanisée et mesurable : effet pervers des démarches qualité⁴⁰) se heurte à la volonté des personnes handicapées ou de leurs représentants d'être globalement accompagnées vers l'autonomie à partir du domicile dans une relation d'aide qui n'est pas un produit consommable. Ainsi :

Accompagner : réaliser pour ou avec une personne un certain nombre d'actes et de gestes dont le caractère vital est plus ou moins prononcé pour permettre à l'accompagné de l'autonomie, du bien-être et de la sécurité.

Autonomie : droit et capacité d'une personne à choisir elle-même la façon de se gouverner, en dépit des dépendances.

Domicile : tout à la fois un chez soi, un abri, un territoire, une tanière, un cadre familial, un repère, mais aussi un cadre juridique qui définit la personne au sens de la loi⁴¹.

La PCH donne des droits à cette vision globale du maintien à domicile (accompagner à partir du domicile pour permettre l'autonomie). Pour cela, elle décline les types d'interventions et d'actes que l'aide humaine peut compenser⁴². Cette déclinaison est complète mais suffisamment floue pour remettre aux équipes d'évaluation, aux SAAD des marges de manœuvre qui pour le coup ont des intérêts limités. Qu'en est-il, par exemple, d'une personne nécessitant une surveillance constante? Une personne qui souffre du syndrome de Moersch-Woltman, qui doit être alimentée immédiatement en oxygène à la moindre défaillance de son système respiratoire sous peine d'asphyxie, est accompagnée par une auxiliaire de vie sociale. En cas de défaillance, elle doit en quelques secondes mesurer le besoin en oxygène et par tâtonnements évaluer quand elle peut refermer la bouteille. Cet acte ne fait pas partie de son référentiel métier. Mais la PCH permet d'être accompagné par une auxiliaire de vie sociale constamment. Or la défaillance décrite survient sans prévenir. Intervenir chez cette personne, c'est accepter cet acte prévu par une Loi mais qu'aucune réglementation conventionnelle n'autorise par ailleurs. La PCH met un service comme Espace Social dans une ambiguïté que je suis dans l'obligation de traiter de manière prospective. Je peux accommoder au cas par cas certaines situations,

³⁹ APF. Déficiences motrices et situations handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés. Paris. Editions APF, 2002

⁴⁰ Op.Cit., p 173-190

⁴¹ AMYOT J-J. Misère et splendeur de l'aide à domicile. Les Cahiers de l'Actif, mai-juin 1997, n°252-253

et j'expliquerai comment, mais sans un traitement à long terme, c'est la protection indispensable des usagers et des salariés qui est en cause.

Ce premier aspect de la problématique se situe donc bien autour de la compétence du service et des compétences de tous ses acteurs. Ce doit être un axe fort de la structuration que je proposerai.

2.3.2 Les personnes handicapées ont des attentes en contradiction avec le cadre légal des interventions

Lors de l'étude sur les personnes lourdement handicapées en Languedoc-Roussillon⁴³, le Centre Régionale pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) s'est intéressé aux attentes des personnes.

A la question sur les points qui amélioreraient leur vie quotidienne par rapport à l'aide humaine, voilà les réponses classées (en pourcentage de fréquence) qui concernent le Gard :

La prise en charge financière des aides à la vie quotidienne : 21

La qualité des informations fournies sur la prise en charge : 13.4

La continuité 7 jours sur 7 : 9.5

Le respect des horaires : 6.9

La qualité relationnelle des intervenants : 6.5

Le choix des horaires (compatibles avec une vie sociale) : 5.3

La présence d'un coordinateur unique des aides : 7.2

La compétence technique des intervenants : 4.2

La continuité 24 heures sur 24 : 5

La durée des interventions : 5.7

La fréquence des interventions : 8

L'augmentation du nombre des intervenants : 5.3

J'ai posé en mars 2008 la même question à 72 personnes handicapées accompagnées par Espace Social. 43 personnes ont répondu. Je n'accorde pas de signification excessive à ces résultats compte tenu de l'empirisme de la méthode mais je constate que les proportions de l'enquête du CREAI sont respectées à l'exception de « l'augmentation du nombre d'intervenants » qui n'est jamais citée. En revanche, 13 personnes demandent

⁴² Annexe VI

⁴³ Op.Cit.

à participer plus activement à la vie de l'association ; 23 souhaitent que le service leur propose des activités autres que celles définies dans les plans de compensation ; 55 insistent sur la nécessité de les prévenir quand une salariée est absente ; 40 demandent que leurs intervenants soient peu nombreux et qu'ils changent rarement.

Les réponses cumulées à ce questionnaire « sérieux » et ce second qui l'est un peu moins posent tout de même et des problèmes et des possibilités de réponses que le service doit prendre en compte.

Les problèmes : une convention collective qui rend difficile la conciliation entre attentes et désirs des personnes et respect des droits des salariés. Voilà quelques exemples :

- La continuité 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cette demande est légitime mais elle doit être confrontée avec une autre attente : le souhait de ne pas multiplier les intervenants.

La CCN à laquelle nous adhérons interdit le travail de nuit. Les usagers doivent recourir à l'embauche directe de salariés.

La CCN nous contraint dans les amplitudes de travail, notamment les dimanche et jours fériés. Cela multiplie les intervenants. De plus, il y a une question liée au contenu du travail : la relation duelle continue risque fort de se transformer en une relation où la place de chacun se brouille. Ce brouillage n'est pas souhaitable.

- Ce problème est en lien avec le souhait d'interventions plus longues. Pour un certain nombre d'activités la durée doit être rallongée. En revanche, rallonger pour bénéficier d'un droit a peu de sens.
- Le choix des horaires : le service bien-sûr y souscrit. Mais quand commence le travail de nuit ? Une personne peut vouloir sortir le soir, mais qui ira l'aider à se coucher ?

Ces questions ne sont pas sans réponses. Elles nécessitent de poser des postulats : une meilleure communication sur les possibilités de prise en charge, une participation active des personnes à l'élaboration de leur plan d'aide, un travail de fond avec les salariés, les institutions représentatives du personnel mais aussi les partenaires des accompagnements... Toutes sortes de réponses qui trouveront leur place dans une stratégie de structuration d'un nouveau service.

Ces enquêtes donnent également de la marge de création pour répondre simplement à des besoins mal couverts : participer à la vie de l'association qui assure l'aide humaine est largement faisable ; avoir des activités qui s'inscrivent dans le développement des relations sociales peut être une mission d'un SAAD ; rendre possible la vie citoyenne n'est pas impossible non plus.

2.3.3 Le coût des accompagnements de personnes handicapées pèse sur le cadre budgétaire

Depuis qu'Espace Social accueille des personnes handicapées en nombre plus important, de nouveaux problèmes liés à son organisation comptable et financière surgissent. Ils sont de nature à me faire valider et contrôler plus durement leur accueil, ce qui serait un paradoxe au moment où ces usagers ont besoin de réponses adaptées et que le service est prêt à s'engager dans leur mise en œuvre.

Le décret tarifaire⁴⁴ a prévu plusieurs modalités pour déterminer les tarifs d'un SAAD. Tout d'abord, il s'agit de tarifs horaires. Toutes les dépenses, avant négociation, sont éligibles à la détermination du tarif. La négociation doit aboutir à la détermination de deux tarifs : le tarif des agents et des employés à domicile et le tarif des auxiliaires de vie sociale.

Pour simplifier, le département du Gard a choisi, comme la majorité des autres, de ne fabriquer qu'un tarif moyen au lieu des deux prévus. L'intention de départ paraissait être un avantage : confrontés au choix des prestations, les usagers risquaient fort, quels que soient leurs besoins, de choisir le tarif le moins élevé, compte tenu de leur taux de participation. C'était d'emblée mettre les structures où les personnels diplômés sont nombreux dans une situation de fragilité.

De plus pour Espace Social, le tarificateur demande que le service pratique le même tarif pour toutes ses prestations et quel qu'en soit le public.

Cela crée deux inconvénients que l'arrivée de personnes handicapées augmente. D'une part, le service ne dispose d'aucune marge de manœuvre pour compenser les déficits dus à une tarification systématiquement en retard sur les évolutions conventionnelles, par exemple. D'autre part, le nombre de personnes diplômées s'accroît avec la complexité des accompagnements. Et le coût de ces salariés pèse sur les budgets. D'où, nouveau paradoxe, alors que les dépendances croissent, le service devrait répondre aux besoins avec des personnels de moins en moins formés.

Pour cela, il est absolument nécessaire d'engager avec les services du Conseil Général un travail de fond sur la détermination des tarifs à Espace Social. Ce travail, s'il n'est pas fait, a des conséquences sur la qualité des prises en charge et donc sur la réponse aux

⁴⁴ Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

besoins des personnes en situation de handicap. Comme le montrent les éléments chiffrés, donnés en partie 2-2-2, la MDPH reconnaît à Espace Social des compétences pour l'attribution des aides humaines (35 % des aides humaines PCH du département et attribuées à des prestataires sont effectuées au 31/12/2008 par Espace Social). Cette confiance n'a pas à voir avec le coût faible des interventions : Espace Social fait partie des services les plus chers du département. Mais pour que cette confiance perdure, il faut d'une part que le service s'adapte mieux aux réalités de ces publics, mais aussi qu'il puisse le faire dans une stabilité financière qui ne l'empêche pas de prendre le risque d'accompagnements complexes.

Espace Social, une structure à mettre en mouvement

Espace Social en cinq années s'est structuré et stabilisé essentiellement en aidant et accompagnant à domicile des personnes âgées. L'accueil de ce public a permis de construire une structure (organisations, compétences, partenariats, finance) en lien avec les problématiques de leur accompagnement et de l'environnement social et économique. Depuis 2008, le service se positionne pour accueillir des personnes handicapées. La structure actuelle a pu sans modification majeure assumer l'arrivée de cette nouvelle population. Mais les réponses qu'elle leur apporte sont de moins en moins adaptées à leurs attentes et leurs besoins qui s'élaborent autour d'un projet de vie.

Cependant, je ne pense pas qu'il faille transformer radicalement la structure actuelle. Elle correspond à certains publics. En revanche, cette année d'expérience me persuade de la nécessité d'inventer une nouvelle structuration pour accueillir convenablement et avec intégrité des personnes en situation de handicap. Cette structure, incluse dans le service actuel, doit se construire à partir des usagers et de leurs besoins : en cadre réglementaire, en compétences, en adaptabilité, en réactivité.

3 S'adapter au projet de vie de personnes en situation de handicap

Tout d'abord, la construction d'une offre de service plus adaptée a démarré en novembre 2008. Elle doit trouver un premier aboutissement à la fin de l'année 2010. Elle est jalonnée de plusieurs étapes.

En préalable, je retiens comme définition de « structure » la façon dont les éléments participant d'un système sont organisées entre eux et lui donne sa cohérence⁴⁵. Et je n'oublie pas que la racine latine *struere* veut dire *construire*. A partir de cette définition, j'ai constaté que l'agencement rationnel de tous ces éléments ne permet plus, confronté à un nouveau public, au service de fonctionner dans le respect et l'intégrité des usagers et des personnels. Cependant, comme je l'ai décrit, cette structure, toujours perfectible, a sa raison d'être dans l'aide à domicile des personnes âgées que nous accueillons. Voilà pourquoi, c'est autour d'une nouvelle offre de service que je propose des préconisations d'évolution de cette structure. Espace Social sera doté de deux offres distinctes aux articulations, aux agencements différents.

Une structuration qui s'enrichit dans une association va supposer de revoir le fonctionnement et l'organisation de l'ensemble du service autorisé mais aussi sa construction comptable et budgétaire.

L'offre de service « personnes âgées » reste comme telle. L'offre de service « personnes handicapées » va se doter d'un projet adapté, de nouveaux outils et de nouvelles activités. Elles donneront lieu à l'élaboration d'un budget principal et d'un budget annexe qui aboutiront à la détermination de deux tarifs.

L'objet de ce projet global, c'est bien sûr de rester au plus près des besoins des personnes âgées mais aussi de créer des conditions plus favorables et adaptées aux personnes handicapées, sans que l'une ou l'autre de ces populations soient lésées (en relation d'aide, en coût, en compétence, en organisation).

3.1 Choisir une stratégie de conduite du changement

3.1.1 S'appuyer sur la dynamique du service et de ses acteurs

La stratégie

Jean Marie Miramon⁴⁶ insiste sur l'importance de la stratégie dans les fonctions de direction. Elle est avec le projet qui définit les besoins et la gestion comme outil technique, un des trois piliers de la fonction.

⁴⁵ Dictionnaire Larousse (2008). Paris. Editions Larousse.

⁴⁶ J.M MIRAMON. Promouvoir le changement. Les Cahiers de l'Actif, 1997, n°314-317

La stratégie définit un mode de management qui s'appuie sur les ressources mais aussi sur les contraintes du service pour anticiper son évolution.

Avoir une vision stratégique de l'évolution du service permet de cadrer dans le temps les actes nécessaires à sa transformation.

En choisissant de transformer la structuration du service, je vais me heurter à de la résistance, d'autant que le service semble fonctionner. Cependant, je l'ai montré, le risque auquel va se confronter Espace Social concerne son inadaptation à des publics qui ont de plus en plus de besoins mais sont aussi de plus en plus exigeants en terme d'attentes. Ce n'est donc pas en pensant à aujourd'hui que je veux transformer l'offre de service mais bien en projetant Espace Social dans les évolutions sociales, culturelles, économiques.

Ces résistances concernent tous les salariés, même les salariés en accord avec les constats d'inadaptation de la structure actuelle. La construction d'une nouvelle offre de service globale et adaptée aux personnes handicapées nécessite de repenser le projet de service, de distinguer des pratiques et des compétences, de modifier la démarche d'évaluation, de déplacer les fonctions des intervenantes, de négocier de nouveaux accords collectifs, de se fabriquer de nouveaux réseaux. La démarche doit s'appuyer sur tous les personnels car, compte tenu de la contrainte de redéploiement, tous y sont impliqués.

Je m'attends donc, et sur certains aspects cela a déjà débuté, à rencontrer des phases de résistance au changement. Phases que Jean Marie Miramon a évoquées⁴⁷ : entre la zone initiale de confort et la nouvelle zone de confort, une période de transition est caractérisée par des étapes presque toujours observables : « refus – bidon – gauche – coupable – éveil – intégration ».

Pour cela, cette dynamique doit s'accompagner d'un mode de management qui permettra de dépasser ces résistances en favorisant la motivation, la délégation et la responsabilisation.

Ce mode de management s'articule autour de la mise à plat et de l'élaboration collective des constats et des réponses. Pour ce faire, j'ai besoin, succinctement, de lister les contraintes et les ressources dont je dispose pour la transformation du service.

⁴⁷ *ibid*

Les contraintes

L'activité du service est stable. C'est la répartition des publics accueillis qui se modifient : moins de personnes âgées, plus de personnes handicapées. C'est par redéploiement de salariés qu'il va falloir agir. De la même façon, et quelle que soit les nouvelles charges de travail, l'équipe de coordination de l'activité n'augmentera pas.

Le paiement des interventions est à l'heure et au réel, malgré une activité planifiée et négociée avec le Conseil Général. La rigidité de ce paiement est en partie incompatible avec la nécessaire souplesse de l'organisation à venir. Mais cette contrainte était déjà présente. Il existe des moyens de la contourner en accord avec le tarificateur et les contrôleurs de gestion du département.

Si de nouvelles activités sont à mettre en œuvre, c'est en trouvant des financements qui n'alourdissent pas les tarifs arrêtés.

L'équipe de coordination travaille à partir de procédures, de méthodes, d'un type de relations qui fonctionnent. Pourquoi changer ?

L'image de l'aide à domicile n'est pas bonne. Les partenaires sont méfiants, certains usagers également. Marcel Nuss et son groupe de travail⁴⁸ renvoient une image peu valorisante des services et de leurs personnels : sous-qualification, coordination inexistante. De plus, un SAAD ne devrait intervenir qu'en soutien d'espaces reconnus par le secteur et s'adapter à leurs contraintes en plus des siennes. Il faudra composer avec cette image pour pouvoir construire des partenariats durables basés sur le partage de compétences.

Les ressources

L'environnement légal et réglementaire fait des SAAD des partenaires de l'action sociale et légifère pour une politique globale de maintien à domicile des personnes en situation de handicap.

Le contexte départemental nous incite à réfléchir et organiser des actions adaptées aux publics, en lien avec leur environnement et celui des structures.

Des usagers d'Espace Social sont en attente de nouvelles propositions et sont prêts à collaborer avec le service pour impulser une nouvelle dynamique. Il en va de même avec leurs représentants et leur famille. Le fait de recevoir du public auquel s'adresse cette offre permet de compter sur leur collaboration pour l'ajuster.

Le Conseil d'Administration, au vu de certaines réclamations d'usagers, me demande de réfléchir une autre structuration du service. Il soutient la nécessité de réfléchir un nouveau projet et attend des préconisations.

L'assise administrative du service est prête à assumer des changements éventuels.

Les intervenantes constatent elles-aussi les difficultés liées à l'accueil de ces nouveaux publics. Certaines veulent s'engager dans leur résolution.

Les Délégués du Personnel (CE) et le Comité d'hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) signalent depuis un an les difficultés des salariés à s'adapter aux nouvelles contraintes posées par l'aide aux personnes handicapées. Ces deux instances sont avides de trouver des solutions.

Enfin, l'équipe de coordination ressent fortement la nécessité d'adapter les réponses du service aux projets des personnes accompagnées et veut mettre en œuvre de nouvelles activités.

Un SAAD a l'habitude, dans un environnement en mouvement, de trouver des réponses en adéquation avec les usagers et le contexte réglementaire.

Cette liste, non exhaustive, est le point de départ de la mise en œuvre du changement. C'est à partir de l'objectif principal du projet (construire des réponses adaptées au maintien à domicile des personnes handicapées), de la dynamique institutionnelle et des ressources, que j'ai demandé à un Groupe Projet de soumettre des pistes de résolution.

3.1.2 Constituer un Groupe Projet

J'ai impulsé la création de ce groupe en novembre 2008. Sa composition :

- J'ai de suite impliqué le Comité d'usagers de l'association. Ce comité existe depuis avril 2008. Il est né d'une demande de deux usagers handicapés. Ils souhaitent qu'une instance soit mise en place afin d'aider les salariés à mieux comprendre leurs problématiques quotidiennes. Ce comité n'est pas un Conseil de la Vie sociale (CVS) : il n'est pas obligatoire dans l'aide à domicile surtout à cause des difficultés liées à la notion de représentation. Il est composé de membres volontaires (ils sont sept à ce jour) qui se réunissent une fois tous les deux mois autour d'un ordre du jour qui est consigné dans un compte rendu. Ils me demandent encore d'animer ce groupe. D'avril à décembre 2008, de nombreux points concernant ma problématique ont été débattus. Voilà pourquoi, il me semblait indispensable de le mêler à ce Groupe Projet. Ainsi, deux représentants du Comité en font partie.
- La cadre de secteur et une responsable de secteur. La cadre de secteur est la personne qui, en plus de coordonner les équipes, a développé tous les accompagnements de personnes handicapées. C'est elle qui a organisé nos

⁴⁸ Op.Cit., p. 17

relations avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et qui assure l'évaluation des Plans d'Actions. La responsable de secteur désignée est une salariée qui gère au quotidien la planification des interventions chez les personnes handicapées et qui en assure le suivi.

- Le responsable qualité. C'est lui qui a rédigé notre système et qui en assure l'évaluation deux fois par an. Cette nouvelle offre doit s'inscrire dans le système mais va sans doute le modifier en partie.
- Trois intervenantes à domicile représentant les trois métiers (agent à domicile, employée à domicile, auxiliaire de vie sociale) et qui travaillent déjà chez des personnes handicapées.

J'ai choisi, en accord avec le Conseil d'Administration, d'animer ce groupe de travail pour des raisons techniques : c'est la première fois que ce type de travail est mené dans l'association et les administrateurs souhaitaient assurer la cohérence de la démarche par ma présence active. De même, c'est avec le Conseil d'Administration que nous avons déterminé les missions de ce groupe :

- Engager une large réflexion sur la notion d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes handicapées.
- S'appuyer sur d'autres expériences de maintien à domicile de personnes handicapées : rencontrer d'autres structures du département pour de l'échange de pratiques.
- Interroger tous les usagers handicapés sur ce qu'ils disent de leurs besoins et de leurs attentes.
- Questionner l'adaptation de nos procédures et des enregistrements qui y sont liés.

J'ai demandé au groupe de produire des propositions pour avril 2009. En mai, les propositions devaient être diffusées à tous les salariés. Chacun était invité à faire des commentaires, soit lors des réunions mensuelles, soit par tout autre moyen. C'est, entre autre, à partir de ces propositions que je dois structurer une nouvelle offre de service.

Quelques résultats du travail du Groupe Projet

- Les intervenants et les usagers ont insisté sur un point : la relation d'aide n'est pas la même qu'avec d'autres publics. Il faut des compétences techniques très pointues mais aussi une grande capacité d'adaptation aux effets de diverses pathologies. Ces effets influent directement sur la relation d'aide et sur les liens entre usagers et professionnels. Il faut des personnes formées mais il faut une grande humanité pour accepter l'autre dans ces désirs parfois contradictoires avec les fonctions techniques d'un salarié. L'exemple des toilettes est souvent revenu dans les échanges : bien faire des toilettes, ce n'est pas seulement bien laver. C'est faire attention au moindre signe de douleur, à la moindre trace de honte, à

toutes les envies d'être beau ou belle et pas seulement propre, au temps nécessaire pour s'approprier, s'acclimater, au silence indispensable à la conservation de l'intimité. Forcément, si le professionnel n'est pas qu'un technicien, il est traversé à ces instants d'attentions qui peuvent annihiler toute distance salvatrice. Les salariés doivent être aidés aussi afin d'augmenter leurs qualités d'expertise d'une situation et de recherche de moyens en parallèle à la nécessaire analyse de leur place dans une relation d'aide.

- Plusieurs SAAD ont été rencontrés dans le département. Aucun de ceux rencontrés n'exprime la nécessité d'engager un travail de transformation de leurs usages avec l'arrivée de personnes handicapées. En revanche, la rencontre avec deux SAVS et un SAMSAH a permis de vérifier l'adéquation possible ainsi que la complémentarité entre ces services.
- Je l'ai évoqué en 2-3-2, les usagers handicapés ont fait part de nombreuses attentes en terme d'offres de service. Je les classe ici en deux parties : la volonté de participer à des actions collectives / la volonté d'un accompagnement individuel plus souple et plus lié à des inquiétudes quotidiennes (les levers, les couchers, la nuit)
- Les procédures de travail n'ont pas été en cause dans les échanges et les résultats de « l'enquête » menée par le Groupe. En revanche les enregistrements associés semblent en décalage, du moins leur utilisation. Tout d'abord, ils ne partent pas de la notion de projet de vie. Du coup, ils ne donnent pas de sens aux interventions. Cela pose problème quand de nouveaux salariés interviennent et qu'ils ne sont informés que des actes à effectuer. C'est le même problème avec les enregistrements qui tracent le suivi et les évaluations annuelles. Ces documents manquent en fait de personnalisation.

Ces quelques résultats ont permis la définition de certaines propositions :

- Mettre en place des formations spécifiques pour tous les salariés.
- Proposer des activités collectives.
- Inventer des modes de garde à des horaires atypiques (au moins atypiques pour la Convention Collective).
- Revoir les documents qui tracent les effets des accompagnements, travailler leur transmission et la première rencontre entre usagers et intervenants.

A ces propositions, je rajoute :

- Réactiver les groupes d'analyse des pratiques professionnelles.
- Mettre en œuvre des conventions de partenariats avec des services complémentaires.
- Trouver une organisation comptable et financière cohérente à la mise en chantier de cette offre de service.

3.1.3 Les grands axes d'une nouvelle structuration

A la fois les constats que j'avais pu faire, les questions récurrentes du Comité d'Usagers et les propositions du Groupe Projet indiquent la nécessité de construire une nouvelle offre qui s'inscrit différemment dans le service. Cette offre se décompose en actions simples et rapides à organiser et en projets d'actions plus complexes parce que nécessitant des phases de négociations internes et externes. Le Plan d'Actions que j'ai soumis au Conseil d'administration du 22 mai 2009 s'inspire de toutes les propositions sus-citées et tentent de lui donner une architecture générale. Ce plan d'actions évoque ce qui est déjà en œuvre et ce qui est à élaborer.

Architecture Générale

Il faut, dans une première étape, scinder le service en deux :

- Aide et accompagnement des personnes âgées
- Aide et accompagnement des personnes handicapées

Cette scission suppose de répartir différemment les fonctions au sein de l'équipe de coordination. Les intervenantes seront amenées à spécialiser leurs interventions. Ces deux axes auront des effets sur le projet général d'Espace Social qui, à partir d'objectifs communs, organisera autrement les offres de service. A chaque offre des actions spécifiques seront à décrire et à contextualiser. Les démarches d'évaluation se scinderont aussi en fonction des particularités de chaque offre. La comptabilité doit devenir analytique pour différencier les tarifs des deux offres.

Dans une seconde étape, c'est au moins en trois que le service doit être scindé :

- Aide et accompagnement des personnes âgées
- Aide et accompagnement des personnes handicapées
- Services aux personnes (SAP), soit le ménage de confort chez les actifs

Il faut impliquer le Conseil d'Administration dans cette structuration : le projet associatif, avant le projet du service, doit évoluer, prendre en compte de nouveaux paramètres qui, à sa révision en 2004, n'existaient pas encore (le Plan Borloo, la Loi de février 2005).

Il faut revoir le projet de service, déclinaison indispensable aux modifications et du projet de l'association et de l'environnement de l'activité. Cependant, le travail que je vais décrire ici ne concerne pas le mode de ré-écriture de ce projet de service. Il va décliner point par point les axes sur lesquels il devra se transformer et comment tous les acteurs y sont impliqués. Je me servirai de la somme de ces transformations pour proposer au Conseil d'Administration, un nouveau projet.

Il faut impliquer le comité d'entreprise et les délégués du personnel dans cette structuration : des fonctions vont se transformer, des réponses sont à apporter qui nécessiteront de la négociation collective, les plans de formation sont à imaginer autrement.

Tous les personnels ont à participer à la construction de cette offre. Les évaluations seront des temps privilégiés pour envisager les modifications ou non des parcours des salariés au sein de cette offre.

Enfin les usagers sont un maillon essentiel de la réussite de ce projet : il faut partir de leurs attentes d'une part (je l'ai déjà décrit) mais il faut qu'ils soient associés tout le long du processus afin d'aider les professionnels aux réajustements nécessaires.

Ainsi l'année 2009 doit permettre d'agir sur des points précis : adapter les compétences du service en agissant sur les plans de formation / du projet de vie à la réalisation des interventions : mise en place de nouveaux outils / organiser de nouveaux partenariats pour être au plus près des besoins des personnes.

2010 sera l'année de la négociation pour la création d'un service aux horaires atypiques adapté aux contraintes des usagers ainsi que celle d'une réorganisation comptable.

Chacune de ces étapes est jalonnée du souci constant de l'évaluation des prises en charge, des actions entreprises et de la satisfaction des usagers.

3.2 Mettre en mouvement les pratiques quotidiennes du service

Je divise les actions à mettre en œuvre pour l'adaptation de la structure aux personnes handicapées en deux blocs : celles qui nécessitent un long travail d'élaboration et celles sur lesquels je peux agir en même temps que l'activité du service évolue.

Depuis la fin de l'année 2008, trois types de modifications sont à l'œuvre : la formation, la transmission des missions, les partenariats et les attentes en terme d'actions collectives pour des usagers.

3.2.1 Utiliser les plans de formation pour dynamiser les compétences du service

Espace Social est né d'un stage de formation CAFAD. Pour le Conseil d'Administration la formation et la qualification des personnels ont toujours été au centre du projet associatif,

à la fois comme moyen d'acquisition de compétences et de capacités qui répondent à des besoins d'usagers mais aussi pour la valorisation et la reconnaissance des personnes. Je me suis inscrit dès 2003 dans cette dynamique. En utilisant toutes les ressources disponibles (plan de formation, EDDF, FMAD), j'ai pu développer ce point du projet. Depuis 2006, en lien avec l'OPCA de Branche, UNIFORMATION, ce sont des fonds de la CNSA qui ont pu être activés pour développer les politiques de professionnalisation des salariés. Ces fonds étaient alloués pour les formations qui traitent de l'aide aux personnes âgées. Seulement depuis 2008, je peux inscrire comme tel des actions qui concernent les personnes handicapées. Ce qui constitue une bonne adéquation avec mon projet. Cependant des contraintes limitent certains choix. Elles tiennent à la structure salariale de l'association.

Problèmes

Je peux choisir ou mêler deux choix de formation : la Formation Professionnelle Continue (FPC) ou/et la qualification à des titres ou diplômes reconnus par la Branche. Dans les deux cas, je dispose des moyens de financement des actions de formation. Mais, une fois le diplôme obtenu, je n'ai pas les tarifs alloués qui me permettent d'assumer les charges liées à un salarié qualifié.

Espace Social compte 105 intervenants. 15 d'entre eux sont en CDD, en remplacement de salariés absents (longue maladie, congés de toute nature). Les intervenants, comme je le disais plus haut, sont répartis en 3 catégories statutaires : les agents à domicile (A), les employés à domicile (B), les auxiliaires de vie sociale (C). Le classement dans une catégorie dépend et de la qualification et des missions confiées⁴⁹. La qualification dans le classement est première : ainsi, un salarié diplômé du DE-AVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale) est automatiquement affecté en catégorie C en dépit des fonctions qu'il occupe.

A ce jour, voilà la répartition salariale du service : 31 % de catégorie C, 26 % de catégorie B, 43 % de catégorie A. Je n'ai pas les moyens d'augmenter le taux de salariés qualifiés du service au risque de me voir refuser par les autorités de tarification un certain nombre de charges liées à leur qualification. Ce qui n'est pas sans poser problème concernant les démarches de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Beaucoup de salariés entreprennent cette démarche. Je peux refuser une autorisation d'absence une fois et puis c'est tout. Quand le salarié entre en Livret 2, il est passé en catégorie B, jusque l'obtention de son diplôme où il devient auxiliaire de vie sociale. Je n'ai pas la possibilité de contrôler cet aspect. Du coup, je ne peux favoriser une politique de qualification.

En revanche, il est indispensable de développer et d'adapter un type de formation continue en lien avec les publics accueillis.

Les intervenants

Depuis 2007, Espace social a noué des liens avec un organisme de formation, BCC. Les formateurs, tout en gardant avec les salariés en formation une attitude de neutralité et de distance, ne considèrent pas les employeurs comme de vils exploiters de salariés qu'il convient de réveiller de leur situation d'aliénés. Ils observent la normalisation des conditions de travail et d'emploi et accordent à cette normalisation, à la transformation des structures le temps nécessaire. Cela permet, par un travail d'allers et retours permanents entre formateurs et direction, de repérer les problèmes posés par les salariés en formation et d'y remédier au fur et à mesure. De plus, ces relations nous laissent la possibilité d'imaginer et construire des modules de formation continue en lien avec ces problèmes mais surtout avec les besoins des publics accueillis. Cet organisme est réactif et a la volonté d'agir sur les stagiaires, les services et par là même sur les populations accompagnées.

Voilà pourquoi, dans le cadre des formations à l'adaptation de la transformation des publics aidés, c'est en priorité avec BCC que j'ai fait le choix de les organiser. Cela n'empêche pas que sur des aspects plus techniques, je cherche d'autres prestataires.

En novembre et décembre 2008, nous avons donc négocié un Plan de Formation avec le Comité d'Entreprise. Les élus du Comité d'Entreprise sont : 2 auxiliaires de vie sociale, 1 agent à domicile et 1 responsable de secteur.

J'ai posé quelques préalables :

- Obligation de financer des formations d'acquisition de nouvelles compétences vers l'accompagnement des personnes handicapées.
- Impossibilité de prendre en charge des formations qualifiantes (sauf dans un cas : des auxiliaires de vie sociale qui veulent devenir aides médico-psychologique car cela ne provoque pas de changement catégoriel et n'a donc pas d'influence sur le tarif horaire).
- Permettre aux salariés qui font des demandes individuelles d'être prioritaires dans les accords. Cela constitue en effet un vrai changement : dans les SAAD, les salariés sont habitués à s'inscrire dans des modules collectifs à l'interne. Ils portent rarement des demandes individuelles. Toute l'année 2008, j'ai insisté pour que cela devienne un nouvel usage. A la fois, cela traite le problème des DIF qui s'accumulent mais c'est aussi insister sur le fait que la formation est un droit dont un salarié doit être porteur.

⁴⁹ Annexe II

Après deux séances de CE, voilà le Plan de Formation 2009 :

Pour les intervenantes, les formations collectives :

- Accompagnement en soins palliatifs : cette formation a des contenus qui s'adressaient traditionnellement aux aides à domicile intervenant chez des personnes âgées. J'ai demandé au réseau des soins palliatifs, qui la mène, de l'axer vers les personnes en situation de handicap. Car la question de l'âge modifie les processus d'identification et de distance indispensable à l'exercice du métier.
- Manipulation et ergonomie : C'est avant tout une formation qui s'adresse aux salariés intervenant au domicile de personnes handicapées moteur. Le formateur qui s'en occupe s'engage de plus à venir au domicile des usagers dans le cas de manipulation complexe. Quand les usagers sont d'accord, il fait une étude des besoins en matériel, en compétences techniques et une formation in situ des intervenants. J'ai proposé à la MDPH de bénéficier de cette convention dans le cas de personnes qui embauchent directement leur salarié afin de sécuriser leur manipulation.
- Gestion des conflits, gestion du stress : c'est un module demandé par les salariés. Les interventions chez les personnes handicapées ont augmenté leurs inquiétudes de mal faire.
- La relation d'aide avec des personnes handicapées.
- Connaissance de pathologies invalidantes.
- Travailler avec un projet auprès des personnes handicapées.

Ce Plan coûte 65 000 €. 45 000 € sont pris en charge par la CNSA, au titre de la section IV, le reste sur l'enveloppe Espace Social.

Enfin, j'ai fait financer le coût d'un intervenant extérieur par la CNSA pour des temps d'analyse des pratiques professionnelles, une fois tous les deux mois, par groupe de 8 salariés. J'attends le tarif 2009 pour savoir si le coût salarial des heures de réunion est pris en compte pour ré-activer ces temps qui ont fonctionné jusque septembre 2008.

Pour les intervenantes, les formations individuelles :

- Une auxiliaire de vie sociale a demandé une formation à l'animation d'ateliers d'arts plastiques pour les personnes handicapées. Elle est prise dans le cadre du DIF.
- Une autre a demandé une formation d'AMP. Elle n'a que deux modules à passer du fait des équivalences avec le DE-AVS. Elle est financée dans le cadre de la période de professionnalisation.

- Deux salariées sont en contrat de professionnalisation DE-AVS jusque décembre 2009. Elles sont financées par le dispositif « contrat de professionnalisation ».

Pour l'équipe administrative :

L'équipe administrative est composée de neuf personnes (soient deux CDD, 6 CDI et un agent de bureau mis à disposition par un ESAT : un agent de bureau en CAE, une aide-comptable en contrat de professionnalisation, une comptable, un responsable qualité, deux responsables de secteur, une cadre de secteur et un directeur. Leurs fonctions sont essentielles dans un SAAD. Ce sont les salariés qui sont à l'interface des usagers et des intervenants. Ils sont le lien avec les familles, les organismes de tutelles, les partenaires. Ce sont les premiers à rencontrer les personnes aidées. C'est à partir de leur évaluation que l'aide humaine s'organise, se modifie. Cette équipe endosse une fonction primordiale dans la protection des usagers et des intervenants. Et cette protection passe par l'élaboration et la transmission claire et cohérente des missions.

Pour cette nouvelle offre de service, il faut re-traiter la question du projet de vie, du projet personnalisé, du contrat. C'est pourquoi, le plan de formation qui les concerne s'adresse en priorité à l'équipe de coordination (cadre de secteur, responsables de secteur et responsable qualité)⁵⁰.

Les formations 2009 :

- Travailler à partir d'un projet de vie : de sa définition à son évaluation ; la place des acteurs.
- Travailler en réseau.
- Enfin, des modules de formation sur des aspects très techniques (utilisation des logiciels, droit des contrats).

Ce plan de formation a eu dès sa communication interne des effets dynamisants. Beaucoup de salariés se sont inscrits pour les sessions avec la volonté affichée de diversifier le type de publics auxquels ils s'adressent habituellement.

3.2.2 Le projet de vie des personnes handicapées : pivot d'une nouvelle organisation

En lien avec les actions de formation, il est indispensable de redéfinir les modalités de mise en œuvre des accompagnements. Bien-sûr, la nouveauté, je l'ai déjà commentée, réside dans le point de départ des interventions : le projet de vie des personnes dans lequel l'aide humaine n'est qu'un moyen. Comment peut-elle être un moyen efficient ?

⁵⁰ Annexe III

Actuellement, chaque nouvel usager du service, à son entrée, fait l'objet d'une rencontre avec un membre de la coordination qui deviendra son référent pendant son parcours dans l'association. Cette rencontre est l'occasion de présenter l'association, ses services, son règlement ; de faire connaître et de discuter de la charte des droits et libertés ; de s'assurer de la volonté de la personne d'être accompagnée par Espace Social. Enfin, s'y définissent les modalités techniques de la prise en charge : pour faire quoi, quand, comment, avec qui. Ces modalités sont contenues dans un projet d'intervention qui est un enregistrement très factuel de ce que doit être cette prise en charge. A partir de ce document, le contrat est rédigé. Le projet et le contrat sont les deux bases du travail à venir : choix d'un salarié, transmission de la mission, planification, suivi, évaluation. Mais qu'évalue-t-on ? La capacité du service à s'inscrire dans les éléments très factuels de la prise en charge. C'est une notion indispensable à l'évaluation mais elle ne permet pas d'inscrire la personne et le service dans un mouvement, une trajectoire vers l'autonomie. Après tout, si le planning est respecté, le salarié est à l'heure, la cuisine est bonne, la mission est accomplie. Mais qu'en est-il de l'accompagnement de la personne vers la compensation de ses handicaps pour continuer ou commencer à vivre de manière autonome ? Nous portons peu de regard sur cet aspect, trop habitués dans l'aide aux personnes âgées à ne veiller qu'aux aspects matériels de leur satisfaction. Or, c'est bien un enjeu majeur de la Loi de février 2005 et celui de la volonté des personnes handicapées dans l'accompagnement. Il manque à Espace Social des compétences, des outils et une organisation pour ce travail.

Il faut donc agir dès la première rencontre avec les usagers et déplacer l'enjeu de l'accompagnement : de la question de l'évaluation de la satisfaction à la question de l'évaluation des objectifs de la prise en charge. Ce changement de paradigme perturbe notre démarche qualité centrée sur la satisfaction des usagers. Il est vrai que la démarche s'appuie sur une Norme. Et les associations de normalisation ont avant tout envisagé les usagers en consommateur. Cela a pu avoir un sens dans la structuration du secteur et de l'association mais il faut se décentrer de la Norme pour retrouver la nature d'un accompagnement social et médico-social.

La question du projet

Depuis janvier 2009, en plus des formations spécifiques à ce sujet, cette question a provoqué de nombreuses modifications dans l'organisation du service. J'ai demandé à l'équipe de coordination que nous nous réunissions deux fois par mois jusqu'avril pour redéfinir le document qui trace le projet individuel des usagers. Que doit-il contenir ? Comment est-il partagé, transmis ?

Les deux premières réunions se sont attachées à la critique du document d'alors en le mettant en relation avec la réalité des rencontres à domicile, en montrant comme il est délié des évaluations de la satisfaction telle qu'elle est pratiquée. Un exemple symptomatique de cette inadaptation est donné ainsi : nous intervenons chez Mr X pour l'aider à retrouver des relations sociales, sortir de chez lui. Au bout de deux mois, il est inscrit dans deux clubs en ville (théâtre et jeu de société). Nous l'aidons à s'y rendre et nous le ramenons chez lui pour l'aider à se coucher. Les horaires du théâtre changent : l'atelier ne finit plus à 19 heures mais à 21 heures. Pour pouvoir continuer à l'y accompagner, pour des questions de garde d'enfants, nous devons changer l'auxiliaire de vie sociale. Il écrit au service pour s'en plaindre, remplit son questionnaire de satisfaction de manière très négative en disant qu'il n'accepte pas qu'on ait changé son auxiliaire. Dans son traitement des questionnaires, le responsable qualité relève une insatisfaction envers le service, il la transmet à la responsable de secteur concernée. Mais qu'est-ce que cela dit de l'accompagnement ?

A partir de là, une nouvelle matrice du projet d'intervention est élaborée qui s'appuie sur les projets de vie des personnes en tentant de le renommer :

- il faut des éléments factuels (nom, prénom, date de naissance, composition du foyer, type de prise en charge financière ; environnement et partenariat possible: logement, voisinage, famille, médecin, infirmier, service d'accompagnement, tuteur, assistante sociale...)
- *Le Bilan.* Il faut un bilan de l'entretien sur plusieurs points : scolarité et/ou profession et/ ou activités bénévoles / vie quotidienne / relations sociales / culture et loisirs / moyens financiers. A chaque item, il faut décrire la situation actuelle, dire comme elle a évolué et ce qu'en attend l'utilisateur.
- *Le projet.* Sur les mêmes items, écrire ce que l'utilisateur aimerait faire et comment il compte y parvenir. Alors, définir avec lui, la place du service dans la réalisation de ses attentes et désirs. Si nécessaire, des étapes et des échéances peuvent être ajoutées.
- *L'évaluation.* L'évaluation de l'accompagnement se construit sur les mêmes bases que le bilan et le projet. Il s'agit de dresser un constat par item, de fixer éventuellement de nouveaux objectifs et les moyens à leur réalisation.

L'ensemble de ces étapes est traité avec les usagers. A la différence de notre pratique actuelle, elles peuvent nécessiter plusieurs rencontres et les intervenants doivent être présentés directement aux usagers. Lors de cette présentation, le cadre de l'intervention est redéfini.

De nouvelles instances.

Afin de s'assurer de l'évolution des projets, plusieurs instances sont organisées :

- deux réunions mensuelles de synthèse entre l'équipe de coordination pour faire le point sur les situations et leur évolution. Cela demande d'avoir recherché les informations susceptibles de faire évoluer l'accompagnement auprès des usagers et des intervenants. Ce qui se dit est consigné dans le dossier personnel des usagers. Ce dossier leur est évidemment accessible. Ces écrits sont une base pour les temps formels d'évaluation des prises en charge.
- une fois par an, les référents des accompagnements rencontrent les usagers pour faire l'évaluation et éventuellement déterminer les modifications au projet d'intervention.
- deux fois par an, une réunion spécifique avec le responsable qualité est organisée afin de croiser les éléments d'évaluation des accompagnements avec le suivi de la démarche qualité. L'objet consiste en l'affinement des résultats normés par une dimension plus qualitative.
- pour certains accompagnements, quand beaucoup d'intervenants du service se croisent au domicile, j'ai demandé qu'une fois par mois ait lieu au domicile de l'utilisateur une rencontre qui réunisse tout le monde. Cela sert à faire le point sur le mois passé, à mieux organiser le travail entre tous, à préparer les actions à venir, les remplacements prévisibles...

Cette nouvelle organisation a été présentée au Comité d'Usagers en Mai 2009. Je l'ai présenté comme une organisation à améliorer. Le sept membres, quel que soit leur handicap, l'ont approuvé. Je craignais que les personnes les plus facilement autonomes se sentent infantilisées. Au contraire, elles ont reconnu l'attention portée à leur handicap. Cependant, elles ont demandé que soit construit un autre document, qui ne relève pas du projet et qui soit très personnel. Ce document a pour objet de décrire précisément l'aménagement du logement et l'importance de respecter cet aménagement. Il doit décrire les actes intimes à effectuer et la manière qui convient à chacun. Cette demande naît de leur difficulté à exprimer, dire, redire à chaque nouvel intervenant les mêmes choses. Je leur ai posé des conditions à sa mise en œuvre : les usagers ne sont pas obligés de l'utiliser, les contenus doivent être validés par moi, les écrits qu'on se donne ne doivent pas empêcher de se parler. Ce document devient une annexe au projet d'intervention ainsi qu'un complément aux ordres d'affectation⁵¹ des salariés.

En juin, cette nouvelle méthode d'organisation de l'accompagnement a démarré.

⁵¹ Les ordres d'affectation sont les fiches d'informations qui sont remises aux intervenants en début d'accompagnement. Elles font la synthèse du projet d'intervention.

3.2.3 Construire des partenariats et développer des réponses collectives

Dans un contexte très concurrentiel, les SAAD du Département du Gard ont fait le choix de ne pas s'isoler les uns des autres. Par le biais des fédérations d'employeur, de l'URIOPSS ou de groupements de circonstances, ils ont pris l'habitude de réfléchir ensemble à l'amélioration des conditions de l'emploi essentiellement. En revanche, ils demeurent « à côté » des établissements sociaux et médico-sociaux usuels.

J'ai vite senti la nécessité d'agir pour un rapprochement avec ces structures notamment depuis la mise en place de la PCH dont les publics bénéficiaires modifient les façons d'aborder l'intervention. Deux aspects me paraissent à privilégier dans ces rapprochements qui naissent de deux manques dont l'un est évoqué par le groupe Projet d'Espace Social : la coordination des prises en charge et le développement d'actions collectives à partir du domicile.

La coordination

Les personnes handicapées aidées à domicile voient se croiser une multitude d'intervenants. Chacun agit en référence à ses prescriptions et à ses compétences. Souvent le seul moyen de croiser les informations utiles aux accompagnements consiste en la présence d'un cahier de liaison, qui n'est bien souvent qu'un pis-aller aux besoins d'échanges entre les professionnels. Sans parler des contenus dont chaque corps de métier s'empare en fonction de ses usages, la personne aidée étant bien souvent à l'écart de ce qui s'y joue.

Le SAAD est le service qui passe le plus de temps avec les usagers. En cas de problèmes, il se réfère à l'équipe d'évaluation de la MDPH, qui tant bien que mal va tenter une médiation entre services et usagers. Mais ni l'équipe, ni le SAAD n'ont de légitimité à gérer la coordination indispensable au traitement des situations une fois qu'elles sont en place. C'est toujours à posteriori qu'ils agissent. Or la coordination doit être un moyen efficace de prévision et d'organisation globale.

Bien-sûr, tous les usagers qui font le choix de vivre à domicile n'ont pas les mêmes besoins en terme de coordination. Certains sont les pivots de ce travail. Leurs capacités leur permettent d'être l'espace de coordination entre tous les intervenants et leurs missions. Ils peuvent demander du soutien pour remplir cette tâche mais sauront s'en acquitter à leur bénéfice.

Cependant d'autres usagers, dont la vulnérabilité est plus importante du fait de leur handicap ou de leur environnement ont besoin que les fonctions de chacun s'inscrivent dans une globalité de leur situation.

D'une part, Espace Social n'est pas légitime pour exercer ces fonctions en cas de nécessité. D'autre part, il lui manque des compétences et des moyens humains. Voilà

pourquoi, j'ai tenté depuis décembre 2008 de trouver des partenaires à nos accompagnements dont une des fonctions premières est justement la coordination. Cette recherche s'est accompagnée de deux obligations : renoncer à une relation duelle (le service et l'utilisateur) et par conséquent accepter de remettre une part de notre maîtrise à d'autres.

J'ai procédé en plusieurs étapes : définir des types de publics handicapés pour lesquels les besoins sont avérés et reconnus par eux-mêmes ; rechercher des partenaires dans le contexte réglementaire et géographique ; proposer des conventions de partenariat.

En 2007, Espace Social a accueilli pour la première fois des adultes en situation de handicap mental dans le cadre de l'aide sociale départementale. Nous croisons régulièrement des éducateurs à leur domicile qui demandaient aux auxiliaires de vie de quoi auraient besoin les personnes pour améliorer leur aménagement. J'ai contacté le SAVS dont dépendaient les éducateurs pour savoir s'ils seraient intéressés dans la recherche de modalités de collaboration pour optimiser la maintien à domicile des ces usagers. Nous avons alors commencé un travail au cas par cas avec des liaisons fréquentes entre éducateurs et auxiliaires, entre chef de service du SAVS et cadre de secteur d'Espace Social. L'intérêt de ces tâtonnements résidait dans la prise en compte globale de la situation de la personne aidée. La présence régulière des auxiliaires offraient au SAVS l'assurance d'un suivi sur de nombreux points de l'insertion dans une vie sociale « normale » des usagers de son service : suivi des rendez-vous, aide au réveil pour aller à l'ESAT, entretien de la vie quotidienne pour tenir le domicile propre et vivable...

En septembre 2008, lors de l'élaboration de nos budgets, nous avons décidé de passer convention afin de pérenniser le travail entrepris et de communiquer.

La convention⁵² fixe le cadre du partenariat :

- Espace social répond aux demandes d'accompagnement du SAVS quand les usagers sont d'accord pour ce lien.
- Espace Social peut proposer aux usagers de son service d'intégrer le SAVS.
- Espace Social s'occupe de l'entretien de la vie quotidienne, des suivis des régimes alimentaires, des courses.
- Le SAVS gère l'accompagnement social et éducatif et inscrit le SAAD dans le parcours des personnes.
- Le SAVS coordonne l'ensemble des besoins et les moyens pour y répondre.

Nous avons fixé des réunions de synthèse obligatoires: une fois par semaine, les éducateurs référents et les auxiliaires de vie se retrouvent en présence du chef de service

et de la cadre de secteur. Ils font le point sur chaque personne, prévoient et répartissent le travail à effectuer. Les usagers sont au courant de cette réunion : ils peuvent s'en servir pour faire passer des messages ou des demandes. C'est également l'espace où le SAVS confie de nouveaux accompagnements au SAAD.

Ces temps sont budgétés sur le SAVS. Espace Social facture le temps passé à hauteur de son tarif horaire. Ces dépenses ont été accordées au SAVS par le Conseil Général dans le cadre d'une décision modificative.

L'équipe d'évaluation de la MDPH a vite été sensible à cette collaboration. Quand elle met en place une PCH chez une personne en situation de handicap mental, elle propose Espace Social comme service d'aide humaine et par notre intermédiaire propose son inscription au SAVS. L'inverse est également possible.

Il ne s'agit pas de cerner les personnes. Mais de leur laisser la possibilité de vivre à domicile dans des conditions optimales de protection, de favoriser l'insertion sociale par la multiplication des espaces de recours, de soutien.

Sur ce modèle, nous avons proposé à un SAMSAH le même type de collaboration. En effet, de plus en plus, nous accueillons des personnes lourdement handicapées qui nécessitent de grandes relations notamment avec les équipes soignantes. Beaucoup d'usagers s'en remettent aux professions libérales qui ont une gestion du temps pas toujours en lien avec les attentes des usagers. Le SAMSAH que j'ai contacté dispose d'une équipe pluridisciplinaire mais a fait le choix de conventionner les soins courants avec des libéraux. Il dirige et coordonne le programme de soins mais aussi les actions d'insertion sociale des usagers. Je leur ai proposé que nous nous inscrivions dans ce programme pour les usagers concernés afin d'éviter certaines pratiques indignes. Chez Madame X, les infirmiers passent entre 6H30 et 9H. Si, quand ils passent, le transfert de Madame n'est pas effectué, ils ne font pas la toilette, donnent les médicaments et repartent. Du coup, à 6H30, nous venons faire le transfert. Et Madame attend nue dans sa baignoire, y déjeune jusque l'arrivée des libéraux. Madame pensait ne pas avoir le choix. La cadre de secteur lui a donc suggéré de passer par un service qui pourrait, à son intérêt, coordonner sa prise en charge. Nous nous sommes donc rapprochés du SAMSAH. Cela a initié notre partenariat. De la même façon qu'avec le SAVS, soit nous amenons de nouveaux usagers au SAMSAH quand la situation nous y pousse, soit le SAMSAH fait appel à Espace Social quand ils sont à la recherche d'un service qui accepte de s'inscrire dans une démarche globale d'accompagnement.

Nous sommes en cours d'élaboration d'une convention de partenariat qui sera proposée dans les budgets 2010. Sans cet accord budgétaire, je ne peux laisser les auxiliaires de

⁵² Annexe IV

vie sociale participer aux temps de coordination des aides. Seule la cadre de secteur est impliquée car cela n'a d'impact que sur l'organisation du temps de travail. Or pour des raisons d'enrichissement des fonctions des intervenants, je souhaite qu'elles puissent participer à des temps de synthèse avec d'autres professionnels. Ce sont des espaces qui donnent du sens à leur travail : un sens qui n'est pas donné qu'à l'interne et qu'une reconnaissance extérieure valorise d'autant.

Enfin pour d'autres situations, c'est avec le réseau de soins palliatifs que nous collaborons mais de manière plus informelle. Le réseau porte des fonctions de coordination et je souhaite qu'Espace Social s'inscrive dans les parcours que le réseau construit.

Les actions collectives

Par ces recherches de collaboration, j'ai pu ouvrir d'autres possibles en réponse à des demandes d'usagers. Il s'agit des actions collectives auxquelles ils souhaitent participer. Il leur suffirait donc de s'inscrire à des clubs, des ateliers en ville, accepter des prises en charges spécialisées (SAVS, SAMSAH) et ils seraient d'office dans du collectif. Mais la demande des usagers les plus autonomes ne se situait pas là. Avec Espace Social, ils ont trouvé un service qui tente de répondre globalement à leur problématique de maintien à domicile. Ils demandent que ce soit à partir du service qu'ils puissent organiser leur intégration. Le Comité d'usagers a beaucoup œuvré dans ce sens là. Ainsi, j'ai développé directement deux types d'ateliers collectifs au sein du service : des arts plastiques et de la gym douce. Le premier est mené par une auxiliaire de vie sociale, par ailleurs plasticienne ; le second est issu d'une collaboration avec une autre association. Ces actions sont financées en partie sur fonds propres (notamment pour les frais de fonctionnement inhérent à l'atelier : matériel, coût de l'intervenant) puis par les usagers eux-mêmes. Ils peuvent, avec l'accord de la MDPH, utiliser une partie de leurs heures d'aide humaine, dès l'instant où le projet de vie définissait leur volonté de participer à des activités de loisir.

Par hasard, un foyer occupationnel de Nîmes qui dispose aussi d'un SAVS, a entendu parler de ces ateliers, et nous a contacté pour savoir si nous pouvions l'ouvrir à certains de leurs usagers qui n'ont pas encore intégré le foyer. J'ai accepté en espérant que ce ne serait pas juste une manière de les arranger transitoirement. Non seulement, ce n'était pas juste une solution de repli pour eux mais une vraie collaboration a débuté concernant les loisirs et la culture.

Ainsi, à partir de septembre 2009, toutes les personnes handicapées accompagnées par Espace Social, pourront participer aux ateliers organisés par le foyer et quel que soit leur type de handicap. A chaque personne, un accompagnement spécifique est à penser :

transporter à l'atelier, rester avec, mettre juste en relation. A l'inverse, les ateliers et évènements (spectacle, cinéma, exposition) d'Espace Social sont ouverts aux résidents du foyer. De plus, un des problèmes du foyer est son accessibilité aux personnes en fauteuil. Pour résoudre ce manque, certains ateliers seront délocalisés dans les locaux d'Espace Social. Les ateliers proposés sont : danse contemporaine, sculpture, activités audio-visuelles et multimédia, musique.

Cette collaboration qui a débuté par petites touches entre janvier et juin 2009 trouve donc une forme plus aboutie. Elle va se concrétiser par une convention de partenariat que la MDPH va prendre en compte comme réponse supplémentaire à proposer aux personnes demandant de l'aide humaine.

Il s'agissait dans cette partie de montrer les transformations des usages d'un service en même temps qu'il fonctionne. En utilisant les ressources présentes, en agissant sur leur optimisation, je peux donner une nouvelle dynamique à la structure. La simplicité permet de contourner les résistances légitimes au changement parce que cela l'inscrit dans un mouvement naturel. Rien de révolutionnaire dans ces changements : juste une adaptation à de nouvelles demandes, à de nouveaux publics. Assez logiquement, malgré des difficultés à communiquer les effets de ces actions, les usagers reconnaissent la capacité du service à tenter des réponses qui s'appuient sur leurs attentes. De même les salariés ne sont plus des aides-ménagères ou des techniciens de la planification mais des acteurs de l'action sociale au service de publics vulnérables : ils peuvent faire preuve de capacités d'expertise en s'appuyant sur la connaissance de leur environnement et des personnes aidées. Ces capacités, mais surtout la possibilité de s'en servir, augmentent la valorisation indispensable de leur place, en conjuguant une dimension technique (trop souvent la seule évaluée) à une dimension plus humaine et sociale.

3.3 Une structuration qui doit s'inscrire dans le temps

Pour adapter le service aux besoins et attentes de personnes en situation de handicap, j'avais besoin pour motiver les équipes d'agir sur des points évidents d'inadaptation : le projet d'intervention, la formation, les partenariats, les actions collectives. Ces points en cours de résolution ont mobilisé l'équipe de coordination et beaucoup d'intervenantes. Certains effets en terme de satisfaction des usagers, de négociation avec eux sont positifs. L'extérieur reconnaît la qualité du travail entrepris en continuant à faire appel à Espace Social. Pourtant, ce ne serait s'arrêter qu'en milieu de chemin si nous nous contentions de ces améliorations. D'autres aspects de notre nécessaire adaptation

doivent être initiés pour la rendre pérenne. Ils concernent le développement d'un service annexe, l'élaboration de budgets annexes, seuls capables de rendre viables à long terme cette structuration et bien-sûr d'inscrire cette démarche dans une méthodologie d'évaluation continue qui se distingue en partie de la démarche de certification à laquelle nous sommes liés.

3.3.1 La mise en place d'un service qui intervient à des horaires atypiques

Tout d'abord, il convient de rappeler que la construction d'interventions à des horaires atypiques ne s'entend que du côté des personnels. En effet, qu'une personne souhaite se coucher à minuit ou doive se lever à cinq heures pour attraper un train n'a rien d'atypique. Cela s'inscrit dans la vie d'un citoyen. Quand on est en situation de handicap et qu'on a besoin d'aide pour de nombreux actes essentiels de la vie courante, la réalisation de ces désirs est vite contrainte par la réalité des services comme Espace Social. Or, c'est une demande récurrente des usagers que de pouvoir se coucher tard, sortir avec des amis, se lever comme ils le veulent. La nuit est un vrai problème. Dans le Gard, il existe une seule solution pour s'assurer d'une présence humaine nocturne quand on est handicapé et qu'on vit à domicile : c'est embaucher soi-même un salarié sur toute la durée de la nuit. En fonction du type de nuit qu'on lui fera passer, on le rémunèrera 6, 8 ou 12 heures. Ce salarié doit disposer d'un contrat de travail qui fixe mensuellement son temps de travail et d'intervention. Afin de payer moins cher, l'usager-employeur déterminera à l'avance les soirées où il sortira, où il voudra rester dans son salon plutôt qu'être dans son lit médicalisé, les matins où il prendra le train pour un rendez-vous important au tribunal des incapacités qui se trouve à 54kms. Enfin, il aura des responsabilités d'employeur, ce qui limite d'autant les personnes pouvant les assumer.

Voilà pourquoi, je souhaite dans cette nouvelle offre de service intégrer la possibilité d'intervenir la nuit au domicile de personnes en situation de handicap. Cette proposition est plus longue à mettre en œuvre. L'échéance que nous nous sommes fixés avec le Conseil d'Administration est au 1^{er} janvier 2011. Pour plusieurs raisons : le temps nécessaire aux négociations collectives, l'intégration du coût d'un service de nuit dans les propositions budgétaires.

Le cadre réglementaire

La Loi du 9 mai 2001⁵³ définit le travail de nuit comme un travail accompli entre 21 heures et 6 heures. Pour intervenir la nuit, le SAAD doit, à défaut d'accord de branche étendu, négocier un accord d'entreprise. En référence à la circulaire du 30 mars 2005⁵⁴, je n'ai pas à demander l'autorisation de création d'un nouveau service dès l'instant où la garde de nuit est intégrée au service existant.

En revanche, il est à intégrer dans les capacités accordées annuellement. L'agrément qualité au titre de l'article L.7231-1 du Code du Travail suffit à démarrer et communiquer sur le fait d'intervenir la nuit, dès l'instant où cette activité fait partie du champ agréé de la structure. Ce qui est le cas pour Espace Social.

Un service prestataire d'aide à domicile qui pratique la CCN de 1983 et les accords de branche étendus n'a pas le droit d'intervenir la nuit sans l'accord de l'inspection du travail. Cette autorisation est accordée exceptionnellement et au cas par cas. A chaque nouveau cas, il faut une nouvelle autorisation. Passer un accord d'entreprise agréé par le Ministère du Travail est la solution la plus logique dans le cas d'ouverture d'un nouveau service.

Avant la négociation collective

Afin de présenter un projet sur lequel il y a matière à négocier avec les délégués du personnel et le délégué syndical de l'association, nous avons fixé avec le CA quelques préalables : les objectifs de ce service de garde de nuit, ses missions, les caractéristiques de l'activité, le public concerné, son organisation prévisionnelle.

Les objectifs et missions: répondre à un besoin non satisfait de personnes en situation de handicap / sécuriser les nuits des personnes isolées / intervenir de manière régulière et/ou ponctuelle pour assurer une veille de nuit / organiser des réponses qui concernent les actes essentiels en respectant les rythmes des personnes aidées / Le CA insiste sur la nécessaire souplesse d'organisation du service.

Les caractéristiques de l'activité : c'est un service de garde de nuit itinérant. Il ne s'agit pas dans ce cas de passer la nuit entière au domicile des usagers. Il s'agit d'assurer des activités pratiquées d'habitude à d'autres moments que la nuit pour des raisons conventionnelles : habillage, déshabillage / coucher / lever / accompagnement extérieur et retour au domicile / veille / demandes exceptionnelles. Ces activités pourront être effectuées de trois manières. Elles sont prévues et planifiées. Elles sont exceptionnelles et planifiées à la demande. Elles sont imprévues et organisées dans la nuit même.

⁵³ Loi 2001-397 du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Chapitre III, De l'encadrement du travail de nuit.

⁵⁴ Circulaire 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées, 2004-2007. Annexe IV, Structures d'accompagnement et de répit.

Le public : c'est un service que nous ouvrons d'abord à destination des personnes handicapées, quelle que soit leur situation. Quand le service fonctionnera, il pourra s'étendre aux personnes âgées.

Organisation : une responsable de secteur sera affectée à l'organisation du service. Deux équipes de deux auxiliaires de vie sociale se relaieront toute l'année pour intervenir de 21H à 6H.

De 21H à 1H, deux tournées sont effectuées : les couchers, les sorties... De 1H à 5H, une auxiliaire de vie est chez elle, en astreinte. Elle répond aux demandes. De 5H à 6H, elle procède aux premiers levers. Malgré ce schéma, de la place est laissée à tout moment à l'imprévu. Certaines personnes pourront être visitées plusieurs fois par nuit, d'autres jamais. Dans tous les cas, ce programme se met en œuvre à partir de l'évaluation de la demande.

En cas de problème grave, les salariés de l'équipe de coordination et le directeur sont d'astreinte par roulement, soit six nuits par mois pour chacun.

De plus, nous informerons régulièrement les services de police de ces tournées afin de sécuriser les salariés dans leurs déplacements nocturnes et de rassurer le voisinage des usagers.

Les auxiliaires de vie font leur tournée avec deux véhicules de l'association.

Ce travail s'est effectué en début d'été 2009.

A partir de ce travail, je dois réaliser pour janvier 2010, une étude des coûts, des moyens nécessaires à leur prise en charge, du seuil d'équilibre. Ce service n'augmente pas la capacité d'intervention d'Espace Social. Il l'inscrit dans une répartition différente.

Avant étude plus approfondie et les négociations salariales, je dispose déjà d'un certain nombre de données. Si le service était actif en 2009 :

Type de dépenses	Montant	Type de produits	Montant
Groupe2 : Personnel intervenant	80000	CNSA	10000
Groupe 2 : Encadrement	35000	Fondation De France	30000
Groupe 1 : Fonctionnement	10000	Tarif	73000
Groupe 3 : Amortissement	6000	Droit d'accès	18000
	131000		131000

Il faudrait intervenir 11 heures par nuit avec un coût horaire de 18.35 € (tarif 2009) pour équilibrer ce service. Cependant la particularité d'un service de garde de nuit itinérante est aussi de rompre avec la question de l'heure d'intervention. Une intervention peut durer de 15 minutes à une heure. Après comparaison avec des services similaires dans d'autres départements, plusieurs tarifications sont possibles : un droit mensuel d'accès / une heure prévue / Une heure imprévue / ¼ d'heure / ½ heure.

Ce service est prévu pour 50 personnes. Tous les coûts sont finançables dans le cadre de la PCH. Cette ébauche est à affiner. Mais le seuil d'équilibre se situe autour de 11 heures d'interventions par nuit. De plus ce travail d'élaboration de coûts spécifiques ne pourra s'opérer qu'en lien avec la MDPH et le service de tarification des SAAD du Gard et au regard des négociations avec les salariés.

La négociation collective

Muni de ces éléments, je suis en mesure de mettre en place une négociation en vue de l'élaboration d'un accord d'entreprise sur un service de garde de nuit itinérante.

Du janvier 2010 au 30 juin 2010, je convoquerai 6 fois le Comité d'Entreprise et le délégué syndical. L'objet de nos rencontres est la formalisation d'un accord.

Rencontre 1 : présentation du projet et échange.

Rencontre 2 : discussion sur les points de vigilance en droit, en prévention des dangers ; rappel de la Loi sur le travail de nuit.

Rencontre 3 : explication des articles nécessaires à la conclusion de l'accord.

Rencontre 4 : négociation des compensations.

Rencontre 5 : proposition d'accord.

Rencontre 6 : finalisation et signature entre délégué syndical et Président du CA..

Suite à la signature, j'envoie l'accord pour agrément au Ministère du Travail et à la DGAS.

Ils disposent de deux mois pour répondre.

En octobre, je peux ou non inclure les effets de l'accord dans les budgets 2011.

Dans tous les cas, l'accord devra prévoir :

- Les justifications du recours au travail de nuit,
- Une contrepartie sous forme de repos compensateur ou de compensation salariale,
- Des mesures destinées à améliorer les conditions de travail,
- Des mesures visant à faciliter l'articulation de l'activité nocturne avec les responsabilités familiales et sociales,
- Des mesures destinées à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes,
- L'organisation des temps de pause.

Ce projet d'adaptation aux besoins de personnes handicapées est une réponse indispensable au respect de la citoyenneté et à la compensation des handicaps. Il exprime en creux la nécessaire adaptation des fonctions des auxiliaires de vie sociale à des fonctions nouvelles et rappellent que ces fonctions naissent des besoins des usagers.

3.3.2 Une organisation budgétaire au service du projet et des publics accompagnés

A long terme, ce projet de structuration d'un service à destination de personnes en situation de handicap n'a de sens que s'il s'inscrit dans une organisation comptable et budgétaire qui est à son service.

Je choisis ici de décrire mes objectifs et ma stratégie dans ce domaine, plutôt que donner un budget à moyens constants qui n'est qu'une nouvelle répartition de ces charges,.

Après une année d'expérience d'accompagnements de personnes handicapées, j'ai une idée précise des coûts engendrés et des différences de tarif qu'ils doivent produire. L'APA et la PCH sont déjà des résultats de politiques sociales qui trouvent en partie leur origine dans la redistribution des richesses. Il n'appartient pas à un SAAD de prolonger cette redistribution en raison des besoins différents des publics. Or, à ce jour, c'est ce qui se passe. Les personnels intervenant auprès de personnes âgées et handicapées ne relèvent pas des mêmes catégories professionnelles, les temps de coordination sont différents, les temps de traitement administratif également. Pourtant tout est confondu en un tarif unique. Je vais donc proposer au tarificateur de scinder les tarifs. C'est une mesure qui peut l'intéresser à plus d'un titre. Le Gard est un département qui cumule les difficultés économiques. Les dépenses départementales sont exponentielles et les ressources s'amenuisent. La ligne de dépense en constante progression de l'action sociale du département concerne l'APA. Ma proposition, si elle vise à ajuster les tarifs en fonction de la réalité des coûts de chaque prestation doit permettre de diminuer les coûts de l'APA à domicile en ne lui faisant pas supporter les coûts induits par le financement de l'aide humaine des personnes handicapées. Cela ne provoquera pas de hausse moyenne du tarif, ni même de diminution, ce qui irait à l'encontre des besoins du service.

Situation actuelle

Le Conseil Général demande que soit déterminé un tarif horaire moyen d'intervention. J'utilise pour l'élaboration des budgets un logiciel mis au point par l'UNIOPSS et APOLOGIC qui gère nos applications informatiques. Ainsi, je dispose de cinq logiciels en lien constant entre eux. Avec le logiciel Budget, je vais chercher les informations annuelles en cours pour les charges en comptabilité et en paye. J'applique aux informations des coefficients d'augmentation que nous discutons avec l'agent tarificateur. Pour les produits, je cherche d'abord à informer les comptes 74 et 79, qui deviennent des recettes en atténuation ; il ne reste plus alors qu'à déterminer le montant nécessaire pour équilibrer le budget. Je peux me contenter de ces opérations simples car la demande du CG n'est pas plus complexe que cela. J'obtiens alors un tarif moyen délié du type d'intervention.

Or ce n'est pas une comptabilité au service des usagers car elle nie toute spécificité. Elle ne rend pas compte de la réalité des prises en charge et nivelle la nature et les moyens nécessaires à la réalisation de chacune d'entre elles. Elle amène à croire que la réponse apportée aux besoins des usagers est identique et systématique à chaque domicile puisque son effet symbolique (le prix qu'on paye) est unique.

Passer par une comptabilité analytique

J'ai demandé en avril le financement d'un Dispositif Local d'Accompagnement (DLA) à la DDTEFP du Gard. L'objet du DLA est la fabrication d'une comptabilité analytique à partir des factures émises plutôt qu'à partir des dépenses. Cela suppose d'entrer dans le système des applications informatiques que nous utilisons. Voilà pourquoi, c'est une opération que nous ne pouvons réaliser sans soutien extérieur. C'est le cabinet d'expertise comptable qui révise les comptes d'Espace Social qui mène cette opération. En parallèle à l'élaboration d'une comptabilité analytique et à ces supposés, j'ai commandé au fournisseur de logiciel d'être présent lors de deux journées afin de faire en direct les opérations de paramétrage nécessaires à sa mise en place. C'est un dossier que nous menons de concert avec la comptable d'Espace Social.

Les principes

- Différencier le coût des prises en charges.
- Fabriquer cette comptabilité à partir des prises en charge plutôt qu'à partir des dépenses.
- Elaborer deux tarifs dans un premier temps : un tarif général et celui de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- Aller vers un troisième tarif : celui de l'activité Services aux Personnes qui relève d'une activité plus commerciale.

La méthode

Cinq sections analytiques ont été déterminés : les personnes handicapées / les personnes âgées / les personnes atteintes de pathologie chronique / les personnes dépendant de l'aide sociale facultative / les personnes qui demandent du ménage de confort (SAP).

Je dois savoir quel est le coût d'intervention horaire des aides à domicile à chacune de ces sections. Quand la prise en charge d'une personne est entrée dans le système, un code analytique lui est donné. Par ailleurs à chaque personne aidée sont affectés des salariés. Ainsi les dépenses liées à son accompagnement qui concernent les salaires et contributions sociales sont isolées. Ce qui correspond déjà à plus de 80 % du coût. Je sais donc à 80 % ce qu'a coûté l'accompagnement d'une personne car je sais exactement

qui est intervenu et à combien ses salaires et cotisations (compte 63 et 64) s'élèvent. C'est bien la réalité des charges par type de public qui va déterminer le tarif.

Les 20 % à déterminer (comptes des groupes 1 et 3, soit à peine 10 % et les comptes du groupe 2 concernant les postes administratifs et de coordination) c'est la marge à partir de laquelle, je peux définir les pourcentages d'affectation. Pour les définir, j'ai besoin d'une vision annuelle complète et à activité constante. Dans tous les cas, je pense que les comptes de ces groupes seront répartis de manière proportionnée à la réalité des dépenses d'une part (groupe 1 et 3) et du temps consacré à chaque type prise en charge (groupe 2). D'où la nécessité d'une longue période d'observation.

Echéance

Le système doit être prêt au 1^{er} janvier 2010. Cette échéance me permet de tester l'outil jusque l'élaboration des budgets 2011. Cela me permettra d'y inclure les nouvelles dépenses liées au service de garde de nuit sur un budget annexe réservé au financement des accompagnements des personnes handicapées.

De plus, c'est le temps obligé d'échange avec le Conseil Général sur l'opportunité de cette différenciation des tarifs : opportunité pour le service bien-sûr mais aussi pour la visibilité de leurs dépenses.

De plus, il faut à terme trouver des solutions de renforcement de nos capacités d'investissement. Alors qu'actuellement, le Conseil Général demande à Espace Social, un résultat unique en fin d'exercice, il faut pouvoir produire des résultats par sections analytiques, quitte à revendiquer une part commerciale dont l'association aura à assumer les résultats. Afin de renforcer nos capacités d'autofinancement, il faut des résultats « commerciaux » sur lesquels j'ai de la liberté d'affectation. Ces résultats sont le produit de l'activité Services aux Personnes. Aujourd'hui ces résultats sont englobés dans les résultats repris. Une comptabilité analytique, un budget principal et des budgets annexes doivent avoir des effets sur les bilans. Ces effets sont à l'avantage des publics de l'action sociale. L'activité commerciale doit permettre de financer, dans un contexte de restriction, les investissements et réserves nécessaires à la réalisation de ces accompagnements.

C'est bien à partir de la différenciation du coût des prestations entre personnes handicapées et les autres usagers que je dois convaincre le Conseil Général de la nécessité de différencier budget, et donc tarif, et traitement des résultats. Je n'évoque pas encore la possibilité de passer un Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) car le Conseil Général n'est pas prêt à activer ce dispositif avec les SAAD. Mais il est évident que je veux mener ce travail de ré-organisation comptable dans l'éventualité de proposer un CPOM.

Enfin, c'est la seule marge d'action sur les capacités autorisées. Aujourd'hui, le Conseil Général me demande d'inclure dans les capacités la part d'activité SAP, qui représente quasiment 15% des heures qu'Espace Social effectue. L'en extraire me permet une marge d'évolution de l'activité autorisée de 15%, notamment auprès des personnes handicapées où la demande et les besoins sont forts. Ainsi, le nombre d'heures d'activité SAP pourrait, en plus, devenir une variable qui financerait en partie les éventuels résultats déficitaires que le tarificateur ne veut plus reprendre.

3.3.3 L'élaboration d'une nouvelle démarche d'évaluation

Ce projet de structuration ne peut produire d'effets sans une démarche globale d'évaluation. L'évaluation produit une manière d'organiser, de penser le service et sa qualité. Le service a des objectifs et se dote de moyens pour les réaliser. Mais c'est parce que le service est en démarche d'évaluation continue de ses pratiques et de ses effets qu'il trouvera une conception et une organisation cohérente et prospective.

Pour construire cette démarche, je peux m'appuyer sur la Norme à laquelle est certifié Espace Social. La Norme NF Service aux Personnes à Domicile, sans être la panacée, donne des indications utiles sur la démarche et des habitudes dans la nécessité de s'évaluer et d'être évalué⁵⁵. Cependant, elle ne peut constituer le socle unique sur lequel je m'appuie. Je l'ai évoqué : cette norme transforme l'utilisateur en consommateur de prestation de service à satisfaire. La démarche part de ce principe. Or accompagner des personnes en situation de handicap relève aussi d'autres logiques. L'évaluation dans cette norme s'initie dans des procédures. Il faut rappeler que l'évaluation doit s'initier sur un projet à destination d'un public visé. Accompagner des personnes en situation de handicap se construit à partir d'un projet global et de projets personnalisés singuliers. Une démarche d'évaluation, avant de fabriquer des procédures, doit embrasser ces deux aspects pour ne pas risquer une généralisation excessive et pour mettre les personnels au travail sur des actes en lien avec leurs pratiques professionnelles.

En plus de cette norme, dont je ne nie pas les effets positifs qu'elle a eu sur le service, je veux faire travailler les équipes autour de deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (ANESM, décembre 2008) ainsi que « La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » (ANESM, juillet 2008).

⁵⁵ Annexe V

La conjugaison des réflexions à partir de ces trois références et la relation de ces références aux pratiques en cours seront le socle de la démarche que je veux initier.

Je dispose d'avantages certains pour sa mise en œuvre : l'habitude des personnels, grâce à la certification, d'être dans ce type de démarche et le constat partagé de l'inadaptation de certaines de nos procédures et de nos critères face au travail engagé avec les personnes handicapées, voire avec certaines personnes âgées dont les pathologies sont handicapantes.

La loi du 2 janvier 2002 qui réforme le Code de l'Action Sociale et des Familles pose l'évaluation comme une obligation, et plus précisément l'évaluation de la qualité du service apporté aux usagers. Avec la norme, j'ai participé à mettre sous le mot qualité la satisfaction des usagers-consommateurs. Cela m'offre la possibilité d'analyser une qualité de conformité à la norme mais je n'ai pas d'outil pour mesurer le sens de cette conformité face à un projet institutionnel qui veut répondre à des projets de vie. Rien ne m'assure dans les résultats obtenus que l'institution répond aux attentes et besoins exprimés dans les projets de vie. Je suis juste assuré que nos réponses sont cohérentes avec des procédures qui visent au respect des usagers. Ainsi, nous pouvons être en échec sur un accompagnement (épuisement des salariés, projet de vie toujours en sursis...) et la personne aidée peut exprimer sa satisfaction car nous la servons toujours au bon moment. Avec la norme, je ne mesure que sa satisfaction.

Je veux rompre avec ce seul outil de mesure. La qualité c'est le point de jonction entre des besoins, des attentes et une offre de service. En structurant une offre de service spécifique aux personnes handicapées, je veux prendre en compte ces dimensions pour m'approcher de la réponse et aux besoins et aux attentes. Aujourd'hui, le service fait des attentes le point central. Ce n'est pas tenable à plus d'un titre : cela ôte toute responsabilité aux usagers dans la réalisation de leurs projets et dans la nécessité de collaborer et d'agir ; cela met les salariés dans une situation qui les démotive car la domesticité⁵⁶ se ré-empare de leurs fonctions là où ils devaient devenir des vrais acteurs de transformation et d'accompagnement de personnes vulnérables (satisfaire coûte que coûte n'a qu'une visée commerciale là où le soutien, l'observation, le conflit, la guidance, la négociation sont des incontournables).

Enfin, une notion absente de notre démarche aujourd'hui concerne la question stratégique. Les positionnements que je fais prendre à l'institution que je dirige sont-ils en

⁵⁶ F.X DEVETTER, F. JANY-CATRICE, T.RIBAULT. Les Services à la Personne. Paris. Editions La Découverte. Collection Repères, 2009, p 63-66

cohérence avec les politiques médico-sociales, avec les fonctionnements des institutions locales ? Ces positions ont-elles du sens eu égard au contexte ? Permettent-elles d'assurer à Espace Social sa pérennité ? Cette nouvelle offre de service a-t-elle du sens, répond-elle à des besoins et des attentes, s'inscrit-elle dans un contexte plus large ?

A partir de ces questions, j'ai demandé au responsable qualité de revisiter notre démarche d'évaluation et d'adapter des procédures et des critères à l'arrivée de ces nouveaux publics, à la complexification des fonctions et missions de l'équipe de coordination et des équipes d'intervenantes.

Je lui ai bien sûr posé plusieurs préalables.

Je lui ai demandé de réunir un Comité Qualité spécifique qui doit être consulté tout le long du processus d'élaboration de notre nouvel outil de mesure puis lors de son évaluation. Ce comité doit être constitué de personnes handicapées ou de leur représentant et de membres de leur famille, de salariés, de membres du Conseil d'Administration et de partenaires extérieurs.

Afin d'être en cohérence, je lui demande de se servir de notre référentiel de certification actuel mais de l'enrichir des préconisations, des points clés évoqués dans les deux recommandations de l'ANESM sus-citées (notamment autour de la définition du projet personnalisé, de son évaluation et de la place des personnels dans sa réalisation). Cela permet d'avoir une trame qui a l'avantage d'être précise, que les personnels ont déjà élaborée, testée, mise en œuvre et modifiée. Puis il faut y inclure les sujets non ou mal traités. Ainsi, si nous disposons d'un outil d'analyse de la satisfaction des usagers cohérents, rien ne nous empêche de le complexifier en intégrant des éléments d'appréciation liés à l'évaluation des objectifs du projet de prise en charge. Nous pourrions alors pondérer nos résultats, dans un sens ou dans l'autre : la satisfaction rejoint-elle la réalisation des objectifs poursuivis, se mesure-t-elle sur d'autres critères ? L'objectif étant de trouver des moyens de les faire coïncider et que les résultats statistiques ne soient pas qu'une sanction mais le démarrage de nouvelles actions.

De plus, choisir cette méthode de travail, c'est à la fois ne pas diluer dans le temps la démarche que chacun a participé à construire mais c'est aussi donner la possibilité d'une appropriation immédiate par les salariés : c'est déjà un outil de travail.

Enfin, je lui demande que le manuel soit communiqué régulièrement pendant son élaboration et de prévoir au démarrage de nos nouvelles méthodes de travail un temps trimestriel et collectif d'analyse des résultats.

En juin 2010, Espace Social doit disposer d'un nouveau manuel qualité qui englobe tous les aspects de ses services.

Conclusion

Jusque 2002, les associations d'aide à domicile qui s'adressaient à des publics vulnérables relevaient d'un agrément qualité assez simple à obtenir. La loi 2002-2 a intégré dans son champ d'application ce type de service. En devenant service médico-social, de nouvelles logiques ont présidé à l'organisation du secteur. Les notions de projet, de territoire, de capacités, de traitement de l'emploi, d'évaluation, de tarif... ont pris d'autres dimensions. Le Plan Borloo, en revenant sur cette volonté d'organisation et de régulation, en simplifiant les procédures de création, en instituant un droit d'option entre autorisation sociale et médico-sociale et agrément qualité n'a fait, en creux, que souligner l'importance du travail engagé par les SAAD depuis 2002.

Espace Social a fait le choix d'intégrer le champ d'application du Code de l'Action Sociale et des Familles. Qu'elles qu'en soient les difficultés, voire les impasses, ce choix n'est pas remis en cause. Participer à l'organisation de l'action sociale d'un territoire est un objectif de l'association, malgré l'inéquité de traitement entre les opérateurs, inéquité introduite par des réglementations successives et qui concerne les capacités, les tarifs, les contrôles, entre autres. Dans ce cadre, ouvrir l'activité à de nouveaux publics vulnérables relève d'une vraie logique. Ainsi quand la Loi du 11 février 2005 crée la PCH, Espace Social a souhaité trouver des réponses pour les usagers et les partenaires qui pouvaient faire appel à ses services.

Cependant aider et accompagner à domicile des personnes en situation de handicap s'est heurté à des fonctionnements et des organisations que nous avons construits pour l'aide à domicile de personnes âgées. Les besoins de ces publics sont identiques (besoin d'aide pour l'accomplissement d'actes de la vie quotidienne), peut-être les sources de financement devront-elles devenir communes, mais de nombreuses raisons m'ont poussé à vouloir structurer différemment les offres. La nature des dépendances est différente ; le moment de la perte d'autonomie ne s'inscrit pas de la même manière dans les trajectoires individuelles ; la réglementation ne pose pas les mêmes principes de prise en charge ; chaque handicap pose des questions différentes à celui qui prend en charge ; les demandes des personnes handicapées s'inscrivent dans leur volonté de s'intégrer au tissu social...

Afin de respecter les attentes de chacun des usagers et de garantir un cadre de travail compréhensible et rationnel aux salariés, il faut agir sur les compétences de l'ensemble du service : en participation des usagers, en ressources humaines, en travail collectif, en analyse de son environnement, en développement de ses partenariats et de ses modes d'intervention, en rendant budgétairement possible cette structuration.

Ce travail de structuration est en cours. Il durera le temps nécessaire à l'appropriation par tous les acteurs et des enjeux de cette transformation et des modifications quotidiennes des pratiques. Pour cela je dois veiller à donner du sens à ce projet ; projet qui n'est ni une création, ni une extension mais une mise en relation entre des organisations et des publics aux problématiques différentes. Ce qui après tout est aussi le projet quotidien d'un directeur : assurer aux usagers une réponse cohérente parce que l'ensemble des ressources du service sont dirigées vers ce but. Je suis alors en mesure d'accepter la complexité comme un élément essentiel de mes fonctions parce que cette complexité devient un moteur du travail collectif. C'est à partir d'elle que je vais devoir établir les délégations indispensables à la construction de cette structure. Ces délégations seront opérantes d'une part si elles prennent en compte le parcours, les désirs des personnes ; d'autre part si elles s'appuient sur ma volonté de valoriser toutes les ressources internes. Je l'ai écrit plus haut : la formation est un élément fondamental de ma stratégie. Mais la formation doit s'appuyer autant sur les manques des personnes que sur leurs atouts. D'où la nécessité de fabriquer des espaces de communication qui font défaut aujourd'hui et qui seront à la fois des conditions à la circulation de l'information et aussi des lieux de repérage de ces manques et de ces atouts.

Par nature, l'aide à domicile est un travail « solitaire ». Par enchaînement, le travail même des coordinatrices risque de devenir solitaire. Il me revient d'accompagner et de compléter les savoir-faire de ces professionnels pour défaire cet apparent paradoxe : être seul face à un usager quotidiennement et pendant des périodes longues ne peut plus être synonyme d'isolement des salariés. C'est pourquoi, toute la méthodologie que je veux mettre en œuvre est à destination des personnes.

Ce projet est pensé à moyens constants. Il pourrait m'isoler de contraintes budgétaires. C'est bien sûr une illusion. Ainsi, les tentatives de création d'espaces collectifs, les partenariats qui se développent sont déjà des sources de nouvelles attentes des usagers, de nouvelles propositions d'actions inscrites sur les territoires d'intervention du service. La question des moyens peut alors se poser de plusieurs façons. Demander des financements que nous n'obtiendrons pas et renoncer à ces mouvements. Ou bien trouver dans les collaborations des moyens de mutualisation qui rendraient ces actions réalisables. C'est à nouveau une friche vers des rapprochements qui, dans le département du Gard, n'ont pas encore été expérimentés. Mon projet de structuration d'Espace Social m'a permis de rencontrer de nouveaux acteurs. Le partenariat mis en œuvre leur donne l'envie de continuer à imaginer ensemble des propositions d'accompagnement de personnes en situation de handicap. Propositions qui côtoient des réponses existantes et qui les complètent. Ainsi, à partir du travail mené autour de la structuration du service, de nouvelles pistes de développement ont déjà surgi.

Bibliographie

Ouvrages :

BORGETTO M., LAFORE R. Droit de l'aide et de l'action sociales. Paris. Editions Montchrestien, Domat droit public, 2006, 740 p.

CAMBERLEIN P. Politiques et dispositifs du handicap en France. Paris. Editions Dunod, 2008, 147 p.

CHAUVIERE M. Trop de gestion tue le social. Paris. Editions La Découverte, 2007, 224 p.

CUNIN J-C. Le handicap en France, chroniques d'un combat politique. Paris. Editions Dunod, 2008, 236 p.

DEVETTER X., JANY CATRICE F., RIBAUT T. Les services à la personne. Paris. Editions La Découverte, Repères, 2009, 122 p.

DJAOUI E. Intervenir au domicile. Rennes. Presses de l'EHESP, 2008, 277 p.

ENNUYER B. Repenser le Maintien à domicile. Paris. Editions Dunod, 2006, 278 p.

KRITEVA J. Lettre au Président de la République sur les citoyens en situation de handicap. Paris. Editions Fayard, 2003, 95 p.

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J-B. Le métier de directeur, techniques et fictions. Rennes. Editions de l'ENSP, 2005, 270 p.

MIRAMON J—M., PEYRONNET G. Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social. Paris. Editions Arslan, 2009, 186 p.

NADALET R. Par la voix de mes yeux. Paris. Editions De Paris, 1999, 110 p.

RAGUENES R. Aide à domicile. Paris. Editions Frison-Roche, 2004, 104 p.

STICKER H-J. Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours. Grenoble. Editions PUG, 2009, 262 p.

Ouvrages collectifs, comptes rendus :

ADESSA. Guide d'application de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale au secteur de l'aide à domicile. 2004

APF. Déficiences motrices et situations de handicap, aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés. Paris. Editions APF, 2002

UNIOPSS. Les services de proximité en question. Paris. Editions Uniopss, 1991

Rapports, conférences, enquêtes :

DRESS. L'APA et la PCH au 31 décembre 2008. Etudes et Résultats, n°690 – Mai 2009

INSEE. Enquête HID « Handicaps, incapacités, dépendance » 1998-2002. Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap

DRASS-CREAI. Enquête régionale Octobre-Novembre 2002. Personnes lourdement handicapées en Languedoc-Roussillon, 2003

NUSS M. Propositions pour un accompagnement plus humanisé et humanisant et une formation plus adaptée. Paris, juin 2006.

PLOTON L.. La notion de projet de vie a-t-elle un sens ? Conférence, Université Lumière Lyon 2, Laboratoire de psychologie de la santé et du développement, juin 2006

Rapport d'information de Monsieur Paul Blanc fait au nom de la commission des affaires sociales. N°359 (2006-2007), juillet 2007

Rapport d'Activités 2008. MDPH du Gard, juin 2009

LAROQUE P. Rapport de la commission d'étude sur les problèmes de la vieillesse. Paris, la documentation française, 1962

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, décembre 2008

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, ANESM, juillet 2008

Articles, revues :

AMYOT J.J. Misère et splendeur de l'aide à domicile. Les Cahiers de l'Actif, mai-juin 1997, n°252-253

JULIEN A. Les Droits des personnes handicapées. ASH Suppléments. N°2470, 22 septembre 2006

MIRAMON J.M. Promouvoir le changement. Les Cahiers de l'Actif, 1997, n°314-317

Site :

[www.dunod.com / auteurs-interviews-dunod.](http://www.dunod.com/auteurs-interviews-dunod)

www.loi-handicap.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Positionnement des emplois	Page II
ANNEXE II : Description des métiers d'intervention	Page III
ANNEXE III : Description des métiers de la coordination	Page V
ANNEXE IV : Convention de partenariat avec un SAVS	Page VII
ANNEXE V : Analyse de la démarche qualité au 31 décembre 2008	Page X
ANNEXE VI : Extrait de l'annexe 2-5 du CASF, concernant les actes essentiels à prendre en compte dans le cadre de la PCH	Page XVI

ANNEXE 1

ARTICLE 4 : LE POSITIONNEMENT DES EMPLOIS REPERES DU SECTEUR PAR CATEGORIES ET FILIERES

Filières Catégories	Intervention	Administratif / Services généraux	Encadrement/ Direction
A	Agent à domicile Agent polyvalent	Agent de bureau Agent d'entretien	
B	Employé à domicile	Employé de bureau Employé d'entretien Cuisinier	
C	Auxiliaire de vie sociale Aide médico-psychologique Aide soignant(e) Auxiliaire de puériculture	Secrétaire Aide comptable Hôtesse d'accueil Technicien télé-alarme	
D	Technicien de l'intervention sociale et familiale	Secrétaire de direction Assistant technique Secrétaire médicale	
E	Infirmier Chargé d'évaluation et de suivi social Educateur de jeunes enfants Ergothérapeute Délégué à la tutelle Médiateur familial	Assistant de direction Chargé de développement Comptable Formateur	Responsable de secteur Conseiller technique Maîtresse de maison
F		Cadre administratif ou technique	Cadre de secteur ou de proximité Coordinateur de service de soins Responsable de service
G	Psychologue		Responsable d'entité Chef de service
H		Médecin	Directeur de fédération départementale Directeur d'entité Directeur de service
I			Directeur général d'entité

Les emplois des catégories A, B, C et D sont des emplois d'employés.

Les emplois de la catégorie E sont des emplois d'agent de maîtrise.

Les emplois des catégories F, G, H, I, sont des emplois de cadres susceptibles de bénéficier du forfait en jour des cadres autonomes prévu par le chapitre 7 de l'accord de branche du 6 juillet 2000.

ANNEXE II

DESCRIPTION DES METIERS

(Extraits de l'article 5 de l' Accord du 29 mars 2002 relatif aux emplois et aux rémunérations)

Agent à domicile (A1) :

- finalité :
 - réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacités d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.
- principales activités :
 - réalise les travaux courants d'entretien de la maison ;
 - assiste la personne dans des démarches administratives simples.
- conditions particulières d'exercice de la fonction :
 - ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès de publics en difficulté ;
 - exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique.
- condition d'accès et compétence :
 - entretien d'embauche ;
 - la maîtrise de l'emploi est accessible immédiatement avec les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne.

Employé à domicile (B1) :

- finalité :
 - réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement auprès de personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères ;
 - assiste et soulage les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante.
- principales activités :
 - aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne ;
 - aide les personnes dans les activités de la vie quotidienne.
- conditions particulières d'exercice de la fonction :
 - exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique ;
- condition d'accès et compétence :
 - en cours d'accès du diplôme d'auxiliaire de vie sociale soit par la formation soit par la VAE ;
 - ou titulaire d'un des diplômes, certificats ou titres suivants :
 - BEP carrière sanitaire et sociale ;
 - BEPA option services, spécialité services aux personnes ;
 - BEPA, option économie familiale et rurale ;
 - CAP agricole, option économie familiale et rurale ;
 - CAP agricole et para agricole employé d'entreprise agricole option employé familial ;
 - CAP petite enfance ;
 - CAP employé technique de collectivités ;
 - Titre assistant de vie du Ministère du Travail ;

- Titre employé familial polyvalent sous réserve de l'homologation du Ministère ;
- Brevet d'aptitudes professionnelles assistant animateur technique.

La classification dans cette catégorie requiert une maîtrise des outils et techniques de base nécessaires à l'emploi et un diplôme de niveau V de l'éducation nationale.

Auxiliaire de vie sociale (C1) :

- finalité :
 - effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne ;
 - aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.
- principales activités :
 - accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...);
 - accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aides au repos, travaux ménagers) ;
 - accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs,...) ;
 - participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence ;
 - coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs.
- conditions particulières d'exercice de la fonction :
 - exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique.
- condition d'accès et compétence :
 - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale ou du CAFAD ;
 - BEP Sanitaire et Sociale mention Aide à Domicile à condition d'en avoir obtenu l'équivalence au diplôme d'auxiliaire de vie sociale (AVS).

La classification dans cette catégorie requiert une bonne maîtrise des outils de base nécessaire à l'emploi.

ANNEXE III

Cadre de secteur :

- Finalité :
Anime, gère et coordonne une équipe, à l'échelle d'un secteur géographique, et/ou d'une ou plusieurs activités, et/ou d'une ou plusieurs entités.

- Principales activités :
Participe à l'accueil
Assure ou aide au développement des ressources humaines de l'équipe du secteur concerné
Assure ou contribue à l'organisation et à la gestion du travail, au sein du secteur concerné
Met en œuvre l'intervention
Assure ou contribue au développement du partenariat local et en organise la communication adéquate.

- Principales tâches :
Permanence téléphonique en référence au planning établi
Recrute le personnel en fonction des besoins et en relation avec le directeur
Coordonne les réunions des responsables de secteurs
Elaboration et gestion des plannings des intervenantes
Suivi des intervenantes : de leur travail et de leur inscription dans l'emploi
Prépare les décisions concernant les demandes de congés des intervenants
Participe aux réunions des intervenantes avec le directeur
Evalue les besoins, organise et coordonne la réponse aux usagers, participe à l'évaluation des prises en charge avec le responsable qualité
Participe aux réunions extérieures : clic, mdph... et maintient des relations partenariales avec ces instances

- Conditions particulières d'exercice de la fonction :
Exerce sous la responsabilité du directeur
Grande autonomie dans la gestion de son emploi du temps et l'organisation de ses activités

- Compétences :
Capacité d'écoute, d'analyse et d'organisation, maîtrise de l'outil informatique, capacité d'autonomie et de travail en équipe, polyvalence.

Responsable de secteur (Référénte) :

- Finalité :

Analyse la demande et propose au demandeur le service le plus adapté à ses besoins.

Encadre une équipe de personnel d'intervention.

En assure sa mise en œuvre et le suivi en mobilisant les ressources humaines nécessaires.

- Principales activités :

Participe à l'accueil

Evalue les besoins, négocie un projet d'intervention avec le demandeur, organise et coordonne la réponse aux usagers, participe à l'évaluation des prises en charge avec le responsable qualité

Organise et planifie l'activité des intervenants

- Principales tâches :

Permanence téléphonique en référence au planning établi

Planifie et suit environ 4500 heures d'activité mensuelle sur Nîmes, ses alentours, le Sommiérois et le nord de la Petite Camargue

Elaboration et gestion des plannings

Validation des plannings en fin de mois

Rencontre les intervenantes et assure leur suivi dans le travail

Prépare les décisions concernant les demandes de congés des intervenants

Rencontre les usagers au démarrage au moins et assure le suivi des interventions

Se conforme aux procédures mises en œuvre par le système qualité

Participe aux réunions avec les intervenantes

Maintient des relations avec les partenaires et participe aux réunions: clic, ligue contre le cancer, réseau soins palliatifs...

- Conditions particulières d'exercice de la fonction :

Exerce sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique

Organise son travail et fait valider cette organisation chaque semaine

Chaque mois (dernier vendredi, sauf impossibilité), évaluation et contrôle du travail effectué (concernant les points clés de la responsabilité de secteur : activité, mise en place, suivi salarié...)

- Compétences :

Capacité d'écoute, de communication, d'analyse et d'organisation, connaissance de base en droit du travail, capacité d'autonomie et de travail en équipe, polyvalence.

ANNEXE IV



ESPACE
SOCIAL

CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre les soussignés :

Le SAVS. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) **géré par l'Association Départementale de l'A.P.A.J.H.** (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés) domicilié **6 Rue Arnavielle 30900 Nîmes** représentée par son Président, **Mr S. FAURE**

d'une part,

et :

L'Association ESPACE SOCIAL,

Agréée pour les services aux personnes sous le N°URSSAF : 300 185 777,

Dont le siège social est situé 80 Avenue Jean Jaurès 30900 NIMES, représentée par sa Présidente, **Mme D.**

EMERIAL

D'autre part,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE I : OBJET

Le SAVS. sollicite l'Association ESPACE SOCIAL pour intervenir à domicile auprès de personnes handicapées.

Ces interventions ont pour but de faciliter :

- l'autonomie des personnes dans le cadre de leur vie quotidienne ;
- le maintien à domicile.

Dans cette perspective ESPACE SOCIAL s'engage à mettre à disposition des Aides à Domicile dont l'association assure l'encadrement et dont elle a l'entière responsabilité.

Le SAVS et Espace Social sont deux établissements autorisés dans le cadre de la Loi du 2 janvier 2002. A ce titre, ils s'engagent à mettre en œuvre l'ensemble des procédures liées aux droits des usagers et aux évaluations du service. C'est dans ce cadre administré qu'ils s'engagent à collaborer vers une prise en charge individualisée et adaptée de personnes en situation de handicap.

ARTICLE II : CONDITIONS D'EXECUTION

Les attributions des Aides à Domicile sont définies en collaboration entre le SAVS. et ESPACE SOCIAL. Les interventions sont individualisées et portent sur :

- l'hygiène corporelle et vestimentaire ;
- la tenue et l'entretien du logement ;
- l'aide à la confection des repas (diététique) et / ou aux achats alimentaires (gestion du budget nécessaire).

Le but du présent projet d'intervention est de « faire faire » ou de « faire avec » dans une optique pédagogique et éducative.

Les horaires sont fixés par ESPACE SOCIAL et le SAVS en accord avec les usagers.

L'association s'engage à respecter les valeurs déontologiques propres au secteur social et médico-social et notamment :

- la prise en compte pour tout membre de l'entité et à tout moment de la prestation du service de tout l'éventail des droits du client au travers du :
 - × respect de la personne et de ses droits fondamentaux ;
 - × respect de ses biens ;
 - × respect de son espace de vie privée et de son intimité ;
 - × respect de sa culture et de son choix de vie.
- la mise en œuvre d'une intervention « individualisée » selon une approche globale de la personne et un principe d'ajustement continue de la prestation aux besoins et aux attentes de la personne.

L'association s'engage à respecter les dispositions du code de la consommation relatives à l'abus de faiblesse : *Art. L. 122-8 – Quiconque aura abusé de la faiblesse ou de l'ignorance d'une personne pour lui faire souscrire, par le moyen de visites à domicile, des engagements au comptant ou à crédit sous quelque forme que ce soit sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 549 € à 9147 € ou de l'une de ces deux peines seulement, lorsque les circonstances montrent que cette personne n'était pas en mesure d'apprécier la portée des engagements qu'elle prenait ou de déceler les ruses ou artifices déployés pour la convaincre à y souscrire, ou font apparaître qu'elle a été soumise à une contrainte.*

3.3.4 ARTICLE III : PROCEDURE

Les usagers conservent leur droit quant au choix de la structure qui doit s'occuper de leur aide à domicile. Cependant, en l'absence de choix de l'utilisateur, le SAVS organisera l'accompagnement avec Espace Social dans le cadre de leur collaboration. Il suffira lors de la réunion de synthèse hebdomadaire d'en informer Espace Social, de définir les missions de l'accompagnement.

Espace Social s'engage à prendre contact avec les usagers pour leur expliquer la nature de son intervention, définir avec eux le programme d'intervention et leur faire toutes les recommandations liées à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

A l'inverse, si Espace Social accompagne un usager qui nécessite un suivi particulier ou des besoins en coordination des interventions multiples dont il bénéficie, elle pourra, avec l'accord de l'utilisateur, en informer le SAVS et l'y orienter.

ARTICLE IV : RESPONSABILITE

La responsabilité du respect des horaires et du planning incombe à ESPACE SOCIAL.

L'intervention, dans son aspect pédagogique et éducatif, est contrôlée par le SAVS.

En cas de mauvaises exécutions l'association doit prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent.

ARTICLE V: ASPECTS FINANCIERS

Les Aides à Domicile sont salariées d'ESPACE SOCIAL. Elles sont donc payées par Espace Social qui facture le SAVS pour les heures réalisées chez les usagers.

D'autres part, les heures passées à l'organisation du travail (heures de réunion) seront également prises en compte et facturées au SAVS. par ESPACE SOCIAL.

Toute absence imprévue du bénéficiaire doit être signalée à l'association par téléphone 24 heures avant. Sans quoi, la première heure d'intervention sera facturée, même si elle n'a pas été réalisée.

Pendant les périodes de congés annuels et des absences des salariées prévisibles et non accidentelles, l'association s'engage à assurer le remplacement des Aides à Domicile en collaboration avec le SAVS.

Le tarif horaire est le tarif fixé en collaboration avec le Conseil Général, dans le cadre du décret tarifaire d'octobre 2003. Il est révisé chaque année.

ARTICLE VI : DUREE – RENOUELEMENT

Cette convention est conclue pour une durée de un an, à partir de la date de la signature, reconductible par tacite reconduction. Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des deux parties à l'expiration d'un délai d'un mois après envoi d'une lettre recommandée par la partie désireuse de dénoncer la présente convention.

ARTICLE VII : RESPONSABILITE CIVILE

L'association est entièrement responsable des dommages que la salariée pourrait occasionner au bénéficiaire ainsi qu'à des tiers. Elle a souscrit pour ce risque un contrat de responsabilité civile auprès d'un assureur.

Fait à Nîmes, en double exemplaire, le 30 septembre 2008

Pour l'association ESPACE SOCIAL

La Présidente

Mme D. EMERIAL

Signature précédée de

« Lu et approuvé »

Pour le S.A.V.S.

Le Président

Mr S. FAURE

Signature précédée de

« Lu et approuvé »

Analyse de la démarche qualité du 4^{ème} trimestre 2008

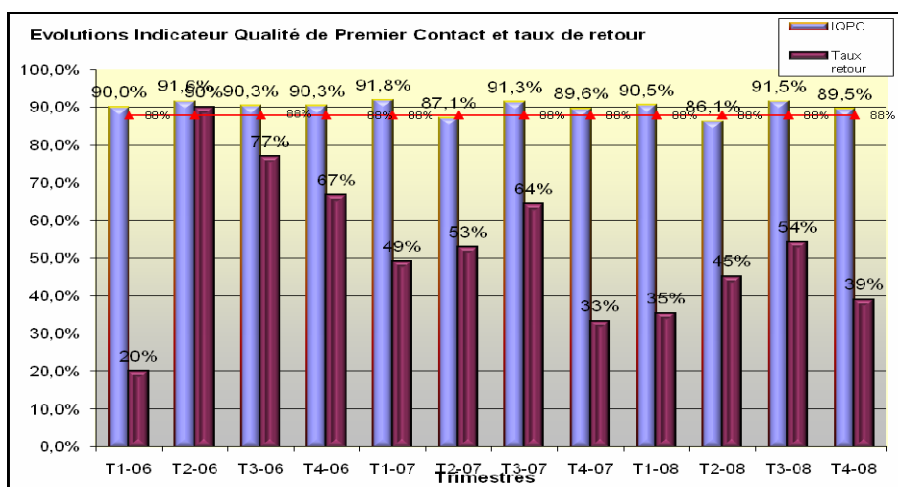
Vendredi 6 février 2009

(Extraits : les parties 2, 3 et 4)

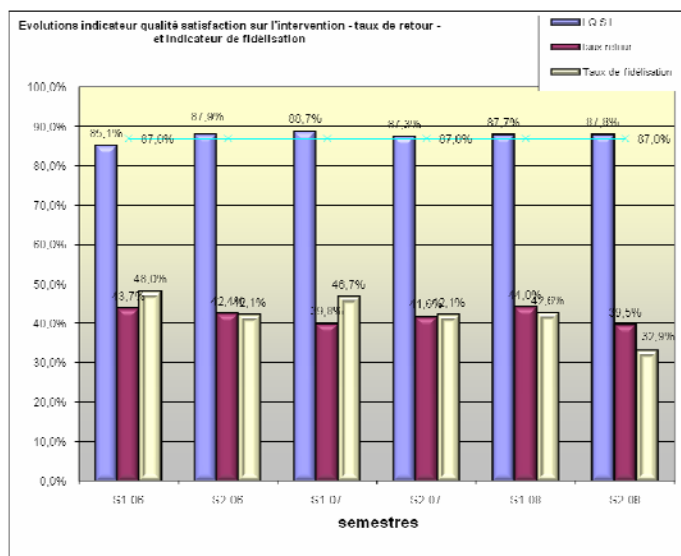
ORDRE DU JOUR :

- Suivi des actions de la revue précédente ;
- Bilan des indicateurs qualité ;
- Bilan des réclamations ;
- Bilan de l'analyse des questionnaires ;
- Bilan des suivis clients ;
- Bilan des dysfonctionnements internes et remontées d'informations ;
- Bilan de l'analyse des conflits ;
- Bilan des actions d'amélioration ;
- Audits ;
- Bilan des formations ;
- Bilan des évaluations salariés ;
- Besoin en ressources et changements d'organisation ;
- Bilan de la politique et des objectifs qualité ;
- Efficacité et pertinence du système qualité ;
- Conclusion / statuer sur les actions

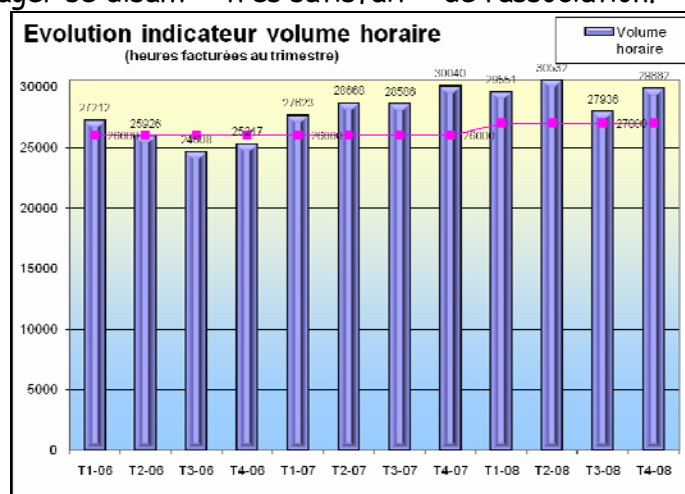
2- Bilan de l'analyse des indicateurs qualité :



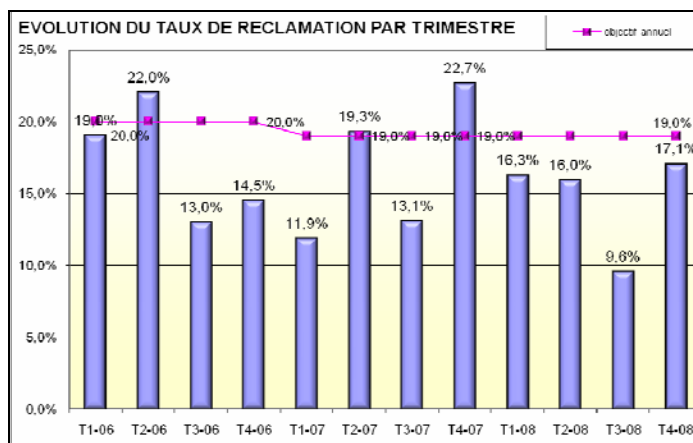
Premier contact : - 2 % de satisfaction globale par rapport au précédent trimestre. Le taux de retour diminue mais reste satisfaisant (~ 40 %). Nous obtenons des résultats très proches de l'année 2007 et notre objectif est atteint.



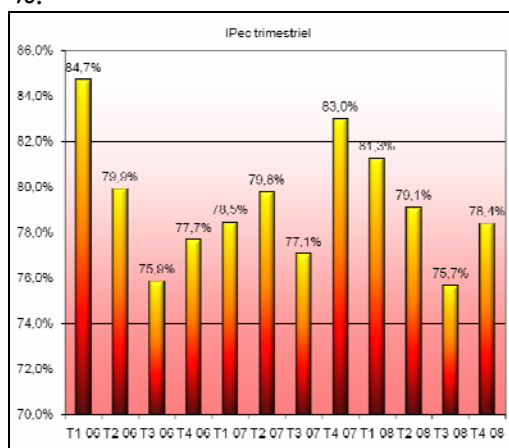
Satisfaction / fidélisation : Concernant la satisfaction globale, les résultats sont sensiblement identiques à l'année dernière malgré un taux de retour en légère diminution notamment sur le dernier semestre 2008. Au contraire, et c'est un aspect négatif sur le plan de l'appréciation des usagers, le taux de fidélisation diminue de 6 % par rapport à l'année dernière avec une baisse de presque 10 % entre les deux semestres 2008. Cela dénote une diminution de la qualité perçue par les usagers entre les deux années. Rappelons que le taux de fidélisation correspond au pourcentage d'utilisateur se disant « très satisfait » de l'association.



Volume horaire : Augmentation de 3 % en moyenne par rapport à l'année dernière. Le recul de l'APA est largement compensé par le développement de la PCH. Le prestataire se stabilise autour de 9 000 heures par mois et le mandataire de 800 heures.



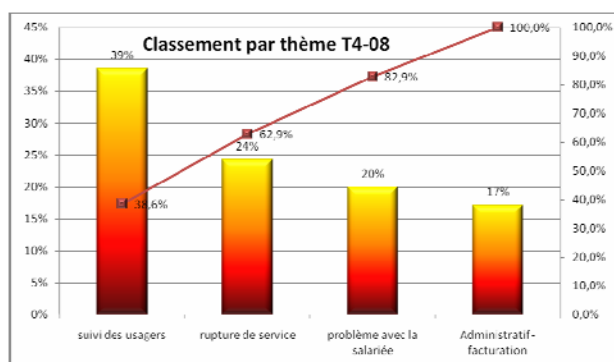
Taux de réclamations : Il a fortement augmenté entre les deux derniers trimestres analysés (~ + 7 %) mais l'impact des questionnaires de satisfaction l'explique en grande partie. Nous obtenons un taux moyen annuel de 15 % qui reste en accord avec notre objectif fixé à 19 %.



Indicateur de prise en charge : La moyenne sur l'année 2008 se situe à 79 %, c'est à dire très proche de l'objectif fixé à 80 % et nous pouvons considérer qu'il est confirmé. Deux évènements ont eu un effet notable sur l'optimisation des prises en charge. En premier lieu, l'accroissement de la PCH avec des plans d'aide qui sont rarement effectués en totalité. D'autre part, l'augmentation du tarif qui a eu une conséquence plus que significative sur les plans d'aide APA, certains usagers choisissant de réduire les heures plutôt que de voir leur participation s'envoler.

3- Bilan des réclamations de T4-08 :

Le tableau complet de l'analyse du 4^{ème} trimestre 2008 est fourni en annexe 1.



70 réclamations ont été enregistrées sur la période. L'analyse par thème a été légèrement modifiée suite à l'audit AFNOR.

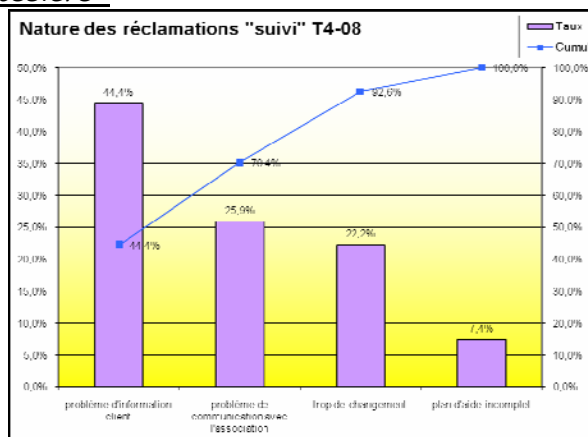
Nous avons fixé 15 % de réclamations en rupture de service sur la moyenne de l'année 2008. Cet objectif opérationnel n'est pas atteint puisque nous obtenons une moyenne annuelle proche des 27 % :

- 1^{er} trimestre : 17 % ;
- 2^{ème} trimestre : 37 % ;
- 3^{ème} trimestre : 32 % ;
- 4^{ème} trimestre : 24 %.

L'objectif visé est sans doute trop optimiste, puisqu'il semble difficile de passer sous la barre des 25 %. Nous avons déjà rencontré ce cas de figure en 2007. Si la rupture de service reste le plus désagréable en termes de défaillances, c'est aussi à coup sûr la plus grande source de réclamations lorsqu'on fait le choix de travailler auprès de personnes fragiles.

Les causes se répartissent selon les graphiques suivants :

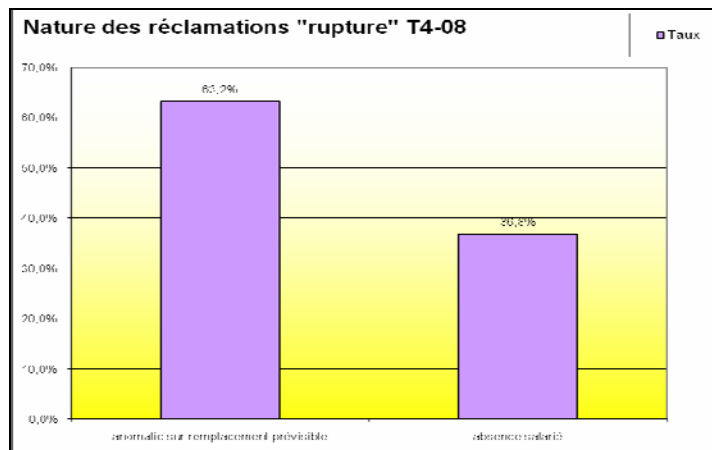
a- Le suivi des dossiers :



La grande majorité des anomalies en lien avec le suivi repose de manière assez classique sur des problèmes d'information usagers, eux-mêmes trouvant leur source sur des remplacements non transmis du type : « qui vient et à quelle heure ? ». C'est sur cet aspect simplifié à l'extrême du travail des Référentes que se construisent les fondations d'un service de qualité. Nous avons été nettement moins performants à ce niveau là sur la fin d'année.

Dans une moindre mesure, nous trouvons des réclamations sur la transmission des messages et le nombre de changements.

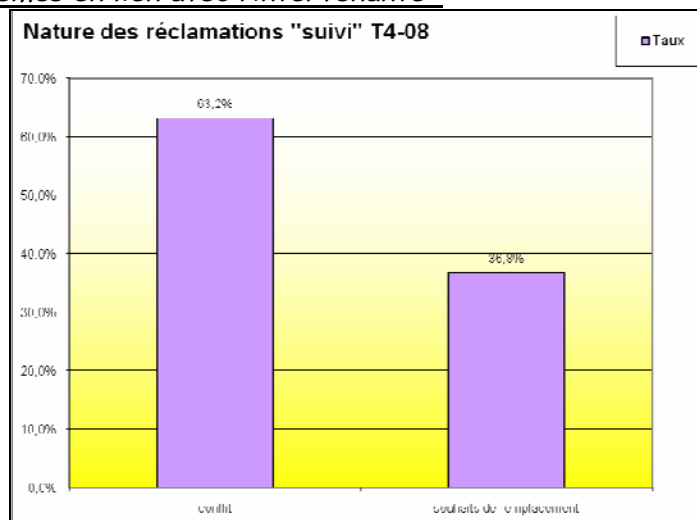
b- La rupture de service :



En ce qui concerne la rupture de service, deux aspects se dégagent :

- les anomalies de remplacement : les erreurs de saisies au moment de la réaffectation des week-ends constituent la principale cause d'anomalie (déjà abordé lors des précédentes analyses) mais nous trouvons juste derrière des remplacements « oubliés » ou « non faits » ce qui est moins légitime ; **les réaffectations constituent un point sensible qui mérite un contrôle particulier.**
- les absences des salariés avec une grande majorité d'oublis d'interventions.

c- Les problèmes en lien avec l'intervenante :



- Les conflits ont des causes diverses et sont souvent difficiles à identifier. On retrouve généralement une incompatibilité relationnelle (lors des remplacements par exemple). Ils se soldent la plupart du temps par un remplacement de salarié.
- Les usagers, lorsqu'ils souhaitent un remplacement, reprochent habituellement à l'intervenant un manque de compétence pour l'entretien, un manque de discrétion ou dans une moindre mesure un rythme de travail insuffisant.

4- Bilan de l'analyse des questionnaires :

- **Premier contact (Cf Annexe 2) :** Le seul aspect qui se dégage concerne l'augmentation du nombre d'usager n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation à domicile (à relativiser car ne représente que 4 usagers). Toutefois, après vérification, il s'agit soit d'une demande des usagers soit de clients directs en activité.

Malgré la légère baisse de 2 % sur la satisfaction globale, nous restons au dessus de l'objectif annuel et aucune source d'anomalie n'est relevée. Pas de nécessité à la mise en place d'action corrective à ce niveau là.

- **Satisfaction (Cf Annexe 3) :** La satisfaction sur la continuité du service s'améliore tant sur l'imprévisible (+ 5 % de satisfaction et - 1,5 % d'insatisfaction) que sur le prévisible (+ 4 % de satisfaction). Au contraire, l'adaptation du service à l'évolution du besoin est moins bien perçue (- 6 % de satisfaction et + 4 % d'insatisfaction). Cela va dans le sens des difficultés remontées par l'analyse des réclamations en termes de suivi des usagers.

Un autre point délicat ressort, celui de la « relation avec l'association ». En effet, nous observons - 6 % de satisfaction sur la transmission des messages, - 9 % de satisfaction sur la disponibilité et - 7 % de satisfaction sur la réactivité de la structure. Sur ce plan là, il est clair que la satisfaction des usagers continue de se dégrader. Un second point sensible apparaît ici : la gestion des contacts avec le délai de réponse qui a tendance à s'étirer un peu dans le temps.

En résumé, nous dirons que :

- sur le plan de la satisfaction globale, le résultat est identique au 1^{er} semestre 2008.

- sur le plan de la fidélisation, nous avons - 10 % d'usagers se disant "très satisfait" par rapport au semestre précédent. Cela dénote malgré tout une dégradation de la qualité perçue par les usagers. C'est plus particulièrement dans les relations avec l'association et l'adaptation du service aux besoins que les résultats sont les moins favorables.

- au contraire, la continuité du service est mieux perçue par les usagers et cela constitue indéniablement le bon point de cette fin d'année.

ANNEXE VI

(extraits annexe 2-5 du CASF, référentiel pour l'accès à la PCH. Source : www.loi-handicap.fr)

1 : Les actes essentiels à prendre en compte

a : L'entretien personnel

L'entretien personnel porte sur les actes suivants :

Toilette (2) : le temps quotidien d'aide pour la toilette, y compris le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire, peut atteindre 70 minutes.

Habillage (3) : le temps quotidien d'aide pour l'habillage et le déshabillage peut atteindre 40 minutes.

Alimentation (4) : le temps quotidien d'aide pour les repas et assurer une prise régulière de boisson peut atteindre 1 heure et 45 minutes. Ce temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne. Il ne comprend pas le portage des repas ni le temps pour la préparation du repas lorsque ce temps est déjà pris en charge ou peut l'être à un autre titre que la compensation du handicap.

Elimination (5) : le temps d'aide quotidien pour aller aux toilettes comprend le temps nécessaire pour l'installation, y compris les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Il peut atteindre 50 minutes. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

(2) Toilette : comprend les activités " se laver ", " prendre soin de son corps ". Le temps d'aide humaine pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain, comprend le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Il prend aussi en compte d'autres éléments contribuant à prendre soin de son corps, notamment l'hygiène buccale (le cas échéant l'entretien de prothèses dentaires), le rasage, le coiffage... Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une aide pour la toilette complète ou d'une aide pour la toilette pour une partie du corps.

(3) Habillage : comprend les activités " s'habiller " et " s'habiller selon les circonstances ". " S'habiller " comprend l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, le temps pour installer ou retirer une prothèse. Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait que l'aide peut porter sur la totalité de l'habillage ou seulement sur une partie (aide pour l'habillage du haut du corps ou au contraire du bas du corps).

(4) Alimentation : comprend les activités " manger " et " boire ". Le temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne pour prendre le repas, y compris couper les aliments et/ou les servir et assurer une prise régulière de boisson hors des repas. Des facteurs tels que l'existence de troubles de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée, peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

(5) Elimination : comprend les activités suivantes : " assurer la continence " et " aller aux toilettes ". " Aller aux toilettes " comprend notamment le fait de se rendre dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

b : Les déplacements

Le temps quotidien d'aide humaine pour les déplacements dans le logement peut atteindre 35 minutes. Il s'agit notamment d'une aide aux transferts, à la marche, pour monter ou descendre les escaliers ou d'une aide pour manipuler un fauteuil roulant.

Les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci peuvent majorer le temps d'aide attribué au titre des déplacements à concurrence de 30 heures par an.

Le temps de déplacement à l'extérieur pour d'autres motifs que ceux énoncés à l'alinéa précédent est contenu dans le temps de participation à la vie sociale.

c : La participation à la vie sociale

La notion de participation à la vie sociale repose, fondamentalement, sur les besoins d'aide humaine pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative, etc.

Le temps d'aide humaine pour la participation à la vie sociale peut atteindre 30 heures par mois. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de 12 mois. Ce temps exclut les besoins d'aide humaine qui peuvent être pris en charge à un autre titre, notamment ceux liés à l'activité professionnelle, à des fonctions électives, à des activités ménagères, etc.

2 : Les modalités de l'aide humaine

L'aide humaine peut revêtir des modalités différentes :

1° Suppléance partielle, lorsque la personne peut réaliser une partie de l'activité mais a besoin d'une aide pour l'effectuer complètement ;

2° Suppléance complète, lorsque la personne ne peut pas réaliser l'activité, laquelle doit être entièrement réalisée par l'aidant ;

3° Aide à l'accomplissement, des gestes nécessaires à la réalisation de l'activité ;

4° Accompagnement, lorsque la personne a les capacités physiques de réaliser l'activité mais qu'elle ne peut la réaliser seule du fait de difficultés mentales, psychiques ou cognitives.

L'aidant intervient alors pour la guider, la stimuler, l'inciter verbalement ou l'accompagner dans l'apprentissage des gestes pour réaliser cette activité.

3 : Les facteurs pouvant avoir un impact sur le temps requis

Les temps indiqués au 1 de la présente section sont des temps plafonds dans la limite desquels peuvent être envisagées des majorations des temps ordinaires dès lors que les interventions de l'aidant sont rendues plus difficiles ou sont largement entravées par la présence au long cours de facteurs aggravants. Certains facteurs sont mentionnés ci-dessous, à titre d'exemples. D'autres peuvent être identifiés.

a : Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Des symptômes tels que douleurs, spasticité, ankylose de grosses articulations, mouvements anormaux, obésité importante, etc., tout autant que certains troubles du comportement, peuvent avoir un impact et rendre plus difficiles les interventions des aidants pour la réalisation de tout ou partie des actes essentiels.

Section 2 : La surveillance régulière

La notion de surveillance s'entend au sens de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Pour être pris en compte au titre de l'élément aide humaine, ce besoin de surveillance doit être durable ou survenir fréquemment et concerne :

- soit les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ;
- soit les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire que l'aide mentionnée dans cette définition concerne la totalité des actes essentiels.

1 : Les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

Le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences que des troubles sévères du comportement peuvent avoir dans différentes situations :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- utiliser des appareils et techniques de communication ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Il s'apprécie aussi, de façon complémentaire, au regard de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus, ou d'autres troubles comportementaux particuliers comme ceux résultant de troubles neuropsychologiques.

Le besoin de surveillance peut aller de la nécessité d'une présence sans intervention active jusqu'à une présence active en raison de troubles importants du comportement.

L'appréciation de ce besoin au titre de la prestation de compensation nécessite de prendre en considération les accompagnements apportés par différents dispositifs qui contribuent à répondre pour partie à ce besoin. Ainsi, certaines des difficultés présentées par la personne handicapée relèvent d'une prise en charge thérapeutique, d'autres difficultés peuvent appeler un accompagnement par un service ou un établissement médico-social ou un groupe d'entraide mutuelle pour personnes présentant des troubles psychiques.

Les réponses de tout ordre au besoin de surveillance doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation y compris lorsqu'elles ne relèvent pas d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le temps de surveillance attribué au titre de la prestation de compensation peut atteindre 3 heures par jour.

Lorsque le handicap d'une personne requiert une surveillance régulière, il est possible de cumuler le temps d'aide qui lui est attribué au titre de la surveillance avec celui qui peut éventuellement lui être attribué au titre des actes essentiels. Toutefois, il faut considérer dans ce cas que le temps de présence d'un aidant pour la réalisation des actes essentiels répond pour partie au besoin de surveillance. Ainsi, le cumul des temps est autorisé à concurrence du temps maximum attribué au titre des actes essentiels.